

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO E SÓCIO-ECONÔMICAS - ESAG**  
**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

**Caderno de Atividades Práticas:**  
**Consultoria de Procedimentos com foco**  
**interdisciplinar na Administração Pública**

**FLORIANÓPOLIS,**  
**2012/1**

**Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC**  
**Centro de Ciências da Administração – ESAG**  
**Departamento de Administração Pública**

*Reitor*  
 Prof. Antonio Heronaldo de Sousa

*Pró-Reitor de Ensino*  
 Profº Luciano Hack

*Diretor Geral da ESAG*  
 Prof. Mário César Barreto Moraes

*Diretor de Ensino da ESAG*  
 Prof. Arnaldo José de Lima

*Chefe do Departamento de Administração Pública*  
 Profº Maurício C. Serafim

**F529**

**FISCHER, Sullivan Desirée; SCHOMMER, Paula Chies**

**Caderno de Atividades Práticas : consultoria de procedimentos com foco interdisciplinar na administração pública / Sullivan Desirée Fischer; Paula Chies Schommer; Cibele Quintino– Florianópolis: UDESC / ESAG, 2012.**

**252 p. : il. ;  
 14,7x21,0cm**

**Bibliografia:  
 p.00**

**Relatório de Consultoria de Procedimentos com foco interdisciplinar na Administração Pública - Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, Centro de Ciências da Administração e Sócio-Econômicas - ESAG, Departamento de Administração Pública.**

**1. Administração Pública. I.  
 Título.**

**CDD: 350**

**Caderno de Atividades Práticas em Administração Pública** é uma ação do Projeto: Consultoria de procedimentos – Coordenação: ProfªSullivan Desirée Fischer. Seu foco é interdisciplinar envolvendo as disciplinas de Teoria e prática de Administração de Serviços Públicos e Sistemas de Accountability, ministradas pelas Professor(as): Sullivan Desirée Fischer; Paula Chies Schommer.

**UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina**

Centro de Ciências da Administração e Sócio-Econômicas – ESAG  
 Av. Madre Benvenuta – 2007 – Itacorubi – 88.034-001 Florianópolis, SC  
 Telefone: (48) 3321-8212

## **Apresentação**

Este caderno é produto de parceria exitosa entre Centro de Ciências da Administração e Socioeconômicas - ESAG/UDESC - e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – SMS -, desenvolvida no primeiro semestre de 2012. Parceria com os objetivos de gerar campos para a realização de consultorias de procedimento por alunos do 8<sup>o</sup> período de administração pública da ESAG/UDESC e de melhorar os serviços públicos de saúde de Florianópolis. Todo trabalho aqui apresentado nasceu da boa vontade e da competências das professoras doutoras Sullivan Desirée Fischer e Paula Chies Schommer, de seus alunos e de servidores de diversas áreas da SMS.

Em 2010, a SMS realizou diagnóstico organizacional amplo para a construção do Plano Municipal de Saúde. Para tanto, utilizou a Estrutura Comum de Avaliação (Common Assessment Framework), ferramenta empregada por milhares de órgãos da administração pública europeia como instrumento de entrada para a gestão da qualidade.

Este diagnóstico levantou diversas fragilidades que deveriam ser trabalhadas durante os anos de 2011 e 2014, para que a Secretaria se deslocasse rumo à Excelência. Entre elas estavam, a falta de planejamento sistemático entre unidades dos níveis tático e operacional da SMS; a falta de conhecimento dos instrumentos utilizados em gestão de projetos; a inexistência de monitoramento e avaliação sistemática das ações executadas; e a falta de padronização em seus processos de trabalho mais importantes.

Ainda em 2011, a ESAG/UDESC, por meio das professoras Sullivan e Paula, e a Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde da SMS iniciaram “parceria-piloto”, que tinha como objetivos a prestação de consultoria de procedimentos por um grupo com três alunos a essa Gerência. A parceria foi extremamente proveitosa e, já no semestre seguinte, todos os alunos do oitavo período de administração pública realizaram consultorias de procedimentos dentro da SMS.

No primeiro semestre de 2012, selecionaram-se temas alinhados ao Plano Municipal de Saúde, para a coprodução, entre alunos e gestores, de ferramentas que auxiliassem no avanço da saúde municipal, que deram origem a oito trabalhos apresentados neste caderno e comentados a seguir.

Um dos trabalhos selecionados visava a estimular unidades do nível tático e operacional a planejarem, por meio da elaboração de um instrumento que permitisse avaliar e estimular o “amadurecimento” em planejamento destas unidades (**Trabalho 1 deste Caderno**).

Outro trabalho buscou avaliar e propor melhorias na gestão de projetos dentro da Gerência de Plano, Metas e Políticas de Saúde, a partir do Modelo de Maturidade em Gestão de Projetos de Darci Prado (**Trabalho 2 deste Caderno**).

Três trabalhos centraram-se na necessidade de fazer a Secretaria de Saúde evoluir de um modelo de organização que executa, para outro que planeja-executa-monitora-ajusta – (plan-do-check-act - PDCA). Um destes trabalhos focou na melhoria do processo de utilização da Estrutura Comum de Avaliação, para que os próximos ciclos de PDCA, utilizando esta ferramenta, fossem mais adequados ao que preconizam os manuais europeus. Outro no processo de monitoramento em si. O terceiro na laboração de uma metodologia para gestão de documentos, que permitisse a gestão de conhecimento necessária à etapa de “ajuste” do PDCA (**Trabalhos 3,4 e 5 deste Caderno, respectivamente**).

Por fim, outros três trabalhos mapearam processos de áreas importantes da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (**Trabalhos 6,7 e 8 deste Caderno**).

Todos os trabalhos aqui apresentados são relatos sistemáticos, de experiências concretas, mostrando como o conhecimento teórico pode aprimorar a prática de gestores e de como a prática pode aprimorar a teoria. Um modelo singular de coprodução de serviços públicos de qualidade para a população de Florianópolis e de conhecimento para os futuros administradores públicos.

**Leandro Pereira Garcia**

**Diretor de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde de Florianópolis**

## Sumário

|  |  |     |
|--|--|-----|
| <b>1. Implementação da matriz de avaliação de planejamento das unidades da Secretaria de Saúde de Florianópolis.</b>                                       | Dayna Simão; Fábio Trilha.....   | 4   |
| <b>2. Avaliação da maturidade em gerenciamento de projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.</b>  | Byatriz Alves Clarissa Passos ; Ricardo Perrone.....   | 33  |
| <b>3. O processo de Autoavaliação com a estrutura comum de avaliação ( ECA) Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.</b>                            | Bruna Niehues; Mayara Bellettini; Mirela Souza.....  | 72  |
| <b>4. Otimização do processo de Monitoramento e Avaliação do Planejamento na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.</b>                           | Ane Caroline Scheffe; Francyne Martins Espíndola; Isabela Omelczuk ; Jeferson Luis Fruneaux.....               | 127 |
| <b>5. Desenvolvimento de metodologia para gestão de documentos na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde.</b>                                      | Ariella Carioni Engelke Leonard Heidemann; Ramon Phillipy Coelho.....  | 137 |
| <b>6. Mapeamento de Macro processos – Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.</b>                   | Camila Medeiros de Souza ;Camila Philippi; Melina Rabelo Vieira; Taís Winter Silveira.....                     | 194 |
| <b>7. Mapeamento de Processos na Diretoria de Vigilância em Saúde-Refinamento do Processo Mapeado e Mapeamento de Novo Processos.</b>                      | Isabela da Silva Freitas; Lucas Salomon Guimarães; Robert Alexander Assis Schmidt ; Rodrigo Guedes Vieira..... | 215 |
| <b>8. Mapeamento de processo – Elaboração de fluxograma do processo entre as Instituições de Ensino Superior com a SMS de acolhimento das Residências.</b> | Franciele Espíndula; Jorge Braun Neto; Larissa Benner Gohring;Rubens Lima Moraes.....                          | 233 |

## **Implementação da matriz de avaliação de planejamento das unidades da Secretaria de Saúde de Florianópolis.**

Dayna Simão  
Fábio Trilha

### **INTRODUÇÃO**

Este relatório apresenta o resultado da consultoria de procedimentos realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O método utilizado para o desenvolvimento desta consultoria está fundamentado na influência transformadora dos processos organizacionais, a partir do aprendizado mútuo entre os consultores e gestores envolvidos no processo a ser melhorado. Considera-se que este mecanismo é essencial para o alcance de uma gestão pública de qualidade na prestação de serviços públicos.

A consultoria na Gerência de Planos, Programas e Metas teve como objetivo o Aprimoramento da Matriz de Avaliação da Maturidade de Planejamento. A Matriz de Maturidade é o instrumento que avalia a atuação das unidades de saúde, verificando se suas ações encontram-se alinhadas ao processo de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Como o produto desta consultoria, propõe-se uma Matriz de Avaliação da Maturidade de Planejamento que, em sua implementação, permita a avaliação das unidades sofrendo poucas interferências devido às evoluções do processo de planejamento, e com isso seja possível identificar os pontos de foco e melhoria nas respectivas unidades avaliadas.

Para a implementação da proposta foram contruídos descritores específicos para a Secretaria de Saúde com o objetivo de medir a atuação e classificar as unidades em um dos níveis da escala de maturidade, a partir de critérios estabelecidos como referência de atuação. Os descritores são avaliados, também, de acordo com a metodologia do processo de planejamento da organização.

Com esta Matriz de Avaliação da Maturidade de Planejamento e os descritores tem-se o intuito de, além de ajustar o planejamento das unidades de saúde com o da Secretaria de Saúde, garantir uma melhoria na prestação dos serviços de saúde para a população de

Florianópolis. Parte-se do pressuposto de que a gestão planejada e avaliada possibilita maior eficiência, eficácia e resultados efetivos.

Importante também é o reconhecimento da importância da matriz de maturidade como um mecanismo de *accountability*, possibilitando transparência e responsabilização dos gestores quanto a sua atuação e prestação de contas aos cidadãos quanto da utilização dos recursos e do patrimônio público.

## **1 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

A Secretaria Municipal de Saúde é um órgão da administração direta, e devido a peculiaridades instituídas pelo Sistema Único de Saúde, é dotada de autonomia administrativa, orçamentária e financeira. Possui como competência o desempenho de questões ligadas à promoção, proteção e recuperação da saúde no município de Florianópolis, e assim, busca propor políticas públicas baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando em seu gerenciamento e implementação.

A entidade tem como intuito promover o acesso universal da população ao sistema público de saúde, articulando-se com diferentes atores e instituições de modo a garantir o cumprimento de seus objetivos. Dentre estes atores e instituições destacam-se as entidades do sistema único de saúde, a câmara de vereadores de Florianópolis, para elaboração de agendas de audiências públicas e acompanhamento do trabalho realizado pelo Executivo, as organizações de controle social, e as parcerias com as demais secretarias municipais e com a sociedade de Florianópolis, através do Conselho Municipal de Saúde.

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, está a Diretoria de Planejamento Informação e Captação de Recursos, vinculada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde e pertencente ao nível estratégico organizacional. Possui como competência a articulação com órgãos e entidades externas, a elaboração de projetos para a captação de recursos financeiros, visando a promoção de políticas públicas de saúde, a realização do planejamento para execução da política municipal de saúde, em cumprimento aos princípios, diretrizes e normas do SUS, a coordenação do processo de planejamento estratégico de

ações e serviços de saúde em todos os níveis e setores da Secretaria Municipal de Saúde e a avaliação sistemática das ações e políticas de saúde implantadas.

Essa diretoria é composta por duas gerências: a Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde e a Gerência de Contratos e Convênios. Esta atividade de consultoria está sendo realizada na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, que possui como atribuições desenvolver, propor e coordenar estratégias de planejamento descentralizado, elaborar diagnósticos das unidades de saúde, criar indicadores de interesse da política pública de saúde, coordenar o processo de avaliação destes indicadores e avaliar o desempenho da execução dos serviços.

Como importante atribuição desta Gerência está a criação de relatórios de gestão anuais, com análise descritiva dos principais indicadores de gestão e da situação de saúde no município de Florianópolis, em face da qual surgiu a demanda para a consultoria.



## 2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A demanda atendida por essa consultoria foi apresentada pelo gestor da Gerência de Planos, Metas e Política de saúde. Ela surgiu a partir de uma análise proferida por este gestor da Matriz de Avaliação da Maturidade de Planejamento elaborada por um grupo de Consultoria, também acadêmicos, que apesar de ter proporcionado à época um avanço à Secretaria Municipal de Saúde, com o passar do tempo percebeu-se que havia necessidade de uma reavaliação da mesma, pois não atende mais aos requisitos institucionais. Desta forma, a demanda visa Aprimorar a Matriz de Avaliação da Maturidade de Planejamento.

A partir da definição da demanda, foi importante para a formulação do diagnóstico compreender que o processo de Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde de Florianópolis possui como resultado o Plano Municipal de Saúde, instrumento estratégico para a efetivação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). Estes planos de saúde são estabelecidos pela Lei Nº 8.080/90 e são fundamentais para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde. Na Secretaria Municipal de Saúde, o procedimento para efetivação deste plano tem como base o Modelo da Estrutura Comum de Avaliação (ECA) e o *Balanced Scorecard*.

O processo inicia-se com a etapa do Diagnóstico Situacional, que tem como embasamento o Modelo da ECA, uma ferramenta de gestão fundamentada no Modelo de Gestão da Qualidade Total (GQT). Ela é constituída pela análise dos meios que a organização possui e dos resultados atingidos a partir destes meios. Os meios determinam o que a organização está realizando e como ela realiza tais atividades, de modo a obter os resultados pretendidos.

Já os resultados referem-se às percepções que os agentes externos (sociedade, colaboradores) possuem da organização. Tanto os meios como os resultados possuem critérios que permitem uma visão sistêmica. Alguns destes critérios são liderança, planejamento, pessoas, resultados orientados para o cidadão, impacto na sociedade, entre outros.

Para a definição das demais etapas do processo de planejamento, o método utilizado pela Secretaria é o *Balanced Scorecard* (BSC), que é um modelo de avaliação de

desempenho, composto por objetivos, líderes, indicadores, metas e ações. O BSC da Secretaria é encadeado em cinco perspectivas: Cidadão/Usuário e Sociedade; Parcerias; Recursos e Serviços; Crescimento e Desenvolvimento do Trabalhador do SUS; e Liderança. Esta perspectivas deram origem ao mapa estratégico da Secretaria Municipal de Saúde.

O *Balanced Scorecard* permite traduzir a estratégia da organização em indicadores e metas mensuráveis, o acompanhamento da execução das ações e a divulgação dos objetivos pretendidos.

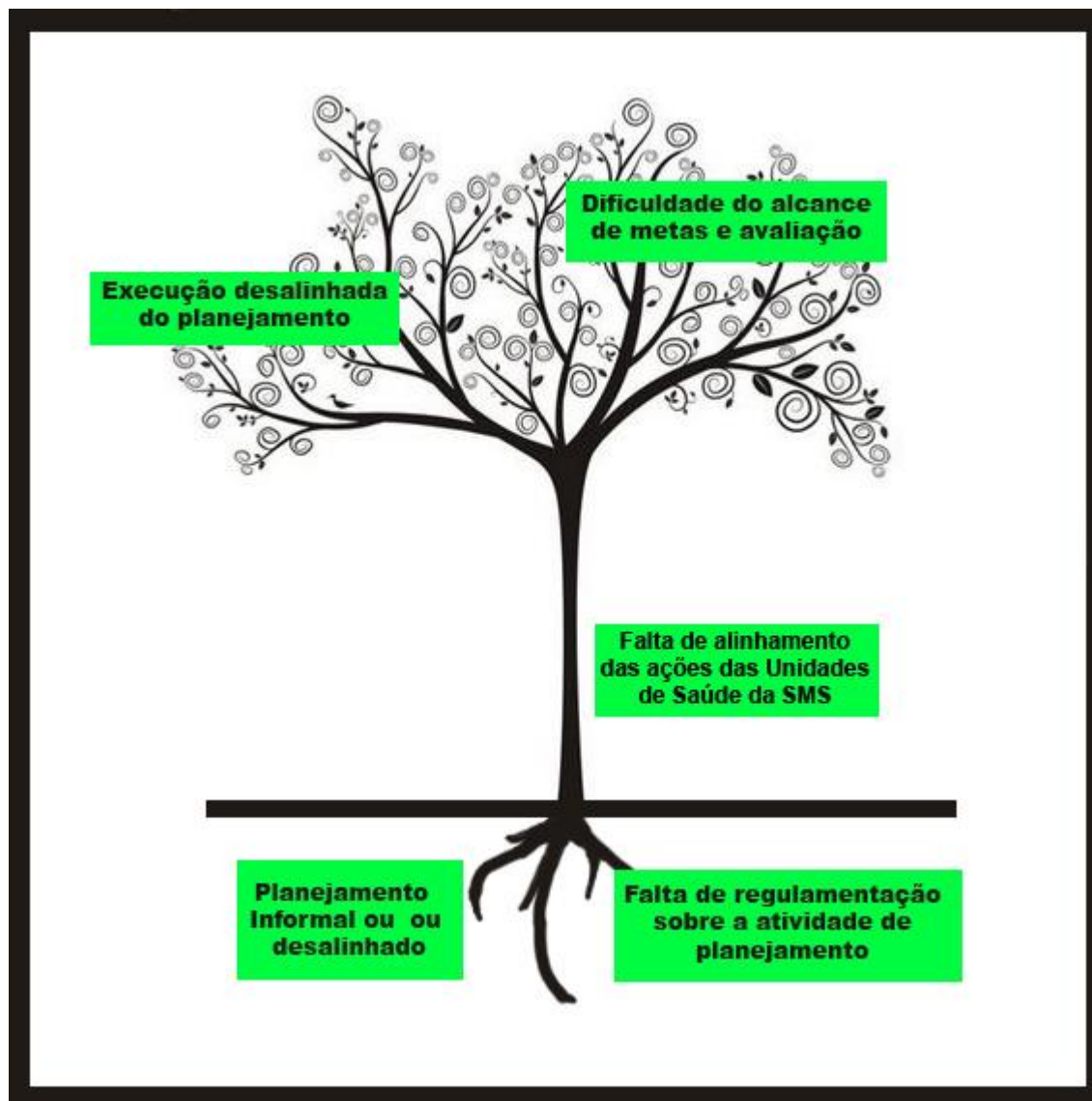
Atualmente, os objetivos focalizados pela Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde são a sistematização e o alinhamento do processo de planejamento em todas as Unidades pertencentes à Secretaria de Saúde e o aprimoramento da metodologia do BSC. Com o atendimento da demanda a esta consultoria, pretende-se contribuir para o alcance destes objetivos.

Para se proceder à análise da Matriz, a consultoria lançou mão da Árvore de Prioridades. A *Árvore de Prioridades* é uma metodologia que esquematiza as relações de causalidade entre as situações que a organização enfrenta, permitindo criar e desenvolver ideias que identifiquem ameaças e oportunidades de melhorias. A estrutura demonstra com clareza: o problema principal, representado pelo caule; as causas que estão gerando o problema, representado pelas raízes; os sintomas, as consequências e os efeitos apresentados pela organização, representado pela copa da árvore. Foi a partir desta análise que foi possível à equipe de consultoria distinguir as causas do problema de suas consequências.

Nesse sentido, a figura 1 representa a árvore de prioridades da organização que está estruturada da seguinte forma: em seu caule, identifica-se o principal problema, que está baseado na *falta de alinhamento das ações das Unidades de Saúde com relação à Secretaria Municipal de Saúde*. As principais causas identificadas que deram origens a este problema são:

- 1) Planejamento informal e desalinhado das Unidades de Saúde em relação à Secretaria Municipal de Saúde;
- 2) Falta de regulamentação/legislação que determine a obrigatoriedade da atividade de planejamento.

Estes dois pontos têm impactado no desempenho geral da Secretaria, tendo como consequências a execução das ações desalinhadas com planejamento da SMS, resultando na dificuldade do alcance das metas e deficiência em sua avaliação.



**Figura 1. Árvore de Prioridades da Secretaria Municipal de Saúde.**

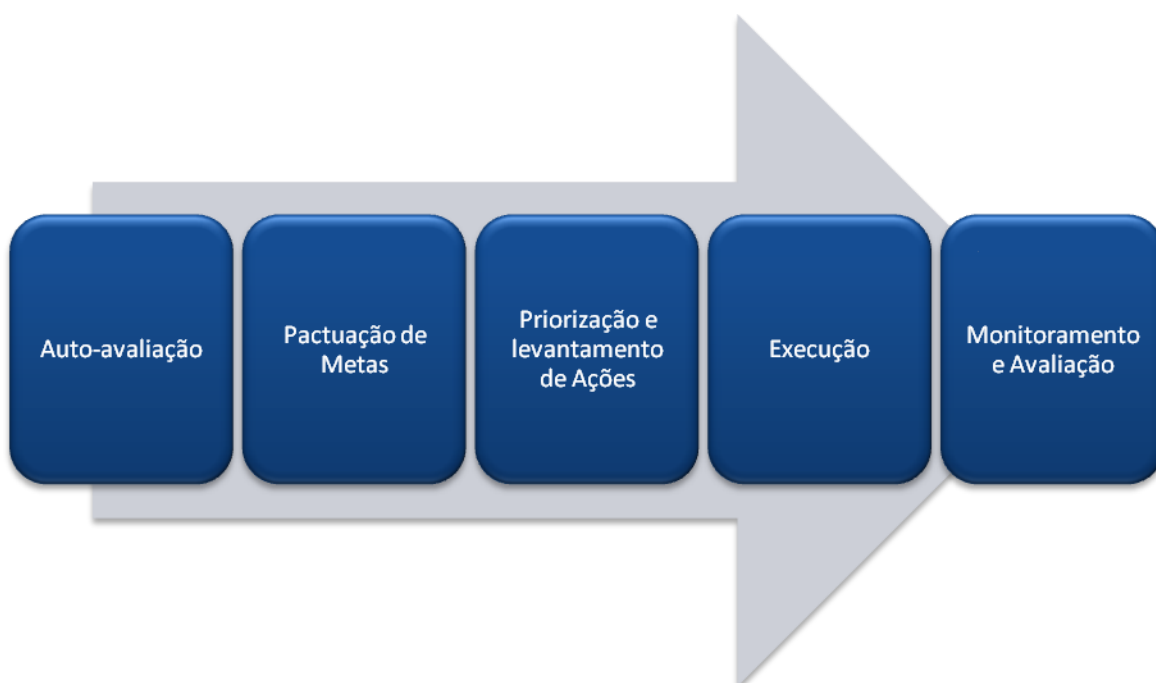
Fonte: Dos autores.

Em face do problema diagnosticado, propõe-se a elaboração de uma metodologia de avaliação que, em sua implementação, alcance resultados a longo prazo, mesmo diante das evoluções do processo de planejamento; atuando, também, diretamente em uma das causas do principal problema identificado, isto é, a proposta de uma Metodologia de Avaliação do

Planejamento da SMS, de forma que suas unidades de saúde estejam alinhadas ao planejamento preconizado pela Secretaria.

### 3 IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

O planejamento na SMS atualmente ocorre em 5 etapas básicas: Auto-avaliação, Pactuação de Metas, Priorização e Levantamento de Ações, Execução e Monitoramento e Avaliação.



**Figura 2. Processo de Planejamento.**

Fonte: Dos autores.

Cada uma dessas etapas do processo de planejamento é dividida em passos: i) Auto-avaliação, que se divide em: Avaliação da Unidade, da Estrutura e de Indicadores; ii) Pactuação de Metas – definem padrões quantificáveis através de metas; iii) Priorização e Levantamento de Ações – correspondem à construção da matriz de avaliação; iv) Execução – ocorre o planejamento e o *benchmarking* (troca de experiências); v) Monitoramento e

Avaliação – realizados por meio da elaboração do relatório mensal, apresentação multinível, relatório trimestral e relatório final.

A Matriz de Avaliação da Maturidade é uma ferramenta que permite avaliar o estado dos processos na organização em comparação com as melhores práticas, através da identificação das suas forças, fraquezas e riscos. Com base nesta avaliação, a organização poderá identificar quais processos devem melhorar, o que deverá ser feito para este fim e deduzir onde deve investir em primeiro lugar – nesse caso, as unidades de saúde que apresentem baixo nível conceitual em suas avaliações. Como resultado desta avaliação, a SMS poderá obter conhecimento do estágio em que se encontra e para onde deve seguir para melhorar o seu desempenho.

Segundo Argyris (1968), a avaliação da maturidade de uma organização, quando atingida, reflete sua independência, autoconfiança e autocontrole. Para avaliação de maturidade foram elaborados descritores. Estes apresentam elementos de reflexão para as unidades no desempenho de suas atividades, de forma que cada descritor representa uma ação importante no processo de planejamento. Nesse sentido, a elaboração e detalhamento dos descritores foram a base para compor a Matriz de Avaliação de Maturidade. Os descritores estão apresentados em forma de tabela (Apêndice 2), com detalhamento da categorização de cada etapa. Adotou-se letras representadas por A – Avançado; B – Bom; C – Coordenado; D – Desalinhado; E – Estagnado, para caracterizar a avaliação em uma escala que vai do melhor para o pior desempenho.

## 4 AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

As ações estão baseadas no atendimento à demanda da organização e da proposta de intervenção. Foram priorizados mecanismos de controle para a organização em seus processos de execução, cujos resultados tendem a contribuir diretamente para o controle de resultados de cada Unidade, da Secretaria como um todo e do Plano Municipal de Saúde. Contribuem, ainda, para o controle administrativo-financeiro e o controle social.

Para a escolha dos níveis, usou-se o Modelo de Maturidade de Projetos de Darci Prado (2000), ajustando os níveis conforme as necessidades atuais de evolução de maturidade da Secretaria de Saúde. Com a adoção deste novo modelo, poderá se obter o alinhamento proposto anteriormente, a partir da criação de indicadores específicos, que irão resultar em uma classificação das Unidades em um destes níveis padronizados. Busca-se, assim, através dos descritores do processo de planejamento, o ajustamento das ações das unidades nas ferramentas de avaliação, execução e monitoramento.

Nesse sentido, foram estabelecidos indicadores de mensuração abrangentes, de modo a facilitar a padronização e a aplicação nas diferentes unidades. Estes indicadores demonstram as etapas de planejamento estratégico realizadas pela SMS e referem-se ao diagnóstico organizacional, à definição dos objetivos, dos indicadores de resultado e de tendência, da construção de diretrizes e da elaboração de plano operacional.

Para cada indicador, as unidades serão classificadas em um dos níveis de maturidade, tendo em vista que cada um dos níveis possui critérios próprios que determinam como as unidades estão realizando o planejamento.

Para cada indicador, as unidades serão classificadas em um dos níveis de maturidade, tendo em vista que cada um dos níveis possui critérios próprios que determinam como as unidades estão realizando o planejamento.

O ciclo de implantação previsto pela escala de avaliação de maturidade do planejamento estratégico prescreve os seguintes passos:

- 1) Preparação para a avaliação: conhecimento dos fundamentos do mapa de processos de gerenciamento do planejamento estratégico;

2) Prazo da Avaliação: determina-se um prazo para a realização da avaliação da maturidade em planejamento;

3) Avaliação em níveis: de forma unificada, os fatores analisados receberão atribuições correspondentes a letras de A a E.

Os níveis dos indicadores, assim como na escala de maturidade, são crescentes. O primeiro nível – estagnado, representa as unidades que não realizam nenhuma das etapas do indicador, ou seja, não realiza planejamento formal.

Já o último nível – avançado, representa as evidências de que existem práticas de planejamento consideradas de excelência e que são parâmetros para outras unidades.

O descritivo dos níveis são:

**Nível E – Estagnado**, corresponde ao inicial, os processos de planejamento estratégico não são definidos ou executados e o desempenho é inconsistente, contudo a organização reconhece a importância do planejamento e a necessidade de possuir uma base de conhecimento dos processos. Abrange as unidades que não realizam planejamento. Unidades que conhecem a metodologia participam das reuniões e discutem a definição do planejamento, porém não o praticam, são incluídos nesta fase.

**Nível D – Desalinhado**, ocorre o conhecimento, a organização reconhece que processos comuns precisam ser definidos, a unidade executa seu planejamento estratégico de modo independente, ou seja, desalinhado com a secretaria. Compreende as unidades que apresentam alguma metodologia de planejamento, mas que, porém, é diferente da proposta pela Secretaria Municipal de Saúde, estando, portanto desalinhada.

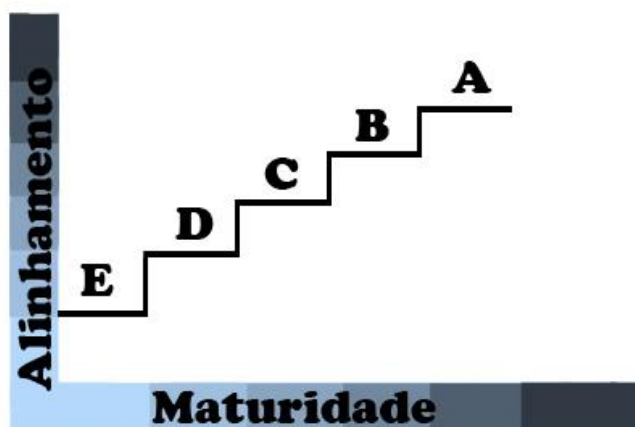
**Nível C – Coordenado**, é o padronizado, processos do planejamento estratégico desenhados sob medida e integrados às rotinas funcionais organizacionais, visando uma metodologia única preconizada pela Secretaria. Este nível inclui as unidades que realizam o seu planejamento tendo como embasamento a metodologia recomendada pela SMS, estando, portanto, alinhada. O planejamento estratégico é operado de forma rotineira, buscando alinhamento estratégico.

**Nível B – Bom**, este nível exige como pré-requisito o alcance do nível “C”. Abrange as unidades que, além de realizarem seu planejamento alinhado ao da SMS, ainda buscam informações a respeito das boas práticas realizadas pelas demais unidades. É quando o

planejamento está alinhado ao plano estratégico, gerenciamento de portfólio organizacional ativamente no nível estratégico, realiza - se o *benchmarking*, ou seja, há troca de experiência entre as diferentes unidades.

**Nível A – Avançado**, este nível exige como pré-requisito o alcance dos níveis “C” e “B”. Inclui as Unidades que, além de realizarem seu planejamento, são referência para as demais unidades. O *benchmarking* é realizado de forma contínua, são selecionadas as melhores práticas, considerando suas precedências e seu interesse estratégico.

A Escala de Maturidade descrita está representada pela figura 3:



**Figura 3. Escala de Maturidade.**

Fonte: Dos autores.

Com a aplicação do instrumento será possível ao final da análise de cada etapa do projeto obter uma visão geral de como está o nível de maturidade no processo de planejamento, possibilitando oportunidades de melhorias.



## 5 RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Do diagnóstico realizado foi possível compreender o processo de planejamento da SMS e assim propor o Aprimoramento da Matriz de Avaliação de Maturidade, tendo como base a consultoria realizada anteriormente e o auxílio do gestor para a implementação dos atuais requisitos institucionais. Para auxiliar no entendimento do fluxograma e para a posterior construção da matriz de avaliação, conforme mencionado anteriormente, a equipe elaborou um mapa simplificado para que o processo de planejamento fosse melhor compreendido (Apêndice 1).

Após a identificação do processo, destacaram-se as etapas e foram criados os indicadores (ou descritores) para cada uma delas. Por possuir um parâmetro realizado pela equipe anterior, optou-se por manter os mesmos moldes, reestruturando-se a parte textual e conceitual em determinadas etapas, e apenas adaptando-se outras.

Na construção da Matriz foi possível identificar pontos-chaves como, por exemplo, a importância do *benchmarking* entre as unidades da organização. Este mecanismo de troca de experiências, anteriormente era observado em todos os indicadores durante a avaliação; atualmente, chegou-se à conclusão que seria mais adequado alocá-lo nas etapas de Priorização e Levantamento de Ações e, por conseguinte, na Execução. Ao final, o grupo apresentou a atual Matriz de Maturidade requisitada – sob a aprovação do gestor.

Como grupo, acreditamos que a implementação da proposta será de grande valia para a Secretaria Municipal de Saúde, sendo esta capaz de identificar onde estão os pontos fracos e fortes de cada unidade avaliada, sobretudo, quais das etapas de planejamento devem ser aprimoradas. Dessa forma, a ferramenta será um importante suporte ao processo de planejamento da SMS, no que tange a sua capacidade de monitorar os resultados e auxiliar as unidades de saúde no alcance de um planejamento qualificado e, conseqüentemente, com significativa eficiência na prestação de seus serviços.

Destacamos, também, que a matriz será um importante mecanismo de controle institucional, no que se refere aos procedimentos internos da administração, no que concerne à fiscalização e controladoria. O modelo sugere, também, controle de resultados, na qual responsabiliza cada unidade de saúde na busca pela qualidade da gestão pública, sendo

visto não apenas como mera ferramenta gerencial, pois, serve também para aumentar o controle dos cidadãos sobre a prestação dos serviços de saúde. Nesse sentido, tem-se, por fim, o controle social, através da democratização das relações entre a organização e a sociedade por meio do acesso às informações, assim como, a visibilidade das ações da Secretaria Municipal de Saúde. O processo contribui também para monitoramento e avaliação do Plano Municipal de Saúde, contribuindo para controle social.

## 6 ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO

Diante da vivência proporcionada pela consultoria de procedimentos, observamos a importância do mesmo para que os formandos de Administração Pública tenham um contato próximo com a realidade que os profissionais, em especial da área de saúde, enfrentam para o alcance do aprimoramento da organização, buscando romper com velhos paradigmas de “engessamentos” vinculados ao serviço público.

Dessa forma, o presente estudo foi capaz de proporcionar uma união entre a prática e a teoria ministrada na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, proporcionado expressivo conhecimento sobre o universo da consultoria em órgãos públicos, bem como alguns problemas presentes no campo profissional. Desmistificou-se alguns pontos equivocados sobre a consultoria (seus preceitos e funcionalidades práticas) e aprendeu-se muito com a parceria entre alunos, professores e organização como um todo, o que serviu como experiência inigualável para o futuro que nos aguarda.

Inseridos como consultores na Diretoria de Planejamento Informação e Captação de Recursos, em especial na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, através da elaboração de um aprimoramento da Matriz de Avaliação da Maturidade, permitiu ao grupo compreender quesitos como rotina, cultura organizacional e motivação, bem como o valor da mudança constante— ponto principal para os acadêmicos.

Ao verificarmos na prática a necessidade de uma adaptação e aprimoramento da demanda, notou-se a seriedade da responsabilização do serviço público. Para muitos, o setor público é sinal de atraso e muitas vezes de ineficiência. Contudo, com a presença dos alunos dentro da SMS, foi possível comprovar que ambos têm fatores a contribuir um com o outro, e assim chegar-se a um ideal de mentalidade: o de renovação constante. Percebe-se que mudar sempre é um ponto difícil, mas a partir do momento que os líderes pensam e valorizam a mudança como espaço para aprendizagem e aprimoramento e conseguem repassar isso a seus liderados, conquista-se uma ótima troca de experiências.

A princípio estávamos reciosos com as possibilidades de mudança e de aperfeiçoamento, com o passar do semestre viu-se o apoio e a construção conjunta dos tutores e responsáveis com a equipe, dessa forma tornou-se simples a consultoria e a

proposta de solução. Fez-se o uso dos diferentes meios de comunicação, o que contribuiu para a eficiência nas trocas de informações, fator chave para o sucesso da consultoria. Recomenda-se aos próximos alunos que visem estudar junto a SMS que se empenhem e se esforcem o mesmo que o grupo; assim, ao final, além de ter a sensação de dever cumprido, o acadêmico sairá com um bagagem de aprendizado sem igual.

Por fim, o grupo entrega a ferramenta e deixa sua contribuição para com a Secretaria, tornando-se útil e contribuindo com o ente público em forma de agradecimento e realização de um serviço público no qual, através de parcerias, é possível que se “descruze os braços” e se comprove a importância da participação e das melhorias que servem a uma sociedade em geral. Afinal, o nosso “pequeno” gesto dentro da Secretaria Municipal de Saúde poderá: avaliar, identificar problemas, auxiliar na criação de resolução e ajudar tanto os órgãos de direção quanto as unidades de saúde. Uma boa unidade de saúde, por exemplo, transfere bons resultados a uma sociedade.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. **Finanças públicas, democracia e accountability**. In: ARVATE, Paulo Roberto; BIDERMAN, Ciro. *Economia do Setor Público no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

ARGYRIS, C. **Reasoning, earning and action**: Individual and organizational. San Francisco. Jossey Bass, 1968.

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Melhoria da gestão pública por meio da definição de um guia referencial para medição do desempenho da gestão, e controle para o gerenciamento dos indicadores de eficiência, eficácia e de resultados do programa nacional de gestão pública e desburocratização**. Produto 4: guia referencial para medição de desempenho e manual para construção de indicadores. Disponível em: <<http://www.gespublica.gov.br/>>. Acessado em: 13/06/2012.

CENEVIVA, Ricardo. **Accountability: novos fatos e novos argumentos – uma revisão da literatura recente**. Anais do EnAPG 2006. *Encontro de Administração Pública e Governança da ANPAD*. São Paulo, novembro de 2006.

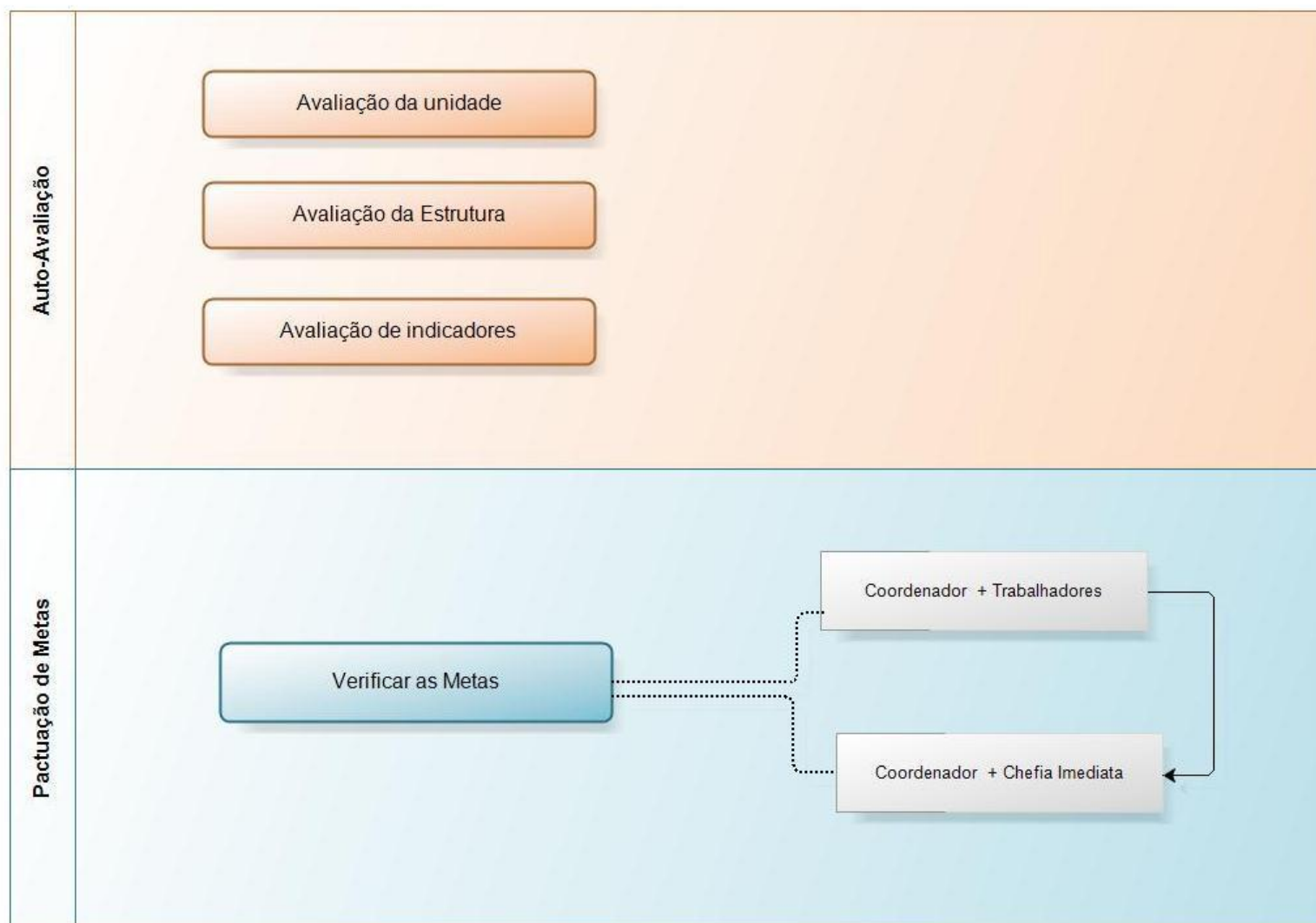
PRADO, Darci. **Gerenciamento de Portfólios, Programas e Projetos nas Organizações**. v. 01. Belo Horizonte: Desenvolvimento Gerencial, 2000. 4ª edição.

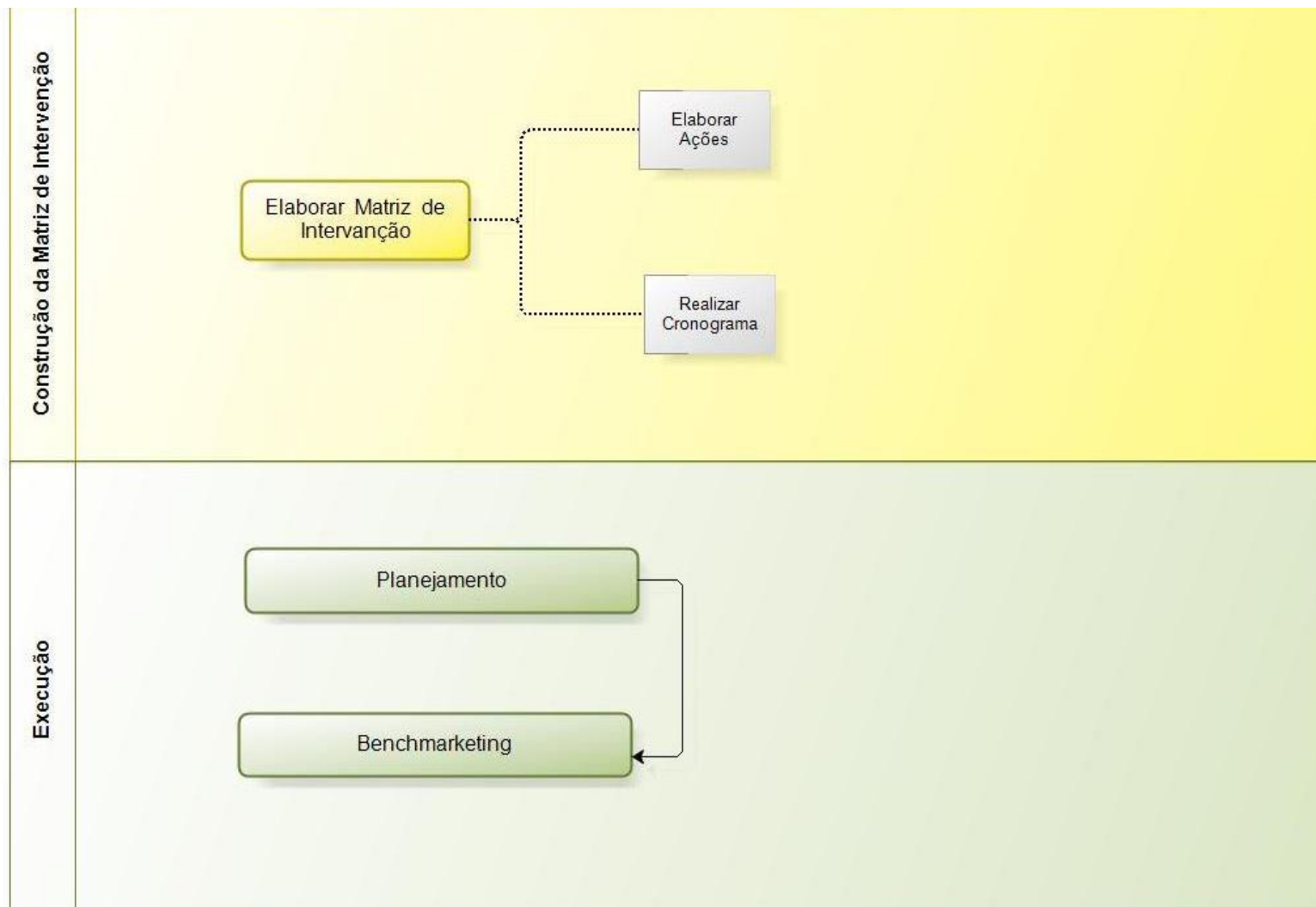
NOLASCO, M. I. (Trad.). **ESTRUTURA COMUM DE AVALIAÇÃO**. Melhorar as organizações públicas através da auto-avaliação – CAF 2006. Ed. Portuguesa. Direcção-Geral da Administração e do Emprego Público, 2006.

PMI®, **A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK® Guide)**, 3rd ed., Project Management Institute, 2004.

PMI®, **Organizational Project Management Maturity Model (OPM3®)**: Knowledge Foundation, Project Management Institute, 2003.

## APÊNDICES









## 2. DESCRITORES DE MATURIDADE NO PROCESSO DE PLANEJAMENTO

## 1. AUTO AVALIAÇÃO

| <b>Auto Avaliação</b>   |  |
|---|--|
| A reflexão sobre o próprio desempenho é um meio eficiente para as unidades aprenderem a identificar e corrigir seus erros, alinhando-se ao planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse Descritor, tem-se três avaliações a serem postuladas: da unidade; da estrutura, da situação e/ou indicadores. Equipe e coordenador realizam a avaliação para o alcance de um bom resultado no desempenho da Unidade ao final. |  |

|                    |  | Descrição   | Fonte de dados  | Nível do Indicador<br>(assinale o nível que<br>seja pertinente a sua<br>unidade) |
|--------------------|--|---|---|--|
| <b>Estagnado</b>   | Não descreve auto avaliação situacional.   | Não registra auto avaliação seu em documento.   | Não possui.   |  |
| <b>Desalinhado</b> | Realiza auto avaliação, descrevendo-a em documentos próprios.                              | Faz a auto avaliação, porém de modo independente descrevendo o mesmo em algum documento, não utiliza os métodos preconizados pela SMS.                                  | Documentos que comprovem a auto avaliação da Unidade.   |  |
| <b>Consolidado</b> | Realiza auto avaliação, utilizando instrumentos preconizados pela SMS.                     | Faz a auto avaliação de modo alinhado e utilizando os métodos da SMS.   | Documentos que comprovem que há auto avaliação, utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades).   |  |
| <b>Bom</b>         | Realiza a etapa C e procura outras Unidades para trocar informação e melhorar sua prática. | Além de realizar auto avaliação de forma alinhada à metodologia da SMS, apresenta em seu ciclo de auto avaliação resultados que melhoram seu desempenho organizacional. | Documentos que comprovem que há auto avaliação utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades), além de documentos identificando os resultados do ciclo de auto avaliação. |  |

|                 |  |   |   |  |
|-----------------|--|---|---|--|
| <b>Avançado</b> | Realiza os estágios C e B e serve de modelo para outras Unidades da organização. | Faz auto avaliação de forma alinhada a SMS, apresenta em seu ciclo de auto avaliação resultados que melhoram seu desempenho organizacional. Atualmente, os resultados de sua auto avaliação servem de exemplo para outras Unidades. | Documentos que comprovem que há auto avaliação utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades), além de documentos identificando os resultados do ciclo de auto avaliação. O resultados de suas boas práticas são preconizadas as outras Unidades. |  |
|-----------------|--|---|---|--|

## 2. PACTUAÇÃO DE METAS

| <b>Pactuação de Metas</b>  |
|--|
| As unidades definem padrões quantificáveis que representam o alcance do objetivo e estipulam metas para os mesmos; o Descritor representa, pois, “onde queremos chegar?” através da verificação das atividades desempenhadas pelas Unidades. |

|                    |   | <b>Descrição</b>  | <b>Fonte de dados</b>  | <b>Nível do Indicador<br/>(assinale o nível que<br/>seja pertinente a sua<br/>unidade)</b> |
|--------------------|---|---|--|--|
| <b>Estagnado</b>   | <b>Não registra<br/>Pactuação de<br/>Metas.</b>   | <b>Não possui<br/>documento<br/>descrevendo<br/>Pactuação de<br/>Metas.</b>   | <b>Não possui.</b>   |  |
| <b>Desalinhado</b> | <b>Produz<br/>documento<br/>descrevendo a<br/>Pactuação de<br/>suas Metas<br/>periodicamente<br/>de forma<br/>desalinhada.</b>                | <b>Pactua suas<br/>metas<br/>periodicamente<br/>de modo<br/>independente e<br/>desalinhado,<br/>descrevendo os<br/>mesmos em<br/>algum<br/>documento. Não<br/>utiliza os<br/>métodos<br/>preconizados<br/>pela SMS.</b> | <b>Documento<br/>contendo<br/>registros da<br/>Pactuação de<br/>Metas da<br/>Unidade.</b>  |  |
| <b>Consolidado</b> | <b>Produz<br/>documento<br/>descrevendo a<br/>Pactuação de<br/>suas Metas,<br/>utilizando<br/>instrumentos<br/>preconizados<br/>pela SMS.</b> | <b>Produz<br/>documento<br/>descrevendo a<br/>Pactuação de<br/>suas Metas de<br/>modo alinhado e<br/>utilizando os<br/>métodos da SMS.</b>  | <b>Documentos que<br/>comprovem que<br/>as metas foram<br/>pactuadas<br/>utilizando os<br/>métodos<br/>preconizados da<br/>SMS (Plano da<br/>Unidade).</b>   |  |
| <b>Bom</b>         | <b>Realiza a etapa<br/>C e procura<br/>outras<br/>unidades para<br/>trocar<br/>informação e<br/>melhorar sua<br/>prática.</b>                 | <b>Além de pactuar<br/>suas metas de<br/>forma alinhada à<br/>metodologia da<br/>SMS, busca<br/>metas<br/>embasadas de<br/>acordo com a<br/>avaliação de<br/>resultados de<br/>três períodos<br/>anteriores.</b>        | <b>Documentos que<br/>comprovem que<br/>as metas foram<br/>pactuadas<br/>utilizando os<br/>métodos<br/>preconizados da<br/>SMS (Plano da<br/>Unidade), além<br/>de documentos<br/>identificando os<br/>resultados dos<br/>três períodos<br/>anteriores com<br/>os atuais da<br/>Unidade.</b> |  |

|          |  |   |  |  |
|----------|--|---|--|--|
| Avançado | Realiza os estágios C e B e serve de modelo para outras unidades da organização. | Pactua suas metas de forma alinhada a SMS, busca metas embasadas de acordo com a avaliação de resultados de cinco períodos anteriores. Atualmente, suas boas práticas servem de exemplo para outras Unidades. | Documentos que comprovem que as metas foram pactuadas utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades), além de documentos identificando os resultados dos cinco períodos anteriores com os atuais da Unidade. Registro dos indicadores de resultado conforme a série histórica para avaliar se há aprendizagem, em média 50% dos indicadores. |  |
|----------|--|---|--|--|

## 3. PRIORIZAÇÃO E LEVANTAMENTO DE AÇÕES

| <b>Priorização e Levantamento de Ações</b>  |  |
|---|--|
| As unidades de saúde devem concentrar a utilização de recursos e energia em determinadas ações ou escolhas, no seu amplo sentido, que provoquem o maior ou melhor impacto no plano de gerenciamento preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde. |  |

|                    |  | Descrição   | Fonte de dados   | Nível do Indicador<br>(assinale o nível que<br>seja pertinente a sua<br>unidade) |
|--------------------|--|---|--|--|
| <b>Estagnado</b>   | Não descreve a Priorização e Levantamento de Ações.  | Não registra sua Priorização e Levantamento de Ações.   | Não possui.  |  |
| <b>Desalinhado</b> | Realiza a Priorização e Levantamento de Ações, descrevendo-os em documentos próprios.      | Faz sua Priorização de Levantamento de Ações de modo independente descrevendo o mesmo em algum documento, não utiliza os métodos preconizados pela SMS.   | Documentos que comprovem que há Priorização e Levantamento de Ações da Unidade.  |  |
| <b>Consolidado</b> | Realiza a Priorização e Levantamento, utilizando instrumentos preconizados pela SMS.       | Faz sua Priorização e Levantamento de Ações de modo alinhado e utilizando os métodos da SMS.  | Documentos que comprovem que há Levantamento e Priorização de Ações, utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades).   |  |
| <b>Bom</b>         | Realiza a etapa C e procura outras unidades para trocar informação e melhorar sua prática. | Além de realizar a Priorização e Levantamento de Ações de forma alinhada à metodologia da SMS, busca boas práticas sobre suas ações (benchmarking) em outras Unidades, e melhora seu desempenho nas atividades. | Documentos que comprovem que há Priorização e Levantamento de Ações utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades), além de documentos identificando boas práticas em outras unidades e atas de reuniões com as mesmas identificadas para discutirem as boas práticas. |  |

|                 |  |   |  |  |
|-----------------|--|---|--|--|
| <b>Avançado</b> | Realiza os estágios C e B e serve de modelo para outras unidades da organização. | Realiza a Priorização e Levantamento de Ações de forma alinhada a SMS, realiza pesquisa de boas práticas em outras Unidades para melhoria em seu desempenho. Atualmente, suas boas práticas servem de exemplo para outras Unidades. | Documentos que comprovem que há Priorização e Levantamento de Ações utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades), documentos identificando boas práticas em outras Unidades e atas de reuniões com as mesmas identificadas para discutirem as boas práticas. Atas de reuniões de unidades com unidades que solicitaram troca de experiência por entender que a unidade possui boas práticas. |  |
|-----------------|--|---|--|--|

## 4. EXECUÇÃO

| Execução   |
|--|
| Integra pessoas e outros recursos para realizar o plano de gerenciamento da Secretaria Municipal de Saúde para suas Unidades. Apresenta alguns artefatos em seu processo, como: solicitações de mudanças; implementação das ações corretivas; informações sobre desempenho do trabalho. Destaca-se, também, o possível <i>benchmarking</i> entre as Unidades para medir e comparar os processos organizacionais no exercício do aprendizado. |

|                    |  | Descrição   | Fonte de dados  | Nível do Indicador<br>(assinale o nível que<br>seja pertinente a sua<br>unidade) |
|--------------------|--|---|---|--|
| <b>Estagnado</b>   | Não descreve a Execução do plano de gerenciamento.   | Não registra suas ações de Execução.  | Não possui.   |  |
| <b>Desalinhado</b> | Realiza a Execução do plano de gerenciamento, descrevendo em documentos próprios.          | Faz sua Execução de modo independente descrevendo o mesmo em algum documento, não utiliza os métodos preconizados pela SMS.   | Documentos que comprovem que há ações de Execução da Unidade.   |  |
| <b>Consolidado</b> | Realiza a Execução utilizando instrumentos preconizados pela SMS.                          | Faz sua Execução de modo alinhado e utilizando os métodos da SMS.   | Documentos que comprovem que há Execução do plano de gerenciamento, utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades).   |  |
| <b>Bom</b>         | Realiza a etapa C e procura outras unidades para trocar informação e melhorar sua prática. | Além de realizar sua Execução de forma alinhada à metodologia da SMS, busca boas práticas sobre suas ações (benchmarking) em outras Unidades, apresenta práticas adequadas de Gestão de Processos e Projetos no nível de 50% bem sucedidos. | Documentos que comprovem que há Execução utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades), além de documentos identificando boas práticas em outras Unidades e atas de reuniões com as mesmas identificadas para discutirem as boas práticas. |  |

|                 |  |   |   |  |
|-----------------|--|---|---|--|
| <b>Avançado</b> | Realiza os estágios C e B e serve de modelo para outras Unidades da organização. | Realiza a Execução de forma alinhada a SMS, realiza pesquisa de boas práticas em outras Unidades para melhoria em seu desempenho. Atualmente, suas boas práticas servem de exemplo para outras Unidades, assim como apresenta práticas adequadas de Gestão de Processos e Projetos 95% bem sucedidas. | Documentos que comprovem que há Execução utilizando os métodos preconizados da SMS (Plano das Unidades) e noções do ciclo PDCA em sua avaliação; documentos identificando boas práticas em outras Unidades e atas de reuniões com as mesmas identificadas para discutirem as boas práticas. Atas de reuniões de unidades com unidades que solicitaram troca de experiência por entender que a unidade possui boas práticas. |  |
|-----------------|--|---|---|--|



## 5. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PLANEJAMENTO PELA UNIDADE

| <b>Monitoramento e Avaliação do Planejamento pela Unidade</b>   |
|---|
| Todas as unidades são obrigadas a monitorar e avaliar seu planejamento através do preenchimento dos documentos formais no prazo adequado e da avaliação e apresentação dos dados gerados pelos documentos formais e a proposição de correções na metodologia e no produto do planejamento em reuniões multinível (com presença de pares, subordinados e chefias); as unidades de nível estratégico e tático devem, ainda, coordenar o planejamento, monitoramento e avaliação das unidades a elas subordinadas. |

|                    |   | <b>Descrição</b>   | <b>Fonte de dados</b>   | <b>Nível do Indicador<br/>(assinale o nível que<br/>seja pertinente a sua<br/>unidade).</b> |
|--------------------|---|--|---|---|
| <b>Estagnado</b>   | Unidades que não realizam monitoramento do que planejaram.  | Não apresenta documento formal que comprove o monitoramento de ações planejadas.   | Não possui.   |   |
| <b>Desalinhado</b> | A Unidade define, monitora e avalia seu planejamento, mas de forma desalinhada à SMS.   | A Unidade possui documentos comprovando que á monitoramento e avaliação de seu planejamento, mas não segue a metodologia ou os prazos seguidos pela SMS. | Documento formal, contendo o detalhamento do monitoramento e da avaliação do planejamento da Unidade. |   |
| <b>Consolidado</b> | A Unidade consolidou seu planejamento através do desenvolvimento de ações de monitoramento e avaliação.                           | A unidade atingiu pontuação 1,0 a 1,4 no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Unidades.  | Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Unidades.                                    |   |
| <b>Bom</b>         | A Unidade consolidou as ações de monitoramento e avaliação de seu planejamento, apresentando um bom desempenho nestas atividades. | A unidade atingiu pontuação 1,5 a 2,4 no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Unidades.  | Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Unidades.                                    |   |

|                 |   |   |  |  |
|-----------------|---|---|--|--|
| <b>Avançado</b> | A unidade possui excelência nas ações de monitoramento e avaliação de seu planejamento. | A unidade atingiu pontuação 2,5 a 3,0 no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Unidades. | Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Unidades. |  |
|-----------------|---|---|--|--|

## **Avaliação da maturidade em gerenciamento de projetos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.**

Byatriz Alves  
Clarissa Passos  
Ricardo Perrone.

### **1 INTRODUÇÃO**

Este relatório apresenta o resultado da atividade de Consultoria de procedimentos realizado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), especificamente na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde. O produto é o diagnóstico sobre a Maturidade na Gestão de Projetos desta Secretaria onde foi utilizado a metodologia de avaliação de Darci Prado - Modelo de Maturidade em Gerenciamento de Projetos (MMGP).

Esta metodologia de avaliação é baseada em cinco níveis de maturidade composto por seis dimensões de maturidade, são elas: Conhecimento de gerenciamento; uso prático de metodologia; informatização; estrutura organizacional; relacionamentos humanos e alinhamento com os objetivos da organização.

Além dos resultados obtidos da avaliação realizada na SMS, apresentamos também neste relatório dados de diferentes organizações que atuam na área de saúde no Brasil a título de comparação. Isto proporcionará à SMS saber em que posição ela se encontra em relação ao cenário nacional quanto à maturidade na gestão de projetos.

Da análise dos resultados alcançados propõe-se também à SMS algumas sugestões de ações de melhoria com um plano de curto prazo para que a SMS possa elevar sua média de maturidade no período de um ano.

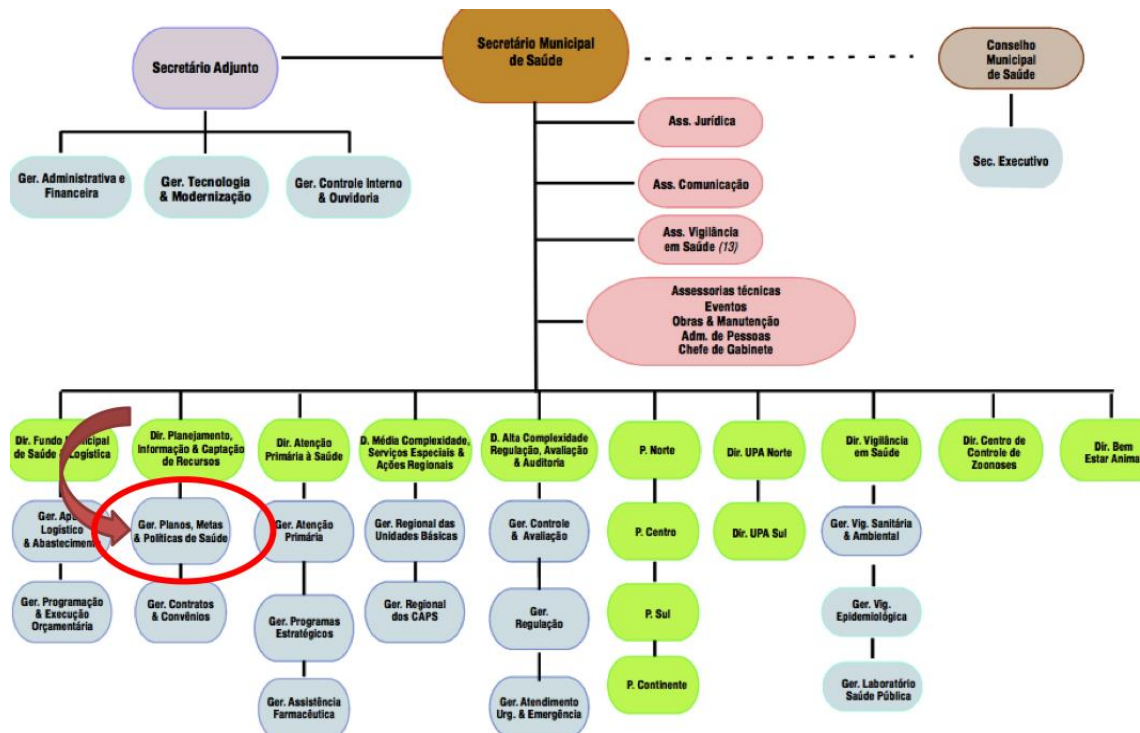
Identificar-se-á além de perspectivas de melhoria da maturidade algumas perspectivas de como a avaliação da maturidade pode ser um meio para a Gerência fomentar a accountability na organização, promovendo transparência e responsabilização na gestão de seus projetos.

### **2 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

A avaliação da maturidade na gestão de projetos foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde, mais precisamente na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde. O organograma da Secretaria Municipal de Saúde é apresentado pela Figura

1

**Figura 4 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde: Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde da SMS.**



Fonte: Prefeitura Municipal de Florianópolis, 2012

A missão da SMS é “Promover saúde para todos com qualidade” (SMS, 2012).

Tem como visão “Oportunizar o acesso de 100% da população a um sistema público de saúde, com gestão da qualidade total e ordenado pela Estratégia de Saúde da Família. até 2014” (SMS, 2012).

A Tabela 1 apresenta os valores e comportamentos definidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Tabela 1 – Valores e comportamentos da SMS Florianópolis.

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Comprometimento com o SUS</b>   | Estimular o debate contínuo sobre as políticas públicas em saúde.  |
|                                    | Consolidar os princípios e diretrizes do SUS, garantindo o vínculo estatal dos servidores.                   |
| <b>Compromisso com a qualidade</b> | Aprimorar os serviços, com corresponsabilização e participação social.                                       |
|                                    | Assegurar processos de planejamento, execução, avaliação e reestruturação de serviços.                       |
| <b>Diálogo</b>                     | Criar canais de construção e socialização do conhecimento.   |
|                                    | Criar canais de comunicação efetivos entre os diversos atores do sistema.                                    |
| <b>Respeito</b>                    | Valorizar atitudes, opiniões e espaços, tanto individuais quanto coletivos.                                  |
|                                    | Entender as diferenças, mantendo a cordialidade.   |
| <b>Ética</b>                       | Ter transparência nas relações com os trabalhadores do SUS e cidadãos/usuários, e nos processos de trabalho. |
|                                    | Respeitar a diversidade.   |

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

A gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde é a unidade de trabalho responsável pela gestão dos projetos na Secretaria Municipal de Saúde, e desta forma vem se estruturando para aprimorar sua gestão sobre esta perspectiva a cerca de dois anos.

### 3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A necessidade de avaliar a maturidade na Gerência de Planos e Metas e Políticas de Saúde surgiu quando a equipe gestora decidiu avaliar o seu crescimento e sua evolução na gestão de projetos. Isto ocorreu desde que começou a lançar esforços visando a melhoria da gestão, ou seja, havia a necessidade desta gerência conhecer em que nível de maturidade a gerência estaria para a partir deste diagnóstico traçar metas para o futuro. Desta perspectiva, a Gerência decidiu adotar a metodologia do PMBOK - *Project. Management Body of Knowledge*.- de elaboração de projetos, com o objetivo de definir as etapas do processo e assim padronizar a sequência lógica a ser desenvolvida desde o início da abertura de um projeto até o seu encerramento.

A partir da demanda apresentada pelo gestor, para compreensão mais nítida de como ocorre a gestão de projetos na Gerência de Planos, Metas e Políticas de saúde, foi elaborado o fluxograma do processo de gestão de projetos (Apêndice 1).

A partir do conhecimento dos processos na gestão de projetos da SMS a equipe buscou identificar uma metodologia para a avaliação da maturidade em gestão de projetos.

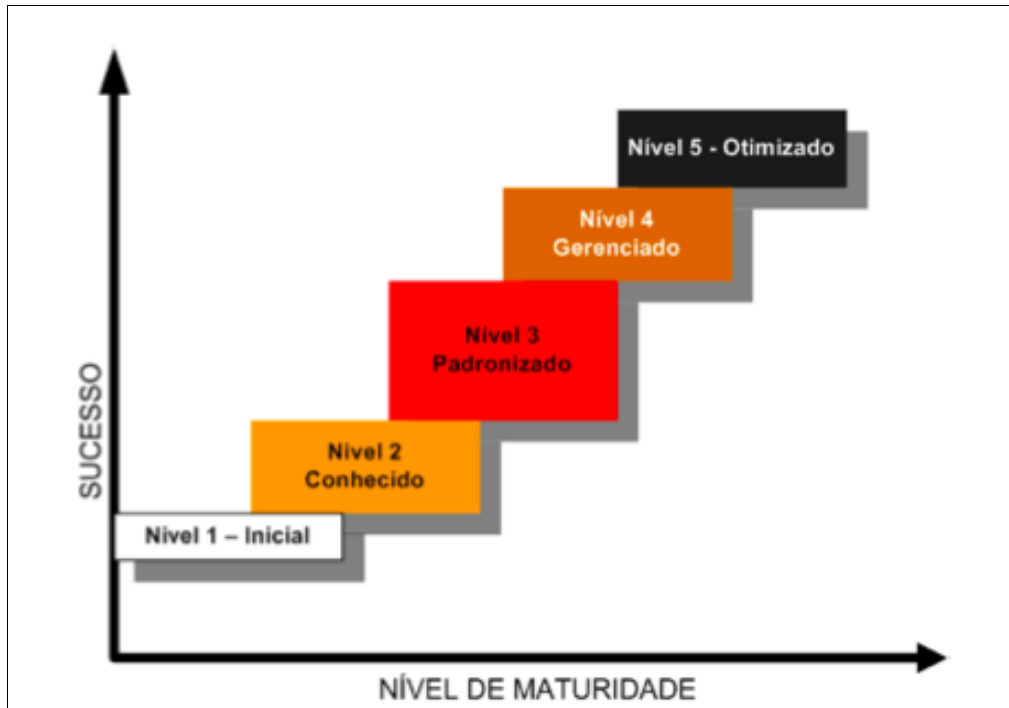
#### **4 IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO**

A alternativa identificada pela equipe de Consultoria em conjunto com o Gestor de Projetos da SMS para avaliar a maturidade em Gestão de Projetos foi a metodologia de Darci Prado MMGP (Modelo de Maturidade em Gerenciamento de Projetos).

A escolha desta metodologia foi efetuada porque esta foi testada e validada à partir da realidade brasileira, retratando esta realidade, Seu desenvolvedor, Darci Prado é um pesquisador brasileiro que validou a metodologia no contexto das organizações no Brasil.

O modelo, MMGP de Darci Prado, é composto por 05 (cinco) níveis de maturidade: inicial; conhecido; padronizado; gerenciado e otimizado. A avaliação segue uma escala crescente de maturidade, conforme figura 2

**Figura 5 - Nível de Maturidade.**



Fonte: Maturity Research, 2012

Dentro dos cinco níveis são abordadas 06 (seis) dimensões, são elas:

1. Conhecimento de gerenciamento;
2. Uso prático de metodologia;
3. Informatização;
4. Estrutura organizacional;
5. Relacionamentos humanos;
6. Alinhamento com os negócios da organização.

Estas 06 (seis) dimensões estão diretamente relacionadas com os níveis de maturidade de acordo com tabela 2.

Tabela 2- Relação entre os níveis de maturidade e as dimensões.

| Dimensão da Maturidade          | Nível de Maturidade |                     |                          |              |           |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|--------------|-----------|
|                                 | Inicial             | Conhecido           | Padronizado              | Gerenciado   | Otimizado |
| <b>Conhecimentos</b>            | Dispersos           | Básicos             | Básicos                  | Avançados    | Avançados |
| <b>Metodologia</b>              | Não há              | Tentativas Isoladas | Implantada e Padronizada | Estabilizada | Otimizada |
| <b>Informatização</b>           | Tentativas Isoladas | Tentativas Isoladas | Implantada               | Estabilizada | Otimizada |
| <b>Estrutura Organizacional</b> | Não há              | Não há              | Implantada               | Estabilizada | Otimizada |
| <b>Relacionamentos Humanos</b>  | Boa vontade         | Algum Avanço        | Algum Avanço             | Algum Avanço | Maduros   |
| <b>Alinhamento Estratégico</b>  | Não há              | Não há              | Iniciado                 | Alinhado     | Alinhado  |

Fonte: Maturity Research, 2012

A partir destas dimensões, Prado (2007) elaborou um questionário (ANEXO I) composto por 40 questões de múltipla escolha, divididas em quatro sessões para avaliar a maturidade das organizações nos gerenciamento de seus projetos.

Cada questão é composta por quatro alternativas de múltipla escolha, A,B,C e D exceto para as questões A e D referentes ao nível otimizado. Para cada alternativa há um valor correspondente, (10, 6, 2 ou 0) de acordo com a alternativa assinalada.

A avaliação da maturidade dá-se a partir da fórmula:

$$\text{Avaliação Final} = \frac{(100 + \text{Somatório Total de Pontos das Perguntas})}{100}$$

100



## 5 AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Para a avaliação da maturidade na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde foi aplicado o questionário a 03 (três) gestores. O Gerente da área e dois técnicos. A média foi obtida pelo resultado destes três questionários respondidos para definir a soma total dos pontos onde posteriormente foi aplicada à fórmula.

Priorizou-se o uso desta metodologia, pois a mesma possibilita verificar, além do nível de maturidade, o percentual de aderência do setor a cada um dos níveis, possibilitando uma análise mais aprofundada sobre quais níveis estão sendo mais bem incorporados às suas atividades e quais precisam ser mais bem desenvolvidos.

O questionário foi enviado pelo portal <www.qualtrics.com> visando facilitar o processo de retorno pelos respondentes.

Os dados coletados foram tabulados utilizando-se o Excel e partir das tabulações foi elaborado uma tabela indicando o percentual de aderência obtido pela Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde. A tabela 3 representa estes dados.

**Tabela 3- Percentual de Aderência.**

| NÍVEL | PONTOS<br>OBTIDOS | PERCENTUAL DE ADERÊNCIA |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
|-------|-------------------|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
|       |                   | 10                      | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 |
| 2     | 41,3              |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 3     | 40,7              |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 4     | 41,3              |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 5     | 18                |                         |    |    |    |    |    |    |    |    |     |

Fonte: Autores

A partir do percentual de aderência, somou-se a pontuação total e foi aplicada a fórmula para a avaliação final, da qual resultou o nível da maturidade na gestão de projetos da Gerência.

O resultado final foi de 2,41.

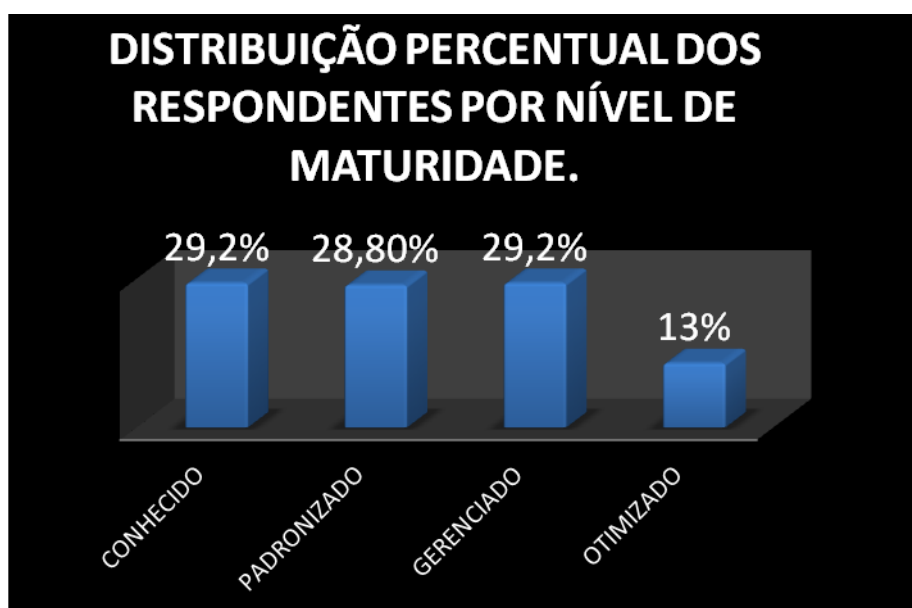
## 6 RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Este resultado indica que a organização encontra-se em um nível de maturidade 2, em que os assuntos são considerados conhecidos, ou seja, aplicam-se algumas iniciativas isoladas demonstrando que foi realizado um esforço coordenado pelo setor para criar uma linguagem comum ao assunto gerenciamento de projetos.

Dentre as respostas obtidas através dos questionários pôde-se verificar um baixo desvio padrão, indicando que não houve divergências significativas entre as respostas, o que pode ser avaliado positivamente, pois reforça a veracidade do resultado obtido, já que a percepção sobre a gestão de projetos foi similar para todos os respondentes.

A partir do somatório dos pontos obtidos em cada grupo de dez (10) questões, referentes a cada nível de maturidade, realizou-se o cálculo da distribuição percentual dos respondentes por cada nível de maturidade, o que permitiu ampliar o resultado da avaliação, demonstrando a porcentagem de aderência da gestão de projetos a cada um dos níveis de maturidade. O gráfico obtido da distribuição percentual dos respondentes por nível de maturidade está representado pela Figura 3:

**Figura 6- Gráfico da distribuição percentual por nível de maturidade.**



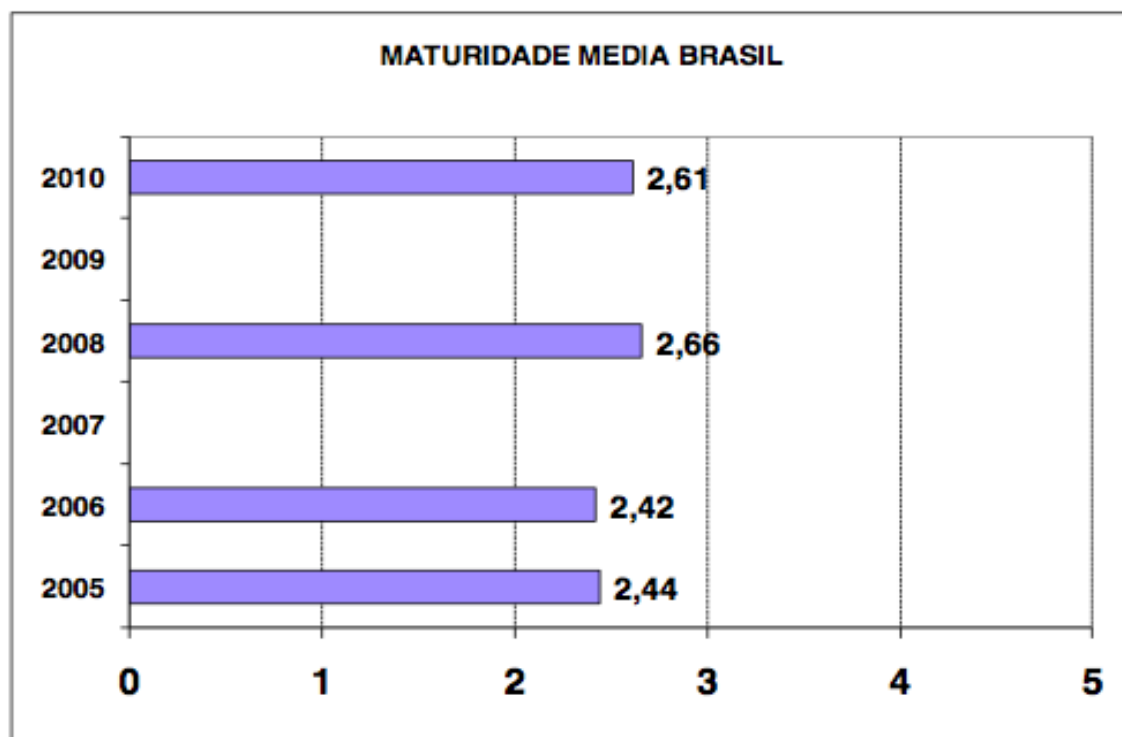
Fonte: Autores.

O gráfico indica que mesmo com um resultado de nível 2 a organização já possui alguns avanços significativos referentes aos níveis 3 e 4 , além de ter iniciado algumas práticas do nível 5 de maturidade.

Com o intuito de refletir sobre o processo, corroborado por Padro (2008) de que não basta medir a maturidade de uma organização, é preciso comparar os resultados com outras organizações para obter um parâmetro e que apresentamos dados do nível de maturidade de organizações brasileiras entre os anos de 2005 e 2010 de avaliações divulgadas pelo MPCM- *Maturity by project category model*.

De acordo com a pesquisa sobre a maturidade na gestão de projetos organizada por Manuel da Silva Carvalho, os dados apresentados são resultado da participação de 345 organizações na avaliação da maturidade na gestão de projetos do modelo Prado disponibilizada no site < [www.maturityresearch.com](http://www.maturityresearch.com) > em que toda organização pode voluntariamente realizar seu cadastro e aplicar a metodologia de avaliação. Os resultados da maturidade média das organizações que participaram da avaliação podem ser verificados na (figura 4).

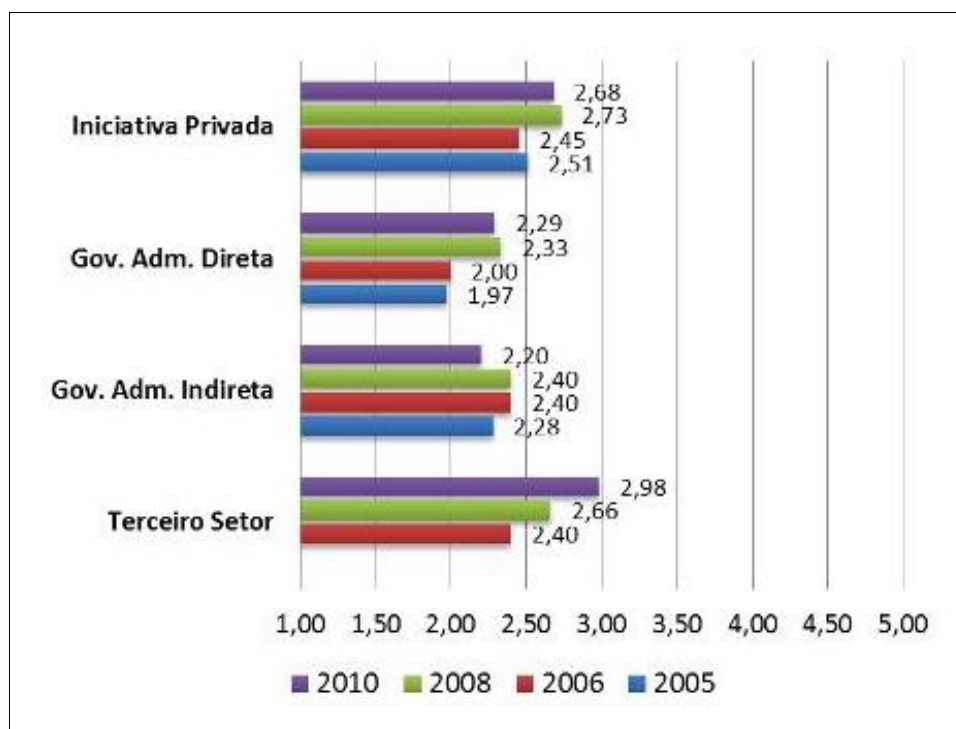
Figura 7- Gráfico da maturidade média no Brasil.



Fonte: Maturity Research, 2012

Desta análise em comparação a avaliação realizada na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, é possível verificar que esta gerência enquadra-se na média obtida no Brasil, porém os resultados acima englobam os diferentes tipos de organização. Desta forma, se faz necessário comparar o nível de maturidade com organizações que façam parte da Administração Direta. Esta análise está representada pelo gráfico (Figura 5).

**Figura 8- Gráfico da maturidade de acordo com o tipo de organização.**



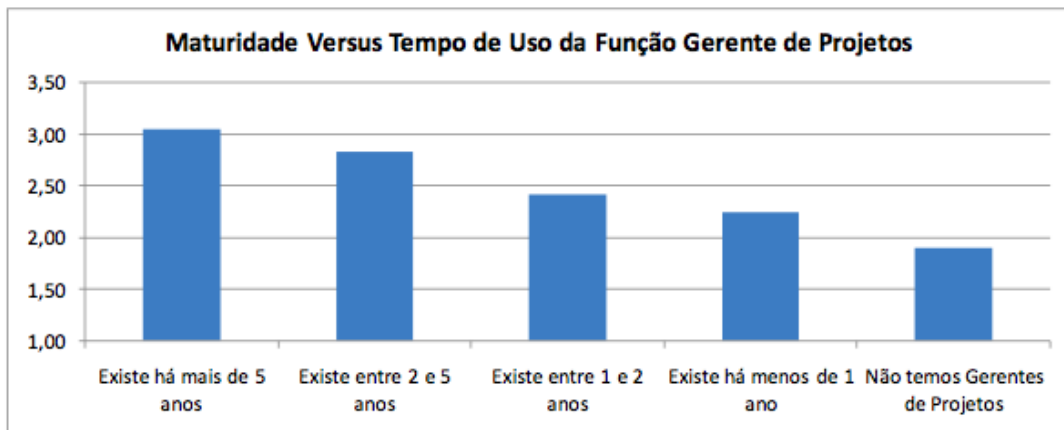
Fonte: Maturity Research, 2012

De acordo com o gráfico da Figura 5 verifica-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis está acima da média das organizações Públicas da Administração Direta brasileiras, o que pode ser considerado como positivo para a organização.

Apesar de a organização não possuir na estrutura organizacional uma unidade de trabalho específica para o desenvolvimento da função gerente de projetos e um departamento exclusivo para o gerenciamento de projetos, existe o desenvolvimento desta atividade absorvido pela Gerência de Planos, Metas e Política de Saúde a qual vem desempenhando esta função na SMS e vem aprimorando a gestão em projetos a cerca de dois anos.

Buscando uma análise comparativa do nível de maturidade da função gerente de projetos com o quesito tempo apresenta-se a Figura 6.

**Figura 9- Gráfico da maturidade em relação ao uso da função gerente de projetos.**

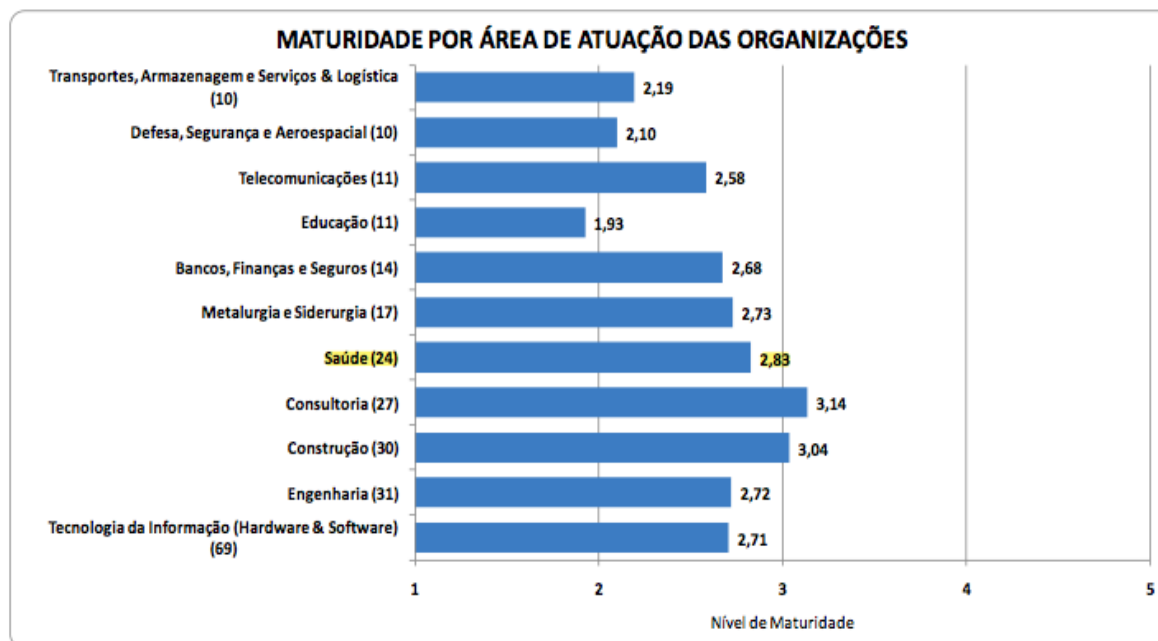


Fonte: Maturity Research, 2012

Desta análise observa-se que o nível médio obtido pelas organizações em que foi atribuída esta função está entre 1 e 2 anos. Exatamente o nível encontrado a partir da avaliação na Gerência na SMS. Observando os demais resultados, pode-se intuir que o nível de maturidade tende a crescer à medida que esta função vai sendo aprimorada ao longo do tempo, trazendo boas perspectivas para a SMS, que está ainda em um processo inicial de aprimoramento de suas práticas em gestão de projetos.

Para finalizar, comparou-se o nível de maturidade de acordo com o ramo de atividade das organizações, representados pela Figura 7.

**Figura 10- Gráfico da maturidade em relação a área da atuação das organizações.**



Fonte: Maturity Research, 2012

Observa-se que no ramo de atividade da saúde o valor médio apresentado pelas organizações avaliadas é de 2,8, o que representa um valor um pouco acima da média obtida pela Gerência da SMS na avaliação que foi de 2,4.

Porém cabe destacar que o gráfico acima é composto tanto por organizações públicas como privadas, desta forma acredita-se que a média na área da saúde apresentada esteja superior à encontrada na SMS devido às iniciativas privadas que vem investindo no ramo da saúde em todo o Brasil, e em face da maior agilidade normalmente encontrada nas organizações privadas, menor grau de burocratização e maior competitividade, porém mesmo assim, ainda existe um longo caminho a ser percorrido para se alcançar o nível máximo de maturidade em Gestão de Projetos.

A partir das análises comparativas pode-se concluir que as organizações que realizaram a avaliação de maturidade de acordo com o modelo de Prado encontram-se entre os níveis 1, 2 e 3 de maturidade, ou seja, as organizações estão em um processo inicial de amadurecimento na gestão de seus processos, mas observa-se que o assunto está sendo priorizado e já se pode vislumbrar cenários mais otimistas, pois a medida que se passa a conhecer a realidade é possível traçar metas e objetivos mais ousados em busca de melhorias.

Vale ainda ressaltar que num aprofundamento dos dados coletados na Avaliação da Maturidade na SMS nos possibilitou elaborar de um plano de crescimento para o nível de maturidade da Secretaria Municipal da Saúde.

Proporcionar o Plano de Crescimento em Longo Prazo é um caminho importante para a organização atingir um objetivo mais complexo, porém é necessário um período de tempo maior para a aplicabilidade.

Desta forma, como alternativas à melhoria do nível de maturidade pela Gerência de Planos, Metas e Política de Saúde propomos um Plano de ação com metas de curto prazo, pois representa algo que se pretende realmente atingir. Ele deve ser acompanhado com um firme propósito para atingir a meta. Dessa forma, a identificação da meta é fundamental para a montagem do plano de curto prazo.

Este plano, geralmente abrange um período de um ano. Quando há conhecimento do atual nível de maturidade da organização, e se conhece a média deste valor de outras organizações similares, é possível estabelecer a meta. Caso se estabeleça uma meta mais ambiciosa, certamente serão necessários recursos mais elaborados para sua concretização.

O modelo já aplicado por Prado em diversas organizações, para estabelecer metas do nível de maturidade, está representado na (Tabela 4).

**Tabela 4 – Maturidade.**

| Valor Anual da Maturidade | Valor Possível a ser atingido em 1 ano |
|---------------------------|--|
| 1                         | 2                                      |
| 2                         | 2,7                                    |
| 3                         | 3,5                                    |
| 4                         | 4,4                                    |

Fonte: Prado, 2008.

Então, se uma determinada organização tem um valor atual de 2,2, utilizando a tabela acima poderíamos dizer que ela poderá estabelecer uma meta de 2,9 ou 3,0 para um período de um ano.

No caso da Secretaria Municipal da Saúde que apresentou um valor médio de maturidade igual a 2,41 é possível estabelecer que em um ano a Gerência possa alcançar um valor de maturidade próximo ou igual a 3,0.



Para isso, o ponto de partida para a identificação das ações são as perguntas constantes do questionário, onde para cada pergunta, se deve:

- Rever qual opção foi utilizada em cada pergunta do questionário;
- Identificar, na citada pergunta, que nova opção se deseja atingir em um período de um ano; e
- Identificar as ações para que tal fato ocorra.

Um importante aspecto para estabelecer um plano de curto prazo é escolher a quais dimensões serão dadas ênfase e também quais alternativas são viáveis para que mudanças sejam implementadas durante este curto período de tempo. O plano de crescimento apresenta a possibilidade de incremento do nível de maturidade atual para um nível desejado no prazo de um ano. Para que haja este incremento priorizou-se a seleção das respostas mais distantes do desejado, como mostra a (Tabela 5)

**Tabela 5- Ações de curto prazo.**

| Nível | Questão | Situação Atual |        | Situação Desejada daqui 1 ano |        |            |
|-------|---------|----------------|--------|-------------------------------|--------|------------|
|       |         | Resposta       | Pontos | Resposta                      | Pontos | Incremento |
| 2     | 1       | B              | 6      |                               |        |            |
|       | 2       | A              | 10     |                               |        |            |
|       | 3       | D              | 0      | B                             | 6      | 6          |
|       | 4       | B              | 6      |                               |        |            |
|       | 5       | B              | 6      |                               |        |            |
|       | 6       | C              | 2      | B                             | 6      | 4          |
|       | 7       | A              | 10     |                               |        |            |
|       | 8       | C              | 2      | B                             | 6      | 4          |
|       | 9       | D              | 0      | B                             | 6      | 6          |
|       | 10      | D              | 0      | B                             | 6      | 6          |
| 3     | 1       | C              | 2      | B                             | 6      | 4          |
|       | 2       | A              | 10     |                               |        |            |
|       | 3       | C              | 2      | B                             | 6      | 4          |
|       | 4       | D              | 0      | B                             | 6      | 6          |
|       | 5       | D              | 0      | C                             | 2      | 2          |

|                           |    |   |      |                          |   |      |
|---------------------------|----|---|------|--------------------------|---|------|
|                           | 6  | D | 0    | B                        | 6 | 4    |
|                           | 7  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 8  | A | 10   |                          |   |      |
|                           | 9  | B | 6    |                          |   |      |
|                           | 10 | B | 6    |                          |   |      |
| 4                         | 1  | A | 10   |                          |   |      |
|                           | 2  | A | 10   |                          |   |      |
|                           | 3  | B | 6    |                          |   |      |
|                           | 4  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 5  | B | 6    |                          |   |      |
|                           | 6  | C | 2    | B                        | 6 | 4    |
|                           | 7  | D | 0    | C                        | 2 | 2    |
|                           | 8  | D | 0    | C                        | 2 | 2    |
|                           | 9  | D | 0    | C                        | 2 | 2    |
|                           | 10 | A | 10   |                          |   |      |
| 5                         | 1  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 2  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 3  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 4  | C | 2    |                          |   |      |
|                           | 5  | A | 10   |                          |   |      |
|                           | 6  | B | 6    |                          |   |      |
|                           | 7  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 8  | D | 0    |                          |   |      |
|                           | 9  | B | 6    |                          |   |      |
|                           | 10 | D | 0    |                          |   |      |
| Total de Pontos           |    |   | 146  | Total de Incrementos     |   | 56   |
| Valor total da Maturidade |    |   | 2,41 | Novo Valor da Maturidade |   | 3,02 |

Fonte: Autores.

Após a identificação dos pontos mais distantes do desejado na gestão de projetos obtidos na gerência analisou-se dentre as sugestões desenvolvidas por Prado para o fortalecimento dos níveis de maturidade aquelas que permitiriam, se implementadas, o incremento desejado igual a 3,0 para a SMS. As ações escolhidas para cada um dos níveis foram:

## Fortalecimento do Nível 2

- Dimensão - Competência Técnica (conhecimentos)

Questão 3. Em relação à **aceitação do assunto** “Gerenciamento de Projetos”:

- Estimular a importância do conhecimento em Gerenciamento de Projetos (GP);

Questão 6. Em relação aos **treinamentos efetuados fora da organização**:

- Identificar qual setor da organização toma iniciativas de realizar treinamentos internos;

Questão 8. Em relação ao **tipo e abrangência do treinamento** fornecido à alta administração:

- Identificar a necessidade de treinamentos para a alta administração e aos clientes internos;
- Conscientizar os clientes dos projetos do setor acerca da importância do conhecimento de gestão de projetos;

Questão 9. Em relação ao **tipo e abrangência do treinamento** fornecido aos clientes internos:

- Montar e executar um plano de treinamento para os gerentes de projeto adequado às necessidades do setor e expandir o treinamento para uma quantidade superior de profissionais;

Questão 10. Em relação ao **treinamento em softwares para gerenciamento de tempo**:

- Identificar os principais envolvidos com projetos que necessitam utilizar o software;
- Realizar o treinamento deste software.

## Fortalecimento do Nível 3:

- Dimensão – Metodologia

Questão 1. Em relação ao **uso de metodologia** de gerenciamento de projetos:

- Verificar a usabilidade do software, adequabilidade à organização e abrangência;

Questão 3. Em relação à **informatização da metodologia**:

- Montar um plano de melhoria da metodologia;

Questão 4. Em relação à **integração da metodologia de gerenciamento de projetos**:

- Realizar a integração da metodologia de gerenciamento de projetos com outras práticas de gerenciamento existentes na organização.

- Dimensão - Estrutura organizacional

Questão 5. Em relação à **estrutura organizacional**:

- Avaliação da estrutura organizacional existente no seu setor e também o relacionamento do seu setor com outros setores da organização;
- Verificar se ela é adequada; abrange todos os envolvidos, define corretamente as funções e responsabilidades.

Questão 6. Em relação ao **Escritório de Gerenciamento de Projetos (EGP) do setor**:

- Como não há um Escritório de Gerenciamento de Projetos, EGP, identificar o melhor modelo de EGP e faça um plano de implementação.

Fortalecimento do Nível 4:

- Dimensão - Estrutura Organizacional

Questão 6. Em relação à **eficiência e eficácia dos setores externos** ao setor:

- Efetue uma avaliação da adequabilidade e funcionalidade da estrutura organizacional utilizada no setor.

- Dimensão - Estrutura Organizacional e Alinhamento Estratégico

Questão 7. Em relação ao **acompanhamento do trabalho** efetuado pelos gerentes de projetos:

- Efetue uma avaliação da viabilidade de se implementar um sistema de estímulo aos gerentes de projetos bem sucedidos;
  - Dimensão - Conhecimentos e Competência Comportamental
- Questão 8. Em relação ao aperfeiçoamento da capacidade dos gerentes de projetos do setor, com ênfase em **relacionamentos humanos**:
- Faça uma avaliação da habilidade dos gerentes de projetos em relacionamentos humanos avançados (liderança, negociação, conflitos, motivação, etc.);
  - Identifique, monte um Plano de Ação e implemente-o;

Questão 9. Em relação ao estímulo para a obtenção de **certificação** pelos gerentes de projetos do setor:

- Faça um levantamento do número de gerentes de projetos certificados;
- Identifique qual seria a quantidade adequada de gerentes com certificação em seu departamento;
- Monte um plano de treinamento para os gerentes a serem certificados e contrate uma empresa de treinamento.

As sugestões de fortalecimento dos níveis de maturidade destacadas, caso sejam incorporadas pela organização, tendem a gerar a melhoria da gestão de projetos e consequente contribuir para a qualidade dos projetos oferecidos à sociedade e à Secretaria de modo geral.

O processo de aprimoramento da gestão de projetos, pode contribuir para gerar mais transparência, interna e externa, para gerar dados de controle administrativo e para valorização dos mecanismos de gestão pública voltados a desempenho e resultados, mecanismos estes ainda muito incipientes na administração pública brasileira, mas que vem ganhando espaço em diversas organizações, inclusive na área da saúde, como por exemplo a recente criação do índice de desempenho do sistema único de saúde (IDSUS) que buscam avaliar o desempenho do SUS quanto à acessibilidade e efetividade.

A partir da mensuração do desempenho da secretaria na gestão de seus projetos, pode-se obter um parâmetro para comparação de seu desempenho em

relação a outras organizações e regiões do país, contribuindo para o aprendizado e a melhoria da qualidade de gestão, o que futuramente pode contribuir para uma responsabilização por resultados.

## **7 ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO**

Com o presente trabalho, o grupo avaliou a maturidade na gestão de projetos na Secretaria de Saúde de Florianópolis o que foi de grande valia no aprendizado acadêmico.

Podemos vivenciar na prática como se dá todo o processo de consultoria, pois não havia só interesse por parte dos alunos, mas também o gestor manifestou grande expectativa sobre o que seria produzido, fazendo com que a responsabilidade só aumentasse.

Logo de começo foi necessário que nos interessássemos mais acerca do assunto, que até então não era de domínio coletivo. Dessa maneira o grupo foi se aprimorando e descobrindo ferramentas que auxiliaram muito para que o resultado final fosse alcançado.

Durante o processo de coleta de dados e aprofundamento a cerca da metodologia utilizada, a equipe pode perceber a relação entre avaliação e accountability, no que tange a transparência e a responsabilização dos agentes públicos. Verificou-se que a já existe um esforço por parte da Gerência em definir parâmetros de desempenho e maturidade, metas, indicadores e aprimoramento da gestão. Tais esforços nos fazem pensar que mesmo havendo um longo caminho a ser percorrido para o avanço na transparência e no controle por resultados, a Secretaria já deu seus primeiros passos e nos faz acreditar em um futuro mais otimista em relação a qualidade da saúde pública do município.

Podemos salientar dentre todo procedimento, a relação entre consultor e o gestor (cliente), que se revelou aberto, havendo reciprocidade e estabelecendo um nível de confiança entre as partes. Já que o mesmo forneceu informações muitas vezes informações confidenciais sobre processos e documentos internos.

Aprendemos que o produto de uma consultoria deve atender a todas as necessidades do cliente, sempre focando no mesmo já que se trata de um produto totalmente personalizado. O consultor deve sempre contextualizar suas alternativas de solução e adequá-las a realidade vivida pelo contratante.

Outro ponto que o consultor deve buscar é produzir um relatório que permita que o cliente o utilize por muito tempo e sempre que desejar. Evitando que o mesmo torne-se obsoleto em um curto espaço de tempo.

Por fim, ressaltamos que essa troca de experiências entre a teoria e a prática, o mundo acadêmico e a realidade corporativa faz com que os alunos, especialmente os da última fase, como o nosso caso, possam vivenciar momentos importantes, sejam eles fáceis ou difíceis que irão permear toda a vida de um profissional que almeja o sucesso.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Luiz Fernando e LOUREIRO, Maria Rita. **Finanças públicas, democracia e accountability**. In: BIDERMAN, Ciro e ARVATE, Paulo (orgs.). Economia do Setor Público no Brasil. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

MATURITY RESEARCH. **Maturidade em gestão de projetos**. Disponível em: <[http://www.maturityresearch.com/novosite/index\\_br.html](http://www.maturityresearch.com/novosite/index_br.html)>. Acesso em: 12 de abril de 2012.

PRADO, D. **Maturidade em gerenciamento de projetos**. Nova Lima: INDG Tecnologia e serviços Ltda, 2007

PRADO, D. **Maturidade em gerenciamento de projetos**. Nova Lima: INDG Tecnologia e serviços Ltda, 2008



## ANEXO I- QUESTIONÁRIO

### Nível 2 — Conhecido (Linguagem Comum)

1. Em relação à aceitação do assunto “Gerenciamento de Projetos” por parte da alta administração do setor (ou seja, as chefias superiores que têm alguma influência nos projetos do setor), assinale a opção mais adequada:

A) O assunto é bastante conhecido e aceito como uma boa prática de gerenciamento há, pelo menos, um ano. A alta administração estimula o uso desses conhecimentos.

B) O assunto é razoavelmente conhecido e está se iniciando o estímulo para o uso desses conhecimentos.

C) O assunto é apenas conhecido. Não existe nenhum estímulo formal para o uso desses conhecimentos.

D) O assunto parece ser ignorado pela alta administração.

2. Em relação à aceitação do assunto “Gerenciamento de Projetos” por parte dos gerentes de projetos do setor, assinale a opção mais adequada:

A) O assunto é bastante conhecido e aceito como uma boa prática de gerenciamento há, pelo menos, um ano. Os gerentes de projetos se sentem estimulados a utilizar esses conhecimentos.

B) O assunto é razoavelmente conhecido e existe algum estímulo pela organização para o uso desses conhecimentos.

C) O assunto é apenas conhecido. Não existe nenhum estímulo formal para o uso desses conhecimentos.

D) Os gerentes desconhecem o assunto ou existe algum receio, por parte dos gerentes, quanto ao uso desses assuntos.

3. Em relação à aceitação do assunto “Gerenciamento de Projetos” por parte dos clientes dos projetos (ou seja, daqueles setores internos ou externos à organização que recebem o produto ou serviço criado pelo projeto), assinale a opção mais adequada:

A) O assunto é bastante conhecido e aceito como uma boa prática de gerenciamento há, pelo menos, um ano. Os clientes gostam do tema e estimulam seu uso.

B) O assunto é razoavelmente conhecido e aceito como uma boa prática de gerenciamento por uma parcela dos clientes.

C) O assunto é apenas conhecido.

D) Os clientes desconhecem o assunto ou existe algum receio, por parte dos mesmos, quanto ao uso destes assuntos.

4. Em relação à conveniência de o treinamento em gerenciamento de projetos estar alinhado com a cultura da empresa, com outras práticas gerenciais existentes na organização, com o tipo de empresa e com especificidades do setor, assinale a opção mais adequada:

A) Existe uma forte preocupação neste sentido, que foi totalmente contemplada nos treinamentos oferecidos.

B) Existe uma forte preocupação neste sentido, porém foi apenas parcialmente contemplada nos treinamentos oferecidos.

C) Existe uma forte preocupação neste sentido, no entanto os treinamentos oferecidos não tiveram essa orientação.

D) Desconhece-se a importância deste aspecto ou ainda não houve treinamento.

61

5. Em relação aos treinamentos internos (efetuados dentro da organização), relativos a gerenciamento de projetos, assinale a opção mais adequada:

A) A organização dá muita importância a este aspecto e frequentemente realiza cursos internos abordando assuntos metodológicos e softwares.

B) A organização dá muita importância a este aspecto e está iniciando esta prática.

C) A organização dá alguma importância a este aspecto, mas ainda não se tomou nenhuma iniciativa prática.

D) A organização não dá importância a este aspecto e não realizou nenhum curso interno no último ano.

6. Em relação aos treinamentos efetuados fora da organização (tais como cursos de aperfeiçoamento, mestrado, MBA, cursos para certificação, etc.) por profissionais do setor envolvidos com gerenciamento de projetos nos últimos doze meses, assinale a opção mais adequada:

A) A organização estimula tais iniciativas através de vantagens de carreira para os participantes, desde que adequadamente justificadas.

B) A organização estimula tais iniciativas e eventualmente pode oferecer vantagens de carreira para os participantes.

C) A organização aceita tais iniciativas, mas não acena nenhuma vantagem de carreira para os participantes.

D) A organização desconhece ou desestimula tais iniciativas.

62

7. Em relação ao tipo e abrangência do treinamento fornecido aos gerentes de projetos, assinale a opção mais adequada:

A) O treinamento abordou todas as 9 áreas conforme o PMBOK (ou apenas aquelas identificadas como necessárias ao setor), em nível adequado aos gerentes de projetos. Praticamente todos os gerentes de projetos foram treinados.

B) O treinamento abordou todas as 9 áreas conforme o PMBOK (ou apenas aquelas identificadas como necessárias ao setor), em nível adequado aos gerentes de projetos, mas atingiu uma quantidade insuficiente de gerentes de projetos.

C) O treinamento abordou uma quantidade insuficiente de áreas de gerenciamento (com relação àquelas identificadas como necessárias ao setor).

D) Não foi realizado nenhum treinamento pelos gerentes de projetos.

8. Em relação ao tipo e abrangência do treinamento fornecido à alta administração do setor (ou seja, as chefias superiores que têm alguma influência nos projetos do setor), assinale a opção mais adequada:

A) O treinamento abordou as áreas relevantes do PMBOK (adequadas ao setor), em nível adequado à alta administração. Praticamente toda a alta administração do setor que necessita do treinamento foi treinada.

B) O treinamento abordou as áreas relevantes do PMBOK (adequadas ao setor), em nível adequado à alta administração, mas atingiu uma quantidade insuficiente de profissionais da alta administração do setor.

C) O treinamento abordou uma quantidade insuficiente de áreas de gerenciamento com relação àquelas identificadas como necessárias à alta administração do setor.

D) Não foi fornecido nenhum treinamento à alta administração do setor.

63

9. Em relação ao tipo e abrangência do treinamento fornecido aos clientes internos que estão envolvidos com os projetos do setor, assinale a opção mais adequada:

A) O treinamento abordou as áreas relevantes do PMBOK (adequadas ao setor), em nível adequado aos clientes. Praticamente todos os clientes internos, envolvidos com os projetos do setor, foram treinados.

B) O treinamento abordou as áreas relevantes do PMBOK (adequadas ao setor), em nível adequado aos clientes internos, mas atingiu uma quantidade insuficiente de clientes internos.

C) O treinamento abordou uma quantidade insuficiente de áreas de gerenciamento com relação àquelas identificadas como necessárias ao setor.

D) Não foi fornecido nenhum treinamento aos clientes internos.

10. Em relação ao treinamento em softwares para gerenciamento de tempo (sequenciamento de tarefas, cronogramas, etc.), assinale a opção mais adequada:

A) Foram escolhidos profissionais com perfil adequado e foi fornecido treinamento. Eles utilizam os softwares há algum tempo.

B) Foram escolhidos profissionais com perfil adequado e foi fornecido treinamento. Está se iniciando a utilização dos softwares.

C) Existem softwares, mas apenas algumas pessoas os conhecem por meio de iniciativa pessoal. O uso é esporádico.

D) Não existem softwares para gerenciamento de tempo no setor da organização.

64

### Nível 3 — Padronizado

1. Em relação ao uso de metodologia de gerenciamento de projetos por pessoas envolvidas com projetos, no setor, assinale a opção mais adequada:

A) Existe uma metodologia implantada, testada e em uso rotineiro por todos os principais envolvidos com projetos há, pelo menos, um ano.

B) Existe uma metodologia implantada, testada e em uso rotineiro por um pequeno número de gerentes de projeto há, pelo menos, um ano.

C) A metodologia foi implantada recentemente. Seu uso ainda é incipiente.

D) Não existe metodologia implantada.

2. Em relação à abrangência da metodologia disponível, assinale a opção mais adequada:

A) Ela aborda todas as áreas relevantes (adequadas ao setor) e os cinco grupos de processos (inicialização, planejamento, execução, controle e encerramento) do PMBOK.

B) Ela aborda apenas a área de tempo (planejamento e controle). Outras áreas relevantes estão em implantação.

C) Ela aborda apenas planejamento de tempo.

D) Não existe metodologia implantada.

3. Em relação à informatização da metodologia, assinale a opção mais adequada:

A) Está totalmente informatizada, disponível e em uso por todos os principais envolvidos há, pelo menos, um ano.

65

B) Está totalmente informatizada há, pelo menos, um ano, mas está em uso apenas por um pequeno número de gerentes.

C) Está sendo informatizada.

D) Não existe informatização implantada.

4. Em relação à integração da metodologia de gerenciamento de projetos com outras práticas de gerenciamento existentes na organização, assinale a opção mais adequada:

A) Está totalmente integrada com outras práticas de gerenciamento, como gerenciamento pela qualidade total, planejamento estratégico, gerenciamento da produção, gerenciamento da rotina do dia-a-dia, segurança, etc.

B) Está sendo feito um esforço para integração.

C) Pretende-se fazer isso no futuro.

D) Desconhece-se a necessidade de integração.

5. Em relação à estrutura organizacional, é possível afirmar que o relacionamento entre gerentes de projeto e outros setores da organização envolvidos com projetos ocorre segundo a seguinte estrutura:

A) Ocorre formalmente segundo uma estrutura projetizada, ou matricial forte ou matricial balanceada há mais de um ano.

B) Não se formalizou nenhuma estrutura, mas tem-se trabalhado de forma parecida com uma estrutura matricial balanceada há mais de um ano.

C) Não se formalizou nenhuma estrutura, mas tem-se trabalhado de forma parecida com uma estrutura matricial fraca.

D) Não existe nenhuma estrutura formal ou informalmente estabelecida. Desconhece-se a importância do assunto.

66

6. Em relação ao Escritório de Gerenciamento de Projetos do setor, assinale a opção mais adequada:

- A) Foi implantado e está operando eficientemente há mais de um ano.
- B) Está implantado há mais de um ano, mas não funciona eficientemente.
- C) Foi recentemente implantado.
- D) Não existe Escritório de Gerenciamento de Projetos.

7. Em relação ao uso de Comitês para acompanhamento de projetos, assinale a opção mais adequada:

- A) Foram implantados e estão operando eficientemente há mais de um ano.
- B) Estão implantados há mais de um ano, mas não funcionam eficientemente.
- C) Foram recentemente implantados.
- D) Não existem Comitês.

8. Em relação às reuniões de avaliação do andamento de cada projeto efetuadas pelo gerente do projeto com sua equipe, assinale a opção mais adequada:

A) São organizadas segundo uma disciplina preestabelecida que prevê horário, local, pauta, participantes, relatórios, etc. Permitem que todos os membros da equipe percebam o andamento do projeto.

B) Não existe uma disciplina preestabelecida. Parece que somente o gerente do projeto realmente sabe do andamento do projeto.

C) Não existem. O gerente do projeto obtém informações do andamento de maneira informal.

D) Não existem. Ao que parece, os projetos ficam à deriva.

67

9. Em relação à forma de avaliação do andamento de um projeto, pelo gerente do projeto, assinale a opção mais adequada:

A) Foram estabelecidos, há mais de um ano, critérios para avaliação do andamento, que são disciplinadamente utilizados em cada projeto.

B) Os critérios foram estabelecidos há mais de um ano, mas não estão consolidados ou mudam constantemente.

C) Os critérios foram recentemente estabelecidos (menos de um ano), e está se iniciando o seu uso.

D) Não é feita nenhuma avaliação de andamento.

10. Assinale a opção mais adequada que reflete a situação que ocorre quando um projeto se encontra em um estado muito diferente do planejado no tocante a tempo, ou custo, ou escopo, ou qualidade:

A) Foram estabelecidos critérios para correções de rumo que são adequadamente utilizados por todos os envolvidos.

B) Foram estabelecidos critérios para correções de rumo, os quais, infelizmente, não são adequadamente utilizados por todos os envolvidos.

C) Estão sendo estabelecidos critérios para correção de rumo

D) Não se está fazendo nada neste sentido.

68

#### Nível 4 — Gerenciado

1. Em relação ao histórico de projetos já encerrados, no que toca à qualidade do gerenciamento do projeto e à qualidade ou desempenho do produto/serviço que foi criado, assinale a opção mais adequada:

A) Foi criado um banco de dados (ou algo semelhante) para coletar estes dados e já existe uma grande quantidade deste tipo de informações. Está se criando uma cultura para usar os dados para se planejar novos projetos e para se evitar erros do passado.

B) Foi criado um banco de dados (ou algo semelhante) para coletar estes dados e já existe uma grande quantidade deste tipo de informações. Pretende-se usar estes dados para se planejar novos projetos e para se evitar erros do passado.

C) Foi criado um banco de dados (ou algo semelhante) para coletar esses dados. Estamos iniciando a coleta deste tipo de informações.

D) Existem alguns dados, mas estão dispersos e não existe um arquivamento informatizado central. Não existe a prática do uso.

2. Em relação ao histórico de projetos já encerrados, no que toca a Lições Aprendidas, assinale a opção mais adequada:

A) Foi criado um banco de dados (ou algo semelhante) para coletar estes dados e já existe uma grande quantidade deste tipo de informações. Está se criando uma cultura para usar os dados para se planejar novos projetos e para se evitar erros do passado.

B) Foi criado um banco de dados (ou algo semelhante) para coletar estes dados e já existe uma grande quantidade deste tipo de informações. Pretende-se usar estes dados para se planejar novos projetos e para se evitar erros do passado.

C) Foi criado um banco de dados (ou algo semelhante) para coletar esses dados. Estamos iniciando a coleta deste tipo de informações.

69

D) Existem alguns dados, mas estão dispersos e não existe um arquivamento informatizado central. Não existe a prática do uso.

3. Em relação à melhoria contínua no modelo de gerenciamento de projetos existente no setor, praticada por meio de controle e medição da metodologia e do sistema informatizado, assinale a opção mais adequada:

A) O modelo implementado é permanentemente avaliado (controle e medição do uso) e os aspectos que mostram fragilidade ou inadequabilidade são discutidos e aperfeiçoados. O modelo tem evoluído de forma a satisfazer os principais usuários.

B) O modelo implementado é permanentemente avaliado (controle e medição do uso) e os aspectos que mostram fragilidade ou inadequabilidade são discutidos e aperfeiçoados. Infelizmente, o modelo atual ainda não satisfaz os principais usuários.

C) Está sendo implementado um programa de melhoria contínua. D) O assunto ainda não foi abordado.

4. Em relação às anomalias em tarefas que estão em andamento ou que acabaram de ser executadas (início fora do previsto, duração além da prevista, estouro de orçamento, etc.), assinale a opção mais adequada:

A) Existe um sistema para coleta de informações no qual se aponta as causas das anomalias e, posteriormente, é efetuada uma análise para identificar os principais fatores ofensores que se repetem (Análise de Pareto). O sistema está em funcionamento há bastante tempo e já existe uma cultura para o seu uso.

B) Existe um sistema, tal como mostrado na opção anterior, que foi recentemente implantado e está se criando uma cultura para o seu uso.

C) Está sendo implantado um sistema com o objetivo citado na primeira opção. D) O assunto não foi abordado.

70

5. Em relação às causas de fracasso de projetos já encerrados (atrasos, estouro de orçamento, não obediência ao escopo previsto, não atendimento às exigências de qualidade) oriundas do próprio setor ou de setores externos, assinale a opção mais adequada:

A) Todas as principais causas de fracasso foram identificadas. Foram estabelecidas e implantadas contramedidas para evitar que estas causas se repitam. Este trabalho foi implementado com sucesso.

B) Todas as principais causas de fracasso foram identificadas. Foram estabelecidas contramedidas para evitar que estas causas se repitam e este trabalho está sendo implementado.

C) Todas as principais causas de desvios foram identificadas. Ainda não foram estabelecidas contramedidas para eliminar as causas de desvios.

D) Ainda não existe um trabalho nesta direção.

6. Em relação à eficiência e eficácia dos setores externos ao setor avaliado, porém dentro da própria organização (também chamados de “fornecedores internos” ou de “interfaces”), no apoio à condução dos projetos, assinale a opção mais adequada:

A) Praticamente todos os fornecedores internos se tornaram altamente eficientes e eficazes. Sua atuação é proativa.

B) Parte dos fornecedores internos se tornou razoavelmente eficiente e eficaz. Todavia esta quantidade é insuficiente.

C) Alguns fornecedores internos estão efetuando ações nessa direção.

D) Não existe nenhuma iniciativa nessa direção.

71

7. Em relação ao acompanhamento trabalho efetuado pelos gerentes de projetos e ao estímulo que lhes é concedido no sentido de atingirem as metas de seus projetos, assinale a opção mais adequada:

A) Existe, há pelo menos um ano, um Sistema de Avaliação para os gerentes de projetos, pelo qual se estabelecem suas metas para o próximo período e se avalia quão bem ele se destacou no período anterior. Eventualmente, o gerente de projetos pode obter bônus quando atinge suas metas.

B) Existe um Sistema de Avaliação para os gerentes de projetos, pelo qual se estabelecem suas metas para o próximo período e se avalia quão bem ele se destacou no período anterior. O sistema foi recentemente implantado (menos de um ano).

C) Não existe um Sistema de Avaliação conforme descrito nas opções anteriores, mas os gerentes são fortemente estimulados a atingir suas metas.

D) Não existe nenhuma iniciativa nessa direção.

8. Em relação ao aperfeiçoamento da capacidade dos gerentes de projetos do setor, com ênfase em relacionamentos humanos (liderança, negociação, conflitos, motivação, etc.), assinale a opção mais adequada:

A) Existe um plano estruturado formal de treinamento. Praticamente todos os gerentes de projeto já passaram por este treinamento.

B) Existe um plano estruturado formal de treinamento. Uma razoável quantidade de gerentes de projeto já passou por este treinamento.

C) Tem havido algumas iniciativas de treinamento por parte da empresa, mas estão em estágio inicial.

D) Não existe nenhuma iniciativa nessa direção.

72

9. Em relação ao estímulo para a obtenção de certificação pelos gerentes de projetos do setor, assinale a opção mais adequada:

A) Existe um plano em execução para estimular os gerentes de projetos a obter uma certificação PMP ou equivalente. Por esse plano, a quantidade necessária e adequada de gerentes de projetos deve obter a certificação nos próximos anos.

B) Existe um plano em execução para estimular os gerentes de projetos a obter uma certificação PMP ou equivalente. Todavia, apenas uma pequena fração dos gerentes de projetos deverá obter a certificação.

C) O assunto é visto com seriedade e pretende-se montar um plano neste sentido. D) Não existe nenhuma iniciativa neste sentido.

10. Em relação ao alinhamento dos projetos executados no setor com os negócios da organização (ou com o Planejamento Estratégico), assinale a opção mais adequada:



A) Foram criados critérios há, pelo menos um ano, para que os novos projetos somente sejam aceitos se alinhados com os negócios da organização. Esses critérios têm sido respeitados, e todos os novos projetos estão alinhados com os negócios da organização.

B) Foram criados critérios para que os novos projetos somente sejam aceitos se alinhados com os negócios da organização. O processo está em fase inicial, e esses critérios têm sido respeitados.

C) Foram criados critérios para que os novos projetos somente sejam aceitos se alinhados com os negócios da organização. No entanto, eles nem sempre são seguidos, e assim nem todos os projetos executados estão alinhados com os negócios da organização.

D) Não existem critérios para que os novos projetos somente sejam aceitos se alinhados com os negócios da organização. Isso é feito intuitivamente

73

#### Nível 5 — Otimizado

1. Em relação ao histórico de projetos já encerrados, no que toca à qualidade do gerenciamento e qualidade técnica do produto/serviço obtido, assinale a opção mais adequada:

A) Existe um amplo e excelente banco de dados (ou algo semelhante), que é utilizado rotineiramente pelos gerentes de projeto há, pelo menos, 2 anos.

D) Existe um banco de dados (ou algo semelhante), que ou não pode ser classificado de amplo e excelente ou não é utilizado rotineiramente pelos gerentes de projeto.

2. Em relação ao histórico de projetos já encerrados, no que toca a Lições Aprendidas, assinale a opção mais adequada:

A) Existe um amplo e excelente banco de dados (ou algo semelhante), que é utilizado rotineiramente pelos gerentes de projeto há, pelo menos, 2 anos.

D) Existe um banco de dados (ou algo semelhante), que ou não pode ser classificado de amplo e excelente ou não é utilizado rotineiramente pelos gerentes de projeto.

3. Em relação à avaliação da estrutura organizacional implementada no setor (Comitês, Escritório de Gerenciamento de Projetos, Gerente de Projetos, Sponsors, etc.), assinale a opção mais adequada:

A) A estrutura implementada é adequada ao setor e funciona convenientemente há, pelo menos, 2 anos.

D) A estrutura foi implementada há menos de 2 anos, ou não é adequada ao setor, ou não funciona convenientemente.

74

4. Em relação à visibilidade de nossa organização na comunidade empresarial, assinale a opção mais adequada:

A) Nossa organização é vista e citada como benchmark em gerenciamento de projetos há bastante tempo. Recebemos frequentes visitas de outras organizações para conhecer nosso sistema de gerenciamento de projetos.

B) Estamos começando a ser reconhecidos como benchmark.

C) Acreditamos em nossa capacidade gerencial e sentimos que estamos na vanguarda do assunto. Estamos abertos para visitas e contatos.

D) Ainda estamos muito longe de sermos reconhecidos como benchmark.

5. Em relação ao aperfeiçoamento avançado da capacidade dos gerentes de projetos do setor, em aspectos relacionados com relacionamentos humanos (negociação, liderança, conflitos, motivação, etc.), assinale a opção mais adequada:

A) Quase a totalidade de nossos gerentes é altamente avançada nesses aspectos. B) Acima de 80% de nossos gerentes são altamente avançados nesses aspectos. C) Acima de 50% de nossos gerentes são altamente avançados nesses aspectos. D) Abaixo de 50% de nossos gerentes são altamente avançados nesses aspectos.

6. Em relação às habilidades técnicas (ou da área de aplicação) dos gerentes de projetos do setor, assinale a opção mais adequada:

A) Quase a totalidade de nossos gerentes é altamente avançada nesses aspectos. B) Acima de 80% de nossos gerentes são altamente avançados nesses aspectos. C) Acima de 50% de nossos gerentes são altamente avançados nesses aspectos. D) Abaixo de 50% de nossos gerentes são altamente avançados nesses aspectos.

75

7. Em relação ao programa de certificação PMP ou equivalente dos gerentes de projetos do setor, assinale a opção mais adequada:

A) A quantidade adequada e necessária de gerentes certificados foi atingida.

B) Acima de 80% da quantidade adequada e necessária de gerentes certificados foi atingida.

C) Acima de 50% da quantidade adequada e necessária de gerentes certificados foi atingida.

D) Abaixo de 50% da quantidade adequada e necessária de gerentes certificados foi atingida.

8. Em relação às causas de fracasso dos projetos (atrasos, estouro de orçamento, não obediência ao escopo previsto, não atendimento a exigências de qualidade), tanto internas como externas ao setor, assinale a opção mais adequada:

A) Todas as causas já foram mapeadas, e ações de correção já foram executadas com sucesso quase total há, pelo menos, um ano.

D) Ainda existe muito trabalho a ser feito neste sentido.

9. Em relação ao alinhamento dos projetos executados no setor com os negócios da organização (ou com o planejamento estratégico), assinale a opção mais adequada:

A) O alinhamento é de 100% há muito tempo (acima de 2 anos).

B) O alinhamento é de 100% há pouco tempo (acima de 1 ano).

C) O alinhamento é de 100% há muito pouco tempo (abaixo de 1 ano).

D) Não existe alinhamento de 100%.

**10. Em relação ao índice de sucesso dos projetos executados no setor, assinale a opção mais adequada:**

- A) 100% dos projetos são executados com sucesso.**
- B) Acima de 95% dos projetos são executados com sucesso.**
- C) Acima de 90% dos projetos são executados com sucesso.**
- D) Abaixo de 90% dos projetos são executados com sucesso.**

## APÊNDICE I – FLUXOGRAMA DA GESTÃO DE PROJETOS

BizAgi Process Modele

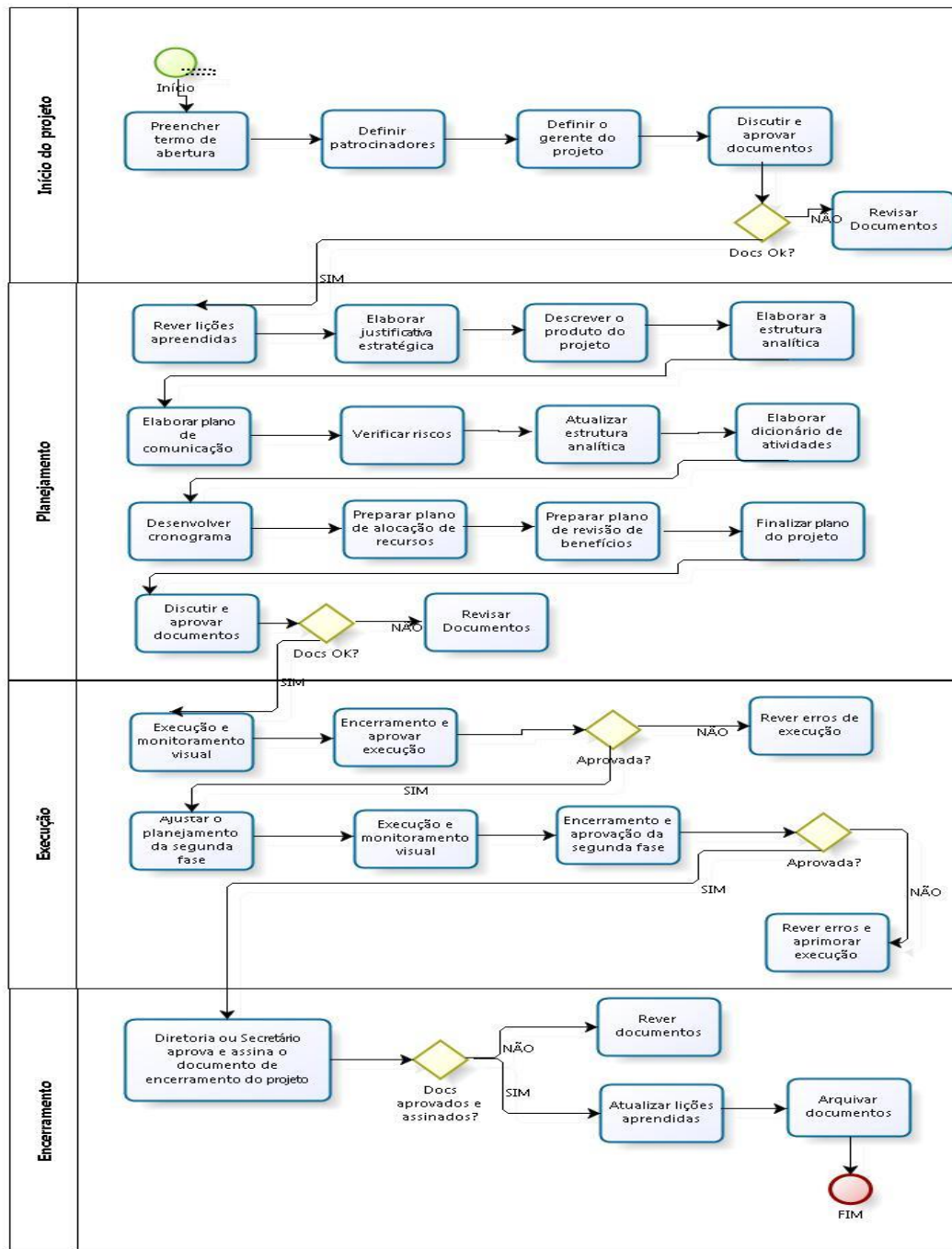


Diagram 1

Version: 1.0

## Início do projeto

### Process Elements



Início



Preencher termo de abertura



Definir patrocinadores



Definir o gerente do projeto



Discutir e aprovar documentos



Docs Ok?



Revisar Documentos

## Planejamento

### Process Elements



Rever lições aprendidas



Elaborar justificativa estratégica



Descrever o produto do projeto

☐ Elaborar a estrutura analítica

☐ Elaborar plano de comunicação

☐ Verificar riscos

☐ Atualizar estrutura analítica

☐ Elaborar dicionário de atividades

☐ Desenvolver cronograma

☐ Preparar plano de alocação de recursos

☐ Preparar plano de revisão de benefícios

☐ Finalizar plano do projeto

☐ Discutir e aprovar documentos

☐ Docs OK?

☐ Revisar Documentos

Execução

### Process Elements



Execução e monitoramento visual



Encerramento e aprovar execução



Aprovada?



Rever erros de execução



Ajustar o planejamento da segunda fase



Execução e monitoramento visual



Encerramento e aprovação da segunda fase



Aprovada?



Rever erros e aprimorar execução

### Encerramento

### Process Elements



Diretoria ou Secretário aprova e assina o documento de encerramento do projeto





Docs aprovados e assinados?



Rever documentos



Atualizar lições aprendidas



Arquivar documentos



FIM

## **O processo de Autoavaliação com a estrutura comum de avaliação (ECA) Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.**

Bruna Niehues  
Mayara Bellettini  
Mirela Souza

### **1 INTRODUÇÃO**

Este relatório é o resultado de uma atividade de Consultoria de procedimentos realizada na disciplina de Teoria e Prática de Administração de Serviços públicos do curso de Administração Pública da Universidade do Estado de Santa Catarina. A Consultoria foi desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, mas especificamente, na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde.

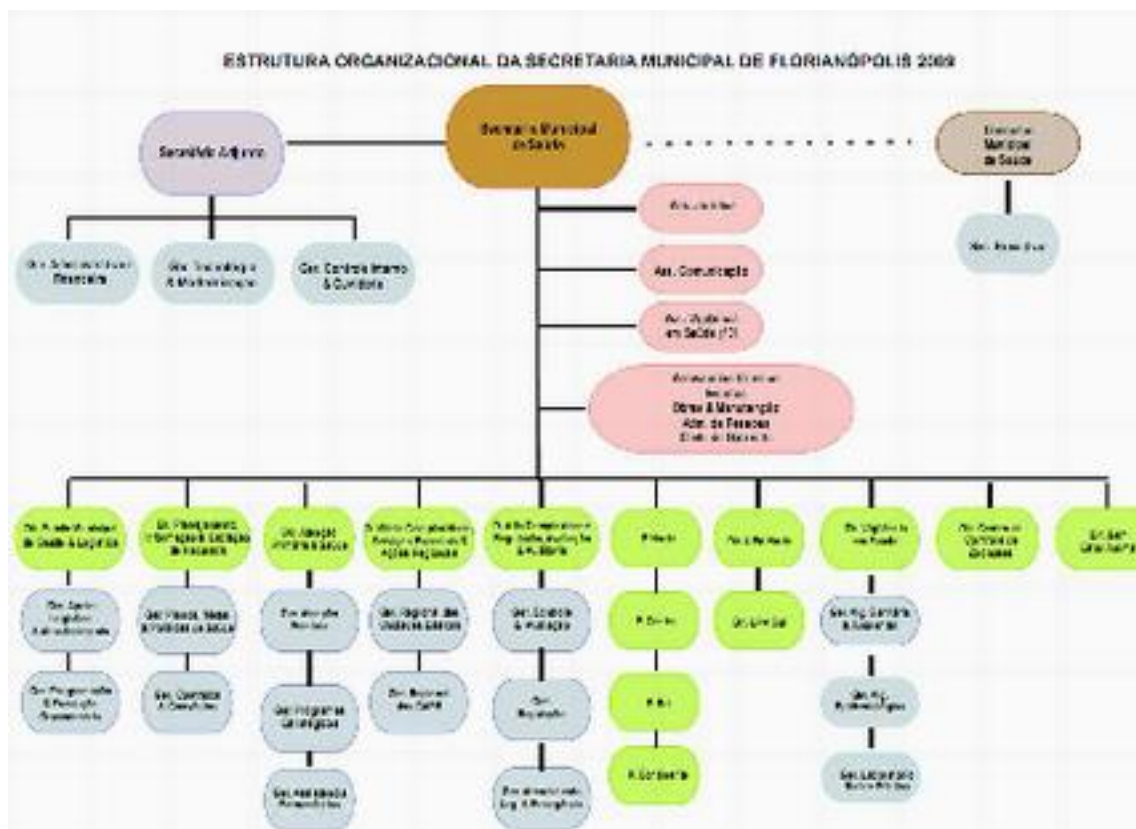
A demanda atendida pela equipe envolveu à autoavaliação organizacional da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, sendo esta realizada com instrumentos estabelecidos internacionalmente (CAF – *Common Assesment Framework/Estrutura Comum de Avaliação(ECA)*).

O objetivo da Consultoria é conhecer em que nível a organização se encontra em relação aos requisitos estabelecidos pela ECA, que representa a excelência na gestão de Qualidade Total. Para isso, foi aplicado a autoavaliação a partir dos requisitos estabelecidos pela ECA para conhecer em que nível está a organização. Posteriormente a esta identificação, em face da organização não ter alcançado a pontuação considerada mínima, a Consultoria propôs ações para melhorias dos processos internos descritos nos passo 5 e 9, tendo como objetivo possibilitar, efetivamente, o reconhecimento internacional da organização pela CAF.

## 2 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis está estruturada, conforme a Figura 1, pelo gabinete do secretário, conselho municipal, secretário adjunto, assessorias (jurídica; comunicação; vigilância; e técnicas), e 10 diretorias: Dir. de Atenção Primária a Saúde; Dir. de Planejamento, Informações e Captação de Recursos; Dir. de Vigilância em Saúde; Bem Estar Animal; Dir. das Unidades de Pronto Atendimento; Dir. de Média Complexidade, Assuntos Especiais e Ações Regionais; Dir. do Fundo Municipal de Saúde e Logística; Dir. de Alta Complexidade, Controle e Auditoria; e Dir. das Policlínicas.

Ilustração 1 - Organograma da SMS de Florianópolis



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Florianópolis, SMS, 2011

A atividade de Consultoria foi realizada na Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos, vinculada diretamente ao Secretário Municipal de Saúde. Dentre as atribuições imputadas a esta Diretoria está a articulação com órgãos e entidades externas, a elaboração de projetos para a captação de recursos financeiros, a realização do planejamento para execução da política municipal de saúde, a coordenação do processo de planejamento estratégico de ações e serviços de saúde em todos os níveis e setores da Secretaria Municipal de Saúde e a avaliação sistemática das ações e políticas de saúde implementadas.

O processo de Consultoria ocorreu na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, unidade de trabalho diretamente vinculada à Diretoria supra citada e tem como principais atividades: sugerir e coordenar estratégias de planejamento, desenvolver indicadores de interesse da política pública de saúde, realizar diagnósticos, coordenar o processo de avaliação de desempenho da Secretaria. Além disso, é também responsabilidade desta unidade de trabalho a elaboração de relatórios de gestão anuais, indicando a situação da saúde no município de Florianópolis, que incluso está a autoavaliação institucional, objeto desta Consultoria.

### 3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO PROBLEMA

A demanda desta Consultoria constitui-se na aplicação da autoavaliação organizacional na SMS a partir da: Estrutura Comum de Avaliação (ECA) (CAF

– *Common Assesment Framework*) para verificar o nível de pontuação da Secretaria Municipal de Saúde com a Estrutura Comum de Avaliação (ECA) e caso seja necessário propor melhorias ao processo.

A autoavaliação organizacional é um processo que fortalece toda organização que a implementa. Consiste, entre outras coisas, em trabalhar a identidade da organização, analisando internamente os seus pontos fortes e fracos e identificando as oportunidades e limitações ligadas ao meio externo.

A Estrutura Comum de Avaliação (*Common Assessment Framework* - CAF) é um modelo de autoavaliação do desempenho organizacional, especificamente desenvolvido para ajudar as organizações do setor público dos países europeus a aplicar as técnicas de Gestão da Qualidade Total, melhorando o seu nível de desempenho e de prestação de serviços.

A sua construção foi inspirada no Modelo de Excelência da Fundação Européia para a Gestão da Qualidade (*European Foundation for Quality Management ou EFQM*) e no modelo da Universidade Alemã de Ciências Administrativas, em Speyer (CAF, 2012).

Como propósito desta autoavaliação, a Secretaria Municipal de Saúde tem a compreensão do nível de desenvolvimento organizacional podendo promover melhorias com vistas a alcançar a excelência na prestação de serviços na área da saúde, aplicando o modelo de Gestão da Qualidade Total.

Dessa forma, para alcançar a excelência, a ECA determina requisitos mínimos à organização. São nove os passos analisados, cada um recebendo uma nota média que pode variar de 1 a 5.

Dos nove passos avaliados três (Passo 1, Passo 5 e Passo 9) devem obter no mínimo nota 4. Além disso, a soma dos 9 passos deve alcançar o mínimo de 28 pontos.

Com a aplicação da ferramenta de autoavaliação, constatou-se que a Secretaria Municipal de Saúde não alcançou os 28 pontos para ser

reconhecida como excelência na gestão de Qualidade Total. Portanto, existe uma necessidade de adequação aos requisitos instituídos pela ECA, sendo este o objeto desta Consultoria de Procedimentos.

Logo, foi necessário conhecer em que nível a organização se encontra em relação aos requisitos estabelecidos pela ECA que representa a excelência na gestão de Qualidade Total. Para isso, foi aplicado a autoavaliação (2º Ciclo de Avaliação) a partir dos requisitos estabelecidos pela ECA para conhecer em que nível está a organização. Posteriormente a esta identificação, em face da organização não ter alcançado a pontuação considerada mínima, a Consultoria visa propor ações para melhorias dos processos internos descritos em todos os passos da ECA. No entanto, priorizou-se o detalhamento de dois passos, em virtude desses apresentarem pontuação inferior a exigida pela ECA.

Da análise da última avaliação realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, foram identificadas como pontos de baixo desempenho:

- Passo 5 – Realizar autoavaliação;
- Passo 9 – Implementar o Plano de Melhoria.

Lembrando que, os Passos 1, 5 e 9 devem obter pontuação mínima de 4 pontos em cada uma de suas atividades, por isso, também se deu maior prioridade aos Passos 5 e 9, visto que o Passo 1 já possui pontuação adequada. Quanto aos outros passos haverá um detalhamento menor de suas atividades, haja vista que, ao se atingir a pontuação necessária nos passos 5 e 9 se conseguirá alcançar a pontuação mínima exigida pela ECA

#### **4 ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO**

Como proposta de alternativa para obtenção do nível de excelência, propõe-se: ➤

Definir, dentro dos temas de baixa performance, questões-chaves para serem trabalhadas, a fim de se alcançar notas melhores e obter como resultado a soma necessária para a obtenção do propósito, isto é, a excelência na prestação de serviços. (APÊNDICE B e APÊNDICE C);

- Modelar o processo de autoavaliação com a ECA, para possibilitar que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis seja reconhecida como

“Usuária Efetiva da Estrutura Comum de Avaliação” em validação externa (mapeamento dos passos, como consta no fluxograma – APÊNDICE E).

## 5 AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

A partir do diagnóstico foram definidas questões chaves que se tratadas conduzirão à Secretaria no alcance de melhores notas, resultando em uma avaliação dentro dos limites estabelecido pela ECA. Os pontos priorizados foram: Passo 5 – Realizar autoavaliação; Passo 9 – Implementar o Plano de Melhoria.

No Passo 5 a ênfase recai sobre as atividades: 5.1 (documentos e informações relevantes para AA que devem ser coletados e disponibilizados para todos os grupos de AA) e 5.4 (o grupo de AA deve chegar ao consenso sobre pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação para cada subcritério).

No Passo 9, foram priorizadas todas as atividades, haja vista que, o gestor da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde identificou esse critério como primordial no processo de autoavaliação. A fim de, facilitar a visualização do processo em sua totalidade, foram descritos todos os passos.

Foram elaboradas planilhas contendo todos os passos da ECA (APÊNDICE A), pontuando-as de acordo com o 2º Ciclo de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde com a Estrutura Comum de Avaliação (ECA). Isto foi realizado para diagnosticar a pontuação atual e a que se pretende atingir, com a implementação deste projeto. Para sintetizar os passos juntamente com a pontuação, foram construídas duas novas tabelas (APÊNDICE B).

É importante lembrar que, somente o pilar 1 (Passos: 1, 2, 3, 4, 5 e 6) foi explorado no 2º Ciclo de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde, permanecendo, o pilar 2 (passos 7, 8 e 9) com a pontuação concedida na 1º avaliação.

Foi elaborado também um fluxograma, com a descrição dos passos da autoavaliação (APÊNDICE E).

Da análise proferida pela Consultoria, parte-se dos pressupostos de que, aperfeiçoando estes 2 (dois) passos é possível obter total satisfatório na soma das notas, chegando-se a um total de 33,3 (APÊNDICE C).

Salienta-se, ainda, que para o desenvolvimento de tais atividades foi desenvolvido um plano de ação (método 5W2H). Já para o mapeamento do processo (fluxograma) foi utilizado a ferramenta Bizagi (BPM 2.0).



## **6 RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS**

Com o intuito de auxiliar o processo de autoavaliação da Secretaria Municipal de Saúde e aperfeiçoar as ações e procedimentos que envolvam a autoavaliação, foi elaborado a descrição dos passos (produto desta Consultoria) (APÊNDICE D) da ECA .

Tal ferramenta é de grande importância para o processo de avaliação, haja vista que ela explicita de maneira clara e objetiva como se deve proceder em cada passo da ECA. Lembrando que, houve um maior detalhamento dos passos 5 e 9 em virtude da necessidade de pontuação mínima em algumas atividades desses.

Compreende-se a partir de explanações do gestor que a descrição desses passos poderá contribuir para acelerar e aprimorar todo o processo de autoavaliação. Este poderá ser utilizado ainda, no 2º Ciclo de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde com a Estrutura Comum de Avaliação (que está sendo desenvolvido este ano na instituição), no que tange o pilar 2 (passos: 7,

8 e 9), tendo em vista que o pilar 1 (passos: 1, 2, 3, 4, 5, e 6) já foi executado.

É importante salientar que, a realização de todo o procedimento de Consultoria em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, foi um trabalho muito produtivo, necessitou de muito empenho e cooperação de ambas as partes. Foi uma experiência que contribuiu, e muito, com a qualificação dos envolvidos, já que gerou aprendizado mútuo.

## 7 ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO

Após a realização do trabalho de consultoria na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis observou-se a importância da oportunidade de colocar em prática os aprendizados obtidos no curso de Administração Pública, atendendo dessa forma, ao objetivo da disciplina.

O projeto mostra-se bastante pertinente à última fase do curso, uma vez que estimula o acadêmico a atuar de forma profissional, aproximando-o da realidade de trabalho na qual estará inserido.

Além dos conhecimentos teóricos adquiridos, como o aprendizado sobre os processos de trabalho de um órgão público, a própria metodologia de avaliação ECA e a metodologia da consultoria de procedimentos, foi possível desenvolver habilidades de negociação e relacionamento interpessoal, igualmente importantes quando se fala em gestão ou consultoria.

É importante frisar que em tal consultoria diagnosticou-se que, além de o produto dessa auxiliar em todo o processo de autoavaliação, ele também contribuiu com a accountability da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Haja vista que, ele é um instrumento que auxilia no controle administrativo das ações e procedimentos desenvolvidos no processo de autoavaliação, já que há o detalhamento de como essas devem ser realizadas.

Além disso, ele colabora com o controle de resultados, uma vez que no passo 9 há a criação de indicadores, a fim de avaliar as ações de melhoria em prol da autoavaliação e permiti comparar o desempenho de um ano para o outro (antes e depois das capacitações e das ações de melhorias serem implementadas). Caso a secretaria adote tais indicadores e construa outros, ela irá avançar no seu controle sobre os resultados e conseguirá aprimorar a autoavaliação, com o intuito de atingir a pontuação estabelecida pela ECA.

Não podemos deixar de salientar que, o produto desta Consultoria, também, tende a garantir a continuidade da autoavaliação e a Gestão de Qualidade Total. Contribuindo para aumentar a capacidade de responsabilização de cada gestor (são designados líderes para cada ação do processo) e melhorar a transparência interna e externa (há o desenvolvimento de um

plano de comunicação entre os passos) da Secretaria.

Nota-se, então, que o processo de autoavaliação em sua totalidade está repleto de noções de accountability, já que incentiva o planejamento, a cultura de resultados, estimula o avanço na qualidade da gestão, preza pela capacitação de servidores, gera comunicação/transparência, ativa a responsabilização dos envolvidos no próprio processo de avaliação e gera a elaboração de relatórios. Por conseguinte, estimula o aprendizado, a sistematização, o controle administrativo, controle de resultados e gera subsídios para o controle social.

Vale salientar que, futuramente, tal autoavaliação pode motivar a responsabilização por resultados, estabelecendo-se incentivos e prêmios aos que atingirem desempenho superior e sinalizando para necessidades de atenção/investimento/capacitação/alteração de gestores em unidades que tiverem desempenho inferior, incluindo possíveis sanções. Além disso, poderá servir para o envolvimento maior dos públicos em cada unidade – comunidade, usuários, a fim de articular controle de resultados e controle social.

## REFERÊNCIAS

CAMPOS, E. R. et al. **Metodologia de gestão por processos**. Campinas: Unicamp, 2003.

COMMON Assessment Framework. Disponível em: <<http://www.caf.dgaep.gov.pt/>>. Acesso em: 23 mai. 2012.

GARCIA, Leandro Pereira. **Plano de capacitação**: Projeto de Realização do 2º Ciclo de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde com a Estrutura Comum de Avaliação. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2012. 8 p.

GARCIA, Leandro Pereira. **Dicionário das atividades**: Projeto de Realização do 2º Ciclo de Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde com a Estrutura Comum de Avaliação. Florianópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2012. 7 p.

LIMA, Renata de Almeida. **Como a relação entre clientes e fornecedores internos à organização pode contribuir para a garantia da qualidade**: o caso de uma empresa automobilística. Ouro Preto: UFOP, 2006.

NEVES, Thiago F. **Importância da utilização do Ciclo PDCA para garantia da qualidade do produto em uma indústria automobilística**. Disponível em: <[http://www.ufjf.br/ep/files/2009/06/tcc\\_junho2007\\_thiagoneves.pdf](http://www.ufjf.br/ep/files/2009/06/tcc_junho2007_thiagoneves.pdf)>. Acesso em: 28 mai. 2012.

SCRIVEN, M. (1967). **A metodologia de avaliação**. Em RW Tyler, Gagné RM, & M.

SCRIVEN (Eds.), **Perspectivas da avaliação curricular**, 39-83. Chicago, IL: Rand McNally.

SILVA, Jane Azevedo. **Apostila de Controle da Qualidade I**. Juiz de Fora: UFJF, 2006.

## APÊNDICE A – PLANILHAS COM PONTUAÇÃO DO 2º CICLO DE AUTOAVALIAÇÃO

| 1º Passo - Decidir como organizar e planejar a autoavaliação  |   |  |  |  |  |                        |                                 |
|---|---|--|--|--|--|------------------------|---------------------------------|
| Atividades  | 1   | 2  | 3  | 4  | 5  | Pontuação 2º avaliação | Pontuação Antiga (1ª avaliação) |
| 1.1 Assegurar o compromisso e a responsabilização da gestão pelo início do processo                   | Aqui não há evidência de compromisso e responsabilização                            | Há alguma evidência de compromisso da gestão para início do processo, mas limitado a alguns  | Há evidências de compromisso e responsabilização da gestão para o início do processo.  | Há uma clara evidência de compromisso e responsabilização da gestão para o início do processo, atuando como guia               | Há fortes evidências de comprometimento e responsabilização de todos da gestão para o  | 5                      | 4                               |
| 1.2 Assegurar a decisão clara da gestão embasada na consulta da organização com relação à execução da | Não há evidência de uma decisão pela gerência. A decisão foi tomada por uma ou mais | Há alguma evidência de consulta com a gestão, mas sem uma discussão dos critérios para a decisão e escolha, uma decisão formal e uma definição | Há evidências de consulta com a equipe de gestão e de uma decisão formal, mas os critérios para escolha e os objetivos não estão | Há evidências claras da decisão da gestão de realizar a avaliação, no âmbito das reuniões periódicas, envolvendo os chefes das | Há fortes evidências de uma decisão administrativa, tomada após uma discussão bem ponderada que envolve os chefes das funções competentes, com | 5                      | 4                               |
| 1.3 Definir o plano para o processo de autoavaliação e as próximas ações e planejar                   | Não há evidência de um plano real.  | Há alguma evidência de um plano, mas, em parte, abrange o processo de AA e as ações  | Há evidências de um plano para o processo de AA e as ações subsequentes, mas   | Há evidências claras de planejamento para o processo de AA e das ações subsequentes  | Há fortes evidências de planejamento para o processo da AA e das ações subsequentes em   | 5                      | 5                               |

|  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1.4<br>Nomear um líder para o processo de AA, com alto nível de conhecimento | Não há evidência formalizada de tarefas atribuídas pela | Há alguma evidência de uma tarefa atribuída pela administração, mas não | Há evidências de um acordo formal, tarefa atribuída pela administração, | Há evidências claras de um acordo formal, tarefa atribuída pela administração, com a definição do | Há fortes evidências de um acordo formal atribuído pela administração, com a definição do líder da AA com base no | 5 | 3 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|

|  |  |  |   |   |   |   |   |
|--|--|--|---|---|---|---|---|
| 1.5<br>Definir o painel de pontuação que será usado.                     | Não há evidência de definição do painel de pontuação, em         | Há alguma evidência de definição do painel de pontuação, mas não é totalmente coerente com o modelo                            | Há evidências de definição do painel de pontuação a ser utilizado, coerente com o modelo, mas a   | Há evidências claras de definição do painel de pontuação a ser usado,   | Há fortes evidências de definição. O painel de pontuação é completamente coerente com o modelo e o plano  | 5 | 5 |
| 1.6<br>Alocar recursos e definir a prioridade a distribuição dos mesmos. | Não há evidência de avaliação de recursos necessários para a AA. | Há alguma evidência de avaliação dos recursos necessários para a AA, mas a destinação dos recursos necessários não é evidente. | Há evidências de avaliação dos recursos necessários para a AA. A alocação dos recursos foi definida, mas a disponibilidade de recursos não é evidente para todas as atividades. | Há evidências claras de avaliação dos recursos necessários para a AA. A atribuição dos recursos foi definida e sua disponibilidade é essencialmente evidente, mas a priorização não é evidente. | Há fortes evidências de avaliação dos recursos necessários para a AA. Os recursos foram alocados, definindo suas prioridades. A disponibilidade de recursos necessários e os critérios de priorização são | 5 | 2 |

**2º Passo - Comunicar o projeto de autoavaliação**

| Atividades | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Pontuação 2º avaliação | Pontuação Antiga (1º avaliação) |
|------------|---|---|---|---|---|------------------------|---------------------------------|
|------------|---|---|---|---|---|------------------------|---------------------------------|

|  |   |  |   |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|--|---|---|
| 2.1<br>Definir um plano de comunicação, para incluir os benefícios esperados, o objetivo e as atividades da AA.  | Não há evidência de um plano de comunicação.  | Há alguma evidência de um plano de comunicação, mas o conteúdo não garante a informação adequada sobre a AA  | Há evidências de um plano de comunicação, incluindo informações suficientes sobre a AA (objetivos, metas e atividades,  | Há evidências claras de um plano de comunicação, incluindo informações detalhadas sobre o objetivo, a meta, os benefícios esperados e   | Há fortes evidências de um plano de comunicação, com indicação detalhada dos objetivos e meta das atividades, os benefícios esperados para as diferentes partes interessadas e uma descrição detalhada das   | 4 | 2 |
| 2.2<br>Implementar o plano de comunicação utilizando diferentes ferramentas.   | Não há evidência de implementação do plano de comunicação e/ou das ferramentas  | Há alguma evidência da implementação do plano de comunicação e das ferramentas utilizadas, mas o   | Há evidências da implementação do plano de comunicação, utilizando diferentes ferramentas, o conteúdo   | Há evidências claras da implementação do plano de comunicação, usando ferramentas diferentes nos caminhos definidos e   | Há fortes evidências de implementação do plano de comunicação, utilizando os instrumentos adequados para as diferentes fases e para diferentes partes da   | 4 | 2 |
| 2.3<br>Comunicar durante as diferentes fases do processo de AA para todas as partes interessadas e estimular a participação na AA dos gestores de topo e meio, funcionários e colaboradores. | Não há evidência de comunicação nas diferentes fases da AA e para as partes interessadas, e não há iniciativas para envolvimento das partes internas. | Há alguma evidência de implementação do plano de comunicação, mas não de forma sistemática nas fases da AA e/ou não para as partes interessadas relevantes, e/ou não é adequada para estimular | Há evidências de implementação do plano de comunicação, realizado de forma sistemática nas principais fases da AA e com as principais partes interessadas, em forma | Há evidências claras da implementação do plano de comunicação, realizado de forma sistemática em todas as fases da AA e dirigida para as partes interessadas, e é claramente dirigida ao envolvimento | Há fortes evidências de implementação do plano de comunicação, realizado em todas as diferentes fases da AA e dirigido a todos os interessados, e é claro e especificamente dirigido ao envolvimento de todas as partes internas relevantes (gestores de | 4 | 2 |

| <b>3º Passo – Criar um grupo de autoavaliação</b>   |   |  |  |   |  |                               |                         |
|---|---|--|--|---|--|-------------------------------|-------------------------|
| <b>Atividades</b>   | <b>1</b>  | <b>2</b>   | <b>3</b>   | <b>4</b>  | <b>5</b>   | <b>Pontuação 2ª avaliação</b> | <b>Pontuação Antiga</b> |
| 3.1. Decidir se é necessário criar um ou mais grupos de AA, definir o seu número, criar e organizar-lo (escolher sua função, atribuindo responsabilidades a cada membro, caso | Não há nenhuma evidência da decisão de criar o grupo de AA e atribuir função e responsabilidades. | Há alguma evidência da decisão e os critérios para criar um grupo de AA, mas os critérios para a escolha de seu tamanho, a | Há evidências da decisão e os critérios para criar o grupo de AA (s) e definir seu tamanho, mas a atribuição das responsabilidades dentro do grupo (s) é parcial ou não te | Há evidências claras da decisão e os critérios para criar o grupo de AA, com base em uma avaliação do número dos grupos de AA e seu tamanho, a criação do grupo de AA foi formalizado com a nomeação do | Há fortes evidências da decisão e os critérios de criar o grupo de AA, com base em uma avaliação do número dos grupos de AA e seu tamanho, documentando as razões para as escolhas, a sua criação foi formalizada com a nomeação da função | 4                             | 5                       |
| 3.2 Decidir se o Gestor (res) deve ser parte do grupo de AA.  | Não há nenhuma evidência de uma avaliação e decisão sobre a participação                          | Há alguma evidência da decisão sobre a participação do gerente (s) no grupo de   | Há evidências de uma avaliação e decisão sobre a participação do gerente (s) no grupo de AA.   | Há uma clara evidência das avaliações e uma decisão sobre a participação do gerente (s) no grupo (s), considerando a  | Há fortes evidências de avaliações formais e uma decisão sobre a participação do gerente (s) no grupo (s), considerando a cultura  | 4                             | 1                       |



|   |  |  |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|--|--|---|---|
| 3.3. Selecionar os participantes do grupo de AA com base em critérios específicos, tais como seu conhecimento da organização, suas competências | Não há nenhuma evidência de critérios para seleção dos participantes do grupo de AA. | Há alguma evidência de critérios para a seleção dos participantes do grupo de AA, mas eles não são ou são apenas parcialmente baseados no conhecimento | Há evidências de critérios para a seleção da maioria dos participantes do grupo de AA, com base em critérios especificados, tais como seu conhecimento | Há evidências claras de critérios para a seleção de todos os participantes do grupo de AA, com base em critérios especificados, tais como seu conhecimento | Há fortes evidências documentadas e de critérios para a seleção de todos os participantes do grupo de AA, com base no conhecimento da organização, competências pessoais, representatividade e participação em todas as atividades | 4 | 2 |
|---|--|--|--|--|--|---|---|

| 4º Passo - Organização do treinamento   |  |  |   |   |  |              |                  |
|---|--|--|---|---|--|--------------|------------------|
| Atividades  | 1  | 2  | 3   | 4   | 5  | Pontuação 2º | Pontuação Antiga |
| 4.1. Organizar a informação / formação para líderes e gestores (superior e médio) para promover | Não há nenhuma evidência de informação / formação para líderes e gestores. | Há alguma evidência de ações de informação / formação, mas que não envolve todos os níveis apropriados e / ou não é adequada | Há evidências de informação / formação para os líderes e gestores para promover a apropriação | Há evidências claras de ações de informação / formação, com base nas necessidades dos | Há fortes evidências de informação / formação, organizada para se levar em consideração os diferentes aspectos (modelo, processo de AA, métricas, medidas, etc.) | 4            | 5                |



| Atividades   | 1   | 2  | 3   | 4  | 5  | Pontuação<br>2º av | Pontuação<br>Antiga (1º avaliação) |
|--|---|--|---|--|--|--------------------|------------------------------------|
| 5.1. Documentos e informações relevantes para AA são coletados e disponibilizados para todos os grupos de AA.                          | Não há nenhuma evidência de documentos e informações relevantes para a AA sendo disponibilizado para o(s) grupo(s) de AA.   | Há alguma evidência de documentos que estão sendo disponibilizados, mas não de forma suficiente, as informações necessárias  | Há evidências de documentos e informações para AA sendo coletados e disponibilizados. Eles cobrem os principais processos e   | Há evidências claras de documentos e informações para AA sendo coletados e disponibilizados. Eles abrangem todos os processos relevantes e   | Há evidências de documentos e informações para AA sendo coletadas e disponibilizadas. Elas consideram todos os processos relevantes / projetos e resultados, e todas as áreas do modelo. Elas fornecem informações sobre as atividades planejadas (plan), a  | 2                  | 2                                  |
| 5.2. Os membros do grupo(s) AA compuseram uma lista de pontos fortes e áreas de melhoria e uma pontuação para cada subcritério da CAF. | Não há nenhuma evidência de listas de pontos fortes e áreas de melhoria e / ou escores sendo preparados pelos membros do(s) | Há alguma evidência de produções individuais sendo disponibilizada a partir de todos os membros, com pontos fortes, áreas de melhoria e / ou escores, completos para cada subcritério da CAF | Há evidências de produções individuais sendo disponibilizados a partir de todos os membros, com pontos fortes, áreas de melhoria e / ou escores, completos para cada subcritério da CAF | Há evidências claras de produção individual com uma lista de pontos fortes, áreas de melhoria e escores de todos os membros do grupo de AA, completo para cada subcritério da CAF; as produções são estruturadas | Há evidências de produção individual com uma lista detalhada dos pontos fortes e adequados, áreas de melhoria e pontuação, disponível a partir de todos os membros do grupo de AA e completa para cada sub- critério da CAF; as produções individuais são detalhadas com notas e comentários para apoiar as análises e | 5                  | 5                                  |

**6º Passo - Preparar um relatório descrevendo os resultados da autoavaliação**

| Atividades  | 1   | 2   | 3  | 4   | 5  | Pontuação 2ª avaliação | Pontuação Antiga (1ª avaliação) |
|---|---|---|--|---|--|------------------------|---------------------------------|
| 6.1. Editar um relatório final contendo os seguintes elementos para cada sub-critério:<br>- Pontos fortes | Não há nenhuma evidência de um relatório final formal para as atividades de AA ou o relatório final não inclui informações sobre pontos | Há alguma evidência de um relatório final para as atividades de AA, incluindo algumas indicações sobre os pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação, mas as indicações não | Há evidências de um relatório final abrangendo todos os sub-critérios do modelo, e os pontos fortes indicando, áreas de melhoria e | Há evidências claras de um relatório final abrangendo todos os sub-critérios do modelo, e indicando os pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação. O relatório contém informações e comentários | Há fortes evidências de um relatório final abrangendo todos os sub-critérios do modelo, e indicando em detalhes os pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação. O relatório contém informações e comentários endereçados à organização a fim de | 4                      |                                 |
| 6.2. Apresentar o relatório final para a Alta Administração da organização.                               | Não há nenhuma evidência de apresentação do relatório final para a gerência sênior.   | Há alguma evidência de apresentação do relatório final para a alta administração, mas não há evidência  | Há evidências de apresentação do relatório final para a alta administração da organização  | Há evidências claras de apresentação do relatório final para a alta administração da organização. Foi apresentada e   | Há fortes evidências de apresentação do relatório final para a alta administração da organização. Foi apresentado e discutido em   | 4                      |                                 |
| 6.3. Comunicar os principais resultados para as pessoas, na organização, e outras partes interessadas     | Não há nenhuma evidência de comunicação dos resultados da AA.   | Há alguma evidência de comunicação dos principais resultados, mas não envolve todas as partes relevantes, internas e externas.  | Há evidências de comunicação dos principais resultados, dirigida aos trabalhadores da organização e para todas as partes           | Há evidências claras de comunicação dos principais resultados, com informações detalhadas, de maneira formal e com ferramentas apropriadas. A comunicação foi                                     | Há evidências claras de comunicação dos principais resultados, com informações detalhadas, de maneira formal e com ferramentas apropriadas. A comunicação  | 4                      |                                 |

| 7º Passo - Elaborar um plano de melhoria, com base no relatório de autoavaliação aceito |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Atividades  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | P |

|  |   |   |  |   |   |   |
|--|---|---|--|---|---|---|
| 7.1. Coletar todas as propostas de sugestões de melhoria, incluindo as idéias formuladas durante a AA.                           | Não há nenhuma evidência de coleta de idéias e propostas para sugestões de melhoria.  | Há alguma evidência de coleta de propostas de melhoria, mas sem o envolvimento das áreas interessadas e / ou sem uma análise completa dos resultados da AA.               | Há evidências de coleta de propostas para sugestões de melhorias, a partir das funções envolvidas e para todos os resultados da AA,          | Há evidências claras de coleta de propostas para sugestões de melhoria, de todas as funções envolvidas, de um modo formal, a partir de e levando em consideração as idéias formuladas durante a AA. As propostas são derivadas de uma análise | Há evidências de coleta de propostas para sugestões de melhoria, de uma maneira formal, a partir de e levando em consideração as idéias formuladas durante  | 5 |
| 7.2. Priorizar sugestões de melhoria no que diz respeito à sua eficácia e viabilidade.   | Não há evidências de priorização de sugestões de melhoria ou o uso de critérios de priorização.                                       | Há alguma evidência de priorização das sugestões de melhoria, mas os critérios não são claros ou coerentes.   | Há evidências de priorização das sugestões de melhoria, com base em critérios definidos e coerentes.   | Há evidências claras de priorização das sugestões de melhoria, com base em critérios definidos e coerentes. Os critérios de priorização são documentados, tendo em consideração o impacto sobre a estratégia e os objetivos da organização,   | Há fortes evidências de priorização das sugestões de melhoria, com base em critérios definidos e coerentes. A análise de ações possíveis, os critérios de priorização e as avaliações são documentadas, levando | 1 |
| 7.3. Definir um plano de ação estruturado para as sugestões de melhoria selecionadas com base no ciclo PDCA(Plan- Do-Check-Act). | Não há nenhuma evidência de um plano de ação ou não é possível definir as principais fases das atividades do plano de ação (início as | Há alguma evidência de um plano de ação, mas as principais fases definidas não são baseadas no ciclo PDCA (abordagem, emprego, seleção e opiniões, sugestões de melhorias | Há evidências de um plano de ação para as sugestões de melhoria selecionados, com base no ciclo PDCA (aborda gem, a implantação, verificação | Há uma clara evidência de um plano de ação estruturado para as ações de melhorias selecionadas, definindo a programação para a abordagem, a implantação das ações, as verificações e revisões durante o desenvolvimento das ações.            | Há fortes evidências de um plano de ação estruturado para as sugestões de melhoria selecionadas, definindo para as fases individuais e atividades uma programação detalhada para a abordagem a                  | 1 |

|  |  |  |   |  |   |   |
|--|--|--|---|--|---|---|
| 7.4.<br>Estabelecer formas de medir o desempenho das ações e os resultados.      | Não há nenhuma evidência de uma definição de indicadores, metas ou estatísticas para a maioria ou todos das sugestões de melhoria. | Há alguma evidência de uma definição de indicadores, metas ou estatísticas, mas não completa ou adequada para medir o desempenho e os resultados das ações (falta de indicadores e / ou metas; falta de definição de | Há evidências de uma definição de indicadores, metas e métricas, adequada para medir o desempenho e os resultados das ações.  | Há evidências claras de indicadores, metas e métricas das sugestões de melhoria, definido de forma completa, quantitativa e uma forma consistente para cada ação. Os indicadores e metas consideram os resultados esperados em termos de realizações e resultados. | Há fortes evidências de indicadores, metas e métricas das sugestões de melhoria, definido de forma completa, quantitativa e de maneira consistente para cada ação. Os indicadores e metas consideram o desempenho e resultados esperados                          | 1 |
| 7.5.<br>Integrar o plano de ação no processo normal de planejamento estratégico. | Não há evidência de correlação entre o plano de ação e do planejamento estratégico da organização.                                 | Há alguma evidência de integração do plano de ação (mas com correlação limitada de programação de tempo e / ou planejamento de recursos e / ou impacto das ações sobre os objetivos estratégicos).                   | Há evidências de integração do plano de ação no plano estratégico da organização (programação de tempo, recursos, impacto das ações sobre os objetivos estratégicos). | Há evidências claras de integração do plano de ação no plano estratégico da organização (programação de tempo, recursos, impacto das ações sobre a objetivos estratégicos, verificações e revisões e responsabilidades relacionadas).                              | Há fortes evidências de integração do plano de ação no plano estratégico da organização (programação de tempo, recursos, impacto das ações sobre os objetivos estratégicos, verificações e revisões, o envolvimento de líderes, etc); a atividade de AA e da ação | 1 |

| 8º Passo - Comunicar o plano de melhoria   |   |   |   |   |   |           |
|--|---|---|---|---|---|-----------|
| Atividades   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | Pontuação |
| 8.1. Definir um plano de comunicação - a informação adequada com os meios adequados ao grupo-alvo apropriado, dirigido a todos                         | Não há nenhuma evidência de um plano de comunicação para as principais partes interessadas e / ou com informações adequadas.  | Há alguma evidência de um plano de comunicação (mas não dirigida às principais partes interessadas e / ou informações limitadas).                       | Há evidências de um plano de comunicação, dirigida às principais partes interessadas, com informações adequadas e meios adequados. O plano de               | Há uma clara evidência de um plano de comunicação, dirigido a todos os interessados, com informação adequada e com o uso de meios adequados. O  | Há fortes evidências de um plano de comunicação: o plano é completo e detalhado, dirigido a todos os interessados, com informações completas e com o uso dos meios de   | 1         |
| 8.2. Implementar o plano de comunicação.   | Não há evidência de implementação de um plano de comunicação.   | Há alguma evidência de implementação de um plano de comunicação (o plano de comunicação tem sido aplicado em parte ou na medida para as partes          | Há evidências de implementação do plano de comunicação dirigida às diferentes partes interessadas, com informações adequadas e com                          | Há uma clara evidência de implementação do plano de comunicação dirigida a diferentes partes interessadas, com informações adequadas e com os meios adequados,                          | Há uma clara evidência de implementação do plano de comunicação e a eficácia da comunicação (para as diferentes partes interessadas, com informações adequadas e  | 1         |
| 8.3. Informar as partes interessadas regularmente - especialmente os trabalhadores da organização - sobre o estado e progresso, incluindo avaliações e | Não há evidência de informação para as partes interessadas sobre o status, progresso, avaliações relacionadas e experiências. | Há alguma evidência de informações sobre o status, progresso, as avaliações realizadas e experiências, mas a informação não é fornecida regularmente ou | Há evidências de informação para os trabalhadores do status, progresso e de avaliações e experiências relatadas. A informação é fornecida regularmente para | Há evidências claras de informação a todos os interessados sobre a situação das atividades, o progresso, avaliações e experiências, para todas as fases relevantes do plano de melhoria | Há fortes evidências de informação a todos os interessados sobre a situação das atividades, progresso, avaliações e experiências, para todas as fases relevantes do plano de melhoria. As lições aprendidas e as oportunidades para | 1         |

| 9º Passo - Implementar o plano de melhoria   |  |   |   |  |  |     |
|--|--|---|---|--|--|-----|
| Atividades   | 1  | 2   | 3   | 4  | 5  | Pon |
| 9.1. Definir a propriedade clara do programa de melhoria e garantir a transparência na tarefa e os responsáveis. | Não há nenhuma evidência da definição do domínio do programa e dos projetos. | Há alguma evidência da definição do domínio para os programas e / ou para os projetos, mas o nível ou a coerência dos papéis para as responsabilidades atribuídas não são demonstradas, evidências limitadas de transparência e de                                  | Há evidências da definição de responsabilidade do programa de melhoria e para os projetos. O responsável é comunicado, garantindo a transparência e a delegação dos deveres. O nível de                             | Há evidências claras da definição de responsabilidade para o programa de melhoria e os projetos. O nível de responsabilidades atribuídas é adequada e os papéis dos autores são coerentes.   | Há fortes evidências de definição de responsabilidade para todo o programa de melhoria, para cada projeto e as atividades, a um nível adequado e coerente com as atividades a serem realizadas. A delegação de responsabilidades é formalmente definida e comunicada a todas               | 1   |
| 9.2. Implementar o plano de melhoria, como previsto.   | Não há evidência de implementação do plano de melhoria.                      | Há alguma evidência da aplicação do plano de melhoria, mas deficiências relevantes são evidentes em termos de abrangência, extensão da implantação, controle, monitoramento, as mudanças no planejamento devido à falta de recursos ou mudanças de prioridades, etc | Há evidências de implementação do plano de melhoria, com um alinhamento substancial para o andamento. Os desvios do plano programado são documentados e motivados. Sem deficiências relevantes é evidente em termos | Há uma clara evidência de implementação do plano de melhoria, com um controle estruturado. Os desvios previstos no plano são limitados e não reduzem a integralidade da medida, de implantação, controle ou monitoramento, que são | Há fortes evidências de implementação do plano de melhoria, com um controle estruturado. Os desvios do plano programado são analisados e documentados, e é claramente finalizado para melhorar a programação e para assegurar a realização dos melhores objetivos possíveis (integralidade | 1   |



|   |  |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|--|---|---|
| 9.3. Envolver os funcionários nas diferentes ações de aperfeiçoamento para garantir a ancoragem dos projetos de melhoria em toda a instituição. | Não há nenhuma evidência de envolvimento dos trabalhadores nas ações de melhoria.                        | Há alguma evidência de envolvimento dos trabalhadores nas ações de melhoria e de uma abordagem para ancorar os projetos em toda a instituição. | Há evidências de envolvimento dos trabalhadores nas ações de melhoria, não se limitando a realização dos projetos, mas também para fixar os projetos concluídos de toda a organização. | Há evidências claras de envolvimento dos trabalhadores nas ações de melhoria, não se limitando a realização dos projetos, mas também os finalizados para fixá-los em toda a organização, com definição do envolvimento e dos papéis das diferentes partes no seguimento. | Há fortes evidências de envolvimento dos trabalhadores nas ações de melhoria, não se limitando a realização dos projetos, mas também claramente dirigido para fixar os projetos em toda a organização, com definição de envolvimento e de papéis de partes diferentes, os planos de acompanhamento, implementação, objetivos e responsabilidades. | 1 |
| 9.4. Definir uma abordagem consistente para acompanhar e avaliar as ações de melhoria.  | Não há nenhuma evidência de uma abordagem definida para acompanhamento e avaliação do plano de melhoria. | Há alguma evidência de acompanhamento e avaliação do plano de melhoria, mas a abordagem não é clara ou consistente.                            | Há evidências de monitoramento e avaliação do plano de melhoria, e a abordagem é definida de uma forma consistente.  | Há evidências de acompanhamento e avaliação do plano de melhoria, de um modo definido e formalizado, com uma abordagem clara e consistente para as principais fases das atividades.  | Há evidências de acompanhamento e avaliação do plano de melhoria, de um modo definido e formalizado, com uma abordagem clara e consistente para todas as principais fases das atividades, definindo as responsabilidades e envolvendo os principais interessados.   | 1 |

|  |   |  |  |  |   |   |
|--|---|--|--|--|---|---|
| 9.5. Monitorar regularmente a implementação das ações de melhoria. | Não há nenhuma evidência de acompanhamento da execução das ações de melhoria. | Há alguma evidência de acompanhamento da execução das ações de melhoria, mas não garante o monitoramento das principais fases do processo (principais etapas intermediárias, o fim dos projetos, levantamentos de resultados). | Há evidências de monitoramento das principais fases da implementação das ações de melhoria, (principais etapas intermediárias, o fim dos projetos, levantamentos de resultados etc.) | Há evidências claras de monitoramento de todas as fases relevantes da implementação de ações de melhoria, com feedback formal sobre os progressos e resultados intermediários e final. | Há fortes evidências de monitoramento de todas as fases relevantes da implementação de ações de melhoria, envolvendo os principais interessados e com comunicados formais e feedback sobre os progressos e resultados intermediários e final. | 1 |
|--|---|--|--|--|---|---|

## APÊNDICE B – RESUMO DOS ASSOS E PONTUAÇÃO

| Processo de Autoavaliação (Pilar 1)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| <b>1º Passo - Decidir como organizar e planejar a autoavaliação</b>  |   |   |   |   |   |
| 1.1 Assegurar o compromisso e a responsabilização da gestão pelo início do processo.   |   |   |   |   | 5 |
| 1.2 Assegurar a decisão clara da gestão embasada na consulta da organização com relação à execução da autoavaliação, do escopo da autoavaliação (autoavaliação abrange toda a organização ou partes/ unidades/ departamentos...) e do objetivo geral da mesma. |   |   |   |   | 5 |
| 1.3 Definir o plano para o processo de autoavaliação e as próximas ações, e planejar as atividades   |   |   |   |   | 5 |
| 1.4 Nomear um líder para o processo de AA, com alto nível de conhecimento da organização, ou um comitê de AA liderado pelo líder do processo de AA.  |   |   |   |   | 5 |
| 1.5 Definir o painel de pontuação que será usado.  |   |   |   |   | 5 |
| 1.6 Alocar recursos e definir a prioridade a distribuição dos mesmos.  |   |   |   |   | 5 |
| <b>Processo de autoavaliação - Pontuação total</b>   |   |   |   |   | 5 |
| <b>2º Passo - Comunicar o projeto de autoavaliação</b>   |   |   |   |   |   |
| 2.1 Definir um plano de comunicação, para incluir os benefícios esperados, o objetivo e as atividades da   |   |   |   |   |   |
| 2.2 Implementar o plano de comunicação utilizando diferentes ferramentas.  |   |   |   |   |   |
| 2.3 Comunicar durante as diferentes fases do processo de AA para todas as partes interessadas e estimular a participação na AA dos gestores de topo e meio, funcionários e   |   |   |   |   |   |
| <b>Processo de autoavaliação - Pontuação total</b>   |   |   |   |   | 4 |
| <b>3º Passo - Criar um grupo de autoavaliação</b>  |   |   |   |   |   |
| 3.1. Decidir se é necessário criar um ou mais grupos de AA, definir o seu número, criar e organizar-lo   |   |   |   |   |   |
| 3.2 Decidir se o gestor(res) deve ser parte do grupo de AA.  |   |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |             |
|--|--|--|--|--|-------------|
| 3.3. Selecionar os participantes do grupo de AA com base em critérios específicos, tais como seu conhecimento da organização, suas competências pessoais e sua representatividade. |  |  |  |  |             |
| <b>Processo de autoavaliação - Pontuação total</b>   |  |  |  |  | <b>4</b>    |
| <b>4º Passo - Organização do treinamento</b>   |  |  |  |  |             |
| 4.1. Organizar a informação / formação para líderes e gestores(superior e médio) para promover a apropriação e empenho.  |  |  |  |  |             |
| 4.2. Prepare um plano para todas as atividades de formação do grupo de AA (s).   |  |  |  |  |             |
| 4.3. Treinar os membros do grupo de AA(s).   |  |  |  |  |             |
| <b>Processo de autoavaliação - Pontuação total</b>   |  |  |  |  | <b>4</b>    |
| <b>5º Passo - Realizar a autoavaliação</b>   |  |  |  |  |             |
| 5.1. Documentos e informações relevantes para AA são coletados e disponibilizados para todos os grupos de AA.  |  |  |  |  |             |
| 5.2. Os membros do grupo(s) AA compuseram uma lista de pontos fortes e áreas de melhoria e uma pontuação para cada subcritério da CAF.   |  |  |  |  | 5           |
| 5.3. A gestão recolhe as entradas individuais e prepara a reunião de consenso assegurando todas as condições para o seu sucesso.   |  |  |  |  | 5           |
| 5.4. O grupo de AA chega a consenso sobre pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação para cada sub- critério.  |  |  |  |  |             |
| <b>Processo de autoavaliação - Pontuação total</b>   |  |  |  |  | <b>3,75</b> |
| <b>6º Passo - Preparar um relatório descrevendo os resultados da autoavaliação</b>   |  |  |  |  |             |
| 6.1. Editar um relatório final contendo os seguintes elementos para cada sub-critério:<br>Pontos fortes - Áreas de melhoria - Pontuação  |  |  |  |  |             |
| 6.2. Apresentar o relatório final para a Alta Administração da organização.  |  |  |  |  |             |
| 6.3. Comunicar os principais resultados para as pessoas, na organização, e outras partes   |  |  |  |  |             |
| <b>Processo de autoavaliação - Pontuação total - 6º Passo - 4</b>  |  |  |  |  | <b>4</b>    |

**Total Pilar 1 24,75**

| <b>Plano de melhoria (Pilar 2)</b>  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>7 passo - Elaborar um plano de melhoria, com base no relatório aceite autoavaliação</b>  |          |          |          |          |          |
| 7.1. Coletar todas as propostas de sugestões de melhoria, incluindo as idéias formuladas durante a AA.  |          |          |          |          | 5        |
| 7.2. Priorizar sugestões de melhoria no que diz respeito à sua eficácia e viabilidade.  |          |          |          |          |          |
| 7.3. Definir um plano de ação estruturado para as sugestões de melhoria selecionadas com base no ciclo PDCA(Plan-Do-Check-Act).                               |          |          |          |          |          |
| 7.4. Estabelecer formas de medir o desempenho das ações e os resultados.  |          |          |          |          |          |
| 7.5. Integrar o plano de ação no processo normal de planejamento estratégico.   |          |          |          |          |          |
| <b>Plano de melhoria - Pontuação Total - 7 passo</b>  |          |          |          |          | 1,8      |
| <b>8º Passo - Comunicar o plano de melhoria</b>   |          |          |          |          |          |
| 8.1. Definir um plano de comunicação - a informação adequada com os meios adequados ao grupo-alvo apropriado, dirigido a todos os interessados - das ações de |          |          |          |          |          |
| 8.2. Implementar o plano de comunicação.  |          |          |          |          |          |
| 8.3. Informar as partes interessadas regularmente -especialmente os trabalhadores da organização - sobre o estado e progresso, incluindo avaliações e         |          |          |          |          |          |
| <b>Plano de melhoria - Pontuação Total - 8 passo</b>  |          |          |          |          | 1        |
| <b>9º Passo - Implementar o plano de melhoria</b>   |          |          |          |          |          |
| 9.1. Definir a propriedade clara do programa de melhoramento e projetos e garantir a transparência na tarefa e os responsáveis.                               |          |          |          |          |          |
| 9.2. Implementar o plano de melhoria, como previsto.  |          |          |          |          |          |
| 9.3. Envolver os funcionários nas diferentes ações de aperfeiçoamento para garantir a ancoragem dos projetos de melhoria em toda a instituição.               |          |          |          |          |          |
| 9.4. Definir uma abordagem consistente para acompanhar e avaliar as ações de  |          |          |          |          |          |
| 9.5. Monitorar regularmente a implementação das ações de melhoria.  |          |          |          |          |          |

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| <b>Plano de melhoria - Pontuação Total - 9 passo</b> |  | <b>1</b>     |
| <b>M</b>   |  | 1,26667      |
| <b>Total</b>   |  | 3,8          |
| <b>Total média pilar 1 e 2</b>                       |  | <b>28,55</b> |

**APÊNDICE C – TABELA DE PONTUAÇÃO TOTAL DOS PASSOS**

| <b>Passos</b> | <b>Pontuação atual</b> | <b>Pontuação a ser alcançada</b> |
|---------------|------------------------|----------------------------------|
| 1 passo       | 5                      | 5                                |
| 2 passo       | 4                      | 4                                |
| 3 passo       | 4                      | 4                                |
| 4 passo       | 4                      | 4                                |
| 5 passo       | 3                      | 4,5                              |
| 6 passo       | 4                      | 4                                |
| 7 passo       | 1                      | 1,8                              |
| 8 passo       | 1                      | 1                                |
| 9 passo       | 1                      | 5                                |
| <b>TOTAL</b>  | <b>2</b>               | <b>33,3</b>                      |

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
|  | <b>Passos a serem aprimorados</b> |
|--|-----------------------------------|

## **APÊNDICE D – DESCRIÇÃO DOS PASSOS PARA AUTOAVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL SEGUNDO MODELO INTERNACIONAL CAF**

### **PASSO 1 - DECIDIR COMO ORGANIZAR E PLANEJAR A AUTOAVALIAÇÃO**

O processo de aplicação da ECA começa com a decisão de realizar uma autoavaliação da organização segundo a estrutura e preceitos do modelo CAF. A decisão cabe ao gestor de topo e deve ilustrar claramente a vontade da gestão em estar ativamente envolvida no processo reconhecendo a mais valia da AA e garantindo uma abertura de ideias, respeito pelos resultados e prontidão para iniciar as ações de melhoria subsequentes. Inclui ainda o compromisso de reservar os recursos necessários para levar o processo até ao fim.

Sempre que possível, a decisão deve também ser tomada de forma partilhada com outras partes da organização. Na maior parte das situações apenas se justifica ou é viável fazer uma consulta à gestão intermediária e ao líder político que tutela a organização – quando este está tradicionalmente envolvido no processo de decisão da gestão, sendo necessário obter o apoio institucional antes de iniciar o processo.

Desejavelmente, antes da tomada da decisão, também devem ser consultados os colaboradores e os clientes da organização. O modo de realizar esta consulta deve ser ajustado ao destinatário, nomeadamente no que respeita os mecanismos de consulta (reunião, Inquérito, consulta on-line...) e ainda quanto ao conteúdo e formato da informação a prestar no momento da consulta (benefícios da AA; informação sobre o modelo e processo).

De forma a promover o arranque do projeto, bem como o seu desenvolvimento, o gestor de topo deve designar um colaborador responsável pela AA – o líder do projeto – que terá um papel fundamental em todas as fases do processo. Cabe destacar que a gestão de topo deve selecionar o líder tendo em atenção as competências técnicas e as qualidades pessoais e não a posição que ocupa na organização. Saber designar um líder do projeto que reúna as competências necessárias e que seja da confiança da gestão e das pessoas da organização é uma das decisões chave da gestão que pode afetar a qualidade e os resultados da AA.

Entre as características pessoais que o líder de projeto deve possuir, tem-se, portanto: dinamismo, resistência à frustração, influência e persuasão, assertividade e criatividade. Já quanto às competências frente ao projeto o líder será responsável pelo planeamento do projeto, consulta e comunicação com as partes interessadas, formação e acompanhamento da equipe de autoavaliação, recolhimento de documentos de apoio, e pela orientação e revisão do relatório de autoavaliação e do plano de melhoria.

Antes do planeamento do processo importa que a organização conheça os benefícios da AA. Assim, nesta fase o líder do projeto deve pesquisar informação sobre o modelo, bem como recolher informação junto de outras organizações que já utilizaram a CAF e que tenham vontade de partilhar a respectiva experiência. Desta pesquisa o líder pode convidar outras organizações para partilhar a sua experiência a quando da apresentação do projeto à organização (Passo 2).

A aplicação da CAF pode abranger apenas setores da organização, contudo, para avaliar todos os critérios e subcritérios de forma significativa a unidade avaliada deve ter autonomia suficiente para ser considerada uma organização quase

autônoma, com a sua própria missão e com responsabilidades significativas ao nível dos recursos humanos e processos financeiros. Neste tipo de situações, as relações clientes/fornecedores mais relevantes, bem como, as relações de parceria entre a unidade selecionada e o resto da organização devem ser avaliadas.

Depois de tomada a decisão de desenvolver um processo de AA e de designado o respectivo líder do projeto pode iniciar-se o plano do projeto, o qual inclui decisões fundamentais tomadas pela gestão, designadamente: Objetivos e âmbito da AA (global ou setorial);

Metodologia (projeto-piloto; fases de aplicação da CAF; sistema de pontuação; aplicação de questionários complementares);

Recursos materiais e humano necessários; papel dos diferentes intervenientes.

Em resumo, portanto, o primeiro passo prevê que a realização de certas diretrizes e atividades, tais como:

Assegurar o compromisso e a responsabilização da gestão pelo início do processo.

Assegurar a decisão clara da gestão embasada na consulta da organização com relação à execução da autoavaliação, do escopo da autoavaliação (autoavaliação abrange toda organização ou partes/ unidades/ departamentos...) e do objetivo geral da mesma.

Definir o plano para o processo de autoavaliação e as próximas ações, e planejar as atividades de AA.

Nomear um líder para o processo de AA, com alto nível de conhecimento da organização, ou um comitê de AA liderado pelo líder do processo de AA.

Definir o painel de pontuação que será usado.

Alocar recursos e definir a prioridade a distribuição dos mesmos.

## **PASSO 2 – COMUNICAR O PROJETO DE AUTOAVALIAÇÃO**

A primeira atividade a ser realizada neste passo é a definição de um plano de comunicação. O Plano deve descrever detalhadamente os objetivos, as metas, os benefícios esperados da comunicação, de acordo com as partes interessadas. Deve ser dirigido a todos os interessados e deixar claro o envolvimento das diferentes partes no plano, com especial ênfase à gestão de nível intermediário e aos colaboradores da organização.

O plano de comunicação deve, ainda, conter elementos como: informação a prestar, responsáveis pela comunicação, meios de comunicação e frequência da comunicação.

As partes interessadas no Plano dividem-se em **parte interna e parte externa**. Fazem parte do primeiro grupo o Time de Projetos, as Equipes de Autoavaliação e outros gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde. No segundo grupo encontramos os munícipes de Florianópolis, o Conselho Municipal de Saúde, a Câmara de Vereadores de Florianópolis, o Tribunal de Contas do Estado, o Ministério Público Estadual, a Secretaria de Estado da Saúde, o Ministério da Saúde, a Universidade Federal de Santa Catarina e a Universidade do Estado de Santa Catarina.

Quanto aos objetivos e benefícios, para as partes internas deve-se criar e manter canais a fim de sensibilizar quanto aos benefícios da autoavaliação, capacitar e dar suporte aos integrantes, apresentar os resultados e dar sustentabilidade aos



ciclos avaliativos após o período eleitoral.

Para as partes externas é necessário desenvolver a accountability, pode-se dar através da divulgação dos dados utilizando vários canais de informação (reuniões, ofícios, mídia online), sensibilizar quanto aos benefícios da autoavaliação e dar sustentabilidade aos ciclos avaliativos após o período eleitoral.

A implementação do plano de comunicação de utilizar diferentes ferramentas em todas as fases do projeto. Sendo assim, é necessário definir os instrumentos adequados para as diferentes fases e para as diferentes partes da forma de avaliação e definição.

Para que a comunicação se torne eficiente, há vários canais de comunicação que podem ser utilizados nessa etapa como: reuniões, comunicações internas, ofícios, folders, informação no site, grupos de emails. Outro fator de relevância para a comunicação eficiente é a escolha de um responsável para a disseminação das informações e comunicação.

As informações sobre a autoavaliação deve estar disponível em todas as diferentes fases da AA e ser dirigida a todos os interessados, especificamente aos envolvidos de todas as partes internas relevantes (gestores de topo e média, funcionários e colaboradores).

### **PASSO 3 – CRIAR UM GRUPO DE AUTOAVALIAÇÃO**

Para realizar esse passo, primeiramente, é necessário realizar uma triagem quanto aos colaboradores que estarão envolvidos em tal atividade.

Necessita-se desenvolver e estabelecer critérios para a seleção de tais membros, sendo de suma importância a documentação daqueles. Lembrando que, é primordial que essa seleção seja divulgada em toda organização, para que os candidatos estejam a par de como serão escolhidos os colaboradores, quando ocorrerá e quais critérios serão utilizados. Devem-se utilizar os mais diversos meios de comunicação, sejam eles, intranet, cartazes, emails, folders.

Nesse processo de seleção deve-se priorizar o conhecimento que os candidatos possuem da organização, as competências pessoais e sua representatividade dentro da empresa. Sugere-se, o desenvolvimento de questionários, no que tange, o conhecimento quanto a estrutura, rotina, visão, cultura e regulamentos da organização. Já, no que se refere, as competências pessoais seria interessante o uso de dinâmicas e entrevistas para conhecer melhor cada candidato a membro do grupo e assim, diagnosticar se tal perfil vai ao encontro das necessidades da equipe de autoavaliação.

Outro fato importante está no sentido de selecionar colaboradores dos mais diversos setores, funções e níveis hierárquicos, a fim de existir certa diversidade de opiniões, idéias e experiências. Haja vista que, isso tende a colaborar com o processo de autoavaliação, pois, surgirão métodos e maneiras diferenciadas de aprimorá-lo e explorá-lo.

Depois de acontecer a seleção dos colaboradores, esses receberão responsabilidades e atribuições, relacionadas às atividades do processo de autoavaliação, de acordo com as competências e conhecimentos específicos de cada integrante. Em seguida, será nomeado um líder da equipe, que deve ser membro do Time do Projeto, uma vez que já possui conhecimento de autoavaliação como um todo e isso facilitará no desenvolvimento e na delegação de atividades.

Quanto o fato de os gestores participarem ou não do processo de autoavaliação há divergências, o que se aconselha é que seja estudado a cultura da organização para a tomada de tal decisão. Deve-se analisar se a instituição está apta para este tipo de envolvimento, levando-se em conta a flexibilidade tanto dos membros quanto dos gestores e a relação existente entre eles. Já que, essa participação pode inibir os membros de exporem suas opiniões ou ser muito útil no sentido de os gestores colaborarem com informações adicionais, mostrando-se comprometidos com as fases posteriores do processo de autoavaliação.

No que tange o número de integrantes da equipe ele varia de acordo com a dimensão e estrutura da organização. A partir de experiências dos adeptos da CAF, diagnosticou-se que a EAA (equipe de autoavaliação) deve ter de 5 a 20 participantes, sendo que, é mais indicado grupos com número ímpar de integrantes (para facilitar a tomada de decisão e o consenso), tendo no máximo 10 participantes em cada grupo. Portanto, é primordial que o responsável pela seleção estude quantos colaboradores serão necessários, levando-se em conta o arcabouço organizacional.<sup>39</sup>

Segundo Garcia (2012), deverão ser convidados 4 a 5 representantes do Conselho Municipal de Saúde, para participar dos grupos de AA. A liberação dos componentes do grupo de AA deve ser pactuado com o Secretário e Diretores da Secretaria. Este documento deve ser assinado pelo Diretor de Planejamento. As equipes de AA deverão ser compostas por 5, 6 ou 9 participantes e serão responsáveis pela avaliação de no máximo 2 critérios (5 a 9 equipes).

Além desses fatores explicitados, para o desenvolvimento do passo 3, não se pode esquecer que a equipe de autoavaliação necessita de infraestrutura para desenvolver suas atividades. Sugere-se o uso de salas/auditórios, que estejam desocupados dentro da organização, para a realização de reuniões ou que seja disponibilizado um local fixo para tais encontros e de fácil acesso a todos os membros, de preferência nas dependências da instituição. Sendo que, a equipe deve ter acesso a tecnologias de informação e comunicação para a realização de suas tarefas.

Ainda, frisa-se, a importância em ter um secretário(a) para organizar os encontros, esse pode ser membro da equipe ou de preferência ser elemento externo, pois assim, concentraria e alinharia todos os integrantes ao processo de autoavaliação.

#### **PASSO 4 – ORGANIZAR A FORMAÇÃO**

Cabe ao líder do projeto promover a divulgação e o conhecimento da ferramenta CAF. Sendo este o responsável pelo projeto, torna-se muito importante que se beneficie de formação aprofundada sobre o modelo de modo a estar habilitado a conduzir o processo, bem como a gerir a formação da equipe de autoavaliação e de outras partes interessadas.

Pode ser útil a participação da gestão de topo e de nível intermediário, bem como de outras partes interessadas numa ação de formação sobre AA, de forma voluntária, para aumentar o conhecimento e a compreensão sobre os conceitos da Gestão da Qualidade Total em geral e sobre a autoavaliação com base no modelo CAF em particular. Para estes destinatários poderá ser suficiente uma ação de sensibilização ou a consulta de informação clara e concisa complementada com uma sessão de esclarecimento de dúvidas organizada pelo líder do projeto.

Para o sucesso do projeto, portanto, é importante que a equipe seja capacitada

sobre o modelo CAF. Os conteúdos mais importantes que devem fazer parte da formação da equipe são:

Componente teórica: estrutura e dinâmica do modelo CAF; significado dos conceitos associados; fases do processo de AA e explicação dos sistemas de pontuação da CAF.

Exercícios práticos: Avaliação em conjunto de um subcritério de meios e outro de resultados, incluindo a pontuação; elaboração de um esquema das principais partes interessadas da organização (cidadãos/clientes; políticos; fornecedores; parceiros; gestores e colaboradores); identificação dos serviços/ produtos mais importantes entregues e recebidos pelas partes interessadas identificadas, bem como os processos-chave que os suportam.

Assim, durante a fase da formação da equipe deve ser disponibilizado pelo líder de projeto um conjunto de documentos e informações relevantes necessários para avaliar a organização de forma eficaz. Como opções de fontes dos documentos e informações a respeito da autoavaliação a CAF recomenda o Diploma de Especialização CAF – desenvolvido pela DGAP em parceria com o Instituto Nacional de Administração – e, ainda, as ações de “formação de formadores” – organizada anualmente pelo Centro de Recursos CAF do EIPA, em Maastricht.

Já a componente prática da formação é importante para proporcionar um conhecimento de como a AA se executa, abrir os horizontes dos participantes aos princípios da Gestão da Qualidade Total e, ainda, experimentar a construção do consenso uma vez que os conceitos e comportamentos associados à CAF podem ser estranhos à maior parte dos participantes.

Para algumas organizações a linguagem e os exemplos apresentados no modelo CAF não são familiares e estão muito longe das práticas utilizadas diariamente para poderem ser utilizados diretamente. Se este problema não for resolvido na fase de compreensão do modelo, mais tarde poderá ser um obstáculo no processo de AA. O que pode ser feito nestes casos, como complemento às ações de formação, é “adaptar” o modelo à linguagem da organização.

Antes de a organização adequar a linguagem, no entanto, é importante aferir se esta adaptação já foi feita por outra organização similar. Esta aferição pode ser feita através da organização responsável por disseminar a CAF a nível nacional ou através do Centro de Recursos CAF existente no EIPA.

Desejavelmente o modelo CAF deve ser compreendido e conhecido por todas as partes interessadas. O grau de conhecimento sobre o modelo, os conteúdos e duração da formação deve ser adequada a cada tipo de interveniente. Por exemplo, é fundamental que o líder do projeto seja capacitado da forma mais aprofundada possível sobre o modelo CAF. Em segundo lugar, vem a equipe de autoavaliação, que também precisa desta formação para realizar a autoavaliação de maneira eficaz.

De maneira resumida, portanto, algumas atividades do Passo 4 e que valerão pontos para a análise dos critérios da autoavaliação constituem-se em:

Organizar a informação / formação para líderes e gestores (superior e médio) para promover a apropriação e empenho.

Preparar um plano para todas as atividades de formação do grupo de AA (s). Treinar os membros do grupo de AA(s).

## **PASSO 5 – REALIZAR A AUTOAVALIAÇÃO**

Nesta fase, a cada membro da equipe de autoavaliação é solicitado que, utilizando os documentos e informação relevante fornecida pelo líder do projeto, faça uma avaliação rigorosa da organização.

Primeiramente, com base nos exemplos de práticas e de resultados contidos nos subcritérios do modelo e no conhecimento e experiência individual de trabalho na organização, cada elemento deve identificar na organização as ações (Critérios de Meios) e os resultados (Critérios de Resultados) que contribuem para avaliação de cada subcritério, bem como as respectivas evidências.

Cabe destacar que os meios referem-se a ações suscetíveis de terem uma pontuação elevada de acordo com os quadros de pontuação da CAF. Já os resultados estão ligados a um indicador que demonstra um desempenho excelente da organização, pelo que é apta de ter uma pontuação elevada de acordo com os quadros de pontuação da CAF.

Em seguida, entre as ações/resultados encontrados cada membro deve identificar aqueles que são pontos fortes e áreas de melhoria da organização. Durante esta análise poderão ser identificadas sugestões de melhoria para o futuro, as quais se recomenda que sejam formuladas, tanto quanto possível, de forma precisa para facilitar, posteriormente, a identificação de ações de melhoria.

Estas últimas são ações, práticas, processos e resultados, existentes na organização, suscetíveis de serem melhorados e que necessitam de intervenção para o desempenho excelente da organização. As sugestões de melhoria, portanto, são ações que devem ser implementadas no futuro para melhorar o desempenho da organização.

Deve-se, portanto, registrar de forma sintética, na grelha de autoavaliação, os pontos fortes, as áreas de melhoria, as evidências e as sugestões de melhoria identificadas. Após o registro, cada elemento deve rever o diagnóstico e pontuar cada subcritério, de acordo com o sistema de pontuação que foi escolhido.

Esta primeira fase do diagnóstico pode ser realizada individualmente por cada elemento da equipe ou, desde o início em conjunto. A identificação, registro e pontuação feita em conjunto desde o início apenas é aconselhável quando a equipe tem uma dimensão reduzida (entre 3 e 5 elementos) uma vez que implica um processo contínuo de obtenção de consenso. Nestas situações todas as reuniões para a avaliação da organização constituem reuniões de consenso, o que implica mais tempo para esta fase.

O consenso pode ser alcançado através de um método de 4 passos. Este revê:

1. Apresentar todas as evidências dos pontos fortes e áreas de melhoria por subcritério identificado por cada elemento;
2. Obter o consenso sobre os pontos fortes e áreas de melhoria depois de consideradas as evidências ou informações adicionais;
3. Apresentar a escala de pontuação atribuída individualmente a cada subcritério;
4. Obter o consenso sobre a pontuação final.

No caso da avaliação ser feita individualmente, logo que possível, a equipe deve reunir e chegar a um acordo sobre os pontos fortes, as áreas de melhoria e a pontuação de cada subcritério. É necessário um processo de diálogo e discussão, como parte essencial do processo de aprendizagem, para alcançar o consenso, assim

como é muito importante compreender porque é que existem diferenças relativamente aos pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação. A sequência para avaliar os 9 critérios pode ser estabelecida pela própria equipe.

Quanto ao papel do líder da equipe, durante a avaliação individual este deve: Estar disponível para responder às questões da equipe;

Apoiar a preparação da reunião de consenso na fase do diagnóstico individual. Conduzir o processo de obtenção do consenso. Em todas as situações a discussão deve ser baseada em evidências claras sobre as ações e resultados identificados.

As evidências significam “aquilo que suporta a existência ou veracidade de algo”. Podem ser obtidas através de pesquisa documental, observação, medição ou consenso. No caso da CAF, as evidências estão contidas nas listas de exemplos relevantes, existentes para cada subcritério, para ajudar a identificar as evidências apropriadas. Não é necessário encontrar evidências para todos os exemplos, mas apenas para aqueles que são considerados relevantes para a organização.

Os exemplos são indicadores de boas práticas e ajudam a perceber como a gestão deve responder às exigências expressas nos subcritérios e a encontrar evidências. A equipe deve, ainda, ser estimulada a encontrar exemplos adicionais que sinta que são relevantes para a organização. Os exemplos do modelo CAF têm como função explicar o conteúdo dos subcritérios de forma detalhada.

Quanto à pontuação, o modelo CAF apresenta duas formas de pontuar: o sistema clássico e o sistema avançado. Recomenda-se que seja utilizado o sistema clássico quando a organização não está familiarizada com o processo de autoavaliação e/ou não possui qualquer experiência com as técnicas da TQM.

Em relação ao tempo de duração do processo de autoavaliação, é difícil sugerir um período ideal, uma vez que existem inúmeras variáveis em causa. Contudo, a grande maioria das organizações completa todo o processo de aplicação da CAF em 3 meses, incluindo a preparação, a autoavaliação, a elaboração do relatório e plano de melhorias. Três meses parecem ser o período de tempo ideal para que se mantenha o grau de focalização no processo.

Existem variáveis que devem ser levadas em consideração quanto à duração do processo. Algumas delas são: os objetivos da gestão; o tempo, recursos e competências disponíveis; a disponibilidade dos dados; a implementação de ações de melhoria no decorrer do processo e as pressões políticas. Entretanto, existem alguns riscos quanto ao processo demorar demasiadamente. Por exemplo: redução da motivação e do interesse de todas as partes envolvidas e a chance de a situação da organização ter sido modificada entre o início e o fim do processo. Neste caso, a avaliação e a pontuação podem deixar de ser exatas.

Portanto, de maneira sintetizada, as atividades fundamentais para o sucesso deste passo são:

Coleta e disponibilização, para todos os grupos de AA, de documentos e informações relevantes para a autoavaliação.

Composição, por parte dos membros do grupo(s) de autoavaliação, de uma lista de pontos fortes e áreas de melhoria e uma pontuação para cada subcritério da CAF.

Recolhimento, pela gestão, das entradas individuais e preparação da reunião de consenso assegurando todas as condições para o seu sucesso.

O grupo de AA chega a consenso sobre pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação para cada subcritério.

### 5º Passo – Realizar a autoavaliação Descrição das atividades detalhadamente:

Quanto à atividade de coleta e disponibilização, para todos os grupos de AA, de documentos e informações relevantes para a autoavaliação, o ideal é que haja uma clara evidência do processo de consenso, eficaz e completo: as avaliações individuais são documentadas e o consenso foi formalmente aprovado por todos os participantes, com pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação. As avaliações as decisões tomadas, e as variações da avaliação individual e de consenso são formalmente registrados e analisados.

Portanto, é necessário formalizar e registrar a reunião de consenso. Uma opção para isso é realizar a reunião com o registro de uma ata, descrevendo todos os pontos acordados. Ao fim da reunião, é necessário recolher as assinaturas de todos os presentes, para que haja evidência de que o critério foi efetivamente atendido.

Quanto à coleta e disponibilização de documentos e informações, o ideal é que existam fortes evidências de que estas estejam sendo efetivamente coletadas e disponibilizadas. Assim, devem considerar todos os processos relevantes/projetos e resultados, e todas as áreas do modelo. Devem, ainda, fornecer informações sobre as atividades planejadas (plan), a sua realização (do), verificação (check) e aperfeiçoamento (act) para todas as áreas do modelo.

Assim, para cumprir o critério da melhor forma possível é fundamental haver uma sistematização dos documentos e informações, para assim garantir o acesso de todas as partes interessadas. Isso pode ser feito com o auxílio de uma tecnologia da informação. Por exemplo, os documentos podem ser reunidos e as informações armazenadas e, em seguida, serem disponibilizadas e ficarem registradas em software específico ou até mesmo através de ferramentas como o *DropBox*.

Dessa forma, tudo fica registrado e reunido em apenas um lugar e, além disso, todos os membros podem ter acesso aos documentos e informações referentes ao processo de autoavaliação. É importante, portanto, que haja um responsável por realizar o cadastro e atualizar as informações.

## **PASSO 6 – PREPARAR RELATÓRIO DESCREVENDO OS RESULTADOS DA AUTOAVALIAÇÃO**

Este passo consiste na elaboração de um relatório contendo elementos que descrevam os resultados da AA. Deve contemplar todos os subcritérios do modelo, indicar os pontos fortes, áreas de melhoria e pontuação e as evidências para tal. O relatório deve conter informações e comentários endereçados à organização, a fim de avaliar as ações corretivas e de melhorias.

O líder do projeto deve fornecer a estrutura, orientar na elaboração e rever o relatório de autoavaliação, para assim, destinar ao gestor de topo para aprovação. Após apresentar o relatório final para a alta administração da organização, deve-se discutir em reunião formal e documentada e fazer uma análise detalhada dos pontos fortes e fracos. Deve-se destinar ao gestor de topo, pois é ele o principal destinatário, uma vez que foi este que tomou a decisão de realizar a autoavaliação e destinou um líder para realizar o projeto.

Os resultados devem ser comunicados aos colaboradores da organização e às outras pessoas interessadas que participaram do processo, contendo informações

detalhadas, de maneira formal e com ferramentas apropriadas.

A organização pode decidir individualmente se quer disponibilizar todo relatório de autoavaliação ou divulgar apenas os resultados mais importantes, quais os mecanismos de divulgação dos resultados que quer utilizar ( reuniões, comunicações internas, ofícios, folders, informação no site, grupos de emails) e quais os destinatários (stakeholders, pessoas interessadas no projeto, colaboradores da organização).

## **PASSO 7 – ELABORAR UM PLANO DE MELHORIA, COM BASE NO RELATÓRIO DE AUTOAVALIAÇÃO ACEITO**

Após a aprovação do relatório de autoavaliação pela alta administração, o passo sete consiste em elaborar um plano de melhoria. O plano de melhoria deve integrar um conjunto de ações sistemáticas para melhorar a funcionalidade da organização. Deve basear-se em evidências e dados provenientes da própria organização, bem como na perspectiva das pessoas da organização. O plano deve realçar as forças e as fraquezas da organização e para cada uma destas estabelecer ações de melhorias.

Para a elaboração do Plano de melhoria, o gestor de topo deve reconduzir a mesma equipe que realizou o processo de autoavaliação, pois esta equipe já possui conhecimento e motivação necessária ou é possível designar uma nova equipe para elaboração do PM.

Para estruturação do Plano de melhorias deve-se extrair do relatório de autoavaliação todos os tópicos de sugestões e melhorias, separando por temas os quais podem ou não ser critérios para o CAF. Após isso, as sugestões de melhorias devem ser analisadas para assim formular as ações de melhorias, as quais devem se dar de maneira abrangente e relevante.

As ações de melhoria devem ser priorizadas de acordo com os critérios do gestor, mas levando em consideração sua eficácia e viabilidade. Pode-se dar de duas diferentes maneiras, uma seria combinando os níveis de pontuação por critérios ou subcritérios com os objetivos estratégicos. As ações que receberem uma baixa pontuação serão estabelecidas como prioritária. A segunda forma seria, após definir os critérios de priorização, atribuir pontos às ações de melhorias através das escalas definidas de acordo com cada critério de priorização e calcular o valor final que resulta do produto dos valores atribuídos. Assim será dada prioridade às ações de melhorias que obterem as pontuações mais elevadas. Para essa opção sugere-se a adoção de critérios de impacto, capacidade e satisfação, com escalas de valores que variam entre 1 e 5.

O critério 1 (um) diz respeito ao impacto no desempenho organizacional. Caso haja um impacto elevado, sua pontuação será 5 (cinco) e significará que esse é um impacto importante, pois afetará mais de um objetivo da organização. Quando o impacto for médio, a pontuação será de 3 (três) pontos e terá impacto em pelo menos em um objetivo da organização ou indicador de desempenho. Entretanto, se a ação de melhoria for de baixo impacto, sua pontuação será 1(um) e é improvável que tenha impacto em qualquer objetivo da organização ou indicador de desempenho.

O critério 2 (dois) relaciona-se com capacidade e recursos. Quando a capacidade é elevada, a pontuação será 5 (cinco) e poderá ser implementada em curto prazo, com pouca utilização de recursos materiais e humanos e com a

possibilidade de ser controlada pela organização. Para a capacidade média é estabelecida uma pontuação de 3 (três) pontos, sendo possível implementar em curto prazo, mas requer um número razoável de recursos para ser alcançada, também pode ser controlada pela organização. Por fim, se a AM for de baixa capacidade, marcará 1 (ponto) e será improvável sua implementação em curto prazo. Requer um número significativo de recursos e depende de fatores externos à organização para ser alcançada.

O critério 3 (três) diz respeito à satisfação dos serviços/cidadãos/clientes. Para uma satisfação elevada será contabilizado 5 (cinco) pontos, pois a ação tem impacto direto na melhoria da satisfação. Caso estabeleça pontuação igual a 3 (três), a satisfação é média, pois a ação tem impacto indireto na melhoria da satisfação do serviço/cidadão/cliente. Por fim, para uma baixa satisfação, pontuará 1(um) ponto, significando que é improvável o impacto na satisfação.

Após a priorização das ações de melhorias é importante definir um plano de bem estruturado para as sugestões de melhorias selecionadas com base no ciclo PDCA. Assim será possível ter evidências de indicadores, metas e métricas das sugestões de melhoria, definido de forma completa, quantitativa e de maneira consistente para cada ação. Os indicadores e metas consideram o desempenho e resultados esperados em termos de resultados e evolução, eficácia, eficiência e benchmarking externo.

Para obter êxito no sétimo passo, é necessário, como última atividade, integrar o plano de ação no processo normal de planejamento estratégico da organização (programação de tempo, recursos, impacto das ações sobre os objetivos estratégicos, verificações e revisões, o envolvimento de líderes), tornando-se parte da gestão.

## **PASSO 8 – COMUNICAR O PLANO DE MELHORIA**

Para executar esse passo necessita-se, no primeiro momento, construir um plano de comunicação, a fim de divulgar aos stakeholders as ações de melhoria realizadas no processo de autoavaliação. Esse plano deve levar em consideração aspectos culturais e comportamentais dos indivíduos e da organização, ou seja, estudar uma forma de divulgação de modo que atinja todas as partes interessadas, utilizando-se de meios adequados para isso. Como por exemplo, publicação de relatórios, encontros para expor o plano, cartilhas informativas, folders, uso de *Dropbox*, entre outros que estejam de acordo com o perfil do público alvo.

Neles devem ser descrito detalhadamente as ações de melhoria propostas, os objetivos delas, como serão desenvolvidas, implementadas e o impactos que elas irão gerar dentro da organização e no processo de autoavaliação (AA), considerado algumas fases das atividades de melhoria. Esse processo de divulgação deve ser contínuo, não só no final da AA, mas também antes e durante ela. De modo a informar os stakeholders de como estão sendo realizados os procedimentos e desenvolvidas as ações.

Lembrando que, certas informações (avaliações, experiências, progresso do processo), que serão divulgadas em várias fases, não deverão ser direcionadas a todas as partes interessadas, mas sim encaminhada às áreas afins, para que os setores que tenham alguma relação com as ações de melhoria não percam seus



focos, mas sim, conheçam e explorem melhor os dados.

Logo, todas as áreas necessitam receber um resumo (como por exemplo, começo e fim das atividades) com todos os resultados da AA, porém com uma riqueza de detalhes no que tange suas atividades e tarefas.

## **PASSO 9 – IMPLEMENTAR O PLANO DE MELHORIA**

Para executar esse passo é necessário, primeiramente, estabelecer as diretrizes do programa de melhoramento, de modo a garantir a transparência nas tarefas, deixando-as bem explicitadas aos stakeholders. Sendo que, deve-se atribuir formalmente as responsabilidades, indo ao encontro dos papéis dos autores envolvidos e comunicando a esses, de modo eficaz, tal delegação de atividades.

Após isso, precisa-se capacitar os funcionários a fim de qualificá-los para participarem das ações de melhoria. Com os colaboradores preparados a se envolverem em todos os projetos de melhoria da organização, o processo de autoavaliação tende a se tornar mais eficiente e produtivo.

Logo, é necessário não só a elaboração dos projetos, mas também, a participação deles no desenvolvimento das ações de melhoria, sendo que essas devem ser administradas pelo responsável (coordenador) de cada ação. Haja vista que, poderão executar tudo aquilo que explicitaram em seus respectivos projetos e finalizá-los na organização.

Em seguida, há a implementação do plano de melhoria previsto, sendo regido por um controle adequado, a fim de comandar todas as ações de melhoria. Por conseguinte, existe o estabelecimento de métodos de acompanhamento e monitoramento da implementação das ações de melhoria. Deve ser algo constante, regular, formalizado e realizado em todas as principais fases das atividades. Não esquecendo de realizar o devido feedback aos stakeholders sobre o progresso e o resultado final das ações.

Por fim, é de primordial importância a elaboração de indicadores de desempenho para medir o papel das ações de melhorias, os resultados encontrados e diagnosticados após a implementação dessas no processo de autoavaliação.

### 9º Passo – Implementar o plano de melhoria

#### Descrição das atividades detalhadamente:

##### **a) Definir diretrizes do programa de melhoramento**

Deve-se estudar o processo de autoavaliação como um todo para definição das diretrizes do plano de melhoria. É preciso, rever o ciclo de avaliação anterior com o CAF, diagnosticando a forma como ela foi realizada e quais passos obtiveram menor pontuação e estudá-los com o intuito de aprimorá-los.

Nesta consultoria, como já relatado, foi verificado quais passos deveriam ser aprimorados a fim de obter pontuação adequada exigida. No entanto, a seguir iremos expor algumas propostas de diretrizes do programa de melhoramento da AA, tendo como base todos os passos exigidos no processo de AA e as atividades menos pontuadas. Entre as diretrizes sugeridas, temos:

- ✓ Coletar e documentar informações relevantes da AA;
- ✓ Informar, as partes interessadas, as atividades planejadas (relacionadas a AA), o desenvolvimento e os meios de verificação delas;
- ✓ Registrar formalmente (por exemplo, atas das reuniões com

assinaturas), o consenso que se obteve com os envolvidos no processo, no que tange todos os procedimentos e atividades da avaliação;

- ✓ Priorizar sugestões de melhorias, quando se foi verificado que tal indicação é coerente e viável;
  - ✓ Construir plano de ação para as sugestões de melhorias ao processo;
  - ✓ Integrar o plano de ação ao planejamento estratégico da organização;
- ✓ Elaborar um plano de comunicação, de modo a divulgar a todos os stakeholders, o andamento das ações de melhoria, principalmente, aquelas que vão ao encontro das competências de cada um;
- ✓ Implementar o plano de comunicação de forma que divulgue a todos colaboradores, regularmente, o estado atual e progresso das atividades do processo de AA.

#### **b) Capacitar funcionários para participar dos projetos de melhoria**

De acordo com Garcia (2012), esse procedimento deve abranger a Alta Gestão, o Time de Projeto (responsável por auxiliar o gerente do Projeto nas atividades realizadas para entrega do produto) e as Equipes de autoavaliação (responsáveis por trabalharem na elaboração do produto).

A capacitação pode ocorrer, através de cursos, seminários, apostilas, congressos. Entre os temas, propostos através desta consultoria, para tais eventos, temos:

- ✓ Liderança – esse tema facilitará a gestão do processo de autoavaliação, pois capacitará os coordenadores responsáveis por cada fase da AA, o gerente do projeto e outros tomadores de decisão;
- ✓ Relações interpessoais – esse tópico deve ser explorado por todos os stakeholders, já que é de suma importância, para o bom andamento do processo, que todos saibam lidar com opiniões diferentes, limitações de cada colaborador, a fim de, obter um consenso;
- ✓ Planejamento – esse tema é necessário, para que os participantes do projeto conheçam como funciona o planejamento de um projeto como um todo (nesse caso: a organização das atividades dos passos da AA e das ações de melhoria, o monitoramento do plano de melhoria, a integração do processo de AA com o planejamento estratégico da organização, o controle dos procedimentos);
- ✓ Construção de indicadores – essa capacitação é indicada, já que através dela, os stakeholders saberão como elaborar indicadores de desempenho, efetividade, impacto, operacional. A fim de medir o desenvolvimento e os resultados do projeto;
- ✓ Marketing interno – esse tópico ajuda os participantes na construção do plano de comunicação, necessário para divulgação das informações da AA e do plano de melhoria.

#### **c) Implementar o plano de melhoria**

Para a implementação da proposta de intervenção, nesse caso o plano de

melhoria, sugerimos o auxílio de um plano de ação. Sendo que esse será proposto através do método 5W2H1S, que aborda um conjunto de atividades que deverão ser desenvolvidas para se atingir o propósito da organização.

Segundo Campos et al (2003), esta metodologia é uma forma de caracterizar um plano de ação, mostrando o que será feito, onde será feito, quando será feito, como será feito, quem irá fazer, por que será feito, quanto custará e quais os indicadores de avaliação. A ferramenta 5W2H1S é utilizada para a identificação dos elementos necessários para a implementação do plano de ação, a sigla refere-se a:

What: o que será feito? Define os objetivos a serem perseguidos;

Who: quem irá fazer? Determina as pessoas responsáveis pelo planejamento, avaliação e efetivação das ações;

When: quando será feito? Estabelece prazos de realização do que foi proposto; Where: onde será feito? Estabelece o local para realizar os objetivos;

Why: por que será feito? Justifica a necessidade de realização da ação e a importância dos objetivos;

How: como será feito? Define os meios para realizar os objetivos;

How much; quanto custará? Determina os custos para realização dos objetivos, estima os investimentos;

Show: Demonstrar. Determina indicadores de avaliação.

Através desse plano de ação, o processo de elaboração do plano de melhoria tornar-se-á mais completo. Demonstrando nitidamente os passos para se implementar tal plano, facilitando sua programação, descrição e definido os caminhos que deverão ser seguidos para se atingir os propósitos das ações melhoria.

#### **d) Estabelecer ações de acompanhamento (monitorar) constante ao plano de melhoria**

Existem diversas maneiras de monitorar um processo, mas optamos por sugerir a avaliação formativa. Essa, conforme afirma Scriven (1967), trata-se do método que tem como intuito colaborar com as decisões a respeito do desenvolvimento do programa (nesse caso o plano), gerando informações para tentar melhorá-lo.

Ainda de acordo com Scriven (1967), as avaliações formativas são realizadas com mais frequência nos primeiros estágios de criação de um plano, sendo que o público desse tipo de atividade é a sua própria equipe. Os que fazem a avaliação, geralmente, são avaliadores internos com apoio dos externos. Haja vista que os primeiros conhecem mais sobre as ações que estão sendo desenvolvidas no transcorrer do plano, contribuindo assim, de forma significativa, com a construção de tal avaliação. O controle e a hora certa de fazer esse tipo de avaliação influenciam a utilidade dessa.

Para usar tal ferramenta de monitoramento, é sugerido que seja levado em conta os marcos (momentos mais importantes) do plano, e ao final de cada um, seja realizado as seguintes perguntas:

O que tem funcionado? – indica-se, nesse caso, diagnosticar as atividades que têm sido desenvolvidas e que conseguiram obter o resultado esperado;

O que precisa ser melhorado? – sugere-se a verificação dos pontos que precisam ser aprimorados para que as atividades, em sua maioria, alcancem os objetivos almejados;

Como pode ser melhorado? – recomenda-se que sejam estudados métodos e ações de modo a aprimorar as atividades de cada etapa. Não esquecendo de, comparar com aquelas ações que conseguiram atingir o resultado esperado, pois, assim se poderá extrair os pontos positivos de tal implementação para aplicar nas

atividades que necessitam ser melhoradas.

**e) Desenvolver indicadores de desempenho (relacionados às ações de melhoria)**

Segundo Armani (2006), um indicador é uma ferramenta de medição utilizada para indicar mudanças na realidade social que nos interessa. Avalia e demonstra variações relevantes para os objetivos de um determinado projeto. Lembrando que, os indicadores são, apenas, os sintomas das mudanças, indicam que algo (um situação ou relação) variou, ou seja, não são as mudanças propriamente ditas e nem suas causas. Além disso, o indicador é construído a partir de um conceito e de variáveis.

Os indicadores, conforme relata Armani (2006), são classificados em: efetividade, operacional, impacto e de desempenho. No entanto, nesse projeto, será explorado o último indicador. Ele baseia-se em diagnosticar sinais de que as situações, serviços e produtos planejados como resultados imediatos foram alcançados. Neste relatório serão propostos indicadores de desempenho relacionados às ações de melhoria do projeto, segue abaixo:

Ilustração 2 - Indicadores de desempenho

| Indicador de desempenho |   |   |  |
|-------------------------|---|---|--|
|                         | Conceito  | Variáveis   | Indicador  |
| 1                       | Desenvolver ações de capacitação voltadas a temas necessários para aprimorar processo de AA | 1) Eventos de capacitação 2 ) Mudanças nos hábitos de sugerir melhorias   | % de ações de melhoria empreendidas por pessoas que realizaram capacitação   |
| 2                       | Desenvolver ações de melhoria que alavanquem a pontuação dos passos da AA                   | 1 ) Pontuação dos passos da AA, antes das ações de melhoria<br>2 ) Pontuação dos passos da AA , após as ações de melhoria | Pontuação depois das ações de melhoria (PDAM) menos pontuação antes das ações de melhoria (PAAM) divididos por PAAM, ou seja:<br>( PDAM – PAAM)/PAAM |

Fonte: Autoras

**f) Aplicar o ciclo PDCA no processo de implementação do plano de melhoria**

Sugere-se o uso do ciclo PDCA, uma vez que ele trata-se de um método gerencial utilizado para controle e melhoria de processos. Segundo LIMA (2006), o Ciclo PDCA é um instrumento usado para a aplicação das ações de controle dos processos, assim como: estabelecimento da “diretriz de controle”, planejamento da qualidade, manutenção de padrões e alteração da diretriz de controle, ou seja, realizar melhorias.

Nesse caso, o ciclo auxiliará todo o trâmite do processo de implementação do

plano de melhoria. Sendo que, ao aplicá-lo, através de seu seqüenciamento de ações (Plan-Do-Check-Act), estar-se-á controlando a efetividade das ações de melhoria. De acordo com Silva (2006), o ciclo PDCA se decompõem em quatro etapas que necessitam ser repetidas sucessivamente, sendo essas constituídas de seis fases, conforme segue abaixo:

Ilustração 3 - Ciclo PDCA



Fonte: Silva (2006)

Logo, será proposto como se desenvolver tal ciclo no processo de implementação do plano de melhoria. Para isso, far-se-á, de forma sintetizada, a exposição de atividades necessárias ao desenvolvimento de cada etapa do ciclo. Seguem abaixo tais etapas:

**Plan** (planejar) - sugere-se que os participantes discutam e analisem o processo de autoavaliação, estabeleçam às diretrizes do programa de melhoramento (já explicitada anteriormente), os objetivos que esse plano pretender alcançar e quais os métodos serão utilizados para se atingir tal propósito. Lembrando que, entre os objetivos podemos citar: a colaboração com o processo de autoavaliação, de modo a auxiliar no aumento da pontuação da organização. Já quanto aos métodos, já foram explicitados alguns, como o método 5W2H para o plano de ação e avaliação formativa para a monitoração do processo.

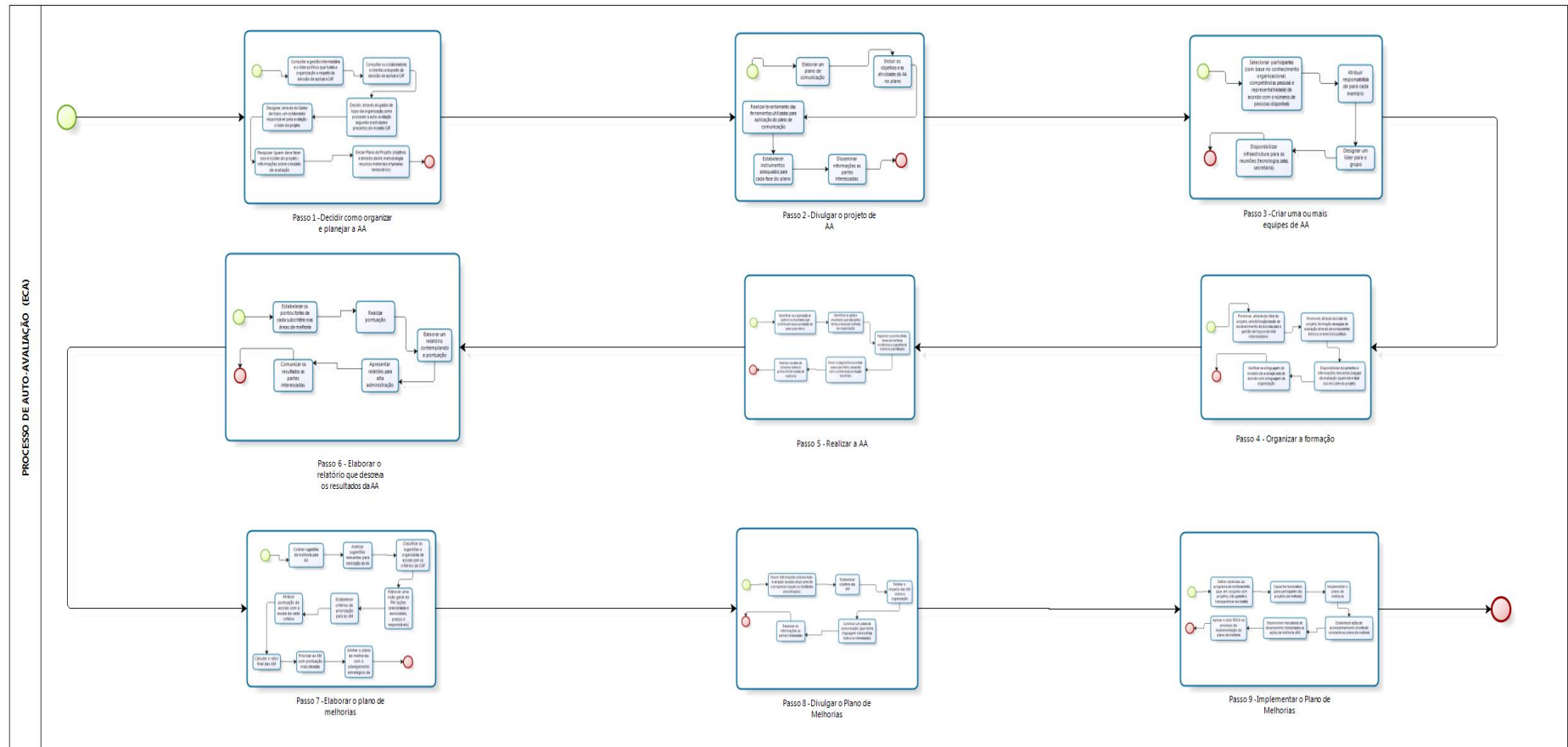
**Do** (executar, fazer) – indica-se que a executar tal plano seja considerado a capacitação dos colaboradores, ou seja, as atividades estejam condizentes com as competências de cada integrante da equipe, pois, o sucesso da ação tende a ser melhor quando as pessoas estão capacitadas para tal. Além disso, essa etapa deve estar alinhada ao plano de ação.

**Check** (Verificar, checar) – sugere-se o uso de indicadores de desempenho, efetividade, operacionais e de impacto para medir o processo, seu desenvolvimento e seus resultados. Não esquecendo de utilizar a avaliação formativa (já explicitada nesse relatório), que tem como intuito colaborar com o desenvolvimento do programa/ projeto/processo.

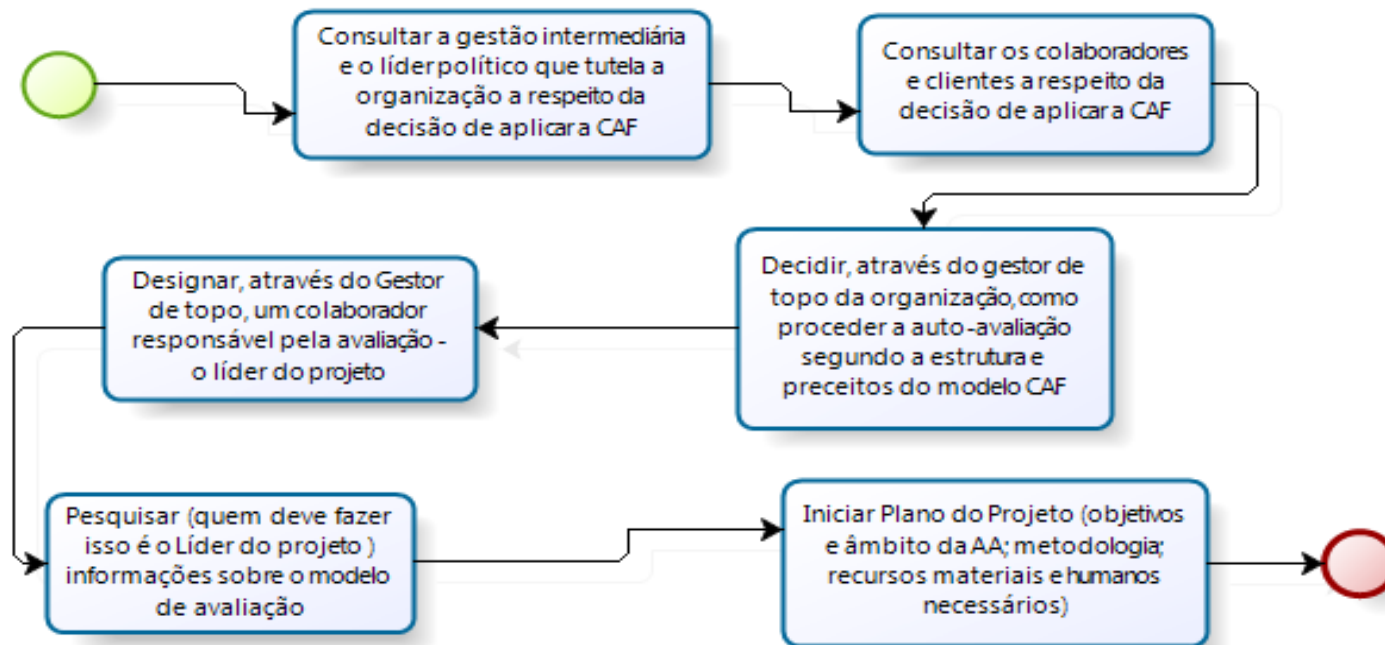
**Act** (Agir) – indica-se que para realizar tais ações corretivas sejam consideradas todas as etapas anteriores, as dificuldades (e experiências) encontradas no

desenvolvimento dessas, a opinião dos stakeholders, enfim, sejam analisadas todas as atividades executadas e verificado quais os procedimentos necessários para melhorá-las.

## APÊNDICE E – FLUXOGRAMA (MAPEAMENTO DOS PASSOS)

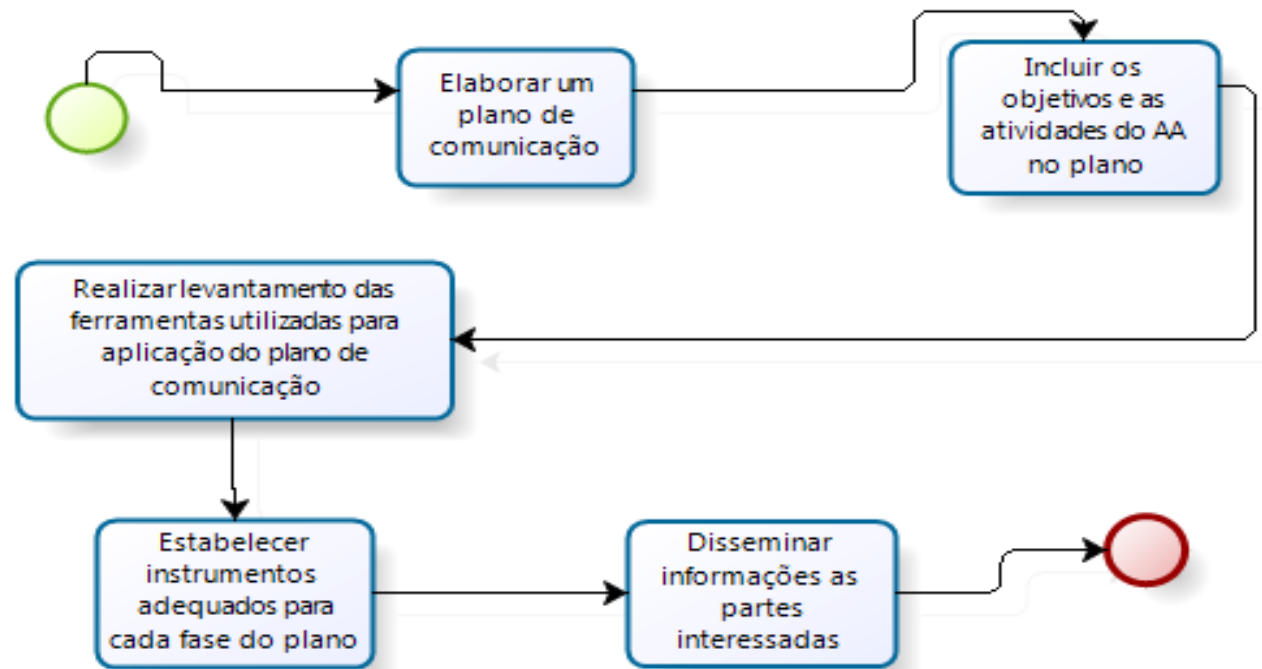


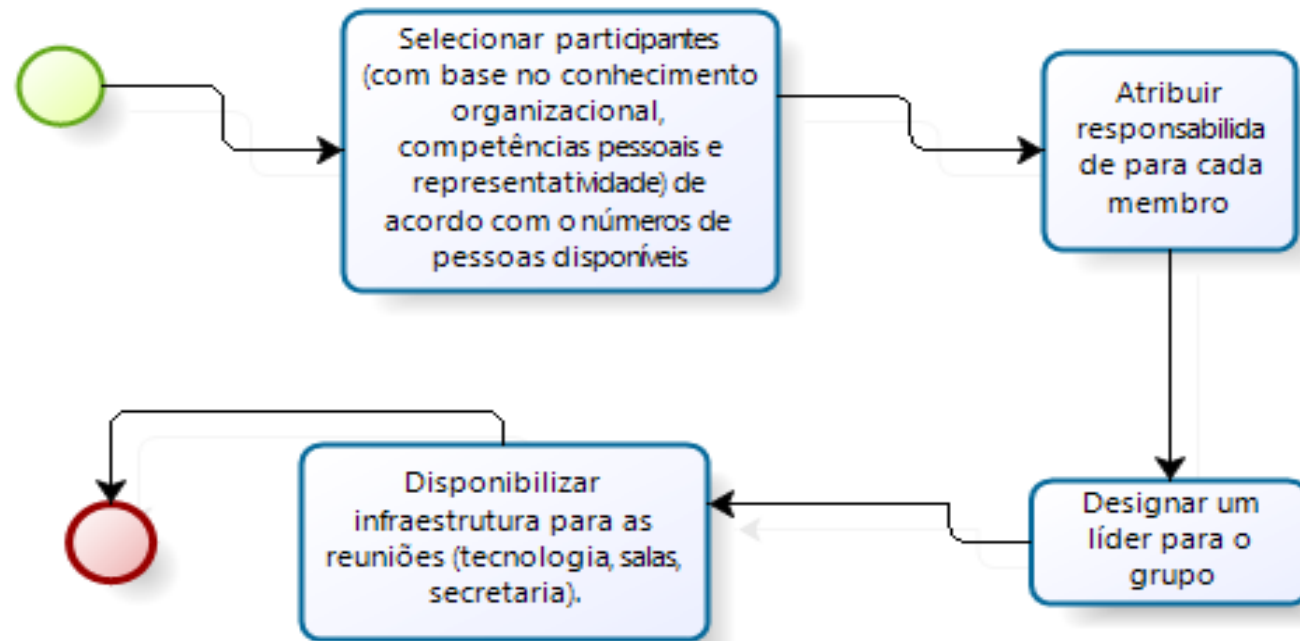
### Passo 1: Decidir como organizar a AA



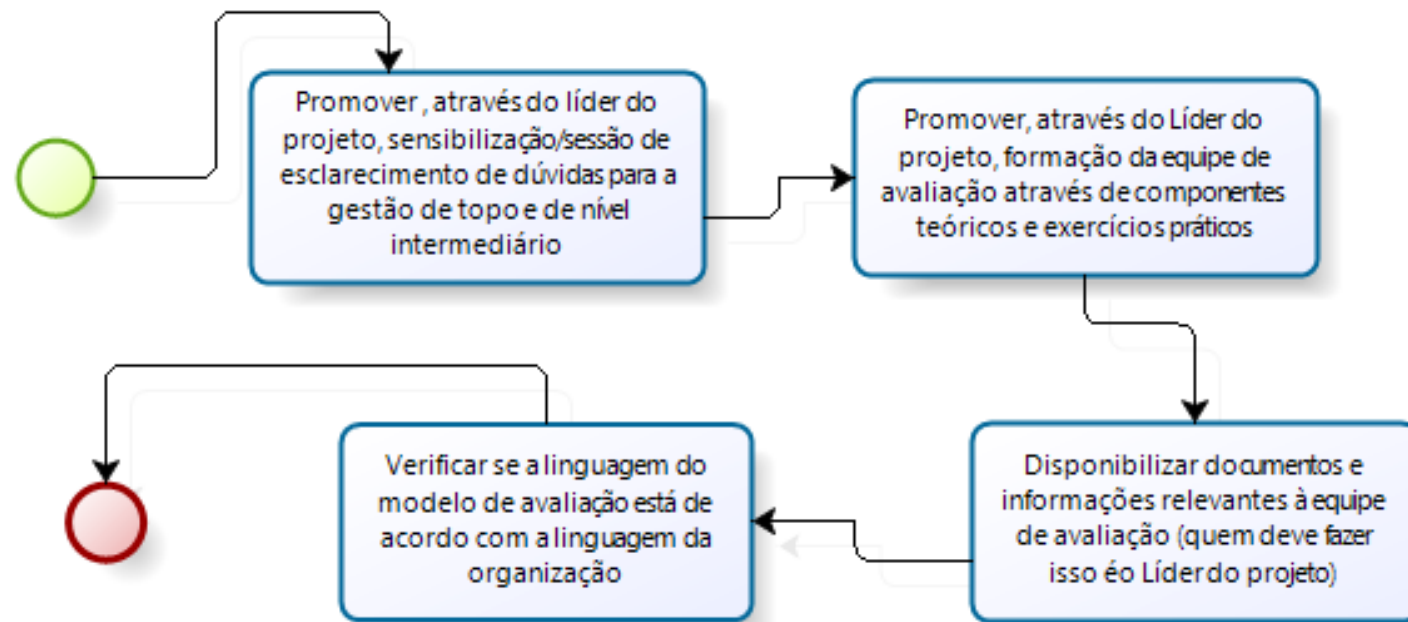
## Passo 2: Divulgar o projeto de AA



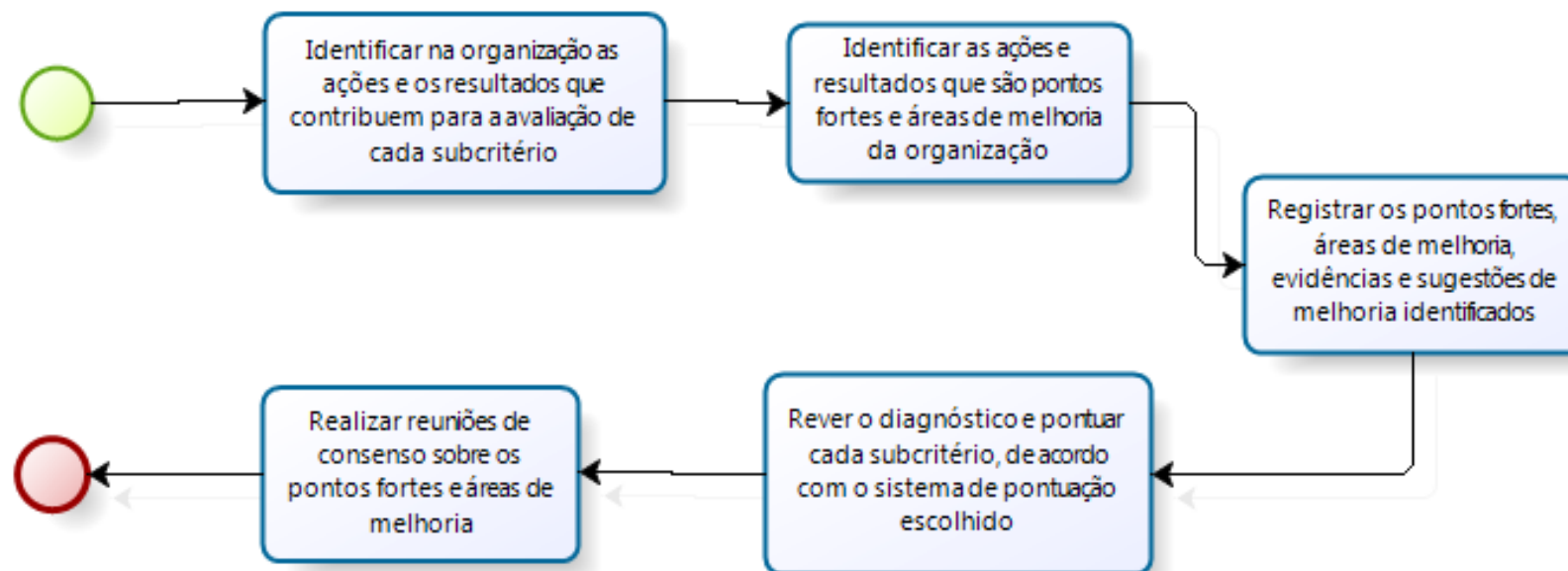




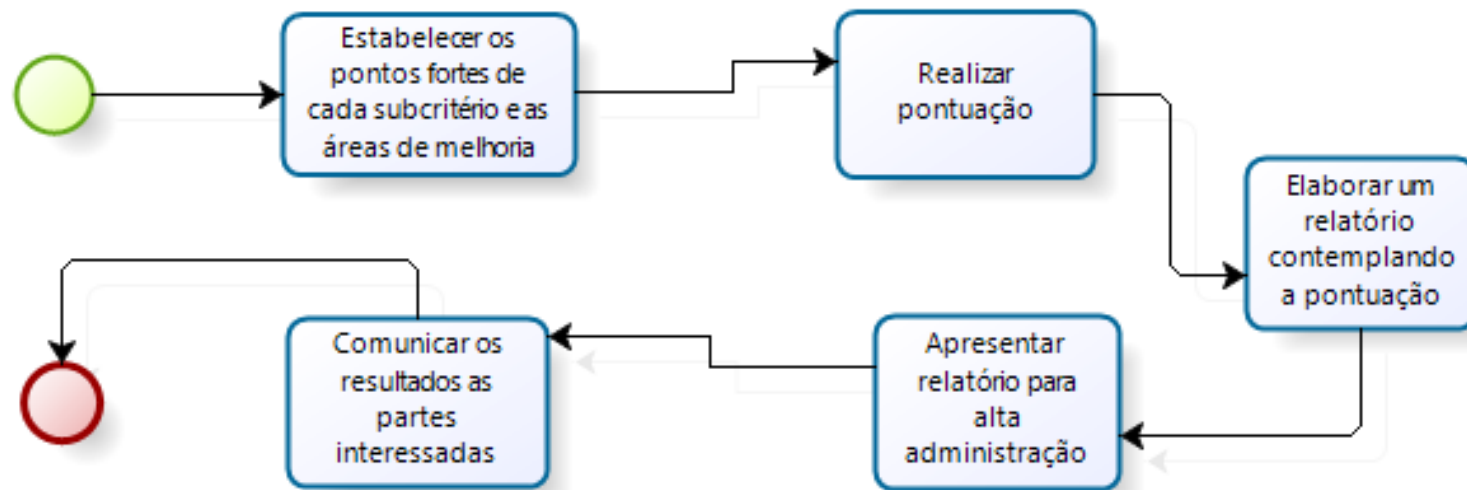
#### Passo 4: Organizar a formação



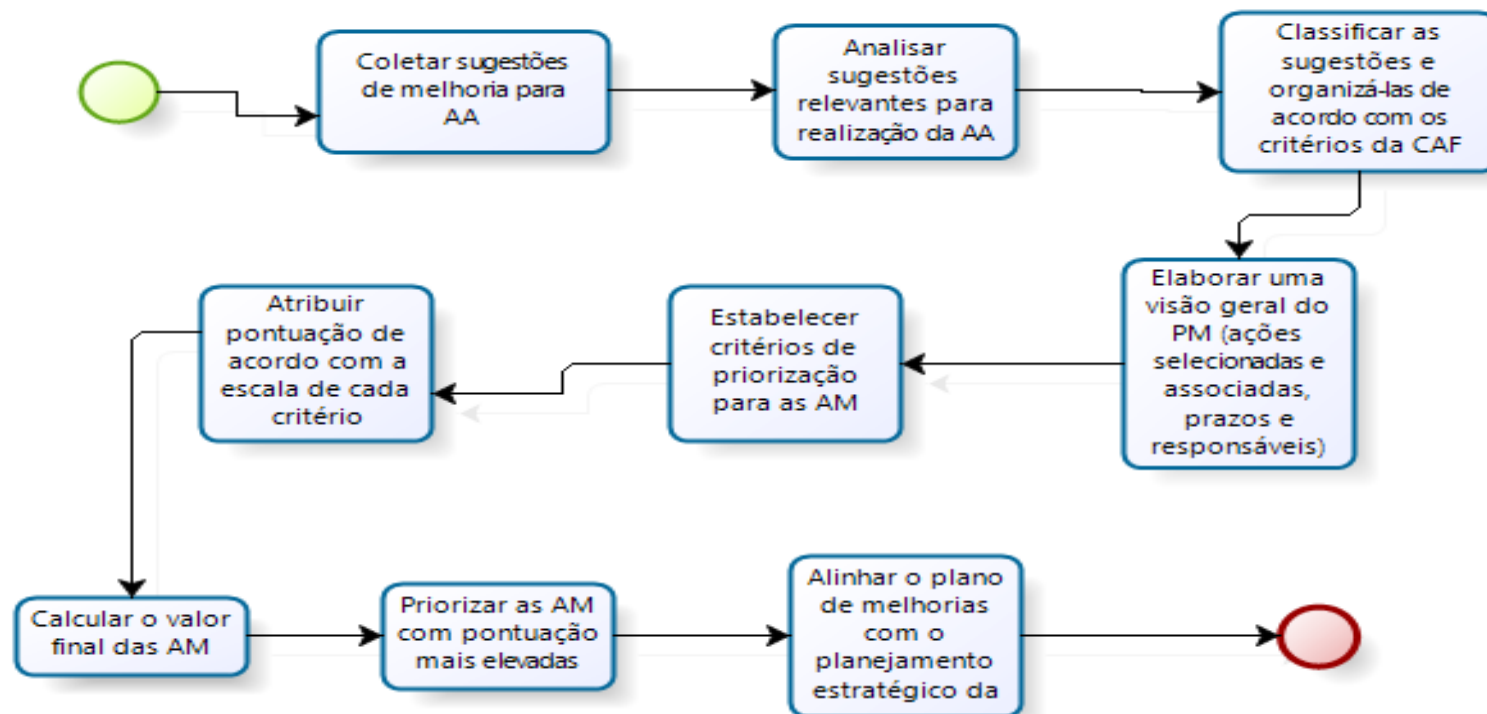
### Passo 5: Realizar a AA



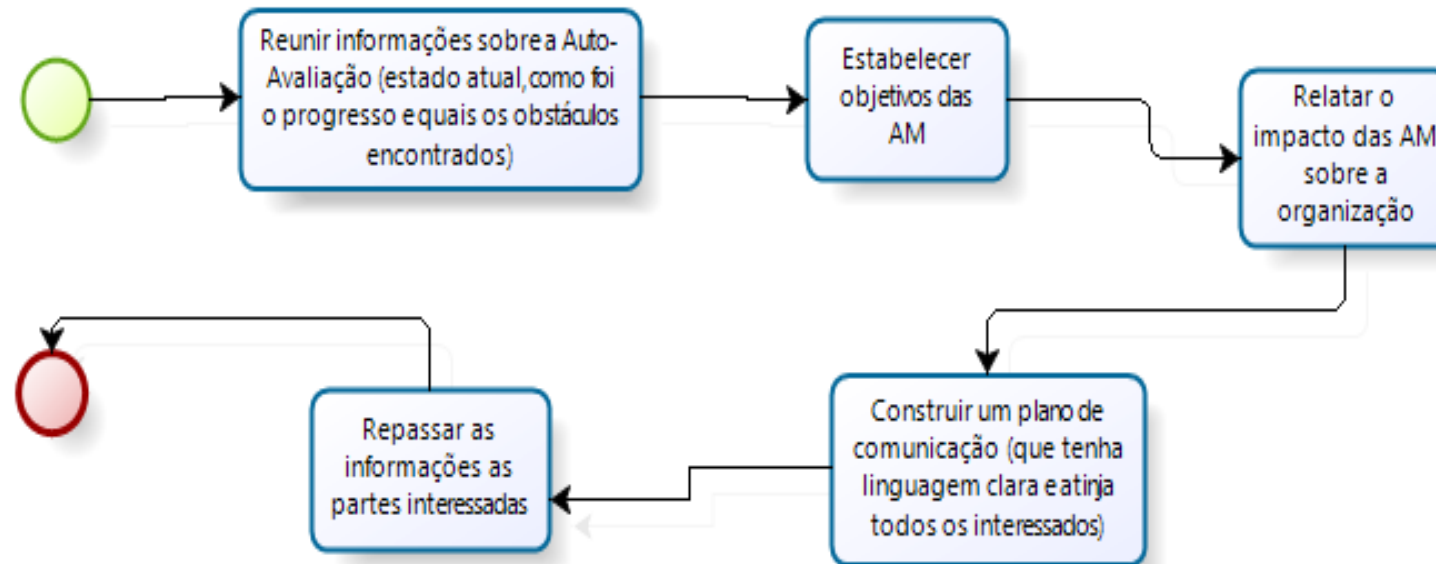
**Passo 6: Elaborar o relatório que descreva os resultados da AA**



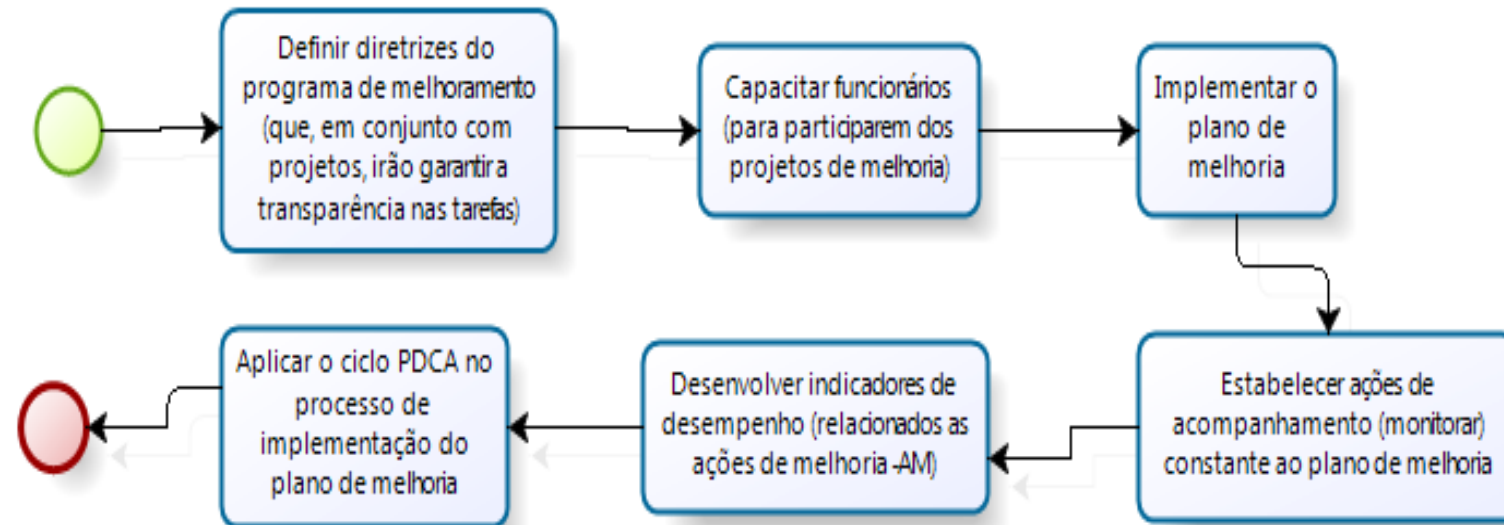
### Passo 7: Elaborar o Plano de Melhorias



### Passo 8: Divulgar o Plano de Melhorias



### **Passo 9: Implementar o Plano de Melhorias**





## Otimização do processo de Monitoramento e Avaliação do Planejamento na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Ane Caroline Scheffer  
Francyne Martins Espíndola  
Isabela Omelczuk  
Jeferson Luis Fruneaux

### 1. INTRODUÇÃO

Este relatório é resultado das atividades de consultoria de procedimentos realizadas na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, subordinada à Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, conduzida pela disciplina da Teoria e Prática de Administração de Serviços Públicos.

A Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde tem como função estabelecer metas anualmente para a área de Saúde do Município.

Esta Atividade de Consultoria tem como objetivo relacionar conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do curso de Administração Pública, no atendimento à demanda identificada na organização escolhida, no caso, a Secretaria Municipal de Saúde. A partir dessa atividade também identificar oportunidades de avanços em *accountability* na organização em estudo e propor ações para promover esses avanços, em parceria com os gestores, assim, integrando o trabalho com a disciplina de *Accountability*.

A demanda atendida foi apresentada pela Gerência de Plano, Metas e Políticas de Saúde refere-se ao a melhoria do processo de Monitoramento e Avaliação do Planejamento da Secretaria ao Pacto Municipal de Saúde<sup>1</sup>.

Desta perspectiva, a consultoria desenvolvida focou no mapeamento de processo com o objetivo de otimizar o processo de Monitoramento e Avaliação do Planejamento, por meio da descrição do processo, sua análise e proposições de

---

<sup>1</sup> O Pacto Municipal de Saúde constitui-se na pactuação dos objetivos e metas de curto prazo, alinhadas internamente aos níveis estratégico, operacional e tático; e externamente em relação à Secretaria Estadual de Saúde e ao Ministério da Saúde. Sua elaboração se dá de forma ascendente, durante a elaboração da PAS, promovendo a co-responsabilização de todas as áreas da Secretaria para com a saúde da população.

melhoria.

Como produto resultante desta atividade de Consultoria tem-se o redesenho do fluxograma do processo de monitoramento e avaliação do planejamento da Secretaria, elaborado no programa Bizagi, com notação BPM 2.0, e do Manual de Preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação em Planejamento.

## **2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde está estruturada, conforme a figura 1. Vinculado diretamente ao Prefeito Municipal está o Secretário de Saúde e a este o Secretário adjunto. Esta unidade de trabalho se subdivide em três níveis de gerência: Administrativa Financeira; Tecnologia e Modernização e Controle Interno e Ouvidoria.

As Assessorias Jurídicas, de Comunicação, Vigilância em Saúde e Assessoria Técnica estão subordinadas ao gabinete, e vinculado a este está o Conselho Municipal. Compõe a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde o Fundo Municipal de Saúde e Logística; o Planejamento, Informação e Capacitação de Recursos; Atenção Primária a Saúde; Média Complexidade, Serviços Especiais e Ações Regionais; Alta Complexidade Regulação, Avaliação e Auditoria; Postos Norte, Centro, Sul e Continente; UPAs Norte e Sul; de Vigilância em Saúde; Centro de Controle de Zoonoses e a Diretoria de Bem Estar Animal.

Figura 1 - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.



Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br>

Essa é a macro visão da Secretaria Municipal de Saúde, como ela se divide e se organiza. Os esforços realizados para o melhoramento do processo de avaliação

se concentram na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, vinculada a Diretoria de Planejamento, Informação e Capacitação de Recursos. Essa gerência é composta por quatro servidores e dois estagiários, e ela tem como responsabilidade, planejar as metas anuais da secretaria, visando um aprimoramento de serviços prestados de todas as demais diretorias.

Também esta sob responsabilidade da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, aprimorar o sistema de avaliação, possibilitando gerar dados e processá-los para realizar as devidas prospecções para o exercício seguinte.

### 3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A partir da demanda apresentada pelo gestor da Gerência de Planos, Metas e

Política de Saúde, de promover a melhoria do processo de Monitoramento e Avaliação do Planejamento da Secretaria ao Pacto Municipal de Saúde, optou-se por mapear este processo para se obter um diagnóstico preciso do mesmo.

O mapeamento de processos é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação essencial para líderes e organizações inovadoras que intencionam promover melhorias ou implantar uma estrutura voltada para novos processos (VILLELA, 2000).

O mapeamento do processo de monitoramento e avaliação do planejamento visa alinhá-lo ao Pacto Municipal de Saúde.

Para o mapeamento do processo foram analisados os documentos relacionados ao monitoramento e avaliação do planejamento como o Plano Municipal de Saúde, o Pacto Municipal de Saúde, o manual de preenchimento do sistema atual de monitoramento e avaliação e os fluxogramas existentes. Desta análise obteve-se a compreensão do processo atual e o alinhamento de uma proposta de melhoria e integração do processo de monitoramento e avaliação do planejamento ao pacto municipal de saúde.

Após a análise desses documentos também foram identificadas as mudanças e melhorias que deveriam ser feitas nos fluxogramas e nos processos do sistema para que este atendesse à demanda da organização.

#### **4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO**

Após análise do processo mapeado de Monitoramento e Avaliação do Planejamento, confirmou-se a necessidade de aperfeiçoar o processo, alinhado ao Pacto Municipal de Saúde; corroborando com a proposta de demanda apresentada.

Diante disso, optou-se pelo redesenho do processo de monitoramento e avaliação do Planejamento, buscando detalhar todos os seus desdobramentos, com vistas a clarificar possíveis incongruências no processo, assim como para proferir uma análise detalhada que pudesse levar a identificação de melhorias ao processo e seu alinhamento preciso ao Pacto Municipal de Saúde.

O redesenho exigiu a análise dos fluxogramas já utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e os documentos fornecidos pela Gerência, como por exemplo: Pacto Municipal de Saúde, Plano Municipal de Saúde 2011–2014; Orientações para a Programação de Saúde/PMAQ 2012-2013; planilha Instrumento da Programação de Saúde – PMAQ.

Identificou-se como uma ação em direção a melhoria do processo de Monitoramento e Avaliação do Planejamento, a falta de um campo para identificação dos recursos utilizados pelas unidades. A inclusão deste campo poderá proporcionar melhor planejamento e gestão dos recursos necessário-utilizados para execução das ações.

Da análise do sistema, identificou-se também a necessidade de atualizar as informações presentes no Manual do Sistema de Monitoramento e Avaliação em Planejamento. Desta forma, propõe-se reestruturar o Manual de Preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação em Planejamento, para que o operador do sistema consiga acessá-lo e preencher todos os campos de forma correta, melhorando assim o acompanhamento das ações estabelecidas.

Resultante desta análise, também foi possível identificar possibilidades de avanços em accountability, que estão previstas no Manual do Sistema de Monitoramento e Avaliação em Planejamento, por disponibilizar os resultados dos relatórios imediatamente após o preenchimento dos mesmos, no site da Secretaria.

Vale salientar que a equipe constatou que apesar desta transparência já estar prevista no referido Manual, ainda não está sendo posta em prática.

## **5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO**

Propõe-se para alinhar o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento ao Pacto Municipal de Saúde, o redesenho dos fluxogramas dos processos de monitoramento de forma detalhada e o redesenho do manual de preenchimento do novo Sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento.

No sistema de preenchimento dos relatórios, foi sugerida a substituição dos objetivos por padrões, que são estabelecidos pelo Pacto Municipal de Saúde e são padronizados, facilitando assim a avaliação.

O resultado final foi o redesenho do fluxograma de processos do preenchimento dos Relatórios Mensais, Trimestrais, da Apresentação Multinível e Relatório Final, e o redesenho dos processos no Manual de Preenchimento do novo Sistema de Monitoramento e Avaliação em Planejamento.

Os fluxogramas foram elaborados no programa Bizagi, com notação BPM 2.0, e o Manual de preenchimento, foi elaborado a partir do modelo existente.

Para a implementação desse novo sistema de Monitoramento e Avaliação do Planejamento sugere-se a apresentação dos novos fluxogramas à equipe de Tecnologia da Informação, para obter a aprovação desta área

Acredita-se que com a implementação deste novo processo, a organização terá como resultado um monitoramento e uma avaliação do planejamento mais eficaz, melhor alinhado com o Pacto Municipal de Saúde, o que poderá proporcionar melhores resultados no alcance das metas e ações estabelecidas pelas unidades, assim como a melhoria nos serviços oferecidos à sociedade.

## **6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS**

O resultado alcançado pela consultoria foi atender à demanda da organização, ou seja, aperfeiçoar os processos de monitoramento e avaliação do planejamento da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, redesenhando o Sistema Administrativo de Monitoramento e Avaliação em Planejamento, mapeando os respectivos processos e alinhando-o ao Pacto Municipal de Saúde.

De acordo com Oliveira (2006), a administração de processos realizada de forma eficaz melhora a capacidade de uma organização de antecipar, gerir e responder às mudanças no mercado e a maximizar as oportunidades empresariais. A gestão de processos adequada pode também reduzir as insuficiências e os erros resultantes de uma redundância de informações e ações empresariais.

Nesse sentido, o mapeamento de processos oportuniza melhorias de desempenho organizacional, pois permite a identificação de gargalos, fluxos desnecessários ou qualquer falha, e ainda cria base para uma visão do todo da organização. Para Hunt (1996), a estruturação dos processos permite a redução de custos no desenvolvimento de produtos e serviços, a identificação de falhas de integração entre sistemas e a promoção de melhoria do desempenho organizacional.

Com o atendimento a demanda proposta, espera-se que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis consiga dar andamento ao processo de monitoramento e avaliação do planejamento no Sistema idealizado pelos gestores, proporcionando a obtenção de um melhor resultado e alinhamento ao Pacto Municipal de Saúde.

Sugere-se ainda à organização a implementação do sistema de transparência previsto no Manual do Sistema de Monitoramento de Avaliação em Planejamento, proporcionando transparência às ações realizadas e permitindo que todos visualizem o alcance das metas propostas e o andamento de cada uma das unidades.

A disponibilização dos relatórios preenchidos traz maior transparência no que diz respeito aos processos de planejamento e controle interno da Secretaria

Municipal de Saúde. Os relatórios trazem informações sobre as ações realizadas, quais unidades que realizaram, se foram realizadas dentro do prazo determinado, e ainda como sugestão decorrente da consultoria: quais recursos foram utilizados. Dessa forma auxiliando também no aprendizado interno, uma vez que todas as unidades possam ter acesso aos relatórios e as informações neles disponibilizadas.

A fim de um controle externo, os relatórios devem ser disponibilizados por meio eletrônico e/ou impresso para o acesso da população em geral, dando transparência às ações desenvolvidas na Secretaria, prestando contas à sociedade.

Sendo assim, a implementação do sistema de transparência previsto no Manual do Sistema de Monitoramento de Avaliação em Planejamento serviria para controle administrativo e de resultados de caráter interno na Secretaria, bem como para controle de resultados envolvendo agentes externos.

## **7. ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO**

A oportunidade de estar em contato com um órgão da Administração Pública, buscando atender suas demandas e conhecendo melhor a rotina administrativa de um determinado setor, nos possibilitou entender melhor a realidade na prática, relacionando e aplicando o conhecimento teórico aprendido durante a graduação. Nesse caso específico, a equipe aprofundou seu conhecimento na área de mapeamento de processos.

Foi bastante gratificante para a equipe contribuir para a melhoria do serviço público na cidade em que vivemos, principalmente na área de saúde.

A Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis se mostrou desde o início completamente aberta e comprometida a ajudar no processo de consultoria, sempre apresentando sugestões e *feedback* para o grupo.

No que se refere à atividade de consultoria, percebeu-se a importância de uma postura assertiva e da comunicação constante entre as partes, a fim de assegurar o bom andamento do processo. Evidenciaram-se, no decorrer do processo, o aprendizado mútuo e o desenvolvimento de habilidades transformadoras.





## REFERÊNCIAS

HUNT, V. D. **Process Mapping: How to Reengineer your Business Process**. New York: John Wiley & Sons, 1996.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. **Administração de Processos: Conceitos, Metodologia, Práticas**. São Paulo: Atlas, 2006.

VILLELA, C. S. S. - **Mapeamento de Processos como Ferramenta de Reestruturação e Aprendizado Organizacional**. Florianópolis: Dissertação de M. Sc. PPEP/UFSC, 2000.

Secretaria Municipal de Saúde. **Organograma**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br>. Acessado em 22/05/2012.

## **Desenvolvimento de metodologia para gestão de documentos na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde.**

Ariella Carioni Engelke  
Leonard Heidemann  
Ramon Phillipy Coelho

### **1 INTRODUÇÃO**

Este relatório de consultoria tem por objetivo apresentar a metodologia de gestão de documentos desenvolvida para a Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde.

A Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, que está subordinada a Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos, tem por função estabelecer metas para cada ano para a Saúde do Município, circulando por ela muitos documentos, onde cada qual tem sua importância e função, e que em hipótese alguma podem ser perdidos.

Em face disso, a Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde vem encontrando dificuldades na recuperação de dados de documentos e um delay na sua localização. O desenvolvimento de uma Metodologia para Gestão de Documentos para a Gerência vem ao encontro desta necessidade. Portanto, a implementação de tal metodologia nesta gerência pode proporcionar a ela agilidade no acesso dos arquivos e informações, transparência e publicidade das ações, facilitar o processo de decisão por membros da gerência, racionalizar a produção dos documentos, visando à efetividade e eficácia na gestão e padronização dos arquivos para melhorar o acesso aos documentos e informações.

### **2 DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

Sabe-se que a saúde é o bem mais precioso e que todos nós prezamos, e é por isso que o Brasil possui o Sistema Único de Saúde para garantir que esse bem seja acessado por todos sem distinção e de forma justa.

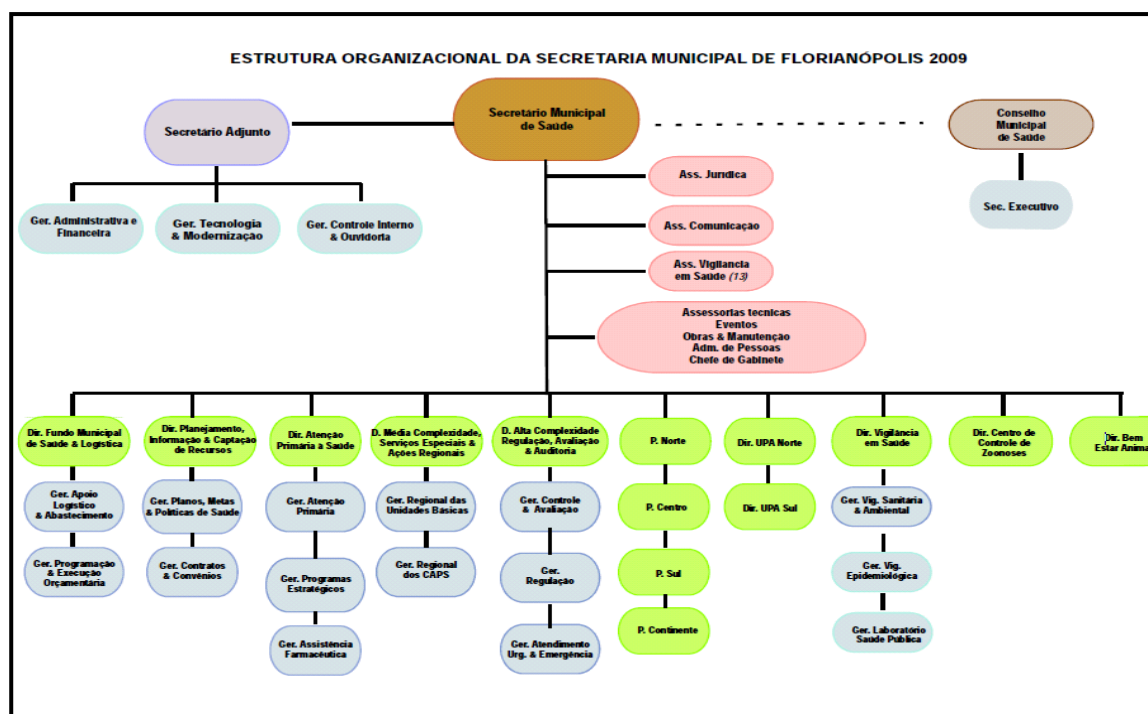
A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, não é diferente, garante que esse direito do cidadão seja alcançado e apesar de todas as dificuldades está sempre em busca da excelência para o bom atendimento da sociedade. É um órgão da administração

direta; no entanto, é dotada de autonomia administrativa, orçamentária e financeira, em função de algumas particularidades instituídas pelo SUS.

Sua Gestão é constituída pelo Secretário, Secretário Adjunto e Assessorias, além de sete Diretorias divididas em:

- Diretoria de Atenção Primária;
- Diretoria de Média e Alta Complexidade Ambulatorial;
- Diretoria de Regulação e Auditoria;
- Diretoria do Fundo Municipal de Saúde;
- Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos;
- Diretoria de Vigilância em Saúde;
- Diretoria de Bem Estar Animal.

O organograma da SMS está representado pela figura 1:



**Figura 11 - Organograma Secretaria Municipal de Saúde**

Fonte: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>

Esta consultoria foi realizada na Diretoria de Planejamento, Informação e Captação de Recursos, mais especificamente na Gerência de Planos e Metas, onde são realizadas atividades de cunho estratégico e, assim, visando a excelência para toda a Secretaria. Dentre as atividades que estão sob sua responsabilidade, estão à articulação com órgãos

e entidades externas, desenvolver, propor e coordenar estratégias de planejamento, elaborar diagnósticos, criar indicadores de interesse da política pública de saúde, coordenar o processo de avaliação de desempenho da Secretaria, bem como criar relatórios de gestão anuais, indicando a situação da saúde no município de Florianópolis.

### **3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

A demanda pelo desenvolvimento de uma metodologia para a gestão de documentos surgiu do gestor da Gerência de Planos, Metas e Política de Saúde. Diante disso, da coleta de dados, verificou-se que cabe a esta Gerência gerir todos os documentos relacionados ao Planejamento Estratégico, como o Plano Municipal de Saúde, que está subdividido em diagnósticos, avaliações e acompanhamentos

Assim como os documentos relacionados ao Planejamento Tático e Operacional, Monitoramento e Avaliação, e as próprias Comunicações Internas – C.I.'s, ofícios, e demais documentos expedidos pela unidade.

Constatou-se que os documentos produzidos pela Gerência não eram arquivados e/ou armazenados da maneira correta, dificultando então o processo da informação dentro e fora desta, pois é ela quem deve se comunicar com todas as unidades de saúde, definindo os indicadores que serão utilizados e analisando os resultados produzidos por cada unidade.

Sendo assim, observou-se que além dos muitos documentos que circulam nesta não havia uma classificação dos mesmos, o que dificultava a sua recuperação, fazendo com que a morosidade na procura de dados virasse rotina. Portanto, era preciso não só uma gestão eficiente de documentos, mas também uma classificação e o acesso dos documentos e dados que ali passavam, para que assim, a organização continuasse produzindo seus planos e metas de forma excelente.

Face a isto, confirmou-se a demanda pela elaboração de uma ferramenta que auxiliasse na gestão de documentos na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde.

### **4 IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO**

Para que fosse realizada uma solução para o problema, levou-se em consideração a necessidade a qual a Gerência estava passando. Foi observado que é necessária à

implementação de uma ferramenta que facilite o acesso aos documentos e dados que passam por ela, uma classificação destes para facilitar seu resgate na procura e que quando passado o “prazo de validade” de um determinado documento, ele pudesse ser arquivado permanentemente.

Para isso foi estudado e aprofundado o conhecimento em diversas metodologias de Gestão de Documentos, como os *softwares KnowledgeTree* e o *Alfresco*, mas diante da observação e adequação a necessidade estudada foi identificado que o *software KnowledgeTree* atendia todos os requisitos para implementação de uma Gestão de Documentos eficiente e eficaz. Essa ferramenta apresenta vantagens que se encaixam na necessidade de solução que a Gerência está buscando, como:

- Simplificar e racionalizar os procedimentos;
- Proporcionar agilidade no acesso às informações e na tomada de decisões;
- Adquirir maior qualidade e produtividade do serviço;
- Possuir maior planejamento, controle e transparência nas ações realizadas.

Portanto, esse *software* de gestão de documentos, combinado com uma metodologia de gestão pode contribuir para melhorar e dinamizar as informações criadas e repassadas pela gerência, destacando sua rapidez, por ser mais leve, apresentar o idioma português na sua configuração e ser de fácil entendimento para manuseio por parte dos servidores da SMS.

## **5 AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO**

Foi realizado em um primeiro momento *benchmarking* de manuais de Gestão de Documentos do Estado do Paraná, Santa Catarina e São Paulo, para que fosse dado maior aprofundamento de como implementar esse sistema na Gerência e que fosse de fácil compreensão. A partir desse estudo foi criada e realizada uma metodologia que se adequasse a necessidade observada.

Após essa análise foi feita uma busca de todos os documentos que circulam pela Gerência, classificando-os e ordenando-os para maior facilidade na hora de aplicar-se a ferramenta sugerida, assim, podem-se observar os documentos que devem estar sempre dispostos e que seu acesso seja feito de forma ágil e os documentos que podem ser arquivados permanentemente, ou seja, aqueles que só serão buscados novamente em

caso de dúvida, históricos ou quaisquer outros imprevistos que possam aparecer para que sejam resgatados.

Sendo assim, a metodologia proposta vai nessa linha de raciocínio, ou seja, classificando e ordenando os documentos da SMS e verificando a forma de armazená-los com facilidade e agilidade no acesso.

O casamento entre a metodologia de gestão de documentos e o sistema KnowledgeTree se deu a partir da análise dos documentos e das necessidades da Gerência de Planos, Metas e Políticas em Saúde. Para implementar a proposta de gestão de documentos integrado com tal sistema, o grupo, juntamente com o gestor, pensou em elaborar um manual, onde este conteria as principais informações referentes a gestão de documentos e as ferramentas mais importantes do sistema KnowledgeTree (de acordo com a necessidade da Gerência).

Em suma, este manual vem para explicitar a metodologia aqui esplanada, alinhando com um passo a passo para aplicá-la no *software open source KnowledgeTree*, podendo, assim, ser obtido o resultado esperado para gestão de documentos com excelência, facilitando o acesso, recuperação e procura dos documentos armazenados pela Gerência de Planos, Metas e Políticas em Saúde.

## **6 RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS**

A perspectiva almejada é que o manual seja gerido e atualizado pelo gestor da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde e seja utilizado, primeiramente, pelos servidores e estagiários da Gerência em questão, onde estes possuirão a disponibilidade do manual em arquivo digital. No futuro esse manual poderá ser disponibilizado para outras seções da Secretaria Municipal de Saúde, com intuito de melhorar a gestão de documentos do órgão como um todo, com possíveis palestras e seminários para a prática e efetivação desta gestão.

O resultado que se planeja é que a implementação de uma gestão de documentos proporcionará à Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde minimizar a perda de documentos, a recuperação mais rápida, sendo desta forma primordial a esta unidade de trabalho, como também à gestão pública como um todo, visto que por meio desta, a

Secretaria também poderá disponibilizar as informações de forma mais organizada e rápida, cumprindo com os requisitos da nova lei de acesso a informação.

O Prefeito de Florianópolis assinou um Decreto Nº 9988 de 15 de Maio de 2012, estabelecendo procedimentos para que a Administração Municipal, no âmbito do Poder Executivo, cumpra com eficiência e efetividade as determinações da Lei Federal 12.527/11, estabelecendo regras para a gestão das informações e documentos públicos e sigilosos gerados por este Poder, cabendo assim, a importância dessa metodologia proposta para Gestão de Documentos, pois facilita o acesso dos servidores, cidadãos e órgãos de fiscalização perante os dados armazenados.

Sendo assim, quando um cidadão solicitar, por meio digital ou físico, qualquer informação para a Gerência, não precisará ser dispor de horas de espera para obter tais informações, pois com a ferramenta de Gestão de Documentos implementada, será fácil, rápido e eficaz a recuperação desses dados, disponibilizando, assim, ao cidadão e estabelecendo vínculo de credibilidade e confiabilidade com o Poder Público.

Reforçando, assim, o controle social que se caracteriza pela participação da população junto aos órgãos de governo através de suas entidades representativas, tornando-se um instrumento necessário e indispensável para que os direitos do indivíduo sejam respeitados. Portanto, não se traduz apenas em mecanismos formais e, sim, reflete-se no real poder da população em decidir questões públicas. O controle social justifica-se na saúde por ser um bem público que não pode ter suas ações decididas unilateralmente.

Por fim, pode-se observar que a Gestão de Documentos aqui proposta facilitará a Gerência a se adequar a uma Gestão mais *accountable*, garantindo o acesso de todas as informações, sejam elas fiscais, orçamentárias e/ou gerais, por parte de todos os cidadãos de forma que todos possam compreender, controlar, fiscalizar as ações cometidas pelos gestores públicos e, assim, instaurando a Lei de Acesso a Informação na Cidade e, quem sabe, tornando-se percussora e modelo de uma cultura política eficiente, justa e transparente para todo o Estado.

## **7 ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO**

No decorrer do curso de Administração Pública, nós, alunos, tivemos contato com uma imensa gama de teorias e ferramentas cujas propostas consistem em transformar a



realidade em que iremos atuar. Porém, somente a partir da possibilidade de aplicar tais conhecimentos em casos práticos é que todos os esforços para a aceção de tais conceitos fazem sentido, ao passo que são testados e compreendidos em seu propósito.

Desta forma, a realização deste trabalho traduz-se em instrumento para confrontar teoria e prática de maneira a transcender o modelo usual de ensino em sala de aula, possibilitando uma aprendizagem multidimensional ao passo que confronta-nos com problemas reais e complexos.

A partir dessa atividade de consultoria proposta pelas disciplinas de Teoria e Prática e Accountability, percebeu-se que uma atividade de consultoria não é algo simples, pois é uma atividade que exige responsabilidade e comprometimento, por envolver a construção de um produto a ser entregue e haver envolvimento tanto da instituição de ensino, como com a organização aonde será fornecido o trabalho de consultoria.

Em suma, a construção desse trabalho sobre gestão de documentos proporcionou aprendizado aos alunos, como por exemplo: abrindo mais um campo profissional aonde alguns não se achavam capazes de adentrar (consultoria); e ajudar os alunos a terem uma postura profissional à frente de um trabalho com um cliente com necessidades reais, tendo que haver comunicação e troca de informações com o intuito de proporcionar um trabalho que fosse efetivo e que realmente atendesse as expectativas da organização.

## 8 REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz; LOUREIRO, Maria Rita. **Finanças públicas, democracia e accountability**. In: ARVATE, Paulo Roberto; BIDERMAN, Ciro. *Economia do Setor Público no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

BERNARDES, Ieda; DELATORRE, Hilda: **Gestão Documental Aplicada**, São Paulo: Arquivo Público do Estado de São Paulo, 2008.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ARQUIVO PÚBLICO : **Manual de gestão de documentos do Estado do Paraná**, 3ª ed., Curitiba, 2007.

DIRLEI, Maria: **Gestão documental** , Capacitação Módulos II e III, Santa Catarina, 2010.

PINHO, José Antonio Gomes de e SACRAMENTO, Ana Rita Silva. **Accountability: Já podemos traduzi-la para o português?** Rio de Janeiro: RAP, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Portal Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/> Acessado em: 19/05/2012.

## 9 APÊNDICE

### A) MANUAL GESTÃO DE DOCUMENTOS



# MANUAL GESTÃO DE DOCUMENTOS

Para aplicação na Gerência de Planos,  
Metas e Políticas de Saúde da SMS / Fpolis

Versão 1.0

## APRESENTAÇÃO

Este manual, produzido pelos acadêmicos do curso de Administração Pública da ESAG/UDESC, tem como intuito ajudar os servidores/estagiários da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde a adquirirem os conhecimentos básicos para aprenderem sobre gestão de documentos e conseguirem trabalhar no software open source KnowledgeTree.

O manual será elaborado em cima das necessidades da gerência, sendo ainda realizado da maneira mais didática possível, através de imagens e textos curtos, com o objetivo de criar um passo a passo de fácil compreensão.

O KnowledgeTree é um software de gestão de documentos que, segundo a proposta do grupo formado pelos alunos da ESAG/UDESC, vem para organizar e gerir os documentos da gerência, tendo como missão tornar esses documentos mais acessíveis, diminuir a taxa de extravio desses e quem sabe, futuramente, servir para melhorar a comunicação entre os diversos setores e gerências que compõem a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tal ferramenta de gestão de documentos é composta por usuários, grupos e unidades, sendo os assuntos e documentos divididos em pastas e arquivos, que são disponibilizados para usuários que possuem permissão para acessá-lo, fazendo com que somente as partes interessadas tenham acesso permitido a arquivos.

A partir desse software o usuário cadastrado também pode adicionar e modificar documentos em pastas e arquivos que lhe são permitidos, fazendo com que haja uma melhor interação entre as partes, dando celeridade ao processo, e transparência no sentido que o sistema grava quem foi o usuário editar o arquivo.

Com todos os recursos oferecidos pelo KnowledgeTree, e ainda sendo este um open source, ou seja, não gerará custo nenhum ao ente público em questão, o grupo acredita que o seu uso vem apenas para somar, aprimorando a gestão de documentos já existente na gerência.

## ÍNDICE

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <u>1 GESTÃO DE DOCUMENTOS</u> .....   | 151                                  |
| <u>1.1 Conceitos-chave para gestão de documental</u> .....  | 151                                  |
| <u>1.1.1 O que são documentos e arquivos?</u> <b>Erro! Indicador não definido.</b>                  |                                      |
| <u>1.1.1.1 Arquivos correntes</u> .....   | 151                                  |
| <u>1.1.1.2 Arquivos intermediários</u> .....  | 151                                  |
| <u>1.1.1.3 Arquivos permanentes</u> .....   | 151                                  |
| <u>1.1.2 O que é gestão de documentos?</u> .....  | 152                                  |
| <u>1.2 METODOLOGIA PARA GESTÃO DE DOCUMENTOS</u> <b>Erro!      Indicador      não</b>               |                                      |
| <b>definido.</b>  |                                      |
| <u>1.2.1 Plano de Classificação de Documentos de Arquivo</u> .....                                  | 153                                  |
| <u>1.2.1.1 Método funcional</u> .....   | 154                                  |
| <u>1.2.1.2 Etapas para a elaboração de um Plano de Classificação de Documentos de Arquivo</u> ..... | 154                                  |
| <u>1.2.2 Tabela de Temporalidade de Documentos de Arquivo</u> .....                                 | 160                                  |
| <u>1.2.2.1 Etapas para a elaboração da Tabela de Temporalidade de Documentos de Arquivo</u> .....   | 162                                  |
| <u>2 MANUAL KNOWLEDGETREE</u> .....   | 166                                  |
| <u>2.1 Criar Usuários, Grupos e Unidades</u> .....  | 166                                  |
| <u>2.1.1 Criar usuário</u> <b>Erro! Indicador não definido.</b>                                     |                                      |
| <u>2.1.2 Criar Grupos</u> 169   |                                      |
| <u>2.1.2.1 Adicionando usuário ao grupo</u> .....   | 170                                  |
| <u>2.1.3 Criar Unidades</u> 172   |                                      |
| <u>2.1.3.1 Adicionando um grupo a uma unidade</u> .....   | 174                                  |
| <u>2.1.3.1.1 Criando um grupo vinculado com uma unidade</u> .....                                   | 174                                  |
| <u>2.1.3.1.2 Editando grupo para selecionar/trocar unidade</u> .....                                | 175                                  |
| <u>2.2. GERENCIAR PASTAS E DOCUMENTOS</u> .....   | 176                                  |
| <u>2.2.1 criar pasta</u> 176  |                                      |
| <u>2.2.2 Criar documentos</u> 177   |                                      |
| <u>2.2.3 Realizar check-out / Check-in dos documentos</u> <b>Erro! Indicador não definido.</b>      |                                      |
| <u>2.2.3.1 Realizar Check-out</u> .....   | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <a href="#"><u>2.2.3.2 Realizar Check-in</u></a> .....   | 182                        |
| <a href="#"><u>2.2.4 Download de documentos</u></a>  | 183                        |
| <a href="#"><u>2.2.5 Pedir auxílio</u></a>   | 184                        |
| <a href="#"><u>2.2.6 Ver o andamento e modificações do documento</u></a>                               | <b>Erro! Indicador não</b> |
| <b>definido.</b>   |                            |
| <a href="#"><u>2.2.7 Apagar pastas e documentos</u></a>  | 187                        |
| <a href="#"><u>2.2.8 Arquivar documentos</u></a>   | 189                        |
| <a href="#"><u>2.2.8.1 Localizar, apagar e restaurar documento arquivado (administrador)</u></a> ..... | 190                        |

## 1 GESTÃO DE DOCUMENTOS

### 1.1 Conceitos-chave para gestão de documentos

Para desenvolvermos uma metodologia de gestão de documentos torna-se vital entendermos alguns conceitos afins que possam servir de base para o objetivo proposto.

#### 1.1.1 O que são documentos e arquivos?

Por **DOCUMENTO** entende-se toda a informação registrada em um suporte material (papel, fita, disco óptico, etc.) utilizada para consulta, estudo, prova, pesquisa, pois comprova fatos, fenômenos, formas de vida e pensamentos do homem numa determinada época (BERNARDES e DELATORRE, 2008).

Já **ARQUIVO** é o conjunto de documentos produzidos e recebidos por órgãos públicos, instituições de caráter público, entidades privadas e pessoas físicas em decorrência do exercício de suas atividades, qualquer que seja o suporte da informação ou a natureza do documento (BERNARDES e DELATORRE, 2008).

Estes arquivos podem ser divididos com base em um ciclo de vida, como:

##### 1.1.1.1 Arquivos correntes

São formados por aqueles documentos necessários ao desenvolvimento das atividades de rotina. São frequentemente consultados e seu arquivamento tem o objetivo de facilitar o acesso à informação neles contida.

##### 1.1.1.2 Arquivos intermediários

Formado por documentos que aguardam prazos longos de precaução<sup>2</sup> ou prescrição<sup>3</sup> e aguardam a destinação final, sendo a **guarda permanente** ou a **eliminação**. Estes documentos raramente são consultados.

##### 1.1.1.3 Arquivos permanentes

Estes documentos perderam a vigência administrativa, mas são providos de valor secundário (valor histórico, testemunhal, legal, probatório e científico-cultural).

---

<sup>2</sup> Prazo de precaução – intervalo de tempo durante o qual guarda-se o documento por precaução, antes de eliminá-lo ou encaminhá-lo para guarda permanente.

<sup>3</sup> Prazo de Prescrição – intervalo de tempo durante o qual pode-se invocar a tutela do Poder Judiciário para fazer valer direitos eventualmente violados. O tempo de guarda dos documentos será dilatado sempre que ocorrer a interrupção ou suspensão da prescrição, em conformidade com a legislação vigente.

Figura 12 - Ciclo de vida dos arquivos.

|                                |   |                                 |
|--------------------------------|---|---------------------------------|
| 1ª Idade<br>FASE CORRENTE      | Documentos vigentes e frequentemente consultados.   | Arquivo Corrente                |
| 2ª idade<br>FASE INTERMEDIÁRIA | Final de vigência. Aguardam prazos de prescrição e precaução, raramente são consultados e aguardam destinação final: eliminação ou guarda permanente. | Arquivo Intermediário           |
| 3ª idade<br>FASE PERMANENTE    | Documentos que perderam a vigência administrativa porém são providos de valor secundário ou histórico-cultural.                                       | Arquivo Permanente ou Histórico |

### 1.1.2 O que é gestão de documentos?

A gestão de documentos é o conjunto de procedimentos e operações técnicas referentes às atividades de produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária, visando a sua eliminação ou recolhimento para guarda permanente (BERNARDES e DELATORRE, 2008).

Permite a simplificação e racionalização dos procedimentos, de forma a proporcionar agilidade no acesso às informações e na tomada de decisões, resultando em maior qualidade e produtividade do serviço, como também o planejamento, o controle e a transparências nas ações realizadas.

Dentre as atividades-chave para a gestão de documentos proposta neste manual, destacam-se a **classificação** e **avaliação**, pormenorizadas a seguir:

- a) **Classificação** – recupera o contexto de produção dos documentos, isto é, a função e a atividade que determinou a sua produção e identifica os tipos/séries documentais.
- b) **Avaliação** – trabalho multidisciplinar que consiste em identificar valores para os documentos e analisar seu ciclo de vida, com vistas a estabelecer prazos para sua guarda e destinação (eliminação ou guarda permanente).

## 1.2 Metodologia para Gestão de documentos

Discutidos os saberes básicos sobre o tema no capítulo anterior, passa-se então à formulação de uma metodologia que possibilite a efetiva gestão de documentos.

Para tal, torna-se fundamental a adoção de instrumentos que possibilitem a adesão de uma gestão de documentos, visando imprimir maior agilidade e precisão na recuperação de documentos e das informações produzidas, autorizando a eliminação



criterosa de documentos desprovidos de valor que justifique a sua guarda e a preservação dos documentos de guarda permanente.

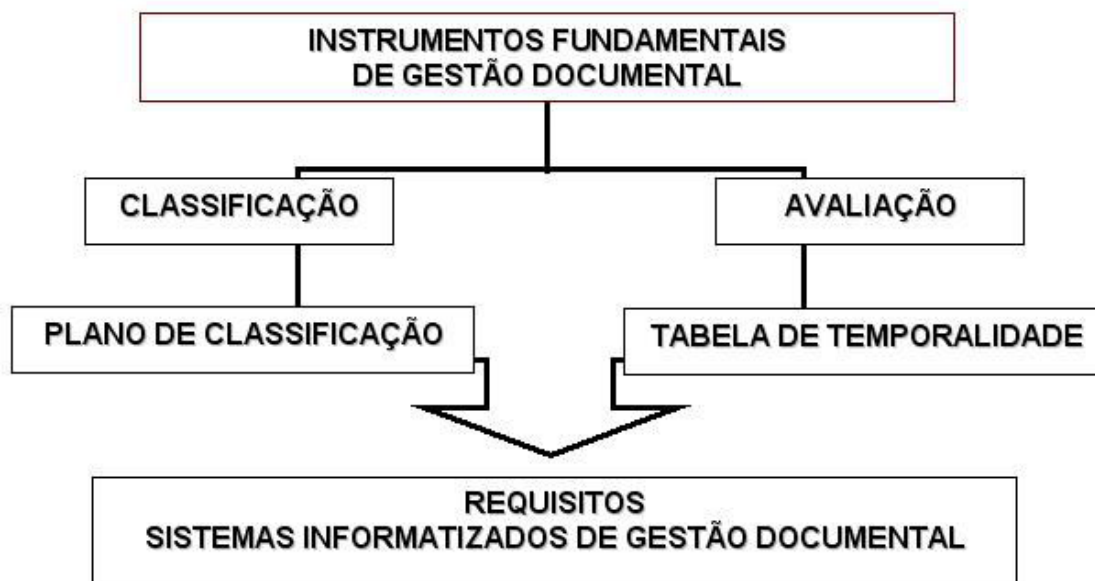
Neste contexto, elenca-se como tais instrumentos o **Plano de Classificação de Documentos de Arquivo** e a **Tabela de Temporalidade de Documentos de Arquivo**.

De forma geral, o Plano de Classificação de Documentos de Arquivo resulta da atividade de **classificação** que recupera o contexto de produção dos documentos de arquivo agrupando-os de maneira racional.

Já a Tabela de Temporalidade de Documentos de Arquivo resulta da atividade de **avaliação**, que define prazos de guarda para os documentos em razão de seus valores administrativo, fiscal, jurídico-legal, técnico, histórico, autoriza a sua eliminação ou determina a sua guarda permanente.

Sendo assim, a construção da metodologia aqui proposta estrutura-se com base nos instrumentos citados, tendo como plano de fundo um Sistema Informatizado (KnowledgeTree) que será abordado adiante.

Figura 13 - Estruturação da metodologia proposta



### 1.2.1 Plano de Classificação de Documentos de Arquivo

O Plano de Classificação de Documentos de Arquivo consistem em um instrumento de gestão documental ligado à **classificação dos documentos de arquivo**, organizando-os hierarquicamente de acordo com a **função**, **subfunção** e **atividade (classificação**

**funcional**), ou de acordo com o **grupo, subgrupo e atividade (classificação estrutural)**. Tal classificação tem como finalidade agilizar a recuperação da informação e facilitar as tarefas de arquivamento.

Verifica-se, portanto, dois métodos distintos para o desenvolvimento de um Plano de Classificação de Documentos de Arquivo: método estrutural e método funcional.

Neste manual opta-se por uma abordagem funcional, por entender-se esta como sendo mais segura e estável, considerando que mudanças administrativas ocorrem nas organizações com certa frequência, afetando diretamente as estruturas organizacionais.

#### **1.2.1.1 Método funcional**

A classificação funcional traduz-se como a representação racional das funções, subfunções e atividades do organismo produtor. Apesar de mais complexa, a classificação funcional é mais duradoura, visto que se desvincula da estrutura da organização e de suas mudanças no decorrer do tempo.

Porém, para tal tarefa é necessário conhecer a fundo a estrutura e o funcionamento do órgão, de forma a possibilitar a identificação do conjunto de atribuições relacionadas às atividades-fim e atividades-meio, e, a partir das atribuições, identificar as funções, subfunções e atividades das quais decorrem a produção dos documentos.

#### **1.2.1.2 Etapas para a elaboração de um Plano de Classificação de Documentos de Arquivo**

Para a elaboração de um Plano de Classificação de Documentos de Arquivo deve-se ater a alguns passos. Vejamos cada uma destas etapas a partir de exemplos.

##### **I. Estudo da estrutura e funcionamento do Órgão;**

Tomando-se por base a estrutura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento, abaixo se verifica o detalhamento da Coordenadoria de Desenvolvimento dos Agronegócios – CODEAGRO.

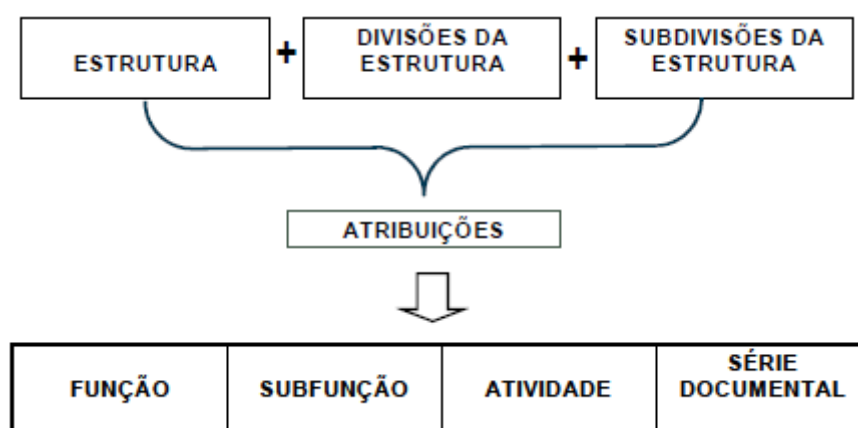
| ESTRUTURA   | DIVISÕES DA ESTRUTURA                                 | SUBDIVISÕES DA ESTRUTURA   | ATRIBUIÇÕES  |
|---|---|--|--|
| <b>COORDENADORIA DE DESENVOLVIMENTO DOS AGRONEGÓCIOS - CODEAGRO</b><br><br><u>Decreto nº 43.142 de 02/06/1998</u> | Departamento de abastecimento, alimentação e nutrição | Centro de execução, monitoramento e controle de programas e projetos | Executar e supervisionar os programas e projetos nas áreas de abastecimento, alimentação e nutrição  |
|   |   |  | Implantar ações que visem à produção e à comercialização de produtos e insumos agrícolas, agropecuários e agroindustriais  |
|   |   |  | Coordenar e executar ações de abastecimento alimentar e de combate à fome  |
|   |   |  | Realizar cursos, palestras e treinamentos voltados aos setores dos agronegócios  |
|   |   |  | Operacionalizar sistemas de monitoramento e controle dos padrões de qualidade dos programas e projetos desenvolvidos   |
|   |   |  | Acompanhar os resultados de análises físicas, químicas e biológicas, provenientes dos programas e projetos realizadas por laboratórios credenciados  |
|   |   | Centro de segurança alimentar e nutricional sustentável              | Executar ações específicas, nas áreas de alimentação, nutrição, economia doméstica e segurança alimentar   |
|   |   |  | Desenvolver instrumentos e estratégias de informação e conhecimento no que se refere à segurança alimentar e nutricional   |
|   |   |  | Propor ações de segurança alimentar e nutricional sustentável  |
|   |   |  | Realizar cursos, palestras, treinamentos e eventos educativos visando ao combate ao desperdício, à adequada manipulação dos alimentos e ao aproveitamento de suas partes não convencionais |
|   |   |  | Desenvolver receitas e cardápios de elevado valor nutritivo  |
|   |   |  | Realizar análises e estudos sobre métodos de higiene e manipulação de alimentos  |

Observa-se acima que os dois Centros executam atividades semelhantes: realizar cursos, palestras e treinamentos (o que difere é a área de atuação). Neste caso, sendo as

atribuições idênticas ou semelhantes, deverão ser agrupadas e deverá ser definida uma proposta de redação que represente esse conjunto.

### **I. Análise das atribuições a fim de identificarem-se as funções, subfunções e atividades;**

Na sequência, a partir da análise das atribuições representadas, busca-se a identificação das funções, subfunções e atividades.



Como resultado desta etapa, de acordo com o exemplo dado, têm-se:

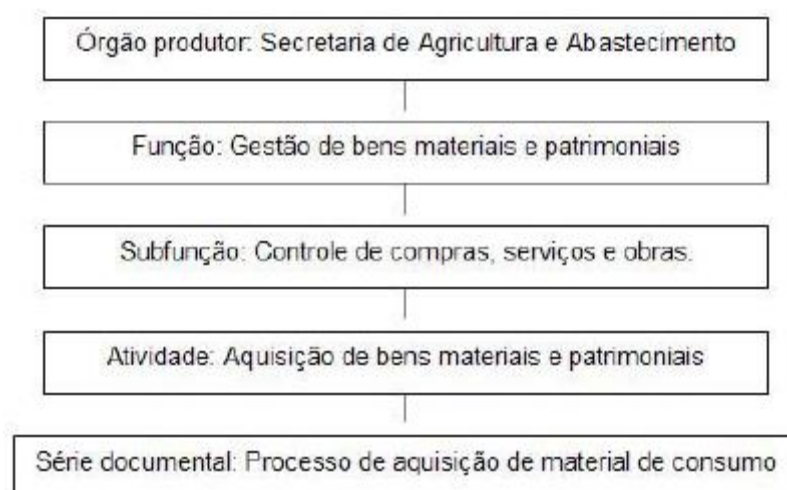
| FUNÇÃO                           | SUBFUNÇÃO  | ATIVIDADES   |
|----------------------------------|--|--|
| Desenvolvimento dos agronegócios | Gerenciamento de abastecimento, alimentação e nutrição | Execução e supervisão dos programas e projetos nas áreas de abastecimento, alimentação e nutrição  |
|                                  |  | Implantação de ações que visem à produção e à comercialização de produtos e insumos agrícolas, agropecuários e agroindustriais   |
|                                  |  | coordenação e execução de ações de abastecimento alimentar e de combate à fome   |
|                                  |  | Realização de cursos, palestras, treinamentos e eventos educativos voltados aos setores de agronegócios e visando ao combate ao desperdício, à adequada manipulação dos alimentos e ao aproveitamento de suas partes não convencionais |
|                                  |  | Operacionalização de sistemas de monitoramento e controle dos padrões de qualidade dos programas e projetos desenvolvidos  |
|                                  |  | Acompanhamento dos resultados de análises físicas, químicas e biológicas, provenientes dos programas e projetos  |
|                                  |  | avaliação, cadastramento e credenciamento de beneficiários, produtores rurais e instituições públicas e privadas, abrangidos pelos programas e projetos  |
|                                  |  | Execução de ações específicas, nas áreas de alimentação, nutrição, economia doméstica e segurança alimentar  |

## II. Identificação das Séries Documentais atinentes a cada atividade;

Identificadas as atividades, passa-se à assimilação da produção documental gerada por cada atividade de forma a gerar uma **Série Documental**.

“Série documental: é o conjunto de documentos do mesmo tipo documental produzido por um mesmo órgão, em decorrência do exercício da mesma função, subfunção e atividade e que resultam de idêntica forma de produção e tramitação e obedecem à mesma temporalidade e destinação”. São Paulo (Estado). Decreto estadual nº 48.897, de 27 de agosto de 2004, art. 12

Desta forma, cada uma das atividades é estudada de maneira individual de forma a definir-se as séries documentais inerentes a ela. Utilizando-se de outro exemplo da Secretaria de Agricultura e Abastecimento tem-se:



### III. Atribuição de códigos de classificação.

Realizado o mapeamento, definem-se os **Códigos de Classificação**, entendidos como as referências numéricas que associam os documentos ao seu contexto de produção.

O código de classificação da série documental é composto das seguintes unidades de informação:

1. **Órgão produtor:** é o órgão público ou empresa privada juridicamente constituída e organizada responsável pela execução de funções e atividades.
2. **Função:** corresponde ao conjunto das atividades que um órgão público ou empresa privada exerce para a consecução de seus objetivos. As funções podem ser diretas ou essenciais e indiretas ou auxiliares. As funções indiretas ou auxiliares são as que possibilitam a infraestrutura administrativa, financeira, de recursos humanos, de material e patrimônio, transporte e de comunicação, infraestrutura necessária ao desempenho concreto e eficaz das funções essenciais.
3. **Subfunção:** refere-se a um agrupamento de atividades afins, correspondendo cada subfunção a uma vertente da respectiva função.
4. **Atividade:** ações, encargos ou serviços decorrentes do exercício de uma função.





Ao final das etapas sugeridas, obtêm-se um mapeamento funcional da atividade conforme o exemplo abaixo.

|             |         |   |
|-------------|---------|---|
| Função:     | 1       | ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA  |
| Subfunção:  | 1.1     | Ordenamento jurídico  |
| Atividade:  | 1.1.1   | Elaboração de atos normativos   |
| Documento:  | 1.1.1.1 | Decreto, estatuto, código, regulamento, regimento, instrução normativa, norma, resolução, deliberação, portaria |
| Atividade:  | 1.1.2   | Habilitação jurídica e regularização fiscal dos órgãos, entidades e empresas                                    |
| Documentos: | 1.1.2.1 | Alvará de funcionamento   |
|             | 1.1.2.2 | Certificado de matrícula no Cadastro Específico do INSS - CEI   |
|             | 1.1.2.3 | Comprovante de atualização de dados no Cadastro Nacional do Trabalhador - CNT                                   |
|             | 1.1.2.4 | Comprovante de inscrição e situação cadastral no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ                    |
|             | 1.1.2.5 | Comprovante de inscrição no Cadastro de Contribuinte Mobiliário - CCM   |
|             | 1.1.2.6 | Comprovante de inscrição no cadastro de contribuintes do ICMS   |
|             | 1.1.2.7 | Comprovante de inscrição no Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT  |
|             | 1.1.2.8 | Comprovante de matrícula na Junta Comercial   |
|             | 1.1.2.9 | Processo de cadastramento no Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS                                      |



Uma vez concretizado o Plano de Classificação, a estrutura resultante deve ser reproduzida no KT, utilizando-se os códigos. Para realizar tal classificação favor verificar os itens 2.2.1 ou 2.2.2 do manual do KnowledgeTree.

Uma vez realizado os mesmos procedimentos para todas as atividades identificadas, tem-se consolidado o Plano de Classificação de Documentos de Arquivo, que se justifica por possibilitar:

- ✓ Organização lógica e correto arquivamento de documentos;
- ✓ Recuperação da informação ou do documento;
- ✓ Recuperação do contexto original de produção dos documentos;
- ✓ Visibilidade às funções, subfunções e atividades do organismo produtor;
- ✓ Padronização da denominação das funções, atividades e tipos/séries documentais;
- ✓ Controle do trâmite;
- ✓ Atribuição de códigos numéricos;
- ✓ Subsídios para o trabalho de avaliação e aplicação da Tabela de Temporalidade.

### 1.2.2 Tabela de Temporalidade de Documentos de Arquivo

Com o Plano de Classificação garante-se a organização lógica e física dos documentos, possibilitando a recuperação das informações em seu contexto original de produção e de forma a visualizar as funções, subfunções e atividades do organismo produtor.

Contudo, mesmo com o Plano de Classificação bem elaborado, o volume intenso de documentos gera arquivos abarrotados diante do espaço limitado para acomodá-los (físico ou virtualmente) de forma a concluir-se que uma gestão documental eficiente não admite a guarda da totalidade da produção documental.

Desta forma torna-se necessário promover a **avaliação de documentos** e consolidar os resultados dessa análise na **Tabela de Temporalidade de Documentos**, instrumento que autoriza a eliminação de documentos rotineiros, sem valor para a administração ou para a coletividade e que, ao mesmo tempo, garante a preservação de documentos com relevante valor informativo e probatório.

Consiste a Tabela de Temporalidade de Documentos, portanto, em instrumento que registra o ciclo de vida documental do órgão, onde se deve constar os prazos de

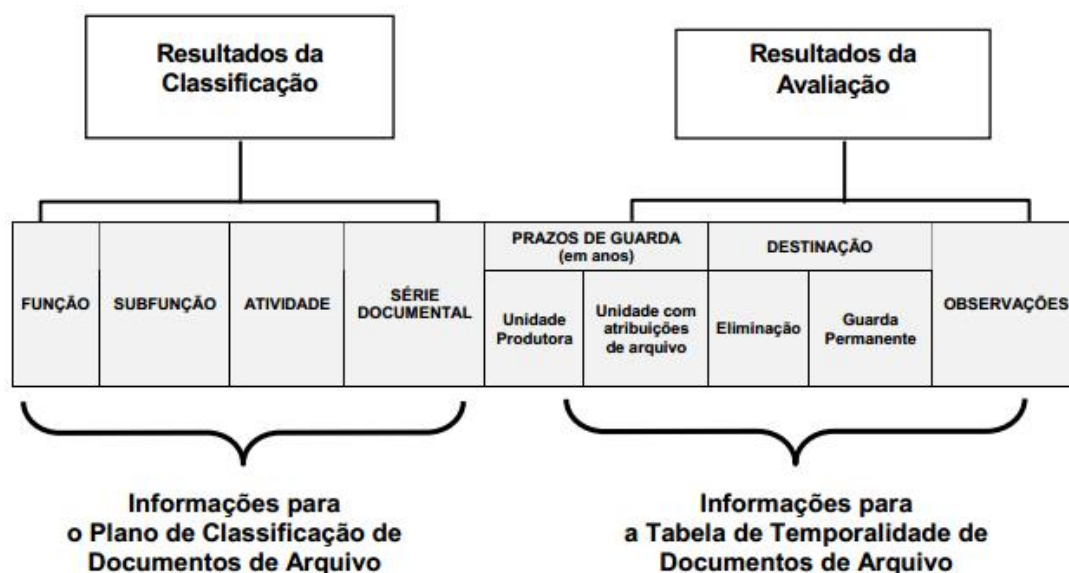


guarda dos documentos de arquivo corrente, sua transferência ao arquivo intermediário e sua destinação final, eliminação ou o recolhimento ao arquivo permanente.

A tabela é um instrumento dinâmico de gestão de documentos e precisa ser atualizada, para inclusão dos novos conjuntos documentais que possam vir a ser produzidos e as mudanças que normalmente ocorrem na legislação. Indica-se que sua elaboração/atualização ocorra por meio de uma Comissão de Avaliação, designada pelo titular de cada órgão, contendo no mínimo 5 integrantes, com conhecimento da estrutura e da tramitação dos documentos.

Para fins deste manual, prescreve-se que a Tabela de Temporalidade de Documentos deve ser formulada em continuidade ao Plano de Classificação de Documentos de Arquivo, de forma encadeada, consubstanciando um único documento que mescla as informações obtidas através da **classificação** e **avaliação** dos documentos.

Para tanto a Tabela de Temporalidade de Documentos deve ser formulada a partir dos seguintes campos de informação: prazos de guarda (na unidade produtora e na unidade com atribuição de arquivo); destinação (eliminação ou guarda permanente) e observações.



### 1.1.1.1 1.2.2.1 Etapas para a elaboração da Tabela de Temporalidade de Documentos de Arquivo

Para a elaboração de um Plano de Classificação de Documentos de Arquivo deve-se ater a alguns passos:



Infelizmente no KnowledgeTree não existe nada com que se possa aplicar a temporalidade dos documentos, ou seja, não se pode programar um documento para que ele seja descartado ou arquivado em um determinado

#### I. Análise do ciclo de vida dos documentos;

Compreende o estudo dos documentos desde a sua criação até a sua destinação final, permitindo identificar os **valores** e **definir o tempo** em que o documento deverá permanecer na unidade produtora (arquivo corrente) e na unidade com atribuições de arquivo (arquivo intermediário), bem como se a sua **destinação** será a guarda permanente (arquivo permanente) ou a eliminação.

Portanto, são atividades-chave para esta etapa:

- ✓ **Pesquisa da temporalidade dos documentos** considerando a **legislação específica** (identificando prazos de guarda de documentos definidos na legislação - prescrição) bem como as **necessidades administrativas** (no caso de documentos cujos prazos de guarda não são regulamentados por legislação específica, deverão ser consideradas as necessidades administrativas do órgão/entidade, a fim de se definir os prazos de guarda - precaução).
- ✓ **Identificação dos valores dos documentos** entre **valor primário** (que decorre da razão pela qual o documento foi gerado pela instituição, no exercício de suas atividades, destacando-se o valor administrativo, fiscal e legal) e **valor secundário** (identificado em alguns documentos que, mesmo depois de esgotado seu valor primário, continuam tendo relevância

probatória, informativa, ou histórica e, portanto tornam-se importantes fontes de pesquisa, tanto para a administração quanto para a comunidade).

## II. Definição dos prazos de guarda dos documentos;

A partir da atividade de Pesquisa da Temporalidade dos Documentos é possível definir os prazos, sendo viabilizado neste momento o preenchimento do campo PRAZOS DE GUARDA na Tabela de Temporalidade de Documentos. Vejamos como deve ser realizado o preenchimento dos campos a partir dos exemplos:

| ATIVIDADES                                       | DOCUMENTOS  | PRAZOS DE GUARDA (em anos) |                                    | DESTINAÇÃO |                   | OBSERVAÇÕES  |
|--|---|----------------------------|------------------------------------|------------|-------------------|--|
|  |   | Unidade Produtora          | Unidade com atribuições de arquivo | Eliminação | Guarda Permanente |  |
| 4.5.8<br>Controle da guarda e do uso de veículos | 4.5.8.15<br>Processo relativo ao uso irregular de veículo oficial | vigência                   |                                    |            |                   | A vigência esgota-se com o término da apuração ou com a prescrição criminal. |
| 4.5.9<br>Controle do consumo de combustível      | 4.5.9.5<br>Quadro demonstrativo mensal de consumo de combustível  | 1                          |                                    |            |                   |  |

**PRAZOS DE GUARDA (em anos)** - com fundamento em legislação específica ou nas demandas administrativas para cada série documental deverá ser indicado o correspondente prazo de guarda, ou seja, o tempo de permanência de cada conjunto documental na unidade produtora e na unidade com atribuições de arquivo.

**Unidade Produtora:** deve ser indicado o número de anos em que o documento deverá permanecer no arquivo corrente, cumprindo a finalidade para a qual foi produzido. Quando não for possível estipular o prazo, recomenda-se o uso da palavra VIGÊNCIA<sup>4</sup>. O registro da informação que explica o término da VIGÊNCIA deverá ser inserido no campo OBSERVAÇÕES.

<sup>4</sup> O conceito vigência, na unidade produtora, refere-se ao intervalo de tempo durante o qual o documento produz efeitos administrativos e legais plenos, cumprindo as finalidades que determinaram sua produção.

| ATIVIDADES                          | DOCUMENTOS                               | PRAZOS DE GUARDA<br>(em anos) |                                    | DESTINAÇÃO |                   | OBSERVAÇÕES  |
|-------------------------------------|--|-------------------------------|------------------------------------|------------|-------------------|--|
|                                     |  | Unidade Produtora             | Unidade com atribuições de arquivo | Eliminação | Guarda Permanente |  |
| 5.2.11<br>Controle da contabilidade | 5.2.11.9<br>Guia de Recolhimento de FGTS | 1                             | 30                                 |            |                   | Lei Federal n.º 8.036/90, art. 23, § 5.º - O processo de fiscalização, de autuação e de imposição de multas reger-se-á pelo disposto no Título VII da CLT, respeitado o privilégio do FGTS à prescrição trintenária. |

**Unidade com atribuições de Arquivo:** deve ser indicado o número de anos em que o documento deverá permanecer na unidade com atribuições de arquivo cumprindo **prazos prescricionais** ou **precaucionais** (documentos intermediários). Consideram-se documentos intermediários aqueles com uso pouco frequente que aguardam prazos de prescrição e precaução nas unidades que tenham atribuições de arquivo.

O prazo de guarda do documento na unidade com atribuições de arquivo, frequentemente, coincide com o seu prazo prescricional e precaucional e **deve ser contado a partir do cumprimento do prazo de vigência na Unidade Produtora**.

#### I. Identificação da destinação dos documentos.

A partir da atividade de Identificação dos Valores dos Documentos, é possível definir, em razão de seus valores, a **destinação** de cada um das séries documentais após o cumprimento dos prazos de guarda.

Entende-se por destinação a decisão decorrente da avaliação documental, que determina o seu encaminhamento para a eliminação ou guarda permanente. A seguir verifica-se a partir de exemplos o correto preenchimento do campo DESTINAÇÃO:

| ATIVIDADES  | DOCUMENTOS  | PRAZOS DE GUARDA<br>(em anos) |                                    | DESTINAÇÃO |                   | OBSERVAÇÕES   |
|---|---|-------------------------------|------------------------------------|------------|-------------------|---|
|   |   | Unidade Produtora             | Unidade com atribuições de arquivo | Eliminação | Guarda Permanente |   |
| 4.2.2<br>Defesa de bens patrimoniais                    | 4.2.2.1<br>Certificado de garantia                        | vigência                      | -                                  | ✓          |                   | Justifica-se a guarda somente durante o prazo de validade do certificado. |
| 4.2.4<br>Registro da movimentação dos bens patrimoniais | 4.2.4.4<br>Processo de transferência de bens patrimoniais | 1                             | 5                                  | ✓          |                   | As informações estão contidas no Inventário físico de bens patrimoniais.  |

**Eliminação:** Os documentos destinados à eliminação são aqueles que já cumpriram seus prazos de guarda na unidade produtora e na unidade com atribuições de arquivo e não apresentam valor secundário que justifique a sua guarda. Podem, portanto, ser eliminados sem prejuízo para a coletividade ou memória do órgão público ou empresa privada.



Se o destino for a eliminação, deve ser excluído. Para excluir um documento favor verificar o item 2.2.7 do Manual do KnowledgeTree.

| ATIVIDADES   | DOCUMENTOS  | PRAZOS DE GUARDA<br>(em anos) |   | DESTINAÇÃO |                      | OBSERVAÇÕES   |
|--|---|-------------------------------|---|------------|----------------------|---|
|  |   | Unidade<br>Produtora          | Unidade<br>com<br>atribuições<br>de arquivo | Eliminação | Guarda<br>Permanente |   |
| 1.2.1<br>Formulação de<br>diretrizes e<br>metas de ação            | 1.2.1.1<br>Plano,<br>programa ou<br>projeto   | vigência                      | 5   |            | ✓                    |   |
| 1.2.2 Execução,<br>acompanhament<br>o e avaliação de<br>atividades | 1.2.2. 6<br>Relatório anual<br>de atividades<br>do órgão,<br>entidade ou<br>empresa | 5                             | 5   |            | ✓                    | O documento é importante<br>para a preservação da<br>memória institucional. |

**Guarda permanente:** Os documentos destinados à guarda permanente são aqueles cujas informações são consideradas imprescindíveis ao órgão produtor e para a comunidade. Esses documentos, além do valor administrativo, legal e fiscal, encerram também valor de prova e como fonte para a pesquisa e, portanto, devem ser definitivamente preservados.



Caso o destino for à guarda permanente, este documento deve ser impresso e arquivado em arquivo físico. O digital deve ser excluído. Para arquivar um documento no KnowledgeTree verificar item 2.2.8 do Manual.

**OBSERVAÇÕES:** Este campo da Tabela é reservado para o registro dos atos legais e das razões de natureza administrativa que fundamentaram a indicação dos prazos propostos ou ainda informações relevantes sobre a produção, guarda ou conteúdo do documento.

Ao final das etapas prescritas, obtêm-se uma tabela única onde as informações do **Plano de Classificação de Documentos de Arquivo** e da **Tabela de Temporalidade de Documentos** são encadeadas de forma a constituir o método a ser aplicado sob o sistema informatizado escolhido (KnowledgeTree) a fim de efetivar a Gestão Documental.

Assim, a estrutura obtida a partir da tabela deve ser inserida e ajustada ao sistema informatizado escolhido.

## 2 MANUAL KNOWLEDGETREE

### 2.1 Criar Usuários, Grupos e Unidades

#### 2.2.1 Criar Usuário

Para adicionar um novo usuário ao KnowledgeTree, você deve seguir os seguintes passos:

- 1) No painel principal, vá até o link “Administração” e clic nele;

**KnowledgeTree®**

painel | Explorar Documentos | **Administração** | Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: **painel** (página inicial)

**Welcome to KnowledgeTree**

KnowledgeTree is a commercial open source, web-based Document Management System. KnowledgeTree allows you to move away from uncontrolled and unaudited shared network drives to an environment which encourages knowledge sharing and meets regulatory requirements. KnowledgeTree provides:

- A central document repository with audited document content version control
- Powerful document metadata management and versioning
- Sophisticated document authoring management and workflow
- Full-text indexing technology allowing search within document contents
- Powerful security group and role-based security model and integration with Directory Servers.

[Editar esta introdução.](#)

**Nuvem de Etiquetas**

identidade organizacional identidade organizacional ssn planejamento.

**Feeds RSS**

[Gerenciar RSS Feeds externos](#)

Nenhum feed interno ou externo disponível

**Agendador**

O Agendador de tarefas cuida do gerenciamento e execução de tarefas ou montantes de trabalho em intervalos regulares na base. Estas tarefas podem ser configuradas via [Página de Administração](#). Nenhuma tarefa está sendo executada ainda. As tarefas estavam agendadas para execução 242 semana(s) 2 dia(s) atrás.

Nota: A instalação stack usa o seu próprio serviço para agendar tarefas. Para verificar se este serviço foi instalado e está correndo, abra o *Painel de Controle*, vá a *Ferramentas Administrativas* e abra a lista de *Serviços*. O serviço do agendador é chamado *KTScheduler*. Para mais informações sobre este serviço, por favor consulte a documentação.

**Informação da Conexão WebDAV**

Para conectar-se ao KnowledgeTree via um cliente third-party WebDAV, por favor use o endereço seguinte.:

2) Na página “Administração”, você agora irá para o link “Usuários e Grupos”;

**KnowledgeTree®**

painel | Explorar Documentos | **Administração** | Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: **administração**

**Administração**

- » Geral
- » **Usuários e Grupos**
- » Gerenciamento de Segurança
- » Armazenamento de Documento
- » Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- » Busca e Indexação
- » Configurações do Sistema

**Geral**

Várias configurações são compatíveis com outras categorias, incluindo a ajuda de gerenciamento e buscas salvas.

**Usuários e Grupos**

Controlar, a partir dos painéis de gerenciamento, quais usuários podem realizar o login e fazerem parte de quais grupos e unidades organizacionais.

[Gerenciamento de Segurança](#)

Atribuir permissões para usuários e grupos e especificar quais permissões são necessárias para interagir com as várias partes do Sistema de Gerenciamento de Documentos.

[Armazenamento de Documento](#)

Gerenciar documento com check-out, arquivados e apagados.

[Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento](#)

Configurar metadados de documento: Tipos de Documento, Fieldsets de Documento, Tipos de Links e Fluxos de trabalho.

[Busca e Indexação](#)

Definições de Busca e Indexação

[Configurações do Sistema](#)

Definições de Configuração do Sistema

3) Após isso, aperte no link “Gerenciar usuários”;





**KnowledgeTree®**

Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | Explorar Documentos | **Administração** | Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: **administração** > usuários e grupos

**Administração**

- » Geral
- » Usuários e Grupos
- » Gerenciamento de Segurança
- » Armazenamento de Documento
- » Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- » Busca e Indexação
- » Configurações do Sistema

**Usuários e Grupos**

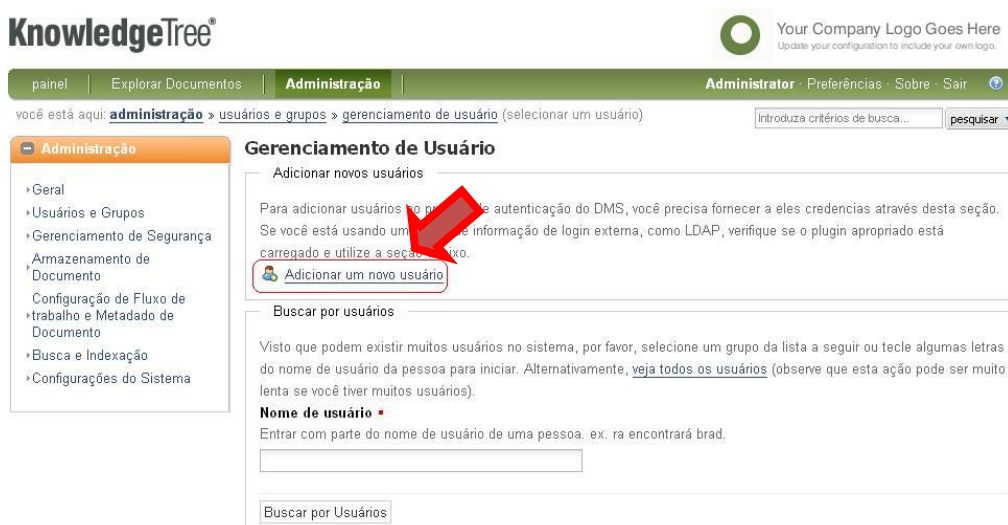
Autenticação  
By default, KnowledgeTree controls its own users and groups and stores all information about them inside the database. In many situations, an organisation will already have a list of users and groups, and needs to use that existing information to allow access to the DMS. These Authentication Sources allow the system administrator to specify additional sources of authentication data.

Gerenciar Grupos  
Adicionar ou remover grupos do sistema.

Controlar Unidades  
Especificar quais unidades organizacionais estão disponíveis no repositório.

**Gerenciar Usuários**  
Adicionar ou remover usuários do sistema.

4) Agora vá no link “Adicionar novo usuário”;



**KnowledgeTree®**

Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | Explorar Documentos | **Administração** | Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: **administração** > usuários e grupos > gerenciamento de usuário (selecionar um usuário)

**Administração**

- » Geral
- » Usuários e Grupos
- » Gerenciamento de Segurança
- » Armazenamento de Documento
- » Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- » Busca e Indexação
- » Configurações do Sistema

**Gerenciamento de Usuário**

Adicionar novos usuários

Para adicionar usuários ao sistema de autenticação do DMS, você precisa fornecer a eles credenciais através desta seção. Se você está usando um plugin de autenticação externa, como LDAP, verifique se o plugin apropriado está carregado e utilize a seção abaixo.

**Adicionar um novo usuário**

Buscar por usuários

Visto que podem existir muitos usuários no sistema, por favor, selecione um grupo da lista a seguir ou tecle algumas letras do nome de usuário da pessoa para iniciar. Alternativamente, [veja todos os usuários](#) (observe que esta ação pode ser muito lenta se você tiver muitos usuários).

**Nome de usuário** ▾  
Entrar com parte do nome de usuário de uma pessoa. ex. ra encontrará brad.

Buscar por Usuários

5) Nessa página você descreve qual o usuário será criado, dando-lhe um nome (de usuário) e criando sua senha de acesso. Quando terminar de preencher todos os itens, apenas vá na parte inferior da página e pressione o botão “criar usuário”.



Adicionar um usuário

Por favor, complete o formulário a seguir para adicionar um novo usuário. Campos marcados com um quadrado vermelho são obrigatórios. Por padrão, usuários são criados usando o provedor de autenticação existente no KnowledgeTree. No caso de você usar um provedor de autenticação externo como o LDAP, por favor, garanta que o plugin do provedor esteja registrado e habilitado e use o formulário na página de Gerenciamento de Usuários.

**Nome de usuário \***  
O nome de usuário do usuário que ganhará acesso para o KnowledgeTree. ex: jsmith  
Ramon

**Nome \***  
O nome completo do usuário. Isto é mostrado em relatórios e listagens. ex: John Smith  
Ramon Coelho

**Endereço de E-mail**  
O endereço de e-mail do usuário. Notificações e alertas serão enviadas, via email, para este endereço se as notificações de e-mail estiverem configuradas a seguir. ex: jsmith@acme.com  
[Empty field]

**Notificações de E-mail**  
Se isto for especificado, o usuário terá notificações enviadas para o endereço de e-mail fornecido acima. Senão, o usuário poderá ver as notificações apenas no Painel  
☒

**Senha \***  
Especificar uma senha inicial para o usuário  
[Empty field]

**Confirmar Senha \***  
Confirmar a senha especificada acima.  
[Empty field]

**Número de Telefone Celular**  
O número do telefone celular do usuário. ex: 999 9999 999  
[Empty field]

**Máximo de Sessões \***  
Como uma medida de segurança, é útil limitar o número de logins ativos com uma mesma conta. Isto previne que uma única conta seja usada por muitas pessoas.  
3

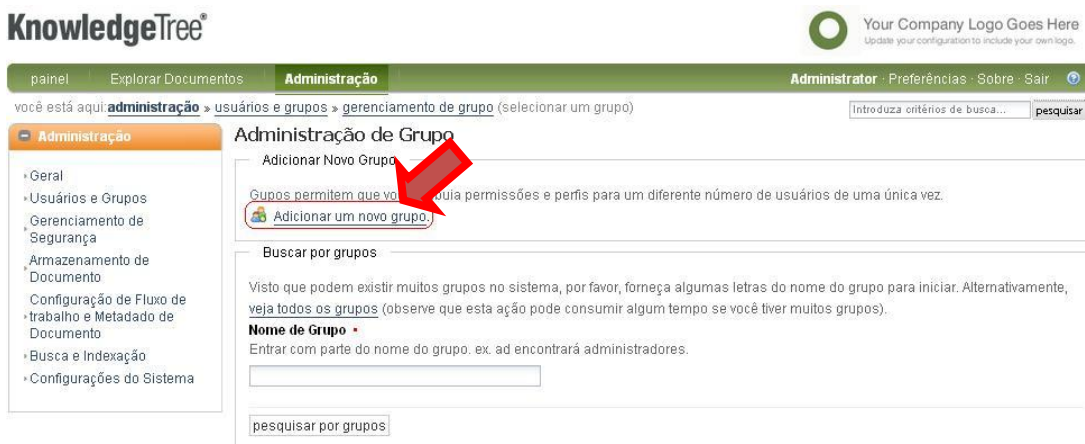
## 1.2 2.1.2 Criar Grupos

O grupo é composto por uma ou mais pessoas, e serve para agilizar os acessos aos documentos no KnowledgeTree. O grupo é criado com o intuito de simplificar as permissões de acesso aos documentos, sendo realizadas de forma mais rápida e inteligente, agrupando as pessoas que tenham interesses comuns sobre os diversos documentos, não necessitando o administrador do software ficar adicionando permissão usuário por usuário.

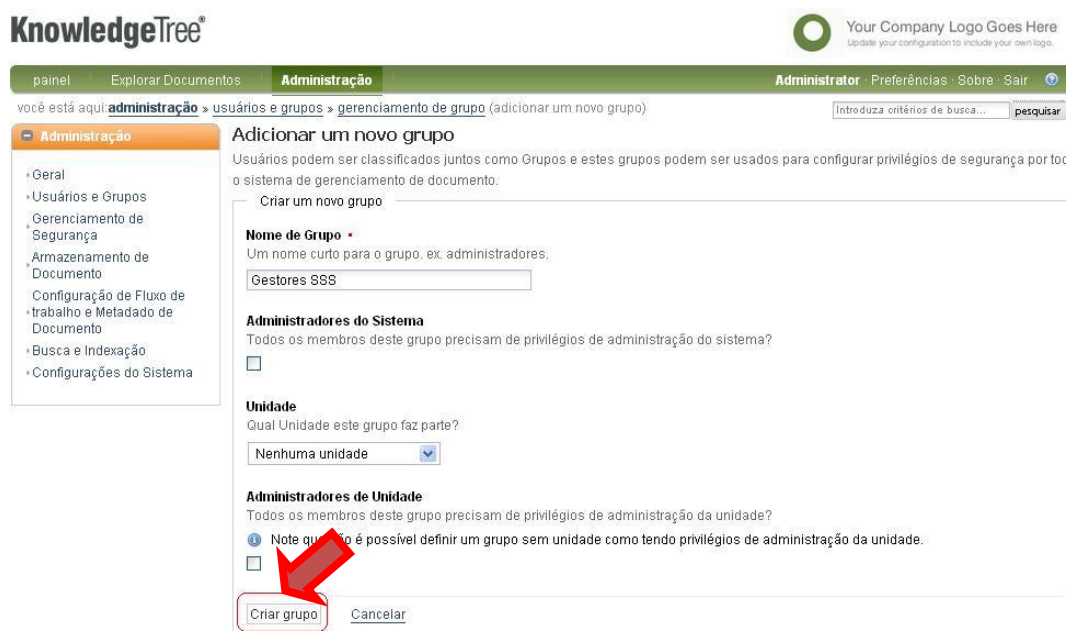
1) Na página “Administração” vá até o link “Gerenciar Grupos”;



2) Após, clic no link “Adicionar um novo grupo”;



3) Nessa etapa basta apenas criar um nome para o grupo, dar a ele (ou não) poderes de administrador (desse grupo e/ou do sistema) e indicar se este possui vínculo com alguma unidade;



4) Com isso o seu novo grupo foi criado;

#### 2.1.2.1 Adicionando usuário ao grupo

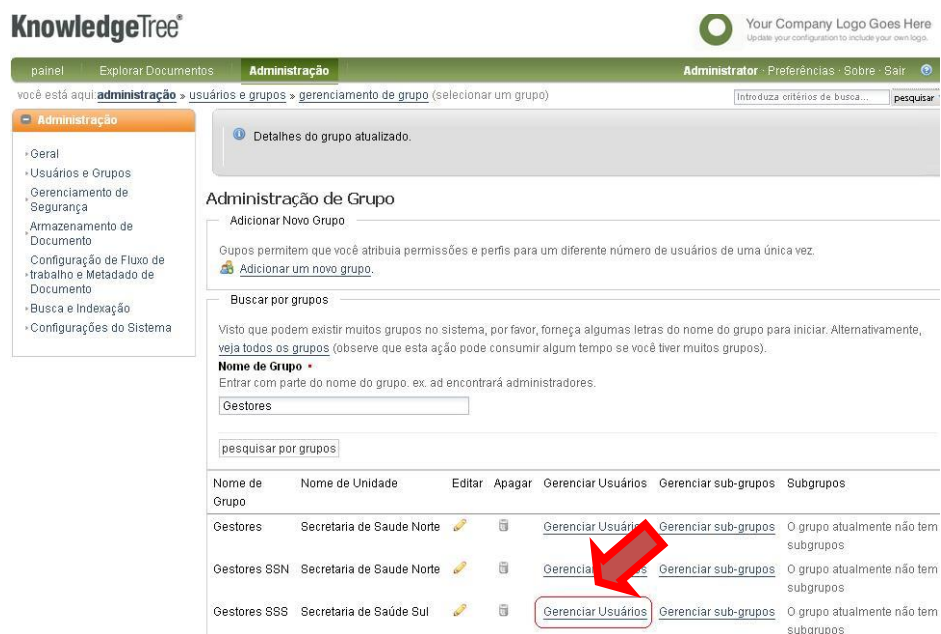
1) Na página “Administração” vá em “Gerenciar Grupos”;



2) Escreva o nome do grupo que deseja pesquisar e clic em “pesquisar por grupos”;



3) Logo em seguida, selecione o grupo que deseja adicionar o usuário e aperte em “Gerenciar Usuários”;



4) Agora basta você digitar o nome do usuário, ou clicar em “mostrar todos”, selecionar o usuário desejado e adicioná-lo em seu grupo. Após realizar isso, apenas clicar em “salvar alterações” e o usuário já estará fazendo parte do grupo em questão.



### 2.1.3 Criar Unidades

As unidades nada mais são que um “grupo dos grupos”, porém com a seguinte vantagem: quando se cria uma unidade, esta já tem a possibilidade de criar uma pasta em qualquer lugar para que todos que pertençam à unidade tenham acesso aos documentos postados nessa pasta. Além disso, o administrador das unidades ganha direitos adicionais, como por exemplo, ajustar os membros que fazem parte desta unidade.

1) Na página “Administração”, vá até “Controlar Unidades”;



2) Após isso, vá até “Adicionar uma nova unidade”;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel Explorar Documentos **Administração** Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: administração > usuários e grupos > gerenciamento de unidade (selecionar uma unidade)

**Administração**

- Geral
- Usuários e Grupos
- Gerenciamento de Segurança
- Armazenamento de Documento
- Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- Busca e Indexação
- Configurações do Sistema

### Administração de Unidade

KnowledgeTree fornece aos administradores a habilidade de criar Unidades que modelam as unidades de negócio da organização, as Unidades podem ter seus próprios administradores e grupos podem ser atribuídos para estas unidades.

**Adicionar Nova Unidade**

Unidades permitem você delegar a administração de uma porção do repositório do DMS para uma parte em particular da sua organização. Administradores de unidade tem direitos adicionais com esta área do sistema de gerenciamento de documento e eles podem além disso ajustar os membros de grupos que fazem parte desta unidade.

**Adicionar uma nova unidade**

| Nome de Unidade           | Editar | Apagar | Pasta                     |
|---------------------------|--------|--------|---------------------------|
| Secretaria de Saude Norte |        |        | Secretaria de Saude Norte |

3) Escreva qual o nome da unidade e clic em “Próximo”;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel Explorar Documentos **Administração** Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: administração > usuários e grupos > gerenciamento de unidade (adicionar uma nova unidade)

**Administração**

- Geral
- Usuários e Grupos
- Gerenciamento de Segurança
- Armazenamento de Documento
- Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- Busca e Indexação
- Configurações do Sistema

### Adicionar uma nova unidade

Unidades permitem você delegar uma porção do sistema de gerenciamento de documento para uma parte em particular da sua organização. Administradores de unidade tem direitos adicionais com esta área do sistema de gerenciamento de documento e eles podem além disso ajustar os membros de grupos que fazem parte desta unidade.

**Especificar os detalhes de unidade**

Por favor, entre com os detalhes da Unidade a seguir e então pressione criar unidade. Campos marcados com um quadrado vermelho são obrigatórios.

**Nome de Unidade \***  
Um nome curto para a unidade. ex. Contabilidade.

Secretaria de Saúde Sul

**Próximo** Cancelar

4) Como dito antes, quando se cria uma unidade, pode-se criar uma pasta para esta. Escolha o local onde você deseja adicionar esta pasta. Caso não deseja criar uma pasta, vá direto ao final da página e clic em “criar unidade”;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel Explorar Documentos **Administração** Administrator · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: administração > usuários e grupos > gerenciamento de unidade (adicionar uma nova unidade)

**Administração**

- Geral
- Usuários e Grupos
- Gerenciamento de Segurança
- Armazenamento de Documento
- Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- Busca e Indexação
- Configurações do Sistema

### Adicionar uma nova unidade

Escolher o local da pasta de unidade

Por favor, escolha um local para colocar sua pasta de unidade.

**Nome de Unidade \***  
Um nome curto para a unidade. ex. Contabilidade.

Secretaria de Saúde Sul

**Pasta de destino \***  
The folder given below is where the unit folder will be created. Use the folder collection and path below to browse to the folder you wish to create the unit folder into.  
The unit administrators have additional rights within that portion of the document management system.

Root Folder > 1. Planejamento Estratégico > 1.1 Plano Municipal de Saúde > 1.1.2 Elaboração de uma identidade organizacional

| Título                    |
|---------------------------|
| 1.1.2.7 Ofício            |
| Secretaria de Saude Norte |

2 itens, 25 por página

5) Escolhendo o local onde esta pasta ficará disponível, vá apenas em “criar unidade” e finalize este processo.



Por favor, escolha um local para colocar sua pasta de unidade.

**Nome de Unidade \***  
Um nome curto para a unidade. ex. Contabilidade.  
Secretaria de Saúde Sul

**Pasta de destino \***  
The folder given below is where the unit folder will be created. Use the folder collection and path below to browse to the folder you wish to create the unit folder into.  
The unit administrators have additional rights within that portion of the document management system.  
Root Folder > 1. Planejamento Estratégico > 1.1 Plano Municipal de Saúde > 1.1.2 Elaboração de uma identidade organizacional > 1.1.2.7 Ofícios

| Título  |
|---|
| Nenhum documento ou pasta disponível neste local. |

0 itens, 25 por página

**criar unidade** Cancelar

### 2.1.3.1 Adicionando um grupo a uma unidade

#### 2.1.3.1.1 Criando um grupo vinculado com uma unidade

Caso você criou primeiramente uma unidade para depois criar um grupo, siga estes passos:

- 1) Crie um grupo como já foi mencionado no item 1.2
- 2) Antes de criar o grupo, selecione a unidade desejada;

**KnowledgeTree** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

Administração | Explorar Documentos | Administração | Administrador | Preferências | Sobre | Sair

você está aqui: administração > usuários e grupos > gerenciamento de grupo (editar grupo)

**Editar Detalhes de Grupo**  
Alterar as informações do sistema sobre o grupo Gestores SSS

**Mudar Detalhes do grupo**

Usuários podem ser classificados juntos como Grupos e estes grupos podem ser usados para configurar privilégios de segurança por todo o sistema de gerenciamento de documento.

**Nome de Grupo \***  
Um nome curto para o grupo. ex. administradores.  
Gestores SSS

**Administradores de Unidade**  
Todos os membros deste grupo precisam de privilégios de administração da unidade?  
☐

**Administradores do Sistema**  
Todos os membros deste grupo precisam de privilégios de administração do sistema?  
☐

**Unidade**  
Qual Unidade este grupo faz parte?  
Nenhuma Unidade  
Secretaria de Saúde Norte  
Secretaria de Saúde Sul

**criar grupo** Cancelar

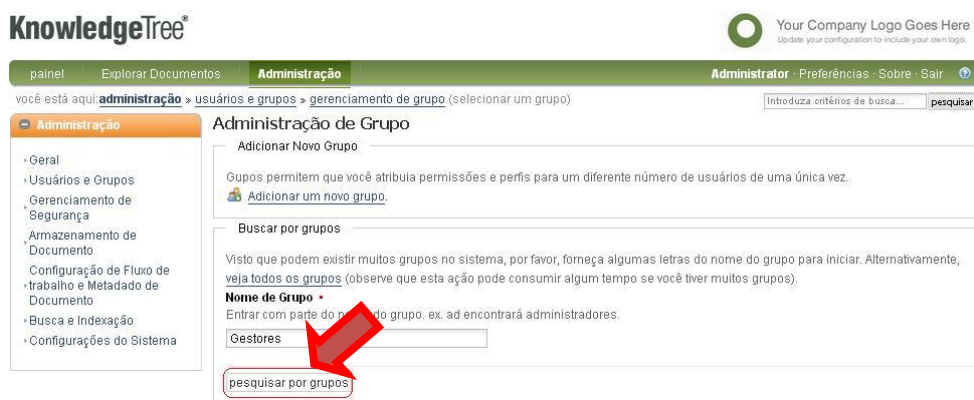
3) Após selecionar a unidade desejado clic em “criar grupo”, e este grupo já estará vinculado a tal unidade.

### 2.1.3.1.2 Editando grupo para selecionar/trocar unidade

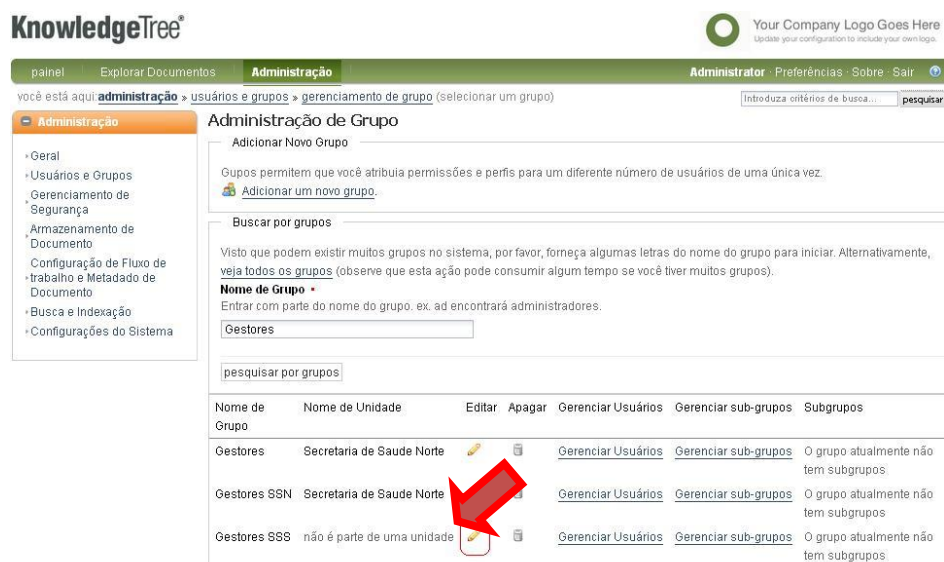
1) Na página “Administração” vá em “Gerenciar Grupos”;



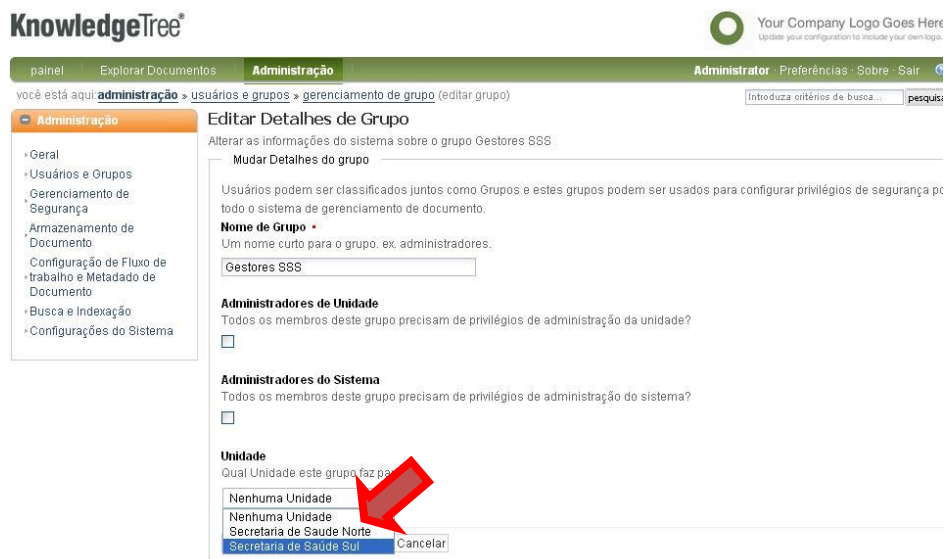
2) Digite o nome do grupo desejado e vá em “pesquisar por grupos”



3) Visualize qual o grupo que será editado e aperte no “lápis”



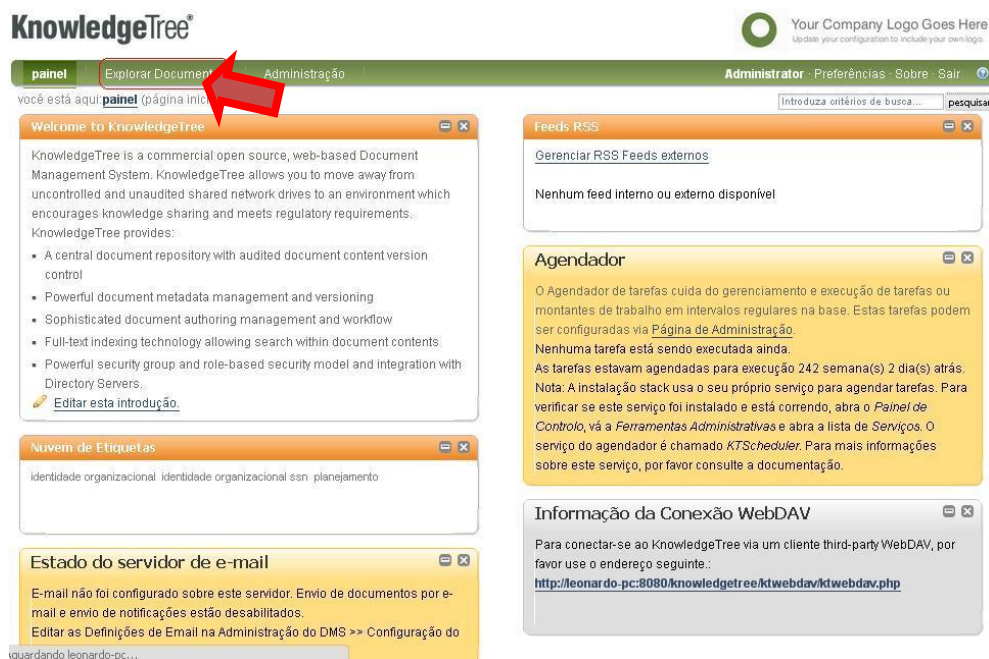
4) Escolha/troque a unidade a qual ele ficará vinculado e salve a alteração.



## 2.2. GERENCIAR PASTAS E DOCUMENTOS

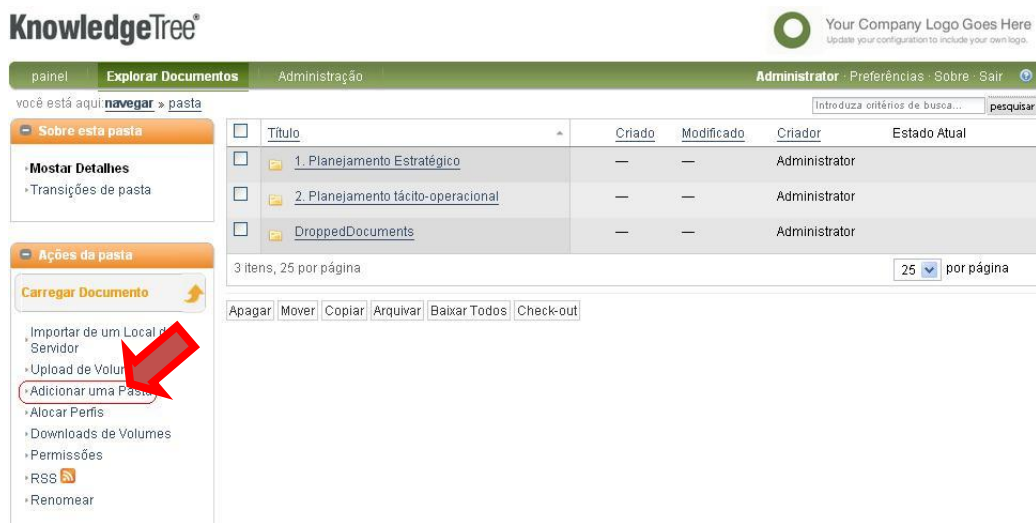
### 2.2.1 Criar pasta

1) Para criar uma pasta dentro do KnowledgeTree você, no painel principal, deve acessar o link “Explorar Documentos”;



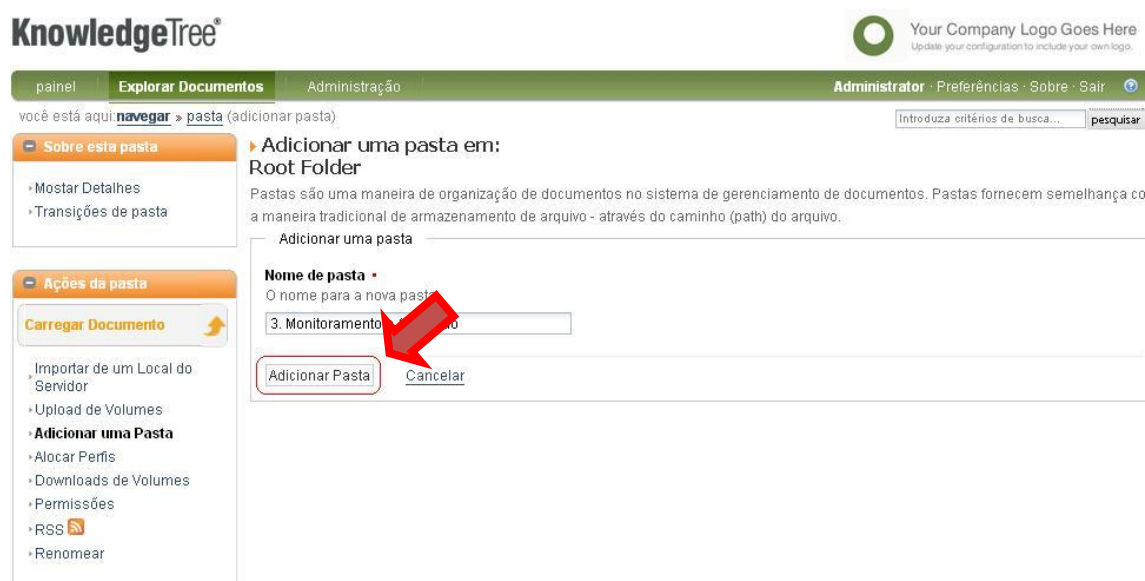
2) Após acessar a página “Explorar Documentos”, aperte no link que está no lado esquerdo da tela, “Adicionar uma Pasta”;





3) Após isso, basta apenas escrever o nome (nesta etapa, você deve utilizar os conhecimentos expostos pela metodologia de gestão de documentos, conferindo então o seu plano de classificação nas pastas) desejado para a pasta e apertar o botão “Adicionar pasta”;

Ex: 1.1.2.7 Ofícios

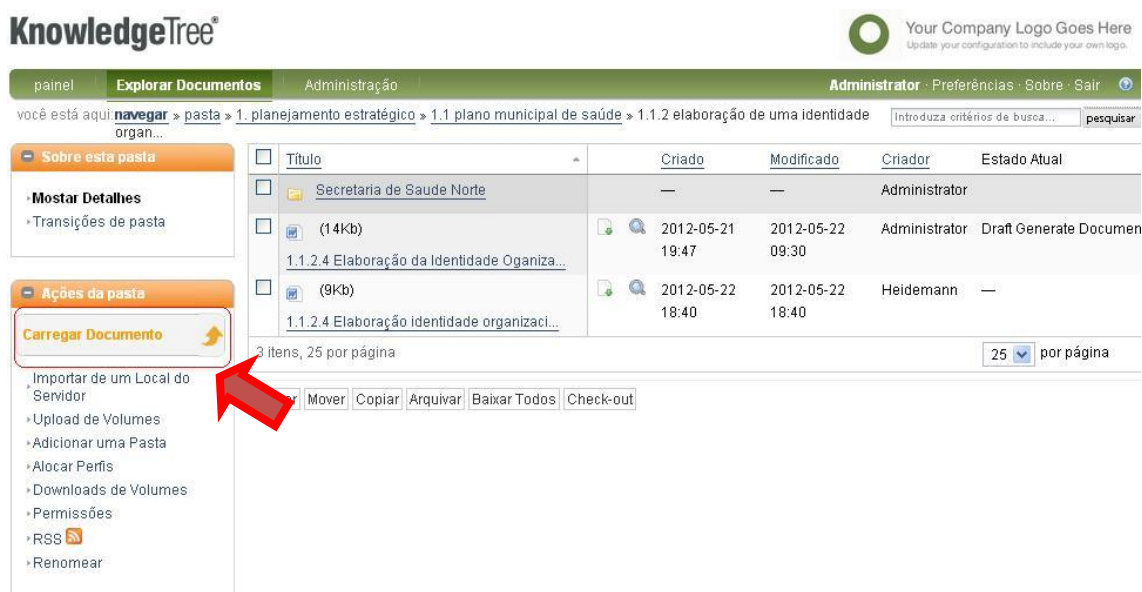


**Para criar subpastas basta seguir o mesmo passo a passo.**

## 2.2.2 Criar documentos

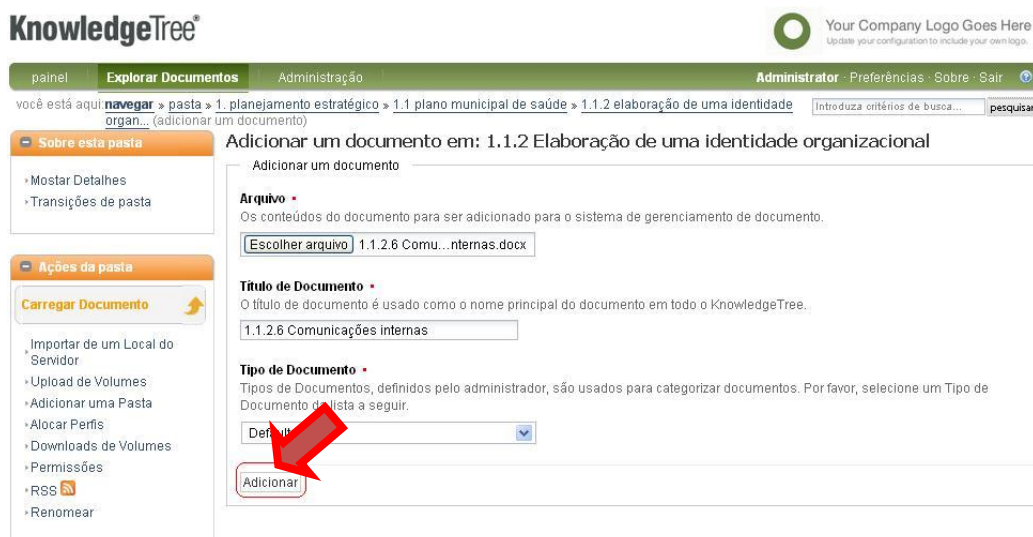
1) Para adicionar um documento é necessário apenas estar na página “Explorar Documentos”, podendo este documento ser adicionado dentro ou fora de qualquer pasta.

Para adicioná-lo basta apenas clicar, no lado esquerdo da tela, no link “Carregar Documento”;



2) Após isso, você deve adicionar (escolher) um arquivo já existente em seu computador, dar título (utilizando os conhecimentos expostos pela metodologia de gestão de documentos, você deve então digitar o nome estipulado a tal documento no seu plano de classificação no documento) a ele e escolher o tipo de documento que este é. Após isso basta clicar botão “Adicionar”;

Ex: 1.1.2.4 Elaboração da identidade organizacional



3) Depois de adicionar o documento, você deve preencher as palavras chaves daquele documento, devendo conter: quem o criou, a categoria que pertence e qual

formato que ele é. Tal passo é importante, pois cria os dados necessários para depois o mecanismo de “busca” do Knowledge possa encontrar esse arquivo de maneira mais rápida;

The screenshot shows the KnowledgeTree web interface. At the top, there's a navigation bar with 'KnowledgeTree' logo, a company logo placeholder, and user roles like 'Administrador'. Below the navigation bar, a breadcrumb trail shows the current location: 'navegar > pasta > 1. planejamento estratégico > 1.1 plano municipal de saúde > 1.1.2 elaboração de uma identidade'. A search bar is also present.

On the left side, there are three main sections: 'Sobre esta pasta' (About this folder) with links to 'Mostar Detalhes' and 'Transições de pasta'; 'Ações da pasta' (Folder actions) with a 'Carregar Documento' button and a list of actions like 'Importar de um Local do Servidor', 'Upload de Volumes', etc.; and 'Pesquisar' (Search) with options like 'Busca avançada' and 'Editor de Critérios de Busca'.

The main content area is titled 'Especificar Metadados' (Specify Metadata). It contains a 'Tag Cloud' section with a 'Tag' input field containing 'Comunicação Interna'. Below this is the 'General information' section, which includes 'General document information' with a 'Document Author' field containing 'Leonardo'. There are also 'Category' and 'Media Type' dropdown menus, both currently set to 'Text'.

At the bottom of the main content area, there is a 'Salvar Documento' (Save Document) button.

4) Preenchendo esses dados, o seu documento será criado com sucesso.

## 2.2.3 Realizar check - out / Check in dos documentos

### 2.2.3.1 Realizar check Out

O Check-out serve para que o usuário do sistema possa “travar” o documento, ou seja, ele o bloqueia para que nenhum outro usuário possa modificar e/ou arquivar tal documento, para que este, então, tenha tempo para revisar e modificar aquilo que ele acha necessário.

1) Para realizar o check-out você deve acessar o documento e apertar, no lado esquerdo da tela, no botão “Check-out”;



KnowledgeTree interface showing document details for "1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional".

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostar Detalhes**
- Permissões
- Ver Perfis

**Ações do documento**

- Download Documento
- Apagar
- Arquivar
- Check-out** (highlighted with a red arrow)
- Copiar
- Discussão
- Editar Metadados
- Fluxo de trabalho
- Gerar PDF
- Links
- Mover
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Renomear
- Solicitar Auxílio
- Tornar imutável

**Detalhes de Documento: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

**Informação genérica**

A informação nesta seção é armazenada pelo KnowledgeTree para cada documento.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Nome de arquivo de Documento | 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx (14Kb) |
| Arquivo é um                 | Word Document   |
| Versão do Documento          | 0.1   |
| Criado por                   | Administrator (2012-05-21 22:27)                            |
| Dono                         | Administrator   |
| Última atualização por       | Administrator (2012-05-21 22:27)                            |
| Tipo de Documento            | Default   |
| Fluxo de trabalho            | Sem fluxo de trabalho                                       |
| Documento ID                 | 2   |

**Tag Cloud**

Tag Cloud

|     |              |
|-----|--------------|
| Tag | Planejamento |
|-----|--------------|

**General information**

General document information

|                 |                    |
|-----------------|--------------------|
| Document Author | Leonardo Heidemann |
| Category        | Miscellaneous      |
| Media Type      | Text               |

2) Na sequencia você deve escrever qual a razão para realizar esse check-out;



KnowledgeTree interface showing the "Check-out" dialog for document "1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional".

**Check-out do Documento: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Realizar o check-out de um documento reserva-o para seu uso exclusivo. Isto garante que você pode editar o documento sem que qualquer outro o modifique e o sobreponha no sistema de gerenciamento de documento.

Check-out

**Razão**

Por favor especifique porque está fazendo check-out desse documento. Isto irá permitir outros usuários entender porque você bloqueou este arquivo. Mantenha presente que pode usar um máximo de 250 caracteres.

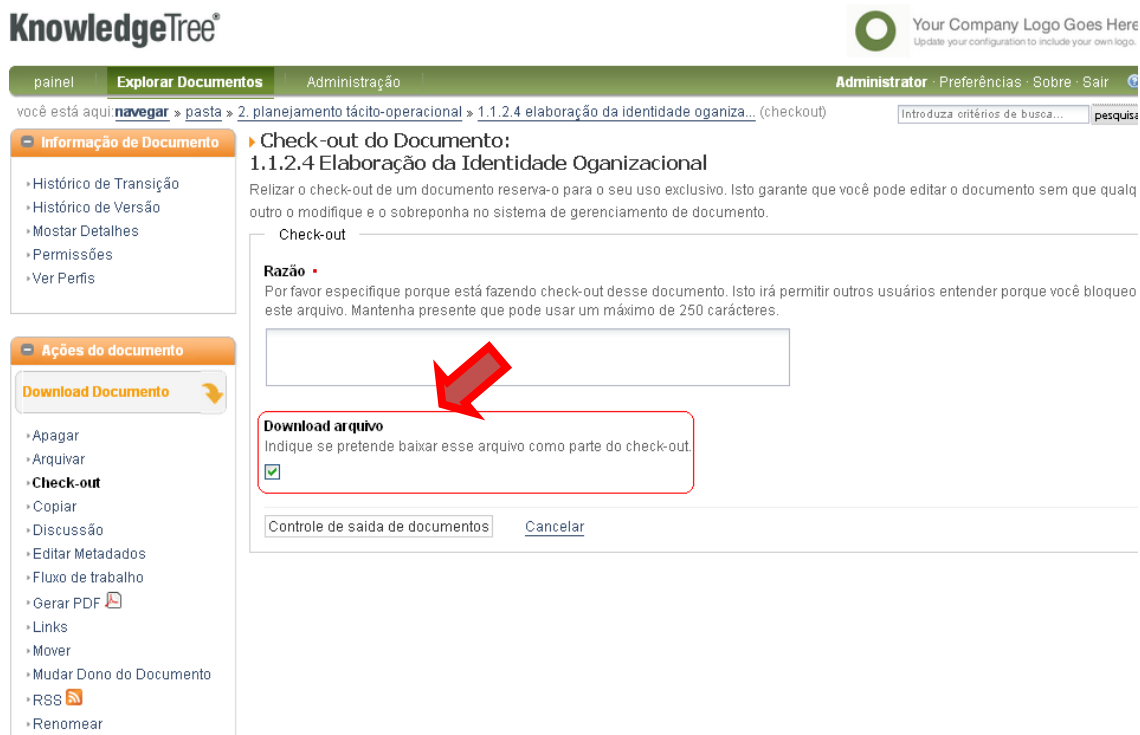
**Download arquivo**

Indique se pretende baixar esse arquivo como parte do check-out.

☒

Controle de saída de documentos [Cancelar](#)

3) Após, você deve assinalar se deseja, ou não, baixar o arquivo depois de realizar o check-out;



**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel **Explorar Documentos** Administração **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [navegar](#) > [pasta](#) > 2. planejamento tácito-operacional > 1.1.2.4 elaboração da identidade organiza... (checkout)

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes
- Permissões
- Ver Perfis

**Ações do documento**

**Download Documento**

- Apagar
- Arquivar
- **Check-out**
- Copiar
- Discussão
- Editar Metadados
- Fluxo de trabalho
- Gerar PDF
- Links
- Mover
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Renomear

**Check-out do Documento:**  
**1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Realizar o check-out de um documento reserva-o para o seu uso exclusivo. Isto garante que você pode editar o documento sem que qualquer outro o modifique e o sobreponha no sistema de gerenciamento de documento.

**Check-out**

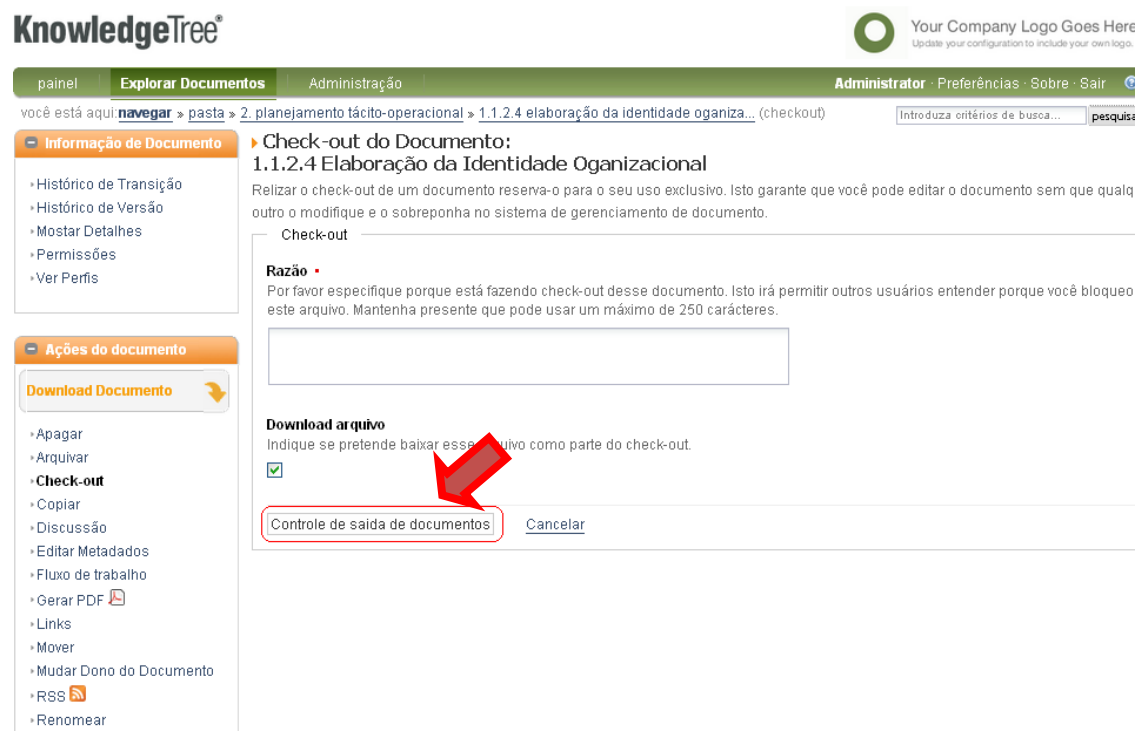
**Razão**

Por favor especifique porque está fazendo check-out desse documento. Isto irá permitir outros usuários entender porque você bloqueou este arquivo. Mantenha presente que pode usar um máximo de 250 caracteres.

**Download arquivo**  
Indique se pretende baixar esse arquivo como parte do check-out.

☒

4) Por fim, apenas clic em “Controle de saída de documentos” e seu check-out será realizado com sucesso.



**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel **Explorar Documentos** Administração **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [navegar](#) > [pasta](#) > 2. planejamento tácito-operacional > 1.1.2.4 elaboração da identidade organiza... (checkout)

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes
- Permissões
- Ver Perfis

**Ações do documento**

**Download Documento**

- Apagar
- Arquivar
- **Check-out**
- Copiar
- Discussão
- Editar Metadados
- Fluxo de trabalho
- Gerar PDF
- Links
- Mover
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Renomear

**Check-out do Documento:**  
**1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Realizar o check-out de um documento reserva-o para o seu uso exclusivo. Isto garante que você pode editar o documento sem que qualquer outro o modifique e o sobreponha no sistema de gerenciamento de documento.

**Check-out**

**Razão**

Por favor especifique porque está fazendo check-out desse documento. Isto irá permitir outros usuários entender porque você bloqueou este arquivo. Mantenha presente que pode usar um máximo de 250 caracteres.

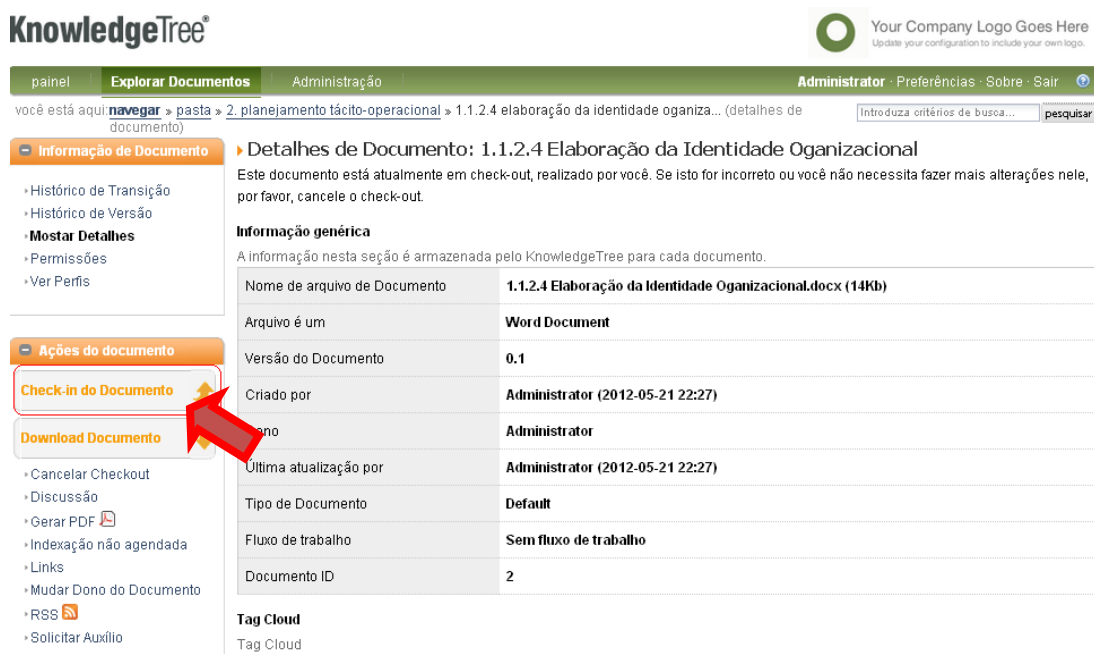
**Download arquivo**  
Indique se pretende baixar esse arquivo como parte do check-out.

☒

## 1.2.1 2.2.3.2 REALIZAR CHECK-IN

O check-in nada mais é do que “desbloquear” o documento, habilitando-o para que os outros usuários também possam, novamente, arquivar e/ou modificar o documento.

1) Com um documento selecionado, vá até o menu esquerdo da tela e clic em “Check-in do Documento”;



**KnowledgeTree** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel **Explorar Documentos** Administração **Administrador** · Preferências · Sobre · Sair

you are here: **navegar** > pasta > 2. planejamento tácito-operacional > 1.1.2.4 elaboração da identidade organiza... (detalhes de documento)

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- **Mostrar Detalhes**
- Permissões
- Ver Perfis

**Ações do documento**

- **Check-in do Documento**
- Download Documento
- Cancelar Checkout
- Discussão
- Gerar PDF
- Indexação não agendada
- Links
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Solicitar Auxílio

**Detalhes de Documento: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Este documento está atualmente em check-out, realizado por você. Se isto for incorreto ou você não necessita fazer mais alterações nele, por favor, cancele o check-out.

**Informação genérica**

A informação nesta seção é armazenada pelo KnowledgeTree para cada documento.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Nome de arquivo de Documento | 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx (14Kb) |
| Arquivo é um                 | Word Document   |
| Versão do Documento          | 0.1   |
| Criado por                   | Administrator (2012-05-21 22:27)                            |
| Dono                         | Administrator   |
| Última atualização por       | Administrator (2012-05-21 22:27)                            |
| Tipo de Documento            | Default   |
| Fluxo de trabalho            | Sem fluxo de trabalho                                       |
| Documento ID                 | 2   |

**Tag Cloud**

Tag Cloud

2) Com isso, realize o upload do arquivo que foi modificado, e em seguida, no quadro “Razão” escreva o que foi modificado;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here

panel **Explorar Documentos** Administração **Administrador** · Preferências · Sobre · Sair

you are here: **navegar** » pasta » 2. planejamento tático-operacional » 1.1.2.4 elaboração da identidade organiza... (check-in) Introduza critérios de busca... **pesquisar**

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes
- Permissões
- Ver Perfil

**Ações do documento**

**Check-in do Documento**

**Download Documento**

- Cancelar Checkout
- Discussão
- Gerar PDF
- Indexação não agendada
- Links
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Solicitar Auxílio

**Pesquisar**

- Busca avançada
- Editor de Critérios de Busca
- Gerenciar Buscas Seguras

Introduza critérios de busca... **pesquisar**

**Check-in do Documento:**  
**1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Verifique o documento nas atualizações de documento e permita outros fazer alterações para o documento e seus metadados. Se você não tem intenção de alterar este documento, ou você não deseja impedir que outros o alterem, você deve usar preferencialmente o menu ação para cancelar este check-out.

Check-in do Documento

**Arquivo**

Por favor especifique o arquivo que quer carregar. A menos que indique que está alterando o seu nome de arquivo (ver "Forçar Nome de Arquivo Original" abaixo), este deverá ter o nome 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx

**Escolher arquivo** Nenhum arquivo selecionado

**Atualização Importante**

Se estiver ativo, então o número da versão do documento será incrementado para 1.0. Caso contrário, será considerada uma atualização menor, e o número da versão será 0.2.

☐

**Razão**

Por favor descreva as alterações que fez ao documento. Lembre-se que pode usar um máximo de 250 caracteres.

**Forçar Nome de arquivo Original**

Se isto for ativado, o documento carregado tem que ter o mesmo nome de arquivo que o original: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx

☒

**Check-in** **Cancelar**

3) Depois disso, aperte apenas em “Check-in” e o documento será desbloqueado.

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here

panel **Explorar Documentos** Administração **Administrador** · Preferências · Sobre · Sair

you are here: **navegar** » pasta » 2. planejamento tático-operacional » 1.1.2.4 elaboração da identidade organiza... (check-in) Introduza critérios de busca... **pesquisar**

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes
- Permissões
- Ver Perfil

**Ações do documento**

**Check-in do Documento**

**Download Documento**

- Cancelar Checkout
- Discussão
- Gerar PDF
- Indexação não agendada
- Links
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Solicitar Auxílio

**Pesquisar**

- Busca avançada
- Editor de Critérios de Busca
- Gerenciar Buscas Seguras

Introduza critérios de busca... **pesquisar**

**Check-in do Documento:**  
**1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Verifique o documento nas atualizações de documento e permita outros fazer alterações para o documento e seus metadados. Se você não tem intenção de alterar este documento, ou você não deseja impedir que outros o alterem, você deve usar preferencialmente o menu ação para cancelar este check-out.

Check-in do Documento

**Arquivo**

Por favor especifique o arquivo que quer carregar. A menos que indique que está alterando o seu nome de arquivo (ver "Forçar Nome de Arquivo Original" abaixo), este deverá ter o nome 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx

**Escolher arquivo** Nenhum arquivo selecionado

**Atualização Importante**

Se estiver ativo, então o número da versão do documento será incrementado para 1.0. Caso contrário, será considerada uma atualização menor, e o número da versão será 0.2.

☐

**Razão**

Por favor descreva as alterações que fez ao documento. Lembre-se que pode usar um máximo de 250 caracteres.

**Forçar Nome de arquivo Original**

Se isto for ativado, o documento carregado tem que ter o mesmo nome de arquivo que o original: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx

☒

**Check-in** **Cancelar**

## 2.2.4 Download de documentos

Para realizar o download dos documentos basta apenas:

1) Selecionar um documento, e em seguida apertar o botão “Download Documento”. Com isso você baixou o documento

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | **Explorar Documentos** | Administração | **Administrator** | Preferências | Sobre | Sair

você está aqui: [navegar](#) » pasta » [1. planejamento estratégico](#) » [1.1 plano municipal de saúde](#) » [1.1.2 elaboração de uma identidade organ...](#) » [1.1.2.4 elaboração da identidade organiza... \(detalhes de documento\)](#)

**Informação de Documento** ▶ Detalhes de Documento: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- **Mostar Detalhes**
- Permissões
- Ver Perfil

**Ações do documento**

**Download Documento**

- Apagar
- Arquivar
- Check-out
- Copiar
- Discussão
- Editar Metadados
- Fluxo de trabalho
- Gerar PDF
- Indexação não agendada
- Links
- Mover
- Mudar Dono do Documento
- RSS

**Informação genérica**  
A informação nesta seção é armazenada pelo KnowledgeTree para cada documento.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Nome de arquivo de Documento | <b>1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx (14Kb)</b> |
| Arquivo é um                 | <b>Word Document</b>   |
| Versão do Documento          | <b>1.0</b>   |
| Criado por                   | <b>Administrator (2012-05-21 19:47)</b>                            |
| Dono                         | <b>Administrator</b>   |
| Última atualização por       | <b>Heidemann (2012-05-22 09:30)</b>                                |
| Tipo de Documento            | <b>Default</b>   |
| Fluxo de trabalho            | <b>Generate Document: Draft</b>                                    |
| Documento ID                 | <b>1</b>   |

**Transições Disponíveis**  
O documento atualmente tem o estado "Draft"

- [Draft Completed](#)

**Tag Cloud**  
Tag Cloud

|     |                                  |
|-----|----------------------------------|
| Tag | <b>Identidade Organizacional</b> |
|-----|----------------------------------|

**General information**

### 2.2.5 Pedir auxílio

Essa ferramenta serve para que um usuário possa pedir ao administrador do sistema, que altere localização, metadados e/ou o fluxo de trabalho.

1) Com um documento selecionado, vá até o menu do lado esquerdo e aperte em “Solicitar Auxílio”



**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | **Explorar Documentos** | Administração | **Administrador** | Preferências | Sobre | Sair

você está aqui: [navegar](#) > pasta > 1. planejamento estratégico > 1.1 plano municipal de saúde > 1.1.2 elaboração de uma identidade organizacional > 1.1.2.4 elaboração da identidade organizacional... (detalhes de documento)

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes**
- Permissões
- Ver Perfis

**Ações do documento**

**Download Documento**

- Discussão
- Gerar PDF
- Links
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Solicitar Auxílio**

**Pesquisar**

- Busca avançada

**Detalhes de Documento: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Este documento encontra-se atualmente em check-out, realizado por Heidemann. Você não pode fazer alterações até que o usuário faça o check-in dele. Se você tem modificações urgentes para fazer, por favor, contate seu Administrador do KnowledgeTree.

**Informação genérica**

A informação nesta seção é armazenada pelo KnowledgeTree para cada documento.

|                              |   |
|------------------------------|---|
| Nome de arquivo de Documento | 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx (14Kb) |
| Arquivo é um                 | Word Document   |
| Versão do Documento          | 1.0   |
| Criado por                   | Administrator (2012-05-21 19:47)                            |
| Dono                         | Administrator   |
| Última atualização por       | Heidemann (2012-05-22 09:30)                                |
| Tipo de Documento            | Default   |
| Fluxo de trabalho            | Generate Document: Draft                                    |
| Documento ID                 | 1   |

**Transições Disponíveis**

O documento atualmente tem o estado "Draft". Não estão disponíveis transições enquanto o documento está checked-out.

2) Após, digite o assunto para este pedido de auxílio, e em seguida no quadro “Detalhes” descreva um pouco mais sobre tal pedido;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | **Explorar Documentos** | Administração | **Administrador** | Preferências | Sobre | Sair

você está aqui: [navegar](#) > pasta > 1. planejamento estratégico > 1.1 plano municipal de saúde > 1.1.2 elaboração de uma identidade organizacional > 1.1.2.4 elaboração da identidade organizacional... (assistência)

**Informação de Documento**

- Histórico de Transição
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes
- Permissões
- Ver Perfis

**Ações do documento**

**Download Documento**

- Discussão
- Gerar PDF
- Links
- Mudar Dono do Documento
- RSS
- Solicitar Auxílio**

**Solicitar Auxílio: 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Se você não for capaz de executar uma ação necessária neste documento, ou gostaria de solicitar uma alteração na localização, valores dos metadados, ou estado do fluxo de trabalho, você pode usar este formulário para contatar o dono do documento e/ou os administradores para solicitar esta alteração.

**Solicitar Auxílio**

**Assunto**

Texto de uma linha descrevendo o auxílio que você gostaria de receber

Revisão

**Detalhes**

Descrição completa do auxílio que você precisa. Forneça toda a informação necessária para ajudá-lo na sua solicitação.

Revisão ortográfica

**Solicitar Auxílio**

3) Para concluir, aperte o botão “Solicitar Auxílio”.

## 2.2.6 Ver o andamento e modificações dos documentos

Para ver o andamento e quais as modificações já feitas no documento, basta apenas:

- 1) Com o documento selecionado, vá até o menu superior do lado esquerdo e aperte em “Histórico de Transição”;

| Informação genérica   |   |
|---|---|
| A informação nesta seção é armazenada pelo KnowledgeTree para cada documento. |   |
| Nome de arquivo de Documento  | 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional.docx (14Kb) |
| Arquivo é um  | Word Document   |
| Versão do Documento   | 1.0   |
| Criado por  | Administrator (2012-05-21 19:47)                            |
| Dono  | Administrator   |
| Última atualização por  | Heidemann (2012-05-22 09:30)                                |
| Tipo de Documento   | Default   |

- 2) A partir disso você já pode visualizar quais as modificações realizadas no documento em questão.

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel **Explorar Documentos** Administração Administrator · Preferências · Sobre · Sair

you are here: [navegar](#) » [pasta](#) » [1. planejamento estratégico](#) » [1.1 plano municipal de saúde](#) » [1.1.2 elaboração de uma identidade organizacional](#) » [1.1.2.4 elaboração da identidade organizacional](#) (histórico)

Introduza critérios de busca...

**Informação de Documento**

- Histórico de Transações**
- Histórico de Versão
- Mostrar Detalhes
- Permissões
- Ver Perfil

**Ações do documento**

**Download Documento**

- Agendar Indexação
- Apagar
- Arquivar
- Check-out
- Copiar
- Discussão
- Editar Metadados

**Histórico de Transações do Documento:**  
**1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional**

Esta página fornece detalhes de todas as atividades que foram realizadas sobre o documento.

| Usuário       | Ação  | Data                | Versão do conteúdo | Comentário  |
|---------------|---|---------------------|--------------------|---|
| Administrator | <b>Forçar check-in</b>                          | 2012-06-10 19:49:54 | 1.0                | pq  |
| Heidemann     | <b>Check-out</b>                                | 2012-05-22 09:33:49 | 1.0                | Revisão gramatical  |
| Heidemann     | <b>Transição de estado do fluxo de trabalho</b> | 2012-05-22 09:32:24 | 1.0                | Fluxo de trabalho "Generate Document" iniciado.             |
| Heidemann     | <b>Check-in</b>                                 | 2012-05-22 09:30:07 | 1.0                | Fiz algumas modificações favor verificar                    |
| Heidemann     | <b>Download</b>                                 | 2012-05-22 09:25:45 | 0.1                | Documento baixado   |
| Heidemann     | <b>Check-out</b>                                | 2012-05-22 09:24:25 | 0.1                | Revisão do documento. Daqui a uns 5 dias eu já desbloqueio. |
| Administrator | <b>Criar</b>                                    | 2012-05-21 19:47:49 | 0.1                | Documento criado  |

## 2.2.7 Apagar pastas e documentos

Para apagar pastas e/ou documentos, passa apenas seguir esses passos:

1) Na aba “Explorar Documentos” procure a pasta ou documento que você deseja deletar. Após isso selecione o quadrinho ao lado;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel **Explorar Documentos** Administração Administrator · Preferências · Sobre · Sair

you are here: [navegar](#) » [pasta](#) » [1. planejamento estratégico](#) » [1.1 plano municipal de saúde](#) » [1.1.2 elaboração de uma identidade organizacional](#) » [1.1.2.4 elaboração da identidade organizacional](#) (histórico)

Introduza critérios de busca...

**Sobre esta pasta**

- Mostrar Detalhes**
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

**Carregar Documento**

- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma Pasta
- Agendar Indexação
- Alocar Perfil
- Downloads de Volumes
- Permissões
- RSS
- Renomear

| <input type="checkbox"/>            | Título  | Criado           | Modificado       | Criador       | Estado Atual            |
|-------------------------------------|---|------------------|------------------|---------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1.1.2.7 Ofícios                                 | —                | —                | Administrator |                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (14kb)  | 2012-05-21 19:47 | 2012-05-22 09:30 | Administrator | Draft Generate Document |
| <input type="checkbox"/>            | 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional |                  |                  |               |                         |

2 itens, 25 por página 25 por página

Apagar Mover Copiar Arquivar Baixar Todos Check-out

2) Depois de selecionar, clic em “Apagar”;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | **Explorar Documentos** | Administração | **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [navegar](#) » [pasta](#) » [1. planejamento estratégico](#) » [1.1 plano municipal de saúde](#) » [1.1.2 elaboração de uma identidade](#) organ...

**Sobre esta pasta**

- **Mostrar Detalhes**
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

**Carregar Documento**

- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma Pasta
- Agendar Indexação
- Alocar Perfis
- Downloads de Volumes
- Permissões
- RSS
- Renomear

| <input type="checkbox"/>            | Título                                       | Criado           | Modificado       | Criador       | Estado Atual            |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------|---------------|-------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 1.1.2.7 Ofícios                              | —                | —                | Administrator |                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | (14Kb)                                       | 2012-05-21 19:47 | 2012-05-22 09:30 | Administrator | Draft Generate Document |
|                                     | 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organiza... |                  |                  |               |                         |

2 itens, 25 por página

**Apagar** Mover Copiar Arquivar Baixar Todos Check-out

3) Após, clic em “Continuar”;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | Explorar Documentos | Administração | **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [ações para volumes](#) » [apagar](#)

**Apagar**

Esta ação será executada nos seguintes documentos e pastas:

**Documentos**

- 1.1.2.4 Elaboração da Identidade Organizacional

A ação pode ser anulada em toda a seleção.

**Continuar** Cancelar

4) Agora escreva a razão do porque que este documento será deletado;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | Explorar Documentos | Administração | **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [ações para volumes](#) » [apagar](#)

**Apagar**

Apagar Itens

**Razão**

A razão para apagar estes documentos e pastas, para fins de histórico.

**Apagar** Cancelar

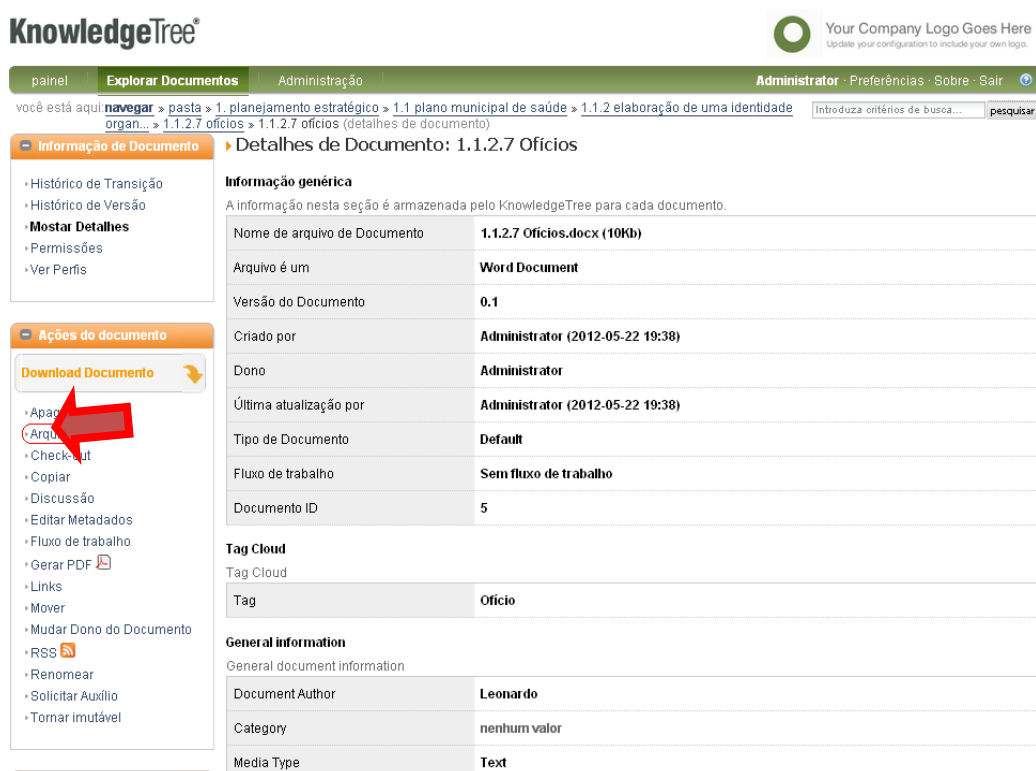
5) Por fim aperte em “Apagar” e delete a pasta ou documento.



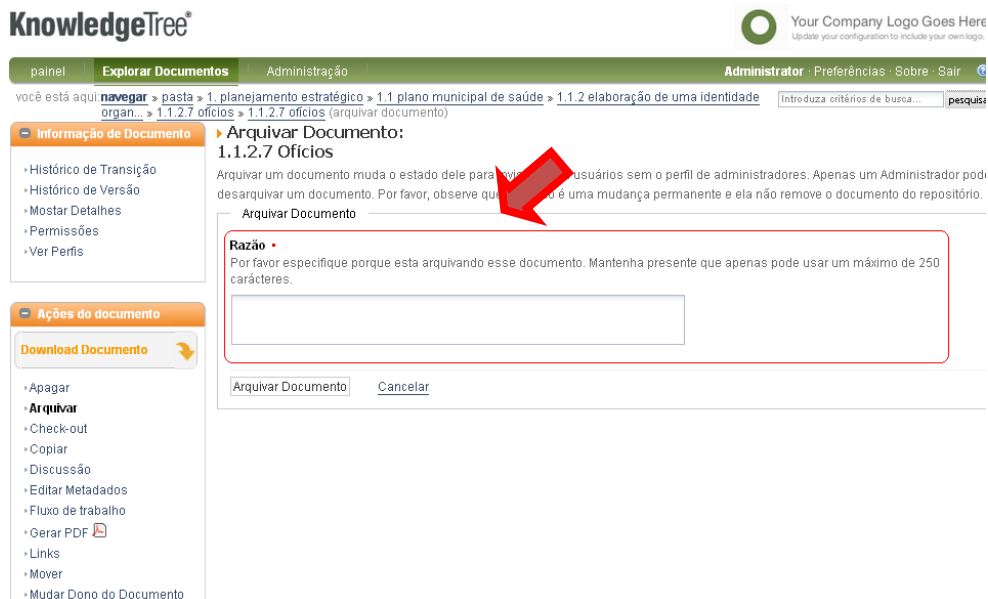
## 2.2.8 Arquivar documentos

Para arquivar um documento basta você seguir os seguintes passos:

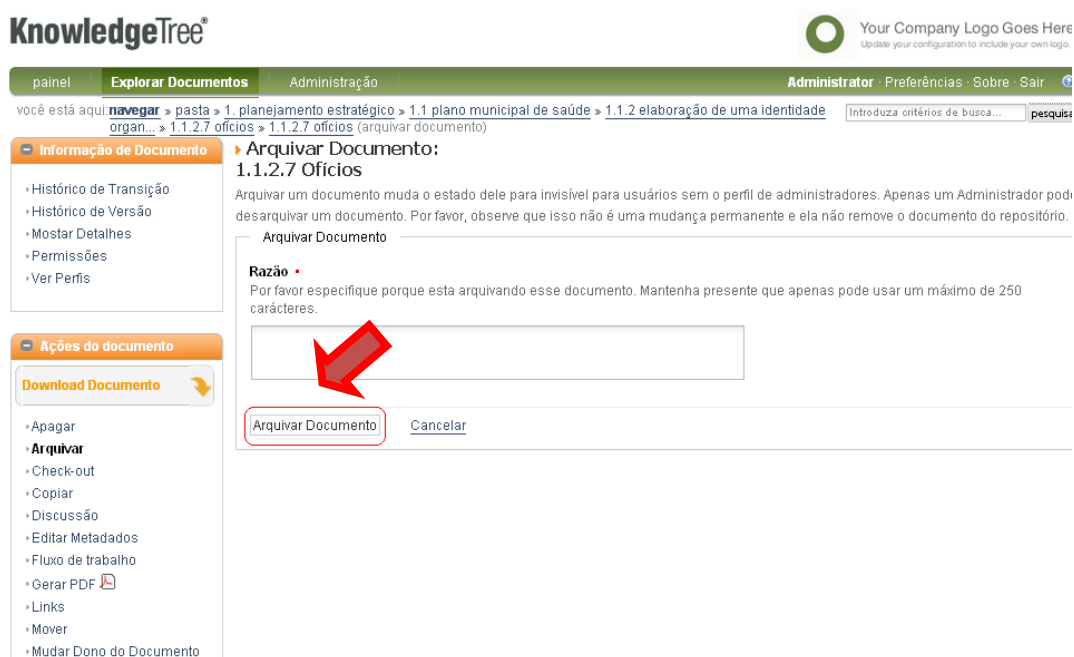
- 1) Para arquivar um documento, você primeiro precisa selecioná-lo e em seguida apertar, no lado esquerdo da tela, “Arquivar”;



- 2) Em seguida se coloca os motivos para tal arquivamento;



3) Por fim, apenas clic no botão “Arquivar Documento”.



## 1.2.2 2.2.8.1 LOCALIZAR, APAGAR E RESTAURAR DOCUMENTO ARQUIVADO (ADMINISTRADOR)

Essa função funciona apenas para aquele(s) que é(são) os administradores do sistema.

1) No painel principal acesse “Administração”;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

**Administração** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: **Administração** (página inicial)

**Welcome to KnowledgeTree**

KnowledgeTree is a commercial open source, web-based Document Management System. KnowledgeTree allows you to move away from uncontrolled and unaudited shared network drives to an environment which encourages knowledge sharing and meets regulatory requirements. KnowledgeTree provides:

- A central document repository with audited document content version control
- Powerful document metadata management and versioning
- Sophisticated document authoring management and workflow
- Full-text indexing technology allowing search within document contents
- Powerful security group and role-based security model and integration with Directory Servers.

[Editar esta introdução.](#)

**Nuvem de Etiquetas**

identidade organizacional identidade organizacional ssn planejamento.

**Feeds RSS**

[Gerenciar RSS Feeds externos](#)

Nenhum feed interno ou externo disponível

**Agendador**

O Agendador de tarefas cuida do gerenciamento e execução de tarefas ou montantes de trabalho em intervalos regulares na base. Estas tarefas podem ser configuradas via [Página de Administração](#). Nenhuma tarefa está sendo executada ainda. As tarefas estavam agendadas para execução 242 semana(s) 2 dia(s) atrás.

Nota: A instalação stack usa o seu próprio serviço para agendar tarefas. Para verificar se este serviço foi instalado e está correndo, abra o **Painel de Controle**, vá a **Ferramentas Administrativas** e abra a lista de **Serviços**. O serviço do agendador é chamado **KTScheduler**. Para mais informações sobre este serviço, por favor consulte a documentação.

**Informação da Conexão WebDAV**

Para conectar-se ao KnowledgeTree via um cliente third-party WebDAV, por favor use o endereço seguinte.:

## 2) Em seguida acesse “Armazenamento de Documento”

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

**Administração** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: **Administração**

**Administração**

- Geral
- Usuários e Grupos
- Gerenciamento de Segurança
- Armazenamento de Documento**
- Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- Busca e Indexação
- Configurações do Sistema

**Geral**

Várias configurações não são compatíveis com outras categorias, incluindo a ajuda de gerenciamento e buscas salvas.

**Usuários e Grupos**

Controlar, a partir dos painéis de gerenciamento, quais usuários podem realizar o login e fazerem parte de quais grupos e unidades organizacionais.

**Gerenciamento de Segurança**

Atribuir permissões para usuários e grupos e especificar quais permissões são necessárias para interagir com as várias partes do Sistema de Gerenciamento de Documentos.

**Armazenamento de Documento**

Gerenciar documento com check-out, arquivados e apagados.

**Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento**

Configurar metadados de documento: Tipos de Documento, Fieldsets de Documento, Tipos de Links e Fluxos de trabalho.

**Busca e Indexação**

Definições de Busca e Indexação

**Configurações do Sistema**

Definições de Configuração do Sistema

3) Nessa seção você pode acessar os documentos que foram arquivados, podendo restaurá-los, tirar os check-out, verificá-los e até eliminá-los;



**KnowledgeTree®**

painel | Explorar Documentos | **Administração** | Administrator | Preferências | Sobre | Sair

você está aqui: [administração](#) > [armazenamento de documento](#)

**Administração**

- Geral
- Usuários e Grupos
- Gerenciamento de Segurança
- Armazenamento de Documento
- Configuração de Fluxo de trabalho e Metadado de Documento
- Busca e Indexação
- Configurações do Sistema

**Armazenamento de Documento**

[Restauração de Documento arquivado](#)  
Restaurar documentos antigos (arquivados), usualmente por uma solicitação do usuário.

[Controle de Documento em check-out](#)  
Sobrepôr a situação de check-out de documentos se um usuário falhou ao fazê-lo.

[Verificar armazenamento de documento](#)  
Verificar se todos os documentos em seus repositórios estão armazenados sobre a mídia de armazenamento (usualmente sobre o disco).

[Restaurar ou Eliminar definitivamente Documentos Apagados](#)  
Restaurar documentos apagados previamente, ou elimina-los definitivamente.

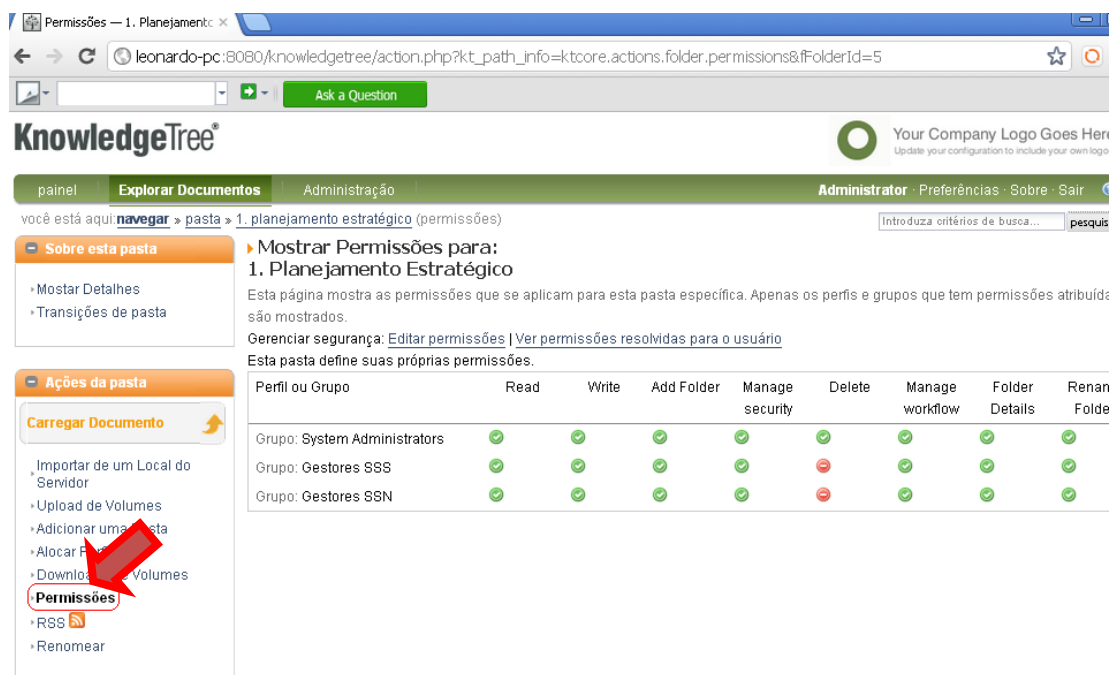
4) Com isso você pode escolher o objeto de sua necessidade.

## 2.3 PERMISSÕES

As permissões são necessárias para que os usuários possam ter acesso aos documentos e pastas disponíveis no Knowledge.

### 2.3.1 Atribuir permissão

1) Na pasta ou documento em que se deseja atribuir permissões, você deve ir no menu a esquerda “Permissões”;



Permissões — 1. Planejamento estratégico

leonardo-pc:8080/knowledgetree/action.php?kt\_path\_info=ktcore.actions.folder.permissions&folderId=5

**KnowledgeTree®**

painel | Explorar Documentos | Administração | Administrator | Preferências | Sobre | Sair

você está aqui: [navegar](#) > [pasta](#) > [1. planejamento estratégico \(permissões\)](#)

**Sobre esta pasta**

- Mostrar Detalhes
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

- Carregar Documento
- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma pasta
- Alocar Espaço
- Download de Volumes
- Permissões**
- RSS
- Renomear

**Mostrar Permissões para:**  
**1. Planejamento Estratégico**

Esta página mostra as permissões que se aplicam para esta pasta específica. Apenas os perfis e grupos que tem permissões atribuídas são mostrados.

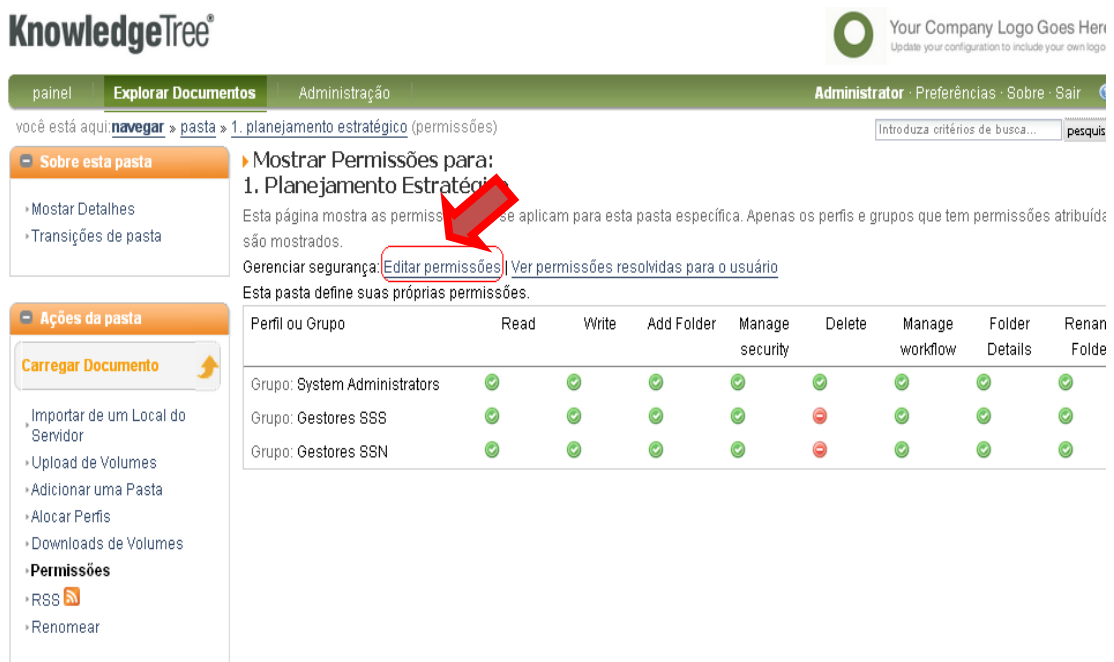
Gerenciar segurança: [Editar permissões](#) | [Ver permissões resolvidas para o usuário](#)

Esta pasta define suas próprias permissões.

| Perfil ou Grupo              | Read | Write | Add Folder | Manage security | Delete | Manage workflow | Folder Details | Renan Folde |
|------------------------------|------|-------|------------|-----------------|--------|-----------------|----------------|-------------|
| Grupo: System Administrators | ✓    | ✓     | ✓          | ✓               | ✓      | ✓               | ✓              | ✓           |
| Grupo: Gestores SSS          | ✓    | ✓     | ✓          | ✓               | ✗      | ✓               | ✓              | ✓           |
| Grupo: Gestores SSN          | ✓    | ✓     | ✓          | ✓               | ✗      | ✓               | ✓              | ✓           |



2) Em seguida vá em “Editar permissões”;



**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo

painel **Explorar Documentos** Administração **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [navegar](#) > pasta > [1. planejamento estratégico](#) (permissões)

**Sobre esta pasta**

- Mostrar Detalhes
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

**Carregar Documento**

- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma Pasta
- Alocar Perfis
- Downloads de Volumes
- Permissões**
- RSS
- Renomear

**Mostrar Permissões para: 1. Planejamento Estratégico**

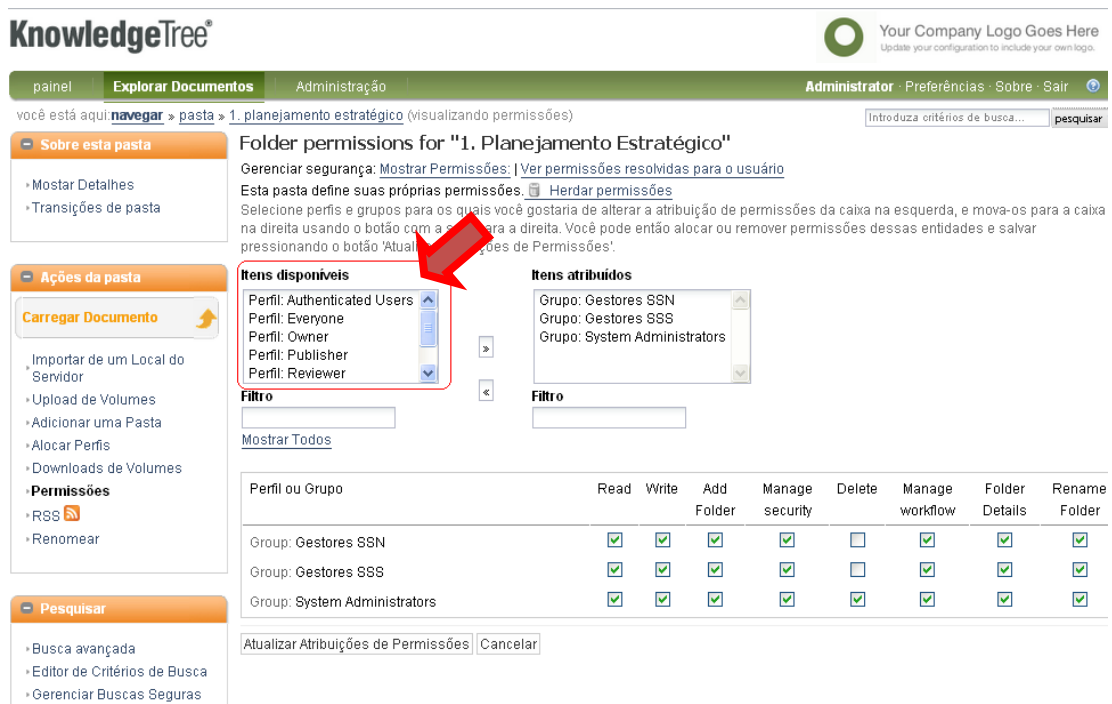
Esta página mostra as permissões que se aplicam para esta pasta específica. Apenas os perfis e grupos que tem permissões atribuídas são mostrados.

Gerenciar segurança: [Editar permissões](#) | [Ver permissões resolvidas para o usuário](#)

Esta pasta define suas próprias permissões.

| Perfil ou Grupo              | Read                                | Write                               | Add Folder                          | Manage security                     | Delete                              | Manage workflow                     | Folder Details                      | Rename Folder                       |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Grupo: System Administrators | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Grupo: Gestores SSS          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Grupo: Gestores SSN          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

3) Neste ponto você deve, primeiro, digitar o nome (em Filtro) do usuário a ter a permissão concedida ou aperte em “Mostrar Todos”. Com isso selecione quais os grupos e/ou usuários terão acesso.



**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo

painel **Explorar Documentos** Administração **Administrator** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [navegar](#) > pasta > [1. planejamento estratégico](#) (visualizando permissões)

**Folder permissions for "1. Planejamento Estratégico"**

Gerenciar segurança: [Mostrar Permissões](#) | [Ver permissões resolvidas para o usuário](#)

Esta pasta define suas próprias permissões. [Herdar permissões](#)

Selecione perfis e grupos para os quais você gostaria de alterar a atribuição de permissões da caixa na esquerda, e mova-os para a caixa na direita usando o botão com a seta para a direita. Você pode então alocar ou remover permissões dessas entidades e salvar pressionando o botão 'Atualizar Atribuições de Permissões'.

**Itens disponíveis**

- Perfil: Authenticated Users
- Perfil: Everyone
- Perfil: Owner
- Perfil: Publisher
- Perfil: Reviewer

**Itens atribuídos**

- Grupo: Gestores SSN
- Grupo: Gestores SSS
- Grupo: System Administrators

**Filtro**

[Mostrar Todos](#)

| Perfil ou Grupo              | Read                                | Write                               | Add Folder                          | Manage security                     | Delete                              | Manage workflow                     | Folder Details                      | Rename Folder                       |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Grupo: Gestores SSN          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Grupo: Gestores SSS          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Grupo: System Administrators | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

[Atualizar Atribuições de Permissões](#) [Cancelar](#)

4) Depois de selecionar o(s) grupo(s) e/ou usuário(s), você deve atribuir quais as funções que ele terá no seu sistema de gestão de documentos;

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | **Explorar Documentos** | Administração | **Administrador** · Preferências · Sobre · Sair

you are here: [navegar](#) > [pasta](#) > [1. planejamento estratégico](#) (visualizando permissões)

**Sobre esta pasta**

- Mostrar Detalhes
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

**Carregar Documento**

- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma Pasta
- Alocar Perfis
- Downloads de Volumes
- Permissões**
- RSS
- Renomear

**Pesquisar**

- Busca avançada
- Editor de Critérios de Busca
- Gerenciar Buscas Seguras

**Folder permissions for "1. Planejamento Estratégico"**

Gerenciar segurança: [Mostrar Permissões](#) | [Ver permissões resolvidas para o usuário](#)

Esta pasta define suas próprias permissões. [Herdar permissões](#)

Selecione perfis e grupos para os quais você gostaria de alterar a atribuição de permissões da caixa na esquerda, e mova-os para a caixa na direita usando o botão com a seta para a direita. Você pode então alocar ou remover permissões dessas entidades e salvar pressionando o botão 'Atualizar Atribuições de Permissões'.

**Itens disponíveis**

- Perfil: Authenticated Users
- Perfil: Everyone
- Perfil: Owner
- Perfil: Publisher
- Perfil: Reviewer

**Itens atribuídos**

- Grupo: Gestores SSN
- Grupo: Gestores SSS
- Grupo: System Administrators

**Filtro**

[Mostrar Todos](#)

| Perfil ou Grupo              | Read                                | Write                               | Add Folder                          | Manage security                     | Delete                              | Manage workflow                     | Folder Details                      | Rename Folder                       |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Group: Gestores SSN          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Group: Gestores SSS          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Group: System Administrators | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

[Atualizar Atribuições de Permissões](#) [Cancelar](#)

5) Por fim, com todos os atributos adquiridos basta apenas clicar em “Atualizar Atribuições de Permissões” e finalizar este processo.

**KnowledgeTree®** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

painel | **Explorar Documentos** | Administração | **Administrador** · Preferências · Sobre · Sair

you are here: [navegar](#) > [pasta](#) > [1. planejamento estratégico](#) (visualizando permissões)

**Sobre esta pasta**

- Mostrar Detalhes
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

**Carregar Documento**

- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma Pasta
- Alocar Perfis
- Downloads de Volumes
- Permissões**
- RSS
- Renomear

**Pesquisar**

- Busca avançada
- Editor de Critérios de Busca
- Gerenciar Buscas Seguras

**Folder permissions for "1. Planejamento Estratégico"**

Gerenciar segurança: [Mostrar Permissões](#) | [Ver permissões resolvidas para o usuário](#)

Esta pasta define suas próprias permissões. [Herdar permissões](#)

Selecione perfis e grupos para os quais você gostaria de alterar a atribuição de permissões da caixa na esquerda, e mova-os para a caixa na direita usando o botão com a seta para a direita. Você pode então alocar ou remover permissões dessas entidades e salvar pressionando o botão 'Atualizar Atribuições de Permissões'.

**Itens disponíveis**

- Perfil: Authenticated Users
- Perfil: Everyone
- Perfil: Owner
- Perfil: Publisher
- Perfil: Reviewer

**Itens atribuídos**

- Grupo: Gestores SSN
- Grupo: Gestores SSS
- Grupo: System Administrators

**Filtro**

[Mostrar Todos](#)

| Perfil ou Grupo              | Read                                | Write                               | Add Folder                          | Manage security                     | Delete                              | Manage workflow                     | Folder Details                      | Rename Folder                       |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Group: Gestores SSN          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Group: Gestores SSS          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Group: System Administrators | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

[Atualizar Atribuições de Permissões](#) [Cancelar](#)

### 2.3.2 Herdar Permissões

Esta função serve para que as permissões possam ser realizadas a partir da pasta raiz, ou seja, fazer com que uma unidade, grupo ou usuário possa receber o acesso a um conjunto de pastas e documentos a partir da permissão do último documento contido nas pastas e subpastas.

1) Para realizar essa função basta acessar o documento fim e realizar o mesmo procedimento que no item acima, porém aperte no botar “Herdar Permissão”

**KnowledgeTree** Your Company Logo Goes Here  
Update your configuration to include your own logo.

Administração **Administrador** · Preferências · Sobre · Sair

você está aqui: [navegar](#) > [pasta](#) > [1. planejamento estratégico](#) (visualizando permissões)

**Sobre esta pasta**

- Mostrar Detalhes
- Transições de pasta

**Ações da pasta**

**Carregar Documento**

- Importar de um Local do Servidor
- Upload de Volumes
- Adicionar uma Pasta
- Alocar Perfis
- Downloads de Volumes
- **Permissões**
- RSS
- Renomear

**Pesquisar**

- Busca avançada
- Editor de Critérios de Busca
- Gerenciar Buscas Seguras

**Folder permissions for "1. Planejamento Estratégico"**

Gerenciar segurança: [Mostrar Permissões](#) | [Ver permissões resolvidas para o usuário](#)

Esta pasta define suas próprias permissões. **Herdar permissões**

Selecione perfis e grupos para os quais você gostaria de alterar a atribuição de permissões da caixa na esquerda, e mova-os para a caixa na direita usando o botão com a seta para a direita. Você pode então alocar ou remover permissões dessas entidades e salvar pressionando o botão 'Atualizar Atribuições de Permissões'.

**Itens disponíveis**

- Perfil: Authenticated Users
- Perfil: Everyone
- Perfil: Owner
- Perfil: Publisher
- Perfil: Reviewer

**Filtro**

Mostrar Todos

**Itens atribuídos**

- Grupo: Gestores SSN
- Grupo: Gestores SSS
- Grupo: System Administrators

**Filtro**

| Perfil ou Grupo              | Read                                | Write                               | Add Folder                          | Manage security                     | Delete                              | Manage workflow                     | Folder Details                      | Rename Folder                       |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Group: Gestores SSN          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Group: Gestores SSS          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Group: System Administrators | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

[Atualizar Atribuições de Permissões](#) [Cancelar](#)

2) Com isso os que tinham permissão na pasta, subpasta, anterior terá acesso a essa documento e/ou pasta em questão, com os mesmos atributos lhe conferidos anteriormente.

## **Mapeamento de Macro processos – Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.**

Camila Medeiros de Souza

Camila Philippi

Melina Rabelo Vieira

Taís Winter Silveira

### **INTRODUÇÃO**

Este relatório apresenta os resultados da consultoria de procedimentos realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, vinculada à Diretoria de Planejamento, Informação & Captação de Recursos.

O relatório compreende as etapas desenvolvidas pela Consultoria e o produto resultante dela, o mapeamento dos processos de elaboração do Plano Municipal de Saúde e Programação Anual de Saúde e o mapeamento do macroprocesso de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde. O mapeamento demonstra, através de fluxograma, os procedimentos e atividades realizados nos processos de planejamento desta secretaria.

O objetivo do mapeamento dos processos, elaborado por meio de um fluxograma, visa otimizar e solidificar os procedimentos adotados pela Secretaria Municipal de Saúde. A consultoria foi realizada com base na metodologia de consultoria de procedimentos, na qual o consultor compartilha seus conhecimentos técnicos com os gestores para juntos aprimorarem o conhecimento e assim obter-se um trabalho completo no qual as partes envolvidas, gestores e consultores, em conjunto e interação conseguirão, ao final, o produto esperado pelo cliente.

É fundamental expressar a importância e relevância deste trabalho. Estudar a Administração Pública e suas peculiaridades em consonância com a prática vivenciada no Setor Público, ao mesmo tempo em que se propõem melhorias e visando otimizar os processos de planejamento e execução de suas atividades, aumenta o aprendizado dos acadêmicos.

## 1. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A administração direta do Poder Executivo de Florianópolis é composta por quinze órgãos, sendo um desses a Secretaria Municipal de Saúde, local onde foi realizada esta atividade de Consultoria.

Segundo o Plano Municipal de Saúde de Florianópolis (2011), a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis possui como missão e visão:

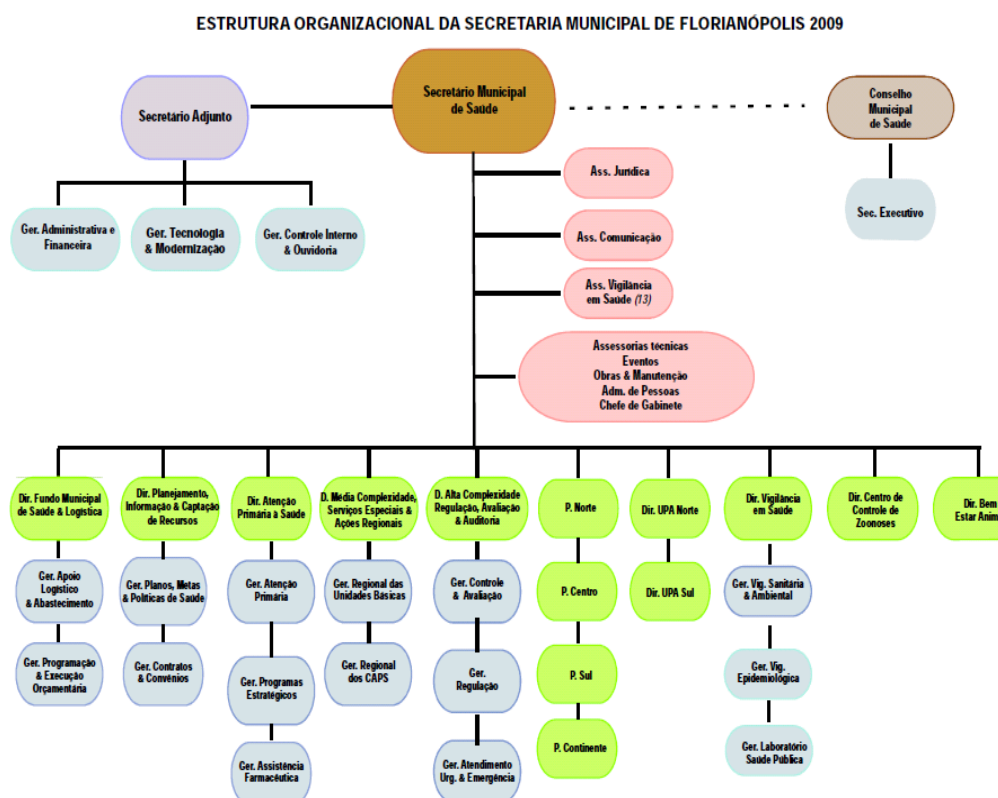
**MISSÃO:** Promover saúde para todos, com qualidade.

**VISÃO:** Oportunizar o acesso de 100% da população a um sistema público de saúde, com gestão da qualidade total e ordenado pela Estratégia de Saúde da Família – ESF até 2014.

Dentre os vários serviços oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, podem-se destacar os programas da Atenção Primária que inclui controle de tabagismo, saúde bucal, saúde da família, capital idoso e criança, saúde da mulher, entre outros.

A estrutura organizacional da Secretaria de Saúde reformulada em 2009 adota a forma verticalizada onde todas as Diretorias, e a parte administrativa estão vinculadas diretamente ao Secretário Municipal de Saúde diretamente e de forma indireta ao Secretário Adjunto e ao Conselho Municipal de Saúde.

O organograma da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde está representado pela figura 1.



**Figura 14- Organograma da Secretaria Municipal de Saúde**  
(PMF, 2009)

A Consultoria foi realizada na Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, vinculada à Diretoria de Planejamento, Informação & Captação de Recursos, tendo como princípio norteador o mapeamento dos processos de elaboração do Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e o mapeamento do macroprocesso de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de ajudar seus gestores à identificar possíveis entraves e proporcionar melhorias em seus trabalhos, tornando a prestação dos serviços mais eficaz, assim como fortalecendo as práticas já consolidadas na secretaria.

## 2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

A transição de governo, no âmbito da Administração Pública acarreta mudanças diversas que, se não monitoradas e analisadas previamente podem gerar incoerência e até mesmo entraves para as novas equipes que são formadas para gerenciar determinado setor, instituição ou atividade.

A chegada de novos atores pode trazer contribuições ao estabelecer uma convergência entre novas idéias e práticas bem-sucedidas já elaboradas anteriormente.

Levando em consideração que estamos em um ano de eleições municipais, em que, dentro de alguns meses alguns gestores podem ser substituídos ou remanejados, no quadro da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, a Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde identificou a necessidade de um mapeamento preciso e refinado de seus macro-processos para que, as Gerências e Diretorias assim, como outros membros vinculados à Secretaria possam acompanhar e compreender o fluxo das atividades de planejamento e aplicação de suas atribuições sem comprometer a continuidade do processo em caso de mudança no quadro pessoal.

A consultoria realizada tem como intuito a manutenção e fortalecimento de procedimentos de planejamento, ação e avaliação, que vêm sendo realizados na atual gestão promovendo com isso a gestão do conhecimento e a legitimação desses procedimentos pelos atores envolvidos, evitando um possível retrocesso na condução das atividades de planejamento da secretaria. A sustentabilidade dos processos de avaliação e planejamento podem garantir a continuidade e qualidade<sup>5</sup> das diversas atividades realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Por meio da apresentação de fluxos já elaborados, os gestores propuseram à equipe que fosse dada continuidade a esse mapeamento, acompanhando e fornecendo dados a partir de documentos, planilhas, fluxogramas, além da gama de informações passadas ao longo dos encontros realizados na Secretaria.

---

<sup>5</sup> De acordo com as diretrizes da Secretaria – assim como o alinhamento de suas atividades com a proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) - suas atividades tem como base os princípios da Gestão da Qualidade Total, que visa promover ações com excelência e efetividade.

A atividade de Consultoria foi conduzida de modo a identificar as lacunas e os desdobramentos pertinentes aos processos.

Os processos escolhidos para serem mapeados, foram os que de acordo com a Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde se mostravam como prioritários estrategicamente na compreensão do andamento do processo de Planejamento nesta Secretaria:

São eles:

- *Plano Municipal de Saúde*: O Plano Municipal de Saúde determina os objetivos e metas a serem executados, determina parâmetros a serem alcançados pela Secretaria e seus setores ao longo do período de quatro anos;
- *Pacto Municipal de Saúde*: Documento que formaliza as metas em curto prazo da Secretaria de acordo com diretrizes estaduais e federais, alinhando, consequentemente, as suas atividades de maneira interna (setores, unidades) e externa (Secretaria Estadual de Saúde, Ministério da Saúde);
- *Programação Anual de Saúde*: Operacionaliza os objetivos previstos no Plano Municipal de Saúde e afirmados no Pacto Municipal de Saúde realizando o levantamento de ações, metas anuais, indicadores para o monitoramento da execução e os recursos a serem utilizados no exercício orçamentário;
- *Macroprocesso de Planejamento da SMS*: De que maneira ocorre a elaboração, execução e avaliação dos Instrumentos de Planejamento estabelecidos pelo SUS, no período dos quatro anos de gestão e como se relaciona com os instrumentos de gestão orçamentárias vigentes como a LOA, LDO e PPA.

Parte-se do pressuposto que o detalhamento destes procedimentos servirá como subsídio para a compreensão das dinâmicas realizadas, por parte de gestores que venham a entrar na organização ao longo do tempo, de modo que compreendam o andamento dos processos, prazos e instituições envolvidas.



### 3. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

Na busca por uma solução da demanda apresentada pelos gestores da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, e a partir da análise documental, esta equipe definiu como prioridade de ação para alcance do objetivo apresentado, o mapeamento completo dos macroprocessos realizados pela Secretaria, e seu detalhamento, por meio da descrição dos processos, subprocessos, fluxo, trajetória, instituições e material envolvido.

Por recomendação do gestor da Gerência de Planos, Metas e Políticas de Saúde, foi utilizado para mapear os processos o programa Bizagi - BPMN 2.0<sup>6</sup>, visando detalhar as etapas dos processos abordados de maneira que sejam compreendidos e incorporados na rotina de trabalho de novos gestores que possam vir a integrar a equipe. A equipe esmiuçou o desenho dos fluxos e descreveu os processos de elaboração do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde e descreveu o macroprocesso de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Este refinamento foi realizado visando proporcionar a equipe de gestores um material compacto e detalhado, que possa ser utilizado na capacitação dos novos gestores de acordo com as perspectivas da Gerência, alinhando-os ao planejamento executado pelo setor, de maneira que as ações tenham continuidade, e que haja o máximo aproveitamento das atividades já realizadas.

---

<sup>6</sup> Em português: *Notação de Modelagem de Processos de Negócio* é uma notação da metodologia de gerenciamento de processos. Trata-se de uma série de ícones padrões para o desenho de processos, o que facilita o entendimento do usuário.

#### 4. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO

Para mapear os processos foram estabelecidos parâmetros para definir e detalhar, como se caracterizam e desdobram dentro do macroprocesso de planejamento.

Para o mapeamento foi considerado um conjunto de documentos e informações que passaram por análise:

- Legislações específicas do SUS;
- Relatórios;
- Prazos de entrega das atividades constantes do processo mapeado (por exemplo, entrega mensal de relatórios);
- Instâncias envolvidas;
- Constituição das etapas;
- Instrumentos de avaliação;

Sugere-se como mecanismos para a implementação do processo mapeado pela Consultoria, material expositivo em meio físico, como *banner*, *folder*, documentos impressos que contemplem o detalhamento dos passos representados no mapeamento, e no site da Secretaria, onde o acesso dos servidores da instituição é possibilitado.

Sugere-se também a publicação do material no site do Conselho Municipal de Saúde<sup>7</sup> como uma ação estratégica, pois, o reconhecimento e a transparência das atividades da Secretaria poderão fortalecer seus vínculos e, conseqüentemente, fortalecer a própria institucionalização do processo.

---

<sup>7</sup> Uma limitação nesse caso, informada pelos próprios gestores do setor, é que o site do Conselho não tem sido atualizado, o que pode dificultar essa atividade de prestação de contas.

## 5. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Através do diagnóstico realizado na Diretoria de Planejamento, Informação & Captação de Recursos, identificou-se a seguinte demanda: melhoria e refinamento do mapeamento dos macroprocessos. Posteriormente, foram estabelecidos quais os processos teriam um maior refinamento e necessitariam de maior precisão em seu mapeamento:

- Plano Municipal de Saúde (apêndice C e D);
- Pacto Municipal de Saúde (apêndice E e F);
- Programação Anual de Saúde (apêndice E e F).

Assim sendo, buscou-se a melhor maneira de depurar o mapeamento dos processos solicitados. A interação com o gestor também foi primordial para o desenvolvimento da atividade.

O objetivo final é a melhoria na prática da administração, por meio da construção de uma rotina previamente formulada, com o planejamento das atividades e identificação dos gargalos a fim de alcançar um trabalho mais eficiente e o aprimoramento contínuo de uma gestão para outra.

O desenho dos processos proporciona benefícios visíveis para a gestão da Diretoria, como:

- Redução de falhas durante o processo e integração entre os mesmos;
- Conscientização e estímulo das unidades envolvidas;
- Padronização das rotinas e dos termos utilizados;
- Maior visibilidade dos gargalos;
- *Empowerment* da Diretoria em relação às outras unidades;
- Previsão de situações críticas que possam acarretar entraves ao longo do processo.

A expectativa é que a utilização do mapeamento dos macroprocessos possa aprimorar a gestão da Diretoria em relação aos projetos desenvolvidos pela mesma, ao mesmo tempo em que esta possa firmar suas atividades em momentos que a estrutura funcional da Secretaria Municipal de Saúde venha a mudar, não gerando consequências para as atividades cultivadas pela Diretoria.

É necessário salientar a preocupação da Diretoria em constituir em sua rotina o aprimoramento e a melhoria contínua de suas atividades, o que leva ao encontro do que se espera dos serviços prestados aos cidadãos, como o planejamento das atividades, a fim de aproveitar da melhor forma os recursos disponibilizados. Da mesma forma, a Diretoria se preocupa com a prestação de contas de suas atividades para sociedade, através dos envolvidos na gestão da saúde no município para além da Secretaria, incluindo o Conselho Municipal de Saúde e a Câmara Municipal de Vereadores da cidade de Florianópolis.

Esses aspectos se relacionam com o propósito da *accountability* democrática, que preconiza a contínua prestação de contas e responsabilização dos governantes perante os cidadãos por seus atos e omissões. No contexto da gestão da saúde em Florianópolis, as melhorias nos processos gerenciais da Secretaria tendem a ser maiores na medida em que os servidores compartilham com os vários interessados na saúde não apenas as metas, mas também os procedimentos de planejamento e avaliação, permitindo responsabilização no que tange as suas obrigações já pactuadas.

A busca pela transparência nas ações governamentais dá-se, também, durante o mandato em que tais governantes e burocratas estiverem atuando, deste modo pode-se utilizar três tipos de controles, em conjunto, a fim de alcançar a transparência e responsabilização dos atos públicos, sendo estes: controle administrativo-financeiro, controle de resultados e controle da sociedade, ou controle social.

Abrucio e Loureiro (2004) apontam que o controle administrativo-financeiro tem como principal objetivo averiguar se o governo efetuou as despesas da maneira que foi determinada no orçamento. Tem-se como foco a fiscalização da probidade, objetivando-se não permitir o uso inadequado dos recursos públicos, principalmente, a corrupção, e também o cumprimento do que foi previsto por meio dos instrumentos orçamentários PPA, LDO e LOA. O controle administrativo-financeiro também pode contribuir para se verificar a realização do que foi previsto no Plano Municipal de Saúde e no Pacto Municipal de Saúde, fundamentando a prestação de contas orçamentária e de resultados a todos os envolvidos no planejamento e na aprovação da execução. Com este instrumento é necessário averiguar os aspectos que tangem à eficiência e efetividade das políticas públicas. Aqui, a participação da Câmara de Vereadores de Florianópolis se faz presente, no momento em que a Diretoria de Planejamento, Informação & Captação de

Recursos apresenta suas contas na casa, há outros que participam da verificação da execução, como controle interno da Prefeitura, órgãos financiadores de projetos, como fundos do Ministério da Saúde, demais participantes do Pacto e do Plano Municipal de Saúde, ou seja, o controle administrativo-financeiro é base para o controle de resultados e para o controle social, não serve apenas para verificar aplicação conforme a lei, também para verificar se estão sendo cumpridos os acordos, bem como mostrar necessidade de alterá-los, quando for o caso.

Ainda segundo os autores, o controle da sociedade, conhecido também como controle social. Neste, pode-se citar a participação do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis, dos mecanismos orçamentários como PPA, LDO e LOA, bem como da fiscalização das ações e dos gastos exercidos pela SMS.

Por fim, Abrucio e Loureiro (2004) explanam que o controle de resultados veio para supervisionar o desempenho dos programas governamentais. A novidade que se encontra neste controle é o quê se busca fiscalizar. No controle de resultados, o governo, bem como os burocratas são avaliados no que tange ao cumprimento das metas por estas propostas. Desta maneira, a sociedade pode impor aos governantes o cumprimento do que foi estabelecido por eles mesmos.

No entanto, para que os instrumentos de controle possam ter efetividade e trabalhem conjuntamente, é necessário que a qualidade dos serviços prestados pela administração pública seja um pressuposto fundamental e que este pressuposto seja fielmente cumprido.

Outra condição, segundo Abrucio e Loureiro (2004), para que o mecanismo do controle de resultados seja eficaz é a transparência governamental, sendo essencial para a *accountability* de forma geral. Nesse sentido, o mapeamento dos processos e o detalhamento dos fluxos priorizados na Consultoria contribuirão para a transparência e a continuidade dos processos ao serem disponibilizados aos atuais e futuros gestores da Secretaria, bem como ao Conselho Municipal de Saúde, conforme sugerido pelos consultores. Além disso, as informações podem ser disponibilizadas aos cidadãos, ampliando a *accountability* e a transparência com o acesso à informação pública.

## **6. ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO**

A oportunidade de realizar um trabalho além das paredes acadêmicas, entrar no mundo da prática da administração pública e participar da realidade de um órgão com o intuito de colaborar para sua melhoria, representa a aquisição de conhecimento das rotinas de trabalho e da burocracia os norteiam.

Estar em uma organização pública como consultores, aonde nos foi permitido vivenciar a organização, poder entender suas rotinas, avaliá-las, no intuito de (re) desenhar seus processos, mostra-nos as dificuldades pela procura constante de melhorias na prestação de serviços aos cidadãos, bem como dos processos internos que norteiam a Diretoria na qual este trabalho foi realizado.

Colocar em prática o que nos foi ensinado sobre a consultoria de procedimentos, entender até que ponto vai a função do consultor e do gestor, e poder auxiliar a Diretoria de Planejamento, Informação & Captação de Recursos na melhoria de seus procedimentos, levou-nos a compreender a importância das redes no que tange ao estudo acadêmico e à prática da prestação do serviço. Através da consultoria de procedimentos, acreditamos que o aprendizado foi mútuo, uma vez que as trocas de informações e conhecimentos nortearam em todos os instantes as reuniões, buscando-se a efetivação do trabalho, a fim de melhorar a eficácia dos processos realizados por esta Diretoria.

Este trabalho demonstrou à equipe a importância de conhecer a prática da administração pública, ficando evidente o quão importante é manter uma comunicação constante entre o consultor e o gestor, a fim de aumentar o êxito final na entrega do produto. Trazendo lições de aprendizado, responsabilidade e demonstrando em campo a importância que a teoria, estudada no meio acadêmico, apresenta no momento em que se vai à prática em organizações, evidenciando o valor do papel do administrador público para a sociedade, tornando-se um agente na busca de melhorias dos serviços prestados.

## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, Fernando Luiz. LOUREIRO, Maria Rita. **Finanças Públicas, democracia e *accountability***. Rio de Janeiro: Elsevier/Campus, 2004.

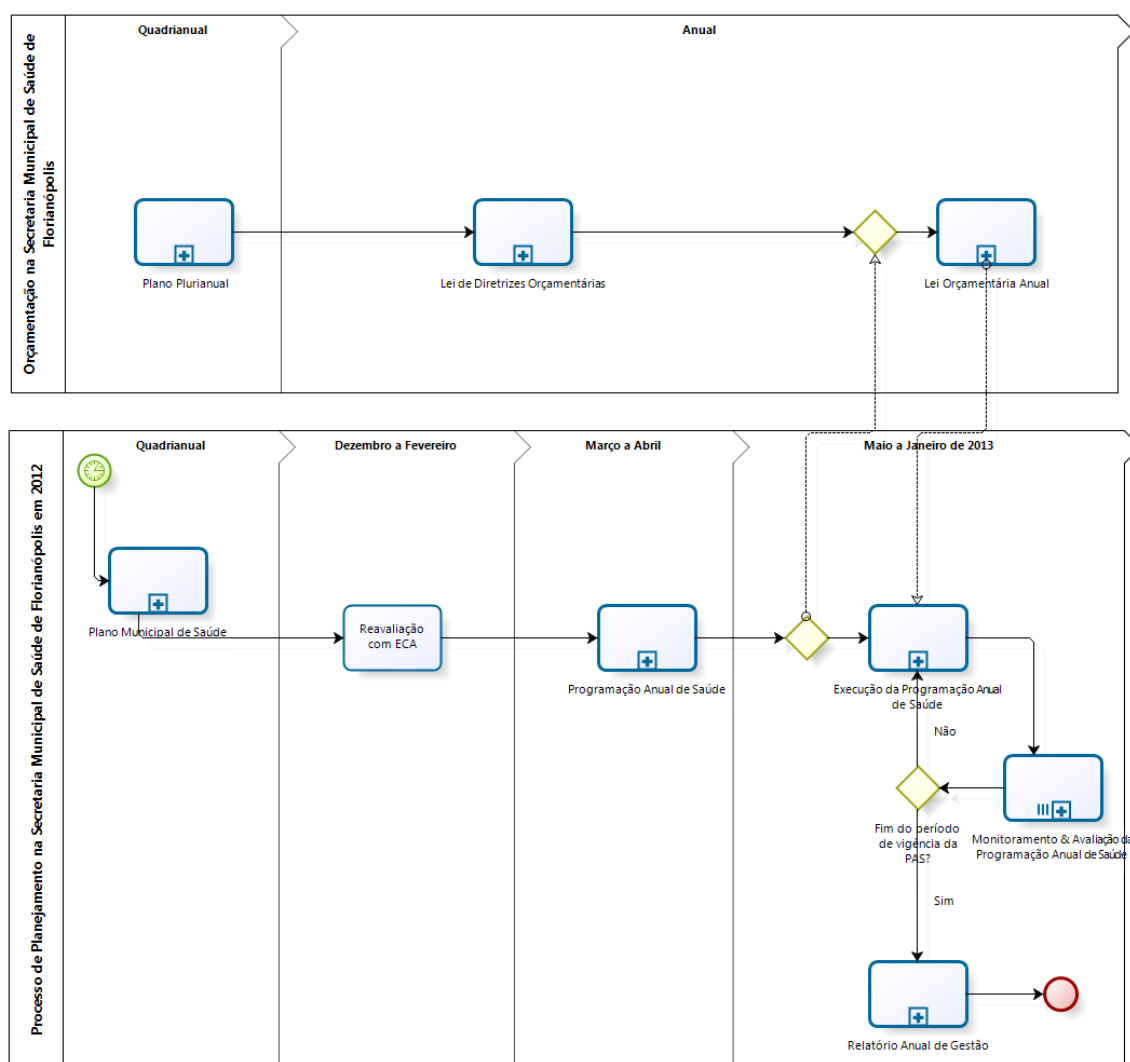
Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva – Instrumentos básicos/ Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

**Plano Municipal de Saúde do Município de Florianópolis.** Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23\\_10\\_2009\\_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/documentos/pdf/23_10_2009_8.56.05.507300075b626a567d3a21d38c5c49c7.pdf)>. Acesso em 22 de maio de 2012.

**Secretaria Municipal de Saúde.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?pagina=home&menu=0>> . Acesso em 22 de maio de 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Fluxograma do Processo de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde



**Observação:** O fluxograma acima foi elaborado pelo Gestor Leandro Pereira Garcia, porém a descrição do processo foi realizada por este grupo de consultoria.



## **APÊNDICE B – Descrição do Processo de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde**

Passo 1 – Elaborar o Plano Municipal de Saúde. O PMS é elaborado de quatro em quatro anos no primeiro ano de cada gestão municipal. A partir da análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período dos quatro anos subseqüentes, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Passo 2 – Reavaliar com ECA. Realizar, anualmente, a avaliação das atividades por meio da Estrutura Comum de Avaliação (ECA).

Passo 3 – Elaborar a Programação Anual de Saúde. A Programação consiste na operacionalização das intenções expressas no Plano Municipal de Saúde com a descrição das atividades a serem realizadas para o cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos, além do levantamento dos recursos que serão utilizados. Para tanto é realizada a auto-avaliação nos níveis operacional, tático e estratégico, a pactuação das metas e a matriz de intervenção.

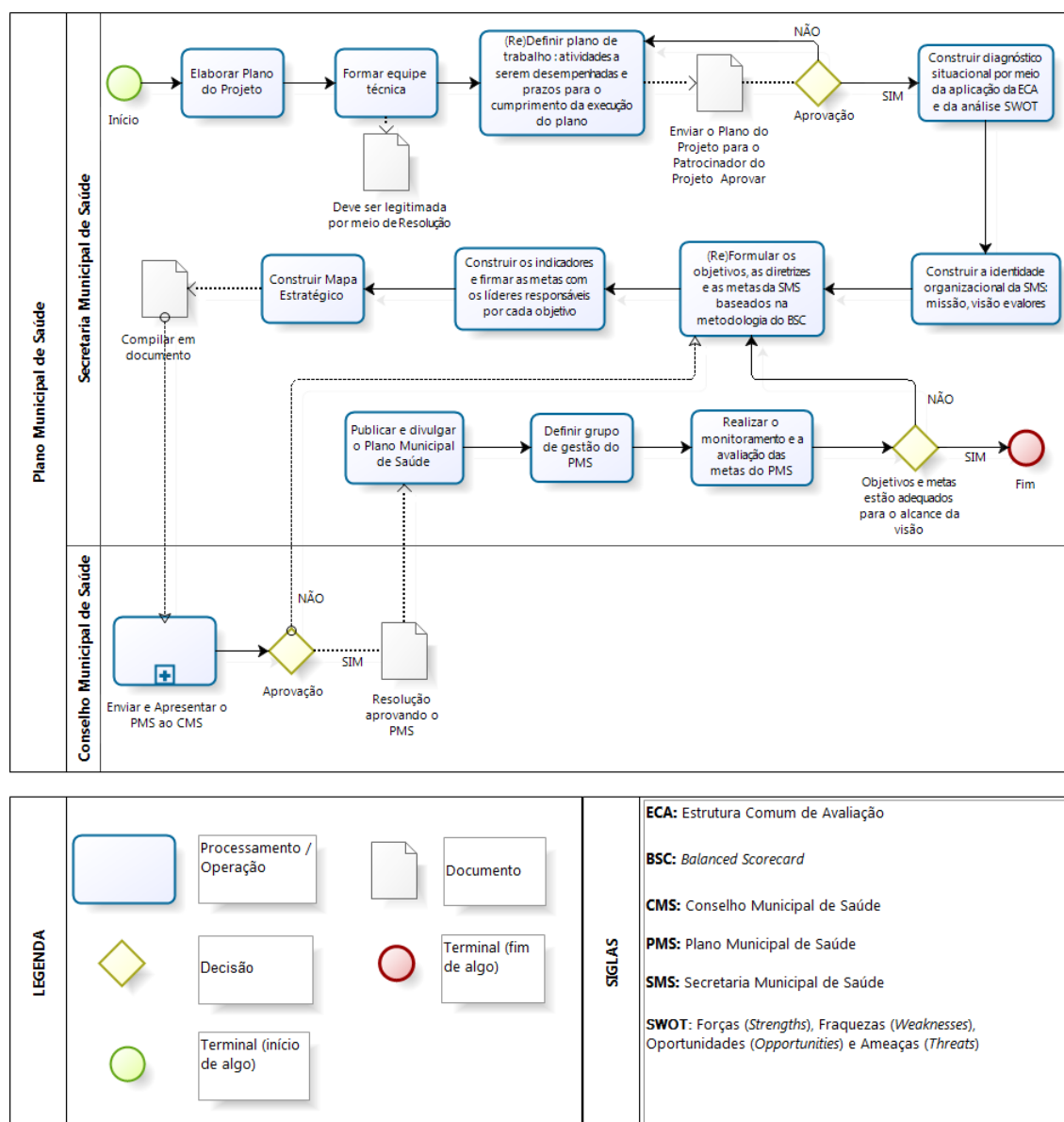
Passo 4 – Elaborar a Lei Orçamentária Anual (LOA), orientada pelo levantamento de ações bianual realizada no décimo quinto passo do processo de elaboração da PAS e da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

Passo 5 – Executar a Programação Anual de Saúde

Passo 6 – Realizar o Monitoramento e Avaliação da Programação Anual de Saúde. Engloba a aplicação dos instrumentos de avaliação para verificação da simetria entre as metas estabelecidas e as ações realizadas em cada ação, por meio dos responsáveis e resultados obtidos.

Passo 7 – Elaborar o Relatório Anual de Gestão ao final da execução da PAS, apresentando os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde contemplando aspectos qualitativos e quantitativos e envolvendo uma análise acerca do processo de desenvolvimento do Plano Municipal de Saúde registrando avanços, obstáculos no processo e as iniciativas que devem ser desencadeadas indicando os rumos para a PAS do ano seguinte.

## APÊNDICE C – Fluxograma do Processo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde



## **APÊNDICE D – Descrição do Processo de Elaboração do Plano Municipal de Saúde**

Passo 1 – Elaborar o Plano do Projeto. Uma das primeiras medidas a serem adotadas para a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS) é a construção do Plano do Projeto. O Plano do Projeto é um documento que deve conter informações como: I – Patrocinador Institucional do Projeto; II - Nome dos gerentes do projeto, suas responsabilidades e sua autoridade; III - Justificativa do projeto; IV - Objetivo do projeto; V - Descrição do Projeto; VI - Produto do projeto; VII – Premissas; VIII - Principais atividades e estratégias do projeto; IX - Entregas do projeto; X - Orçamento do projeto; XI - Plano de entregas e marcos do projeto.

Passo 2 – Formar a Equipe Técnica. Para a elaboração do Plano é necessária a formação de uma equipe técnica que ficará responsável por sua elaboração buscando a garantia de uma organização metodológica do processo. Vale ressaltar que a composição da equipe técnica deve ser legitimada por meio de Resolução

Passo 3 – Definir o Plano de Trabalho. Após a equipe técnica ser formada é importante que a mesma construa o seu plano de trabalho, a fim de delimitar as atividades a serem desempenhadas e os prazos para o cumprimento do Plano.

Passo 4 – Enviar o Plano do Projeto para o Patrocinador do projeto aprovar. Com o Plano do Projeto concluído, a equipe técnica deve enviá-lo para o Patrocinador do projeto aprovar.

Passo 5 – Aprovar o Plano do Projeto. Se o Plano não for aprovado ele volta para a equipe técnica redefinir o seu Plano de Trabalho (Passo 3). Já se o Plano do Projeto for aprovado a equipe inicia a construção do PMS (Passo 6).

Passo 6 – Construir o diagnóstico Situacional da Secretaria Municipal de Saúde. Para elaborar o PMS é extremamente importante a construção do diagnóstico situacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da aplicação da Estrutura Comum de Avaliação (ECA) e da análise *SWOT*. A ECA constitui de um questionário com várias planilhas que possibilita a identificação dos pontos fortes e dos pontos a melhorar da SMS. A análise *SWOT* não é realizada ainda pela organização, porém foi proposta para que a SMS pudesse analisar o cenário externo, ou seja, as oportunidades e as ameaças oferecidas. O intuito da proposta é que a SMS continue a utilizar a ECA para avaliar o cenário interno e passe a utilizar a análise *SWOT* para avaliar o cenário externo.

É importante salientar que, segundo Brasil (2007), o diagnóstico consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade. Logo, o diagnóstico da SMS tem como objetivo permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das prioridades.

Passo 7 – Construir a identidade organizacional da Secretaria Municipal de Saúde. Constitui na delimitação da missão, visão e valores. Hoje na SMS essa construção é realizada de forma participativa envolvendo representantes da população, dos colaboradores, dos parceiros e dos gestores.

Passo 8 – Formular os objetivos, as diretrizes e as metas da Secretaria Municipal de Saúde. Com o diagnóstico situacional e a identidade organizacional da SMS elaborados o passo seguinte é formular os objetivos, as diretrizes e as metas da SMS baseados na metodologia do *Balanced Scorecard* (BSC). De acordo com Brasil (2007) os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de reduzir, controlar ou eliminar os problemas identificados, isto é, descrevem a situação futura pretendida pela organização. As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. Já as metas são expressões quantitativas de um objetivo, elas concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam “o que”, “para que”, “quando”.

Passo 9 – Construir indicadores e firmar as metas com os líderes responsáveis por cada objetivo. De acordo com Brasil (2007), os indicadores são índices que refletem a situação determinada, a partir das relações entre as variáveis que permite medir mudanças e determinar o grau de cumprimento das metas. Os indicadores de resultado devem ser levantados para cada uma das cinco perspectivas do BSC, com o intuito de estabelecer um nexo causal entre os mesmos.

Passo 10 – Construir o Mapa Estratégico da Secretaria Municipal de Saúde. Com os indicadores levantados e as metas firmadas é o momento de desenhar o Mapa Estratégico da SMS. Isto se dá a fim de configurar as relações de causalidade entre as cinco perspectivas do *Balanced Scorecard*.

Passo 11 – Compilar em documento. Com o diagnóstico situacional, o BSC e os indicadores construídos e as metas firmadas é preciso compilar todas essas informações em um documento, este será o Plano Municipal de Saúde de Florianópolis.

Passo 12 – Enviar e apresentar o Plano Municipal de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde.

Passo 13 – Aprovação ou não do Plano Municipal de Saúde pelo Conselho Municipal de Saúde. Se o PMS não for aprovado pelo Conselho o documento retorna para que a equipe técnica reformule os objetivos, as metas e as diretrizes da SMS (Passo 8). Já se aprovado, o PMS é legitimado por meio de resolução.

Passo 14 – Publicar e divulgar o Plano Municipal de Saúde. Com a aprovação do PMS é imprescindível que ele seja publicado e divulgado.

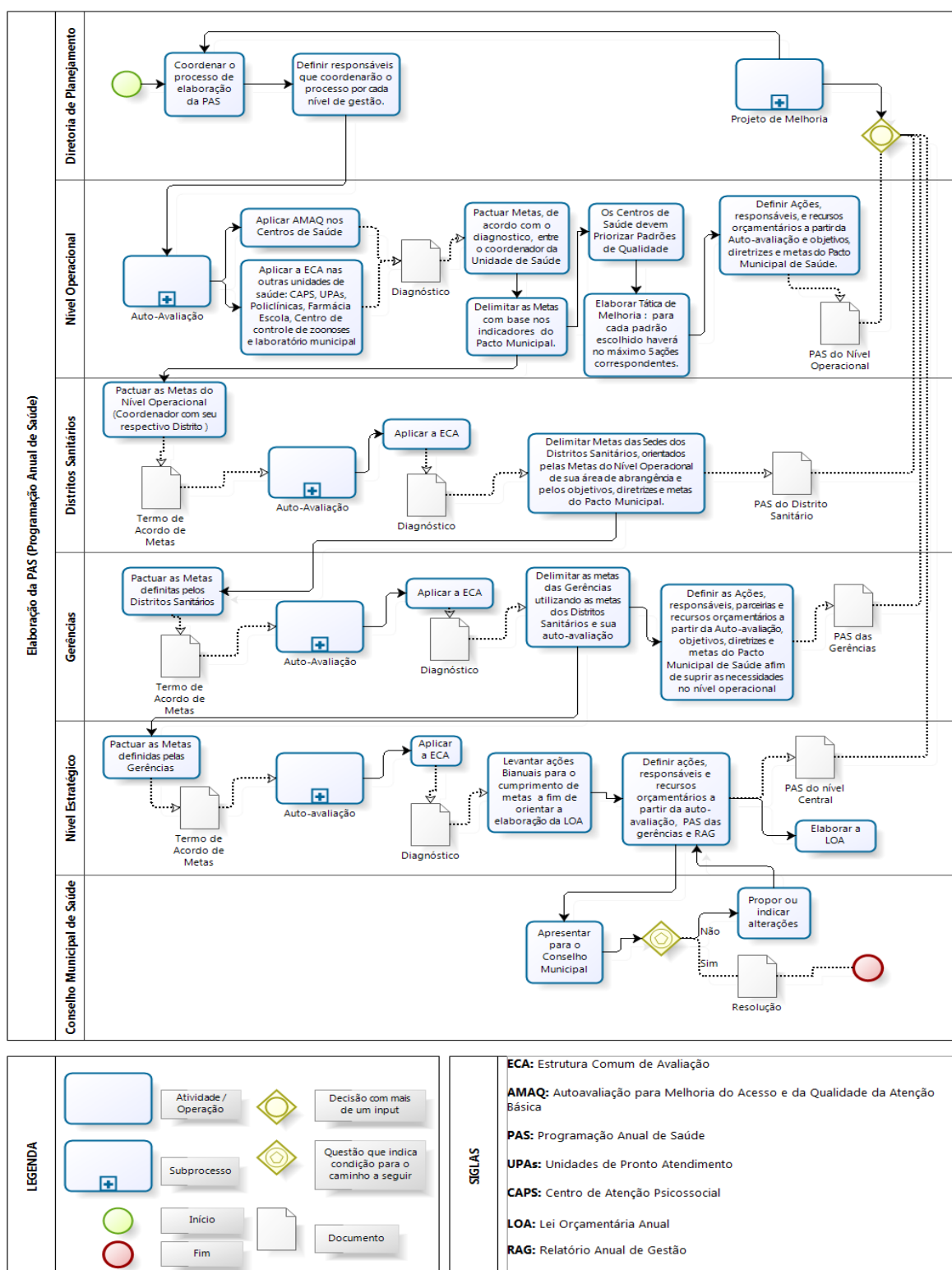
Passo 15 – Definir o grupo de gestão do Plano Municipal de Saúde. Com a aprovação do PMS deve-se definir um grupo de gestão do mesmo.

Passo 16 – Realizar o monitoramento e a avaliação das metas do Plano Municipal de Saúde. O grupo de gestão ficará responsável por realizar o monitoramento e a avaliação do PMS, a fim de observar se os objetivos e as metas estão sendo alcançados.

Passo 17 – Definir se os objetivos e as metas estão adequados para o alcance da visão. O grupo de gestão deve avaliar se os objetivos e as metas do PMS estão sendo adequados para o alcance da Visão da SMS. Se este perceber que os objetivos e as metas não estão adequados a equipe técnica deve reformular os objetivos, as diretrizes e as metas do PMS. No entanto, se o grupo de gestão entender que os objetivos e as metas estão adequados chega-se ao fim do processo.

Por fim, é importante lembrar que o Plano Municipal de Saúde é a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2007).

## APÊNDICE E – Fluxograma do Processo de Elaboração da Programação Anual de Saúde



## **APÊNDICE F – Descrição do Processo de Elaboração da Programação Anual de Saúde**

A elaboração da PAS inicia-se no mês de fevereiro de cada ano, sendo coordenada por uma equipe da Diretoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Passo 1 – A Diretoria de Planejamento deve definir os responsáveis para a coordenação da elaboração da PAS por cada nível de gestão.

Passo 2 – Inicia-se a elaboração da PAS do nível operacional. A primeira atividade consiste em fazer a auto-avaliação dos Centros de Saúde e outras Unidades, como: CAPS, UPAs, Policlínicas, Farmácia Escola, Centro de Controle de Zoonoses e Laboratório Municipal. Nos Centros de Saúde é aplicada a (Avaliação da Melhoria da Qualidade) AMQ e em todas as demais unidades é aplicada a (Estrutura Comum de Avaliação) ECA. A partir da Auto-avaliação obtém-se um diagnóstico de cada unidade.

Passo 3 - Os coordenadores das unidades devem se reunir com os demais funcionários, a fim de pactuar metas de acordo com a realidade evidenciada no diagnóstico.

Passo 4 - Delimitar metas com base no Pacto Municipal de Saúde. Levando em consideração a priorização de padrões de qualidade pelos Centros de Saúde que elaboram a Tática de Melhoria na qual para cada padrão de qualidade escolhido definem-se no máximo cinco ações para contemplá-lo.

Passo 5 – Cada unidade define suas ações, responsáveis e recursos, levando em consideração sua auto-avaliação e os objetivos, diretrizes e metas do Pacto Municipal de Saúde.

Passo 6 - Pactuar as metas definidas no nível operacional por cada unidade, com seus respectivos distritos sanitários, dando origem ao Termo de Acordo de Metas.

Após finalizar a PAS do nível operacional, inicia-se a elaboração da PAS do Distrito Sanitário.

Passo 7- Fazer a auto-avaliação utilizando a ECA, obtendo então o diagnóstico do Distrito Sanitário.

Passo 8- Delimitar, a partir do diagnóstico, as metas das sedes dos distritos sanitários, orientados pelas metas do nível operacional de sua área de abrangência e pelos objetivos, diretrizes e metas do Pacto Municipal de Saúde.

Passo 9- Pactuar as metas definidas pelos Distritos Sanitários com as Gerências de Atenção Básica e de Alta e Média Complexidade, dando origem novamente ao termo de acordo de metas.

Após a finalização da PAS do Distrito Sanitário, começa a elaboração da PAS das Gerências.

Passo 10- Fazer a auto-avaliação aplicando a ECA nas gerências obtendo-se o diagnóstico do nível tático da Secretaria de Saúde.

Passo 11- Delimitar as Metas, utilizando as metas dos Distritos Sanitários a fim de suprir as demandas do nível operacional.

Passo 12- Definir ações, responsáveis, parcerias e recursos orçamentários.

Passo 13- Pactuar as metas definidas pelas gerências com o nível estratégico, gerando um novo termo de acordo de metas.

Então se inicia a elaboração da PAS do nível central.

Passo 14- Fazer a auto-avaliação aplicando a ECA obtendo o diagnóstico do nível estratégico da Secretaria de Saúde.

Passo 15- Fazer o levantamento de ações Bianual para o cumprimento de metas para orientar a elaboração da LOA.

Passo 16- Definir as ações, os responsáveis e recursos orçamentários a partir da auto-avaliação, PAS das gerências e (Relatório Anual de Gestão) RAG gerando a PAS do nível Central.

Passo 17- Elaborar a (Lei Orçamentária Anual) LOA da Secretaria Municipal de Saúde.

Passo 18- Apresentar a PAS do nível Central ao Conselho Municipal de Saúde, que pode indicar alterações ou não, onde é assinada uma resolução para confirmar a PAS.

Por fim, após todas as PAS finalizadas, elas são analisadas pela diretoria de planejamento para que seja feito um projeto de melhoria a fim de aperfeiçoar o processo de elaboração da PAS.



## **Mapeamento de Processos na Diretoria de Vigilância em Saúde- Refinamento do Processo Mapeado e Mapeamento de Novo Processos**

Isabela da Silva Freitas  
Lucas Salomon Guimarães  
Robert Alexander Assis Schmidt  
Rodrigo Guedes Vieira.

### **INTRODUÇÃO**

Este relatório é resultado das atividades desenvolvidas durante a consultoria de procedimentos realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, no Departamento de Vigilância Nutricional e Agravos por Causas Multifatoriais da Gerência de Vigilância Epidemiológica subordinada à Diretoria de Vigilância em Saúde, com o objetivo de mapear o **processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família** do Ministério do Desenvolvimento Social.

O Bolsa Família é um programa de transferência de renda direta direcionado às famílias pobres e extremamente pobres. Criado pela Lei nº10.836/2004 e regulamentado pelo decreto nº5.209/2004, o programa vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de condicionalidades nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social, tendo a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos (BRASIL, 2012).

As famílias para as quais o programa é destinado são as que possuem renda igual ou inferior a R\$ 140,00 *per capita*. Cada família é avaliada de forma individualizada. Sendo assim, famílias com renda *per capita* de R\$ 0 a R\$ 70,00 recebem do governo um valor de R\$ 70,00, além de R\$ 32,00 por criança de 0 a 16 anos que moram na residência da família. Se a renda varia entre R\$ 70,01 a R\$ 140,00 o benefício corresponde a R\$ 32,00 por criança, sendo que, no máximo, três crianças recebem o benefício por família, perfazendo um valor total de R\$96,00 (INFORMATIVO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, 2012).

Esta consultoria foca o acompanhamento das condicionalidades de saúde realizado pela Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis. Dessa maneira, destacam-se as condicionalidades de saúde que devem ser cumpridas pelas famílias

beneficiadas pelo programa: levar as crianças (meninos e meninas) de 0 a 7 anos ao Posto de Saúde no mínimo uma vez a cada 6 meses para o cumprimento do calendário de vacinação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nutricional; e realizar, no caso das mulheres, o acompanhamento médico dos 14 aos 44 anos – período fértil (INFORMATIVO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, 2012).

Hoje, há em torno de 5.000 famílias beneficiadas pelo programa em Florianópolis, com uma lista de espera pelo benefício estimada em quase 10.000 famílias. A importância de melhoria nesse acompanhamento se dá sob a perspectiva do beneficiário, que necessita de uma estrutura atuante em vistas de não ser prejudicado por erros no serviço de acompanhamento; sob a perspectiva do serviço, que demanda uma boa execução para manutenção e possível crescimento do programa no município; e sob a perspectiva dos profissionais de saúde, que têm suas atuações favorecidas com o claro delineamento das suas atribuições.

O método para coleta das informações e dados que dão embasamento ao diagnóstico do problema baseou-se na aplicação de entrevistas semiestruturadas com a chefe do Departamento de Vigilância Nutricional e Agravos por Causas Multifatoriais, com a nutricionista deste departamento e com a Coordenadora da Unidade de Saúde do Monte Verde. Além disso, foram feitos levantamentos de informações e dados nos domínios eletrônicos do Governo Federal, consultas a documentos disponibilizados pela Secretaria de Saúde e outras fontes.

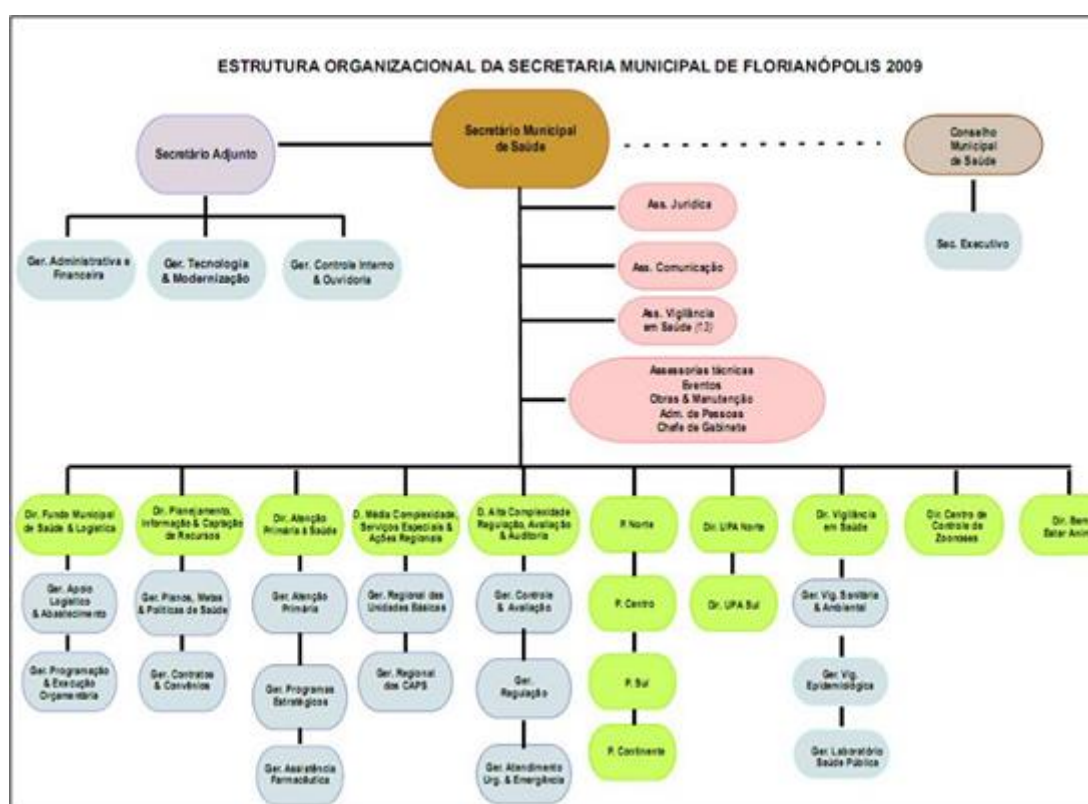
## **DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO**

A organização alvo desta consultoria é a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. O contratante é a Diretoria de Planejamento da entidade. Abaixo, descrevem-se, sucintamente, o organograma e as atribuições da entidade até o nível do local de atuação da consultoria.

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis é formada, conforme a figura abaixo, pelo gabinete do secretário, pelo Conselho Municipal de Saúde, pelo Secretário Adjunto, pelas assessorias (jurídica, comunicação, vigilância em saúde e técnicas), e as diretorias, quais sejam: Diretoria de Atenção Primária a Saúde;

Diretoria de Planejamento, Informações e Captação de Recursos; Diretoria de Média Complexidade, Serviços Especiais e Ações Regionais; Diretoria do Fundo Municipal de Saúde e Logística; Diretoria de Alta Complexidade, Regulação, Avaliação e Auditoria; Diretorias das Policlínicas Norte, Centro, Sul e Continente; Diretorias das Unidades de Pronto Atendimento Norte e Sul; Diretoria de Vigilância em Saúde; Diretoria do Centro de Controle de Zoonoses; e Diretoria do Bem-Estar Animal.

**Figura 15 Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Florianópolis – SMS, 2012.

A consultoria foi prestada à Diretoria de Vigilância em Saúde, que busca desenvolver um conjunto de medidas capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde além de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, incluindo o ambiente de trabalho, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Esta Diretoria é dividida, conforme a

figura abaixo, em: Vigilância Sanitária e Ambiental; Laboratório de Saúde Pública (LAMUF); e Vigilância Epidemiológica, na qual vamos nos aprofundar melhor.

**Figura 16 Funciograma da Diretoria de Vigilância em Saúde.**



Fonte: Arquivo da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis apud CUNHA e BERGMAN, 2011.

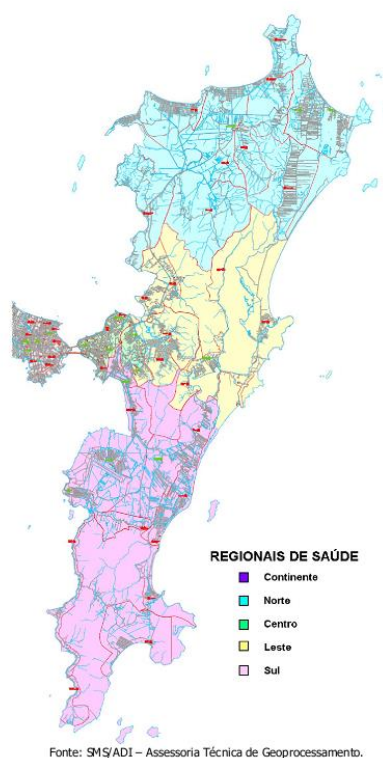
Dentre as competências da Vigilância Epidemiológica, destacam-se: "promover o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer alteração no que diz respeito à saúde individual e coletiva da população; desenvolver através de métodos científicos, mediante pesquisas, monitoramento através da análise da situação, mapeamento de pontos críticos, estabelecimento de nexos causais e controle de riscos; e fomentar e viabilizar a pesquisa nas diversas áreas de interesse à Vigilância em Saúde do Município, servindo de referência ao Planejamento Municipal e Estadual, como também para divulgação dos trabalhos com interesse à saúde pública do País" (FLORIANÓPOLIS, 2010).

Dentro da Gerência de Vigilância Epidemiológica há o Departamento de Imunização, o Departamento de Notificação e Controle de Doenças e por fim, o Departamento de Vigilância Nutricional e Agravos por Causas Multifatoriais, responsável pelo acompanhamento das famílias beneficiadas do Programa Bolsa Família, processo mapeado durante a consultoria.

Atualmente, os trabalhos da Vigilância Nutricional e Agravos por Causas Multifatoriais estão estruturados em três setores: Alimentação e Nutrição, Violências e Acidentes e Doenças e Agravos Não Transmissíveis. É o setor de Alimentação e Nutrição o responsável pelo acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa Bolsa Família dentro da Secretaria de Saúde no município de Florianópolis.

Compondo a estrutura física, além da sede central na Trindade e da Vigilância em Saúde no Centro, a Secretaria Municipal de Saúde conta com outras 55 unidades físicas para a prestação de serviços à população. O município está dividido administrativamente em cinco Regionais de Saúde, com áreas definidas de abrangência e geoprocessamento. Cada Regional possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde das equipes de saúde da sua área de abrangência.

**Figura 17 Regionais de Saúde do Município de Florianópolis.**



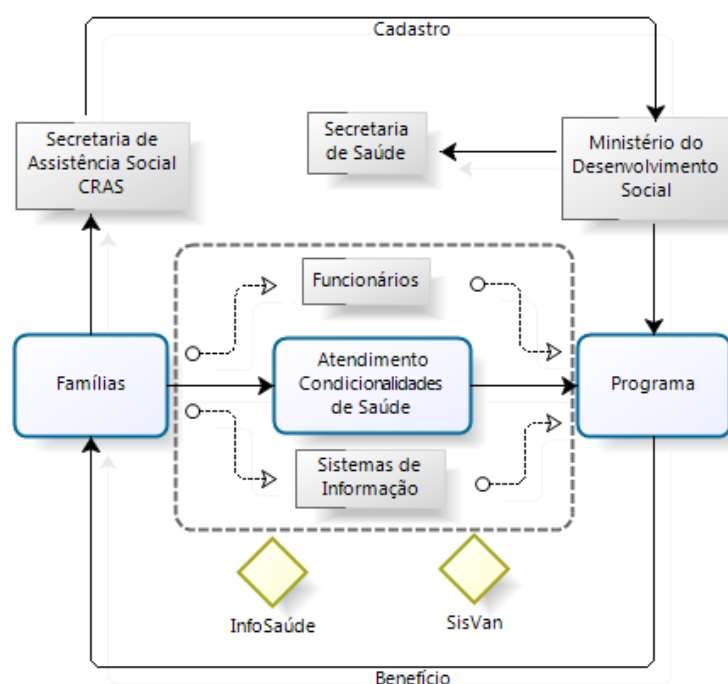
Fonte: SMS/ ADI – Assessoria Técnica de Geoprocessamento apud Plano de Saúde - Florianópolis, 2007.

## **DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

O Diagnóstico pautou-se pelo levantamento das informações sobre a entidade proponente da consultoria, a Secretaria de Saúde, e pelo detalhamento dos pormenores da demanda apresentada, o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, inclusive nos momentos anteriores ao acompanhamento, isto é, o cadastro das famílias.

O primeiro passo foi elaborar uma simplificação visual dos componentes da situação-problema, de modo que se pudesse descrevê-lo de forma clara e precisa. Para isso, elaborou-se um esquema, ou seja, uma representação que não comporta toda a complexidade do problema, mas que permite uma primeira análise e visualização dos atores que participam do processo-alvo, bem como dos locais e interações que compõem este mesmo processo. Abaixo segue o mesmo:

**Figura 18 Esquema do problema identificado no processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família em Florianópolis.**



Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir do esquema acima, pode-se perceber os quatro grandes órgãos públicos (instituições) interessados no processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa: a Secretaria Municipal de Assistência Social, a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social juntamente com o Ministério da Saúde (implícito junto ao Ministério do Desenvolvimento Social). Destacam-se, também, como interessados: as famílias beneficiadas e os profissionais de saúde do município.

As relações entre os interessados se dão em duas perspectivas: a primeira no sentido do provimento do benefício, a segunda das condicionalidades, sendo que esta necessita de convergência nas ações dos profissionais de saúde e dos beneficiários do programa. É neste ponto que ocorre a maioria dos problemas. Portanto, é aí que aprofundaremos a análise do problema e apresentaremos possíveis alternativas de solução.

Antes, cumpre salientar a primeira relação, em que ocorre o processo de seleção e provimento das bolsas. O cidadão em situação de vulnerabilidade social, após cadastro na Secretaria da Assistência Social, é cadastrado no chamado Cadastro Único do Governo Federal. O Cadastro Único para Programas Sociais ou CadÚnico é um instrumento de coleta de dados e informações que objetiva identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país para fins de inclusão em programas de assistência social e redistribuição de renda. Foi criado durante o governo de Fernando Henrique Cardoso em 24 de outubro de 2001 por Decreto da Presidência da República, sendo posteriormente disciplinado pelo Decreto 6.135, de 26 de junho de 2007 e regulamentado pela portaria 376 de 16 de outubro de 2008.

Compõe-se de uma base de dados e de instrumentos, procedimentos e sistemas eletrônicos. Sua base de informações pode ser usada pelos governos Federal, Estadual e Municipal, a fim de propiciar o diagnóstico socioeconômico das famílias cadastradas.

O cadastramento das famílias é executado pelos municípios e os cadastros são processados pelo Agente Operador do Cadastro Único – Caixa Econômica Federal – que fica incumbida por atribuir a cada pessoa da família cadastrada um número de identificação social (NIS) de caráter único, pessoal e intransferível.

As principais informações cadastradas são: características do domicílio (número de cômodos, tipo de construção, tratamento da água, esgoto e lixo); composição familiar (número de membros, existência de gestantes, idosos, mães amamentando, deficientes físicos); identificação e documentação civil de cada membro da família; qualificação escolar dos membros da família; qualificação profissional e situação no mercado de trabalho; rendimentos; e despesas familiares (aluguel, transporte, alimentação e outros).

O Governo Federal, por meio de um sistema informatizado, consolida os dados coletados no Cadastro Único. A partir daí, o poder público pode formular e implementar políticas específicas, que contribuem para a redução das vulnerabilidades sociais a que essas famílias estão expostas. Atualmente, o Cadastro Único conta com mais de 21 milhões de famílias inscritas e é coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), devendo ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários de programas sociais do Governo Federal, como o Bolsa Família.

Então, preenchidos os requisitos, e a família estando cadastrada no CadÚnico com seu número do NIS, após entrar no programa, ela passa a receber o benefício mensalmente via Caixa Econômica Federal. Daí surge a segunda relação, isto é, o cumprimento das condicionalidades. Neste momento aparecem os principais problemas agora descritos.

A família tem uma carência de 6 meses para cumprir a condicionalidade de saúde, ou seja, num prazo de 6 meses ela necessita atender às exigências do programa indo a uma unidade de saúde para realizar os acompanhamentos devidos. Em caso de não cumprimento, ocorre a primeira de 5 penalidades previstas (penalidades progressivas), uma advertência. Essa carência coincide com a da Secretaria Municipal de Saúde, que deve, a cada semestre, enviar um relatório dos acompanhamentos.

Num cenário ideal os beneficiários procurariam o serviço de saúde para cumprir seus compromissos, porém não é isto que se observa na prática. Em muitos casos, os agentes de saúde têm que procurar as famílias cadastradas que não apareceram para a consulta nas unidades em que estão cadastradas, dentro do período que dispõe o programa. Há, entretanto, um imbróglio ainda maior, pois uma



família, apesar de estar cadastrada numa unidade de saúde, pode acabar por consultar em outra unidade de saúde, haja vista a característica que a população atendida pelo programa tem de mudar frequentemente de endereço, dificultando o acompanhamento por parte da Secretaria de Saúde.

Como a exigência do programa é de que as famílias atualizem os seus cadastros ao menos uma vez a cada 2 anos, o cadastro informatizado no banco de dados federal permanece desatualizado, enquanto o banco de dados do sistema informatizado municipal fica incompatível com o federal e, por vezes, também desatualizado, dificultando a correta divisão dos acompanhamentos pelas diversas unidades de saúde.

Há outro agravamento para essa situação: por um lado as famílias beneficiadas que consultam no sistema de saúde não são obrigadas a se identificar como tal, e por outro os profissionais de saúde não fazem essa indagação; isto resulta em atendimentos a pessoas do Bolsa Família não percebidos como tal, pelo menos até a fase em que se juntam as informações dos dados do sistema informatizado para envio do relatório ao banco de dados do Governo Federal.

## **IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO**

A partir das análises já apresentadas, perceberam-se dois obstáculos principais que afetam negativamente o processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família e que acabam por gerar distúrbios no processo. Um destes obstáculos se convencionou chamar de "técnico-procedimental", o outro de "motivacional-comportamental".

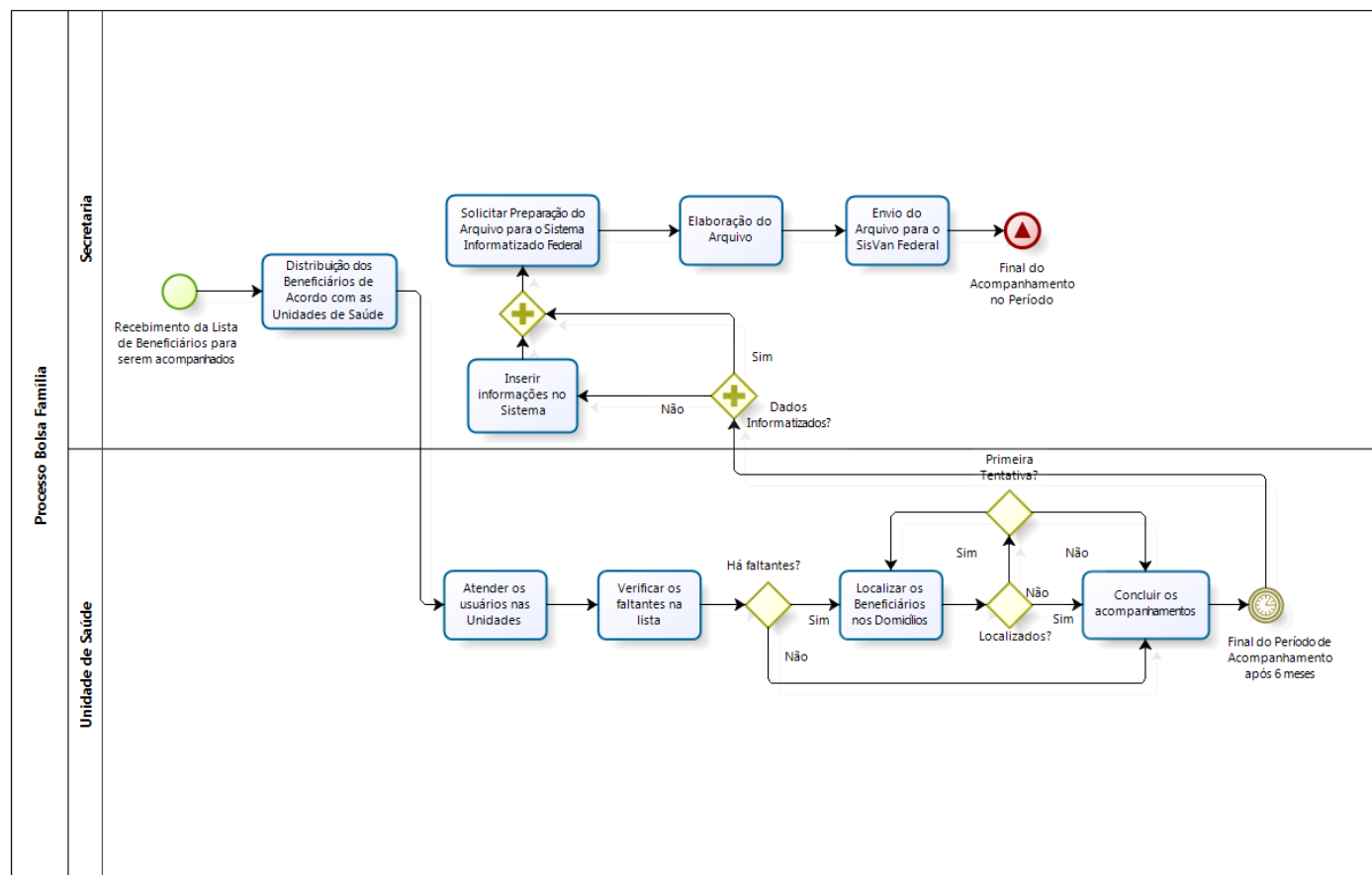
Entende-se por técnico-procedimental os obstáculos relativos à organização do serviço de acompanhamento das condicionalidades nos níveis: estratégico, isto é, no departamento responsável dentro da Secretaria de Saúde; e operacional, ou seja, os obstáculos relativos aos procedimentos adotados pelos profissionais de saúde nas unidades de saúde quanto ao atendimento das famílias beneficiadas pelo programa.

Num outro polo, encontra-se o obstáculo motivacional-comportamental, que é aquele relativo ao comprometimento no cumprimento dos compromissos

profissionais pelo lado dos profissionais de saúde; e dos compromissos pessoais (ou de cidadania) pelo lado das famílias beneficiadas. Este obstáculo, pelo lado profissional, também ocorre no nível estratégico; talvez em decorrência das dificuldades técnico-procedimentais, que geram pouca motivação para o exercício das atribuições relativas ao programa.

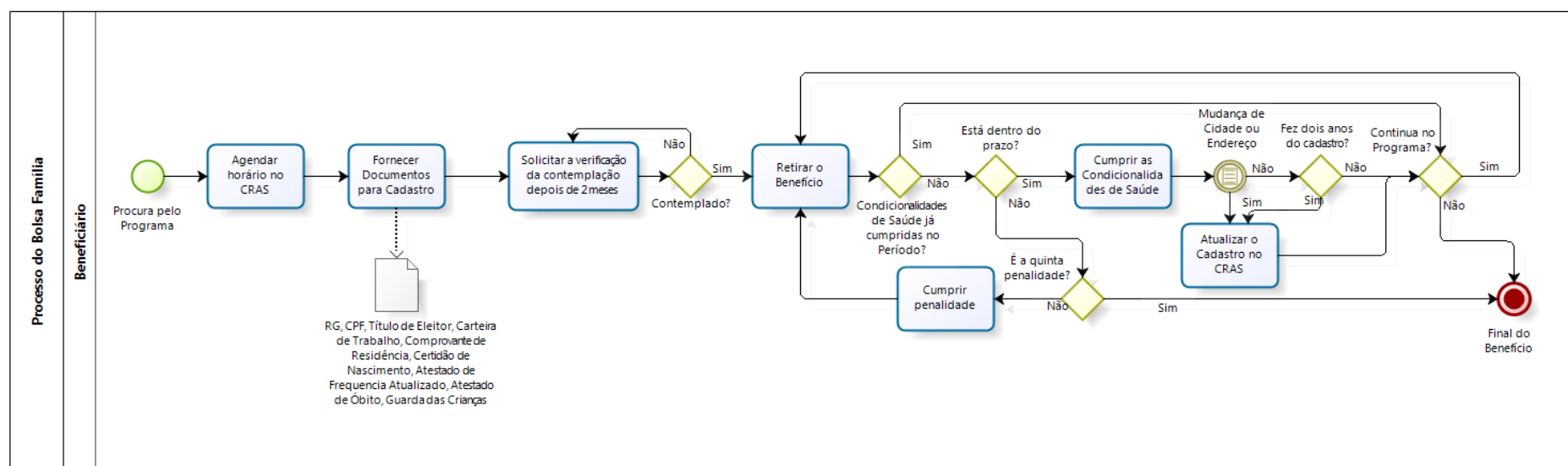
Cada um destes obstáculos comporta um conjunto diferente de ações em vistas de suas soluções. Quando se menciona o obstáculo de ordem técnico-procedimental, sobressai a revisão dos componentes relativos à interação entre os atores e estruturas que participam do processo em vistas de atingir um resultado específico, que no caso é um acompanhamento eficiente e eficaz das condicionalidades do programa Bolsa Família. Dessa forma, emergem as questões: qual a ordem em que os eventos ocorrem?; quem os realiza?; quanto tempo duram?; para onde se encaminham?; que coisas os afetam?. Para responder a estas perguntas elaborou-se o fluxograma do processo na perspectiva da Secretaria de Saúde e na perspectiva do beneficiário do programa.

**Figura 19 Fluxograma do Processo de Acompanhamento das Condiionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família pela Secretaria de Saúde e pelas Unidades de Saúde.**



Fonte: Elaborado pelos autores.

**Figura 20 Fluxograma do cumprimento das condicionalidades de saúde e recebimento do benefício pelos beneficiários do Programa Bolsa Família.**



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quando se trata do obstáculo motivacional-comportamental, tem-se a alternativa de criar mecanismos de sensibilização dos beneficiários do programa. Mais do que determinar sanções é importante suscitar nestas pessoas, primeiramente, o senso de responsabilidade e coparticipação (cidadania) na gestão e fiscalização desse bem público consignado através do benefício. Isso significa que os beneficiários são parceiros do programa e os primeiros que devem cobrar a correta aplicação dos recursos, denunciando irregularidades e requerendo seus direitos, mediante o cumprimento de seus deveres. O exercício desta cidadania é condição básica para o resgate do senso de participação efetiva da população no processo de controle dos recursos públicos (benefícios).

Existe um processo de *accountability* com potencial bastante grande no que diz respeito à participação dos cidadãos na melhoria da eficiência e eficácia na aplicação dos recursos. Ora, se os beneficiários atentarem para o fato de que o seu benefício depende da correta aplicação das regras gerais do programa, todos se valerão positivamente disso, inclusive os próprios beneficiários. Atenta contra isso, na verdade, a política de sanções do programa para com o beneficiário descumpridor dos seus compromissos, pois este demora a ter seu benefício cassado. Além disso, a fiscalização das ações do programa permite a identificação e punição dos desvios que podem vir a ocorrer no pagamento de benefícios fraudulentos. Cabe a cada um contribuir com a sua prontidão e o seu zelo para com o recurso público.

Dessa maneira, vislumbra-se a possibilidade de se realizar um informativo voltado para os beneficiários contendo os aspectos descritos acima, bem como momentos de sensibilização com cartazes, campanhas e conversas com os profissionais de saúde das unidades de saúde. A participação dos beneficiários no programa só acarretará ganhos, tanto para a sociedade como para os próprios beneficiários.

## **AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO**

Uma pesquisa aprofundada do tema nos domínios eletrônicos do Governo Federal possibilitou conhecer alguns recursos passíveis de aplicação na situação-problema em estudo: o Guia para o Acompanhamento das Condicionalidades do

Programa Bolsa Família (volume I e II); o Observatório de Boas Práticas na Gestão do Programa Bolsa Família que contém algumas práticas correlacionadas ao problema em questão.

**Primeira Linha – obstáculo técnico-procedimental:**

Cabe aqui destacar a proposta de implementação traçada, tendo por base a escolha em priorizar, num primeiro momento, as ações referentes ao obstáculo técnico-procedimental. A primeira ação é realizar um ciclo de reuniões de engajamento e definição de ações a serem implementadas, considerando as perspectivas aventadas na análise das boas práticas cadastradas no Observatório de Boas Práticas na Gestão do Programa Bolsa Família, tendo como subsídio o Guia para o Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família (módulo I e II).

1ª Ação: realizar uma reunião com todos os atores envolvidos no processo de acompanhamento das condicionalidades (gestores, coordenadores de unidades de saúde, agentes de saúde, enfermeiros e demais interessados) para a apresentação e debate do Guia para o Acompanhamento das Condicionalidades do Programa Bolsa Família (Volume I e II). Nesta fase buscamos que cada ator entenda o processo das condicionalidades como um todo e também entenda qual é o seu papel dentro do processo, a partir disso se debaterá o processo mapeado em vistas de se encontrar um arranjo mais eficiente e eficaz para a gestão das condicionalidades de saúde do programa.

2ª Ação: apresentar aos gestores o Observatório de Boas Práticas na Gestão do Programa Bolsa Família, sugerir que os gestores realizem um benchmarking dentro do Observatório com o intuito de procurar as melhores práticas que foram utilizadas para a resolução dos entraves tanto na área técnico-procedimental quanto na motivacional-comportamental. Esta ação pode favorecer a melhoria do programa no município com aumento nos valores repassado para a gestão do programa, através da melhoria do Índice de Gestão Descentralizada (IGD), indicador utilizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome para incentivar a qualidade na gestão do Programa Bolsa Família. Em setembro de 2010, o índice de Florianópolis era de 0,56 (o índice varia entre 0 e 1), já o subíndice de condicionalidade de saúde era de 0,29 (também variando entre 0 e 1); em

decorrência disso os valores transferidos para o município foram da ordem de R\$ 9.143,40, sendo o teto possível de R\$ 16.747,50 (BRASIL, 2012b). Um aliado na compreensão e utilização dos recursos do IGD é o Caderno IGD 2011, disponível também no sítio eletrônico do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

### **Segunda Linha – obstáculo motivacional-comportamental**

Num segundo momento, sugerem-se as ações relativas ao obstáculo motivacional-comportamental, que se destacam pela aproximação para com os beneficiários em termos de sensibilizá-los quanto ao seu papel relevante para o programa como um todo.

1ª Ação: elaboração de um informativo/campanha para a distribuição/apresentação para as famílias atendidas e as futuras famílias atendidas pelo programa, que mostre a importância de as famílias cumprirem as condicionalidades de saúde, contemplando nesta mídia as principais dúvidas e a quem procurar para regularizar a sua situação. Esta ação visa, sobretudo, que os beneficiados entendam a necessidade de que o seu cadastro se mantenha atualizado e que realizem os acompanhamentos das condicionalidades.

2ª Ação: criação de grupos de trabalho, compondo-se de agentes de saúde, gestores e famílias beneficiadas pelo programa, a fim de debater a importância do acompanhamento das famílias e de se pensar estratégias de melhoria da relação entre os profissionais de saúde e as famílias. Nesta ação se tem por objetivo a aproximação entre os profissionais e gestores da saúde e as famílias beneficiadas, de modo que haja aproximação e melhoria nos serviços de acordo com as necessidades deste público, além disso, o trabalho conjunto favorece a melhoria na gestão da saúde como um todo, inclusive em outros programas e atividades da secretaria.

## **RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS**

Os resultados encontrados compõem um conjunto de ações possíveis de melhorar ou até mesmo solucionar o problema, tendo em vista os subsídios gerados pelo diagnóstico realizado e os dados e informações a que se chegou. Por conta

disso, a análise é passível de rediscussão e ajuste antes da aplicação das ações anteriormente propostas e descritas.

A primeira grande contribuição do estudo é uma apresentação sintética do problema. Presume-se que esta descrição permitirá o diálogo entre os atores, que ao se perceberem como componentes integrantes da situação-problema e percebendo a interdependência entre si para o processo como um todo, tenderão a agir de forma mais cooperativa.

A fim de traçar um caminho possível para solução do problema, de modo destacado está a relação entre o nível estratégico (secretaria) e operacional (unidades de saúde), pois o diálogo entre estas duas instâncias poderá resultar em melhorias frente aos dois obstáculos (técnico-procedimental e motivacional-comportamental). Assim, a deliberação das decisões deve considerar as duas instâncias, de modo que não se procure encontrar um culpado pelo problema, mas que as responsabilidades sejam compartilhadas dentro das atribuições e competências de cada um.

Neste ponto aparece o fluxograma do processo de acompanhamento das condicionalidades de saúde como a segunda grande contribuição deste diagnóstico, já que por meio deste fluxograma se pode perceber e delimitar claramente a participação de cada ator dentro do processo. Dadas as diferentes necessidades e responsabilidades dos funcionários da secretaria e dos beneficiários do programa, dividiu-se o fluxograma sob estas duas perspectivas. De modo mais específico, o fluxograma sob a perspectiva dos beneficiários poderá auxiliar os gestores do programa juntamente com os profissionais da saúde das unidades de saúde, a encontrarem os motivos que levam os beneficiários a não cumprirem seus compromissos frente ao programa Bolsa Família.

Entende-se que as perspectivas para as ações destacadas, de um modo geral, apresentam relativa possibilidade de melhoria do problema, sendo que a maior possibilidade é, provavelmente, o estabelecimento de um acordo em vistas do compartilhamento das responsabilidades e da clara delimitação de funções e atribuições.



## **ANÁLISE GERAL DO GRUPO SOBRE O PROCESSO**

A equipe de consultores desenvolveu alguns aprendizados ao longo da consultoria que têm significado especial para a consolidação da formação profissional de seus membros. Em primeiro lugar, a condução de um trabalho de aplicação prática dos conhecimentos teóricos fez perceber a importância da constante busca por subsídios técnicos na gestão dos processos, não como formalismo, mas como justificação da prática profissional a partir de bases técnico-científicas sólidas. Aliado a esse conjunto de saberes indispensáveis ao bom exercício da profissão está o desenvolvimento de habilidades interpessoais, isto é, a possibilidade de interagir com profissionais nos seus campos de trabalho, muitos deles exercendo atividades de gestão, faz com que as capacidades de negociação, comunicação, relacionamento lateral (no mesmo plano), sejam aprimoradas sensivelmente.

Em segundo lugar, o trabalho permitiu conhecer passo a passo a aplicação das fases e processos que estruturam uma consultoria, não de forma abstrata, mas de modo prático, onde as dificuldades e descobertas sucedem-se imprevisivelmente e parametrizam o aprendizado real, ou seja, há um dimensionamento claro do crescimento obtido por meio da concreta vivência do trabalho. Junto a isso, soma-se o fato de que o conteúdo da consultoria (Programa Bolsa Família) é de extrema relevância no cenário atual brasileiro e está intimamente atrelado ao papel do administrador público, enquanto formulador e gestor de políticas públicas.

Em termos práticos, o programa Bolsa Família é fonte de riquíssima análise, muito além da que cabe neste trabalho, portanto, quanto mais fosse possível, tanto mais seria interessante vincular a gestão desse programa aos outros tantos objetivos da administração pública em qualquer governo local, pois urge pensar as questões sociais de forma vinculada aos fatores econômicos, políticos, demográficos, culturais, educacionais, profissionais, dentre outros. Assim, conclui-se que não se pode limitar a realidade a uma única análise desvinculada de contexto, mas que, a partir dela, podem-se atingir conhecimentos suficientes para mudar e dar novo sentido à prática administrativa, principalmente, no âmbito da gestão de programas sociais.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção À Saúde. Ministério da Saúde. **Ofício Circular nº 74 GS/SAS: Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família na Saúde nos municípios prioritários no Plano Brasil Sem Miséria**. Brasília: Secretaria de Atenção À Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Índice de Gestão Descentralizada. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Índice de Gestão Descentralizada do Município de Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/adesao/mib/matrizview.asp?IBGE=4205407>>. Acesso em 14 jun. 2012b.

CUNHA, Cynthia. **Relatório de Consultoria de Procedimentos Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**. (Trabalho Acadêmico). Disciplina de Teoria e Prática da Administração de Serviços Públicos ESAG/UDESC. 2011.

FLORIANÓPOLIS. **Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis 2010**. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Disponível em: <[http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22\\_10\\_2010\\_11.24.38.fc717b2df16e3fad159f4f3d33b3b550.pdf](http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/22_10_2010_11.24.38.fc717b2df16e3fad159f4f3d33b3b550.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2012.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde de Florianópolis 2007 – 2010**. Resolução nº 48/CMS/2007. Prefeitura Municipal de Florianópolis. 2007.

**INFORMATIVO Programa Bolsa Família Florianópolis**: Departamento de Vigilância Nutricional e Agravos Por Causas Multifatoriais, 2012. 10 p.

## **Mapeamento de processo – Elaboração de fluxograma do processo entre as Instituições de Ensino Superior com a SMS de acolhimento das Residências**

Franciele Espíndula  
Jorge Braun Neto  
Larissa Benner Gohring  
Rubens Lima Moraes.

### **1. INTRODUÇÃO**

Este relatório é resultado das atividades de consultoria de procedimentos realizada no Departamento de Ensino e Serviço em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis.

Esta atividade de consultoria faz parte do Trabalho Interdisciplinar realizado na disciplina do 8º termo do curso de Administração Pública, nas disciplinas de Teoria e Prática da Administração de Serviços Públicos, ministrada pela professora Sullivan Desirée Fischere de Sistemas de *Accountability*, ministrada pela professora Paula Chies Schommer.

As atividades de consultoria estão relacionadas a chamada Integração Ensino- Serviço, que se constitui no fato de que hoje, o sistema municipal de saúde vem desempenhando a função de "sala de aula" e "laboratório" para diversos cursos de diferentes áreas de formação, trazendo novos valores, objetivos e peculiaridades para a gestão da rede municipal de saúde.

Do diagnóstico resultou a demanda pelo mapeamento dos macroprocessos de atividade de Integração Ensino-Serviço e dos microprocessos: cadastramento de professores, descadastramento de professores e arquivamento. Do mapeamento destes processos, resultou a elaboração de e formulários, instrução normativa e o esboço de um sistema de avaliação.

## 2. DESCRIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis se constitui, através dos seguintes órgãos abaixo relacionados:

Pelo Gabinete do Secretário;

Pelo Conselho Municipal;

Pelo Secretário Adjunto;

Pelas Assessorias: jurídica; comunicação; vigilância; e técnicas;

Pela Diretoria de Atenção Primária a Saúde;

Pela Diretoria de Planejamento, Informações e Captação de Recursos; Pela Diretoria de Vigilância em Saúde; Bem Estar Animal;

Pela Diretoria das Unidades de Pronto Atendimento;

Pela Diretoria de Média Complexidade, Assuntos Especiais e Ações Regionais;

Pela Diretoria do Fundo Municipal de Saúde e Logística;

Pela Diretoria de Alta Complexidade, Controle e Auditoria;

E pela Diretoria das Policlínicas.

Além destas diretorias e órgãos, diversas gerências compõem a estrutura organizacional da Secretaria. Assim como vinculado a tal unidade de trabalho está o Departamento de Ensino e Serviço em Saúde, área na qual está sendo realizada esta atividade de consultoria. De acordo com o Regimento Interno da Secretaria de Saúde, cabe a este departamento, segundo o art. 24:

I. Estabelecer diretrizes, acompanhar e avaliar procedimentos e instrumentos referentes à avaliação de desempenho dos trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde.

II. Articular e participar das relações interinstitucionais e intra-institucionais de integração ensino-serviços;

III. Participar da articulação de trabalho de Educação Permanente;

IV. Participar das reuniões colegiadas, através de representação, sempre que convocado, colaborando para a solução de problemas pertinentes à sua área;

V. Promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios do SUS.

IV. Colaborar na formação e capacitação de profissionais no âmbito da saúde, através de programas articulados entre a SMS e Instituições de Nível Superior.

Vale salientar que o Departamento de Ensino e Serviço em Saúde não está contemplado no organograma oficial da organização. Como não há uma vinculação hierárquica, nem pelo organograma, nem constante no Regimento Interno a prestação de contas das atividades desenvolvidas pelo Departamento são monitoradas sem a devida formalidade, no sentido da apreciação de resultados. Resultante dessa situação percebe-se que as atividades desenvolvidas ficam obscurecidas dentro do processo formal da Secretaria, desfavorecendo sua participação em ações mais abrangentes dentro da SMS.

Face a isto e ao número reduzido de servidores, o Departamento tem concentrado suas atividades mais à integração Ensino-Serviço em saúde, e suas diversas interações que a outras atividades, conforme apresentaremos a seguir.

### **3. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA**

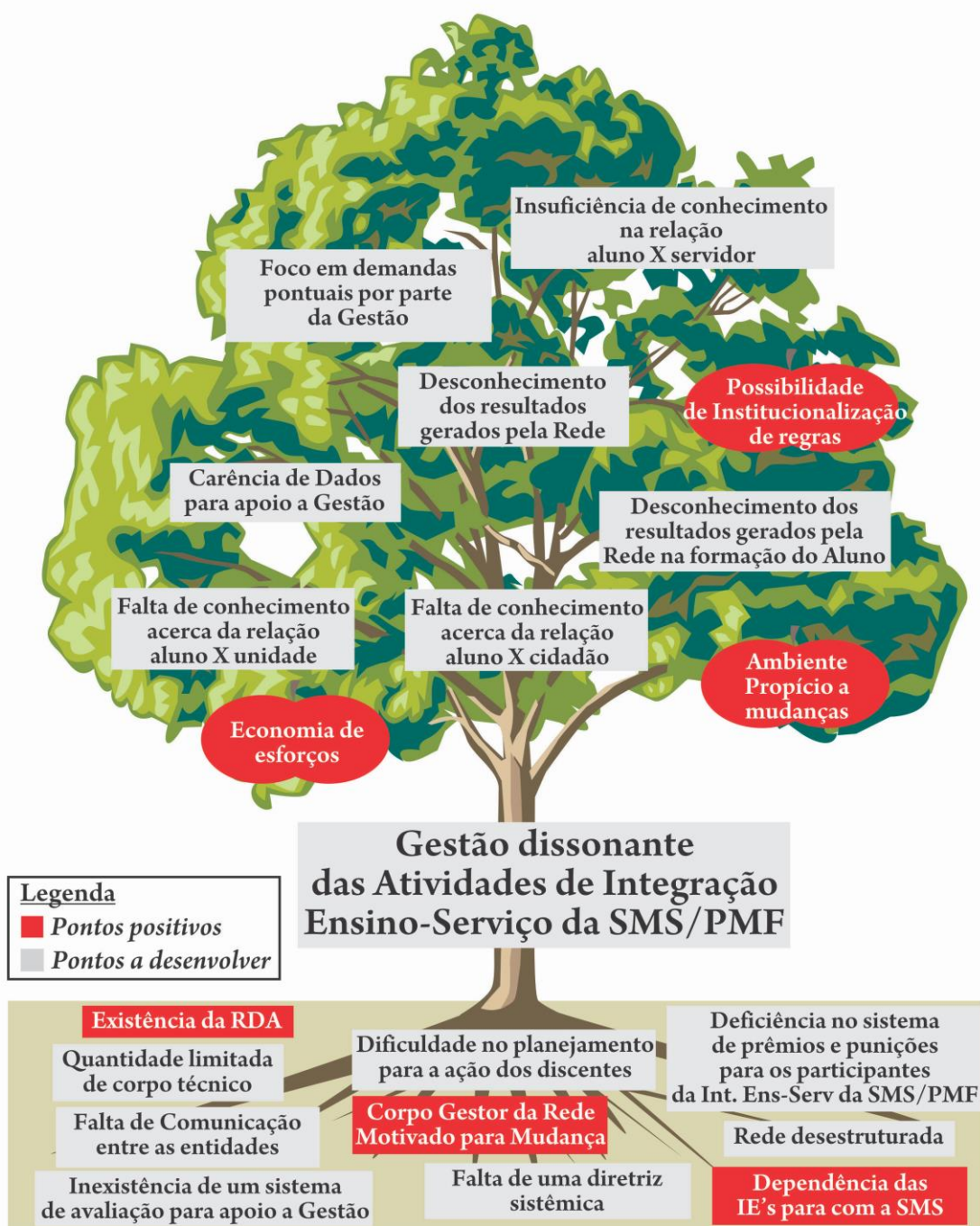
O diagnóstico foi realizado a partir da árvore de prioridades, que busca, segundo Armani (2004), identificar os principais problemas concretos enfrentados pelo Departamento e quais as suas reais causas, de modo que se obtenha uma cadeia causal. O objetivo desta metodologia é propiciar um ciclo duplo de aprendizagem – *double loop learning* - onde as pessoas aprendem a visualizar o problema de forma sistêmica, aprendendo não somente a concertá-lo, mas também a perceber o verdadeiro motivo pelo qual ele ocorre, ou seja, aprendem a aprender.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com gestor principal da área e uma docente participante da Rede Discente Assistencial – RDA.

Para o diagnóstico das oportunidades de melhoria dentro do Departamento de Ensino e Serviço em saúde, optou-se por realizar entrevista com a responsável pelo mesmo, juntamente com uma docente participante da rede de integração de ensino-serviço.

Figura 01 - Árvore de Prioridades

## Árvore de Prioridades DEPARTAMENTO DE ENSINO E SERVIÇO EM SAÚDE



Fonte: Construção dos Acadêmicos a partir de Armani (2004), 2012.

### **Problema central**

Gestão Dissonante das Atividades de Integração Ensino-Serviço da Secretaria Municipal de Saúde.

### **Causas:**

#### Pontos positivos

- Existência da Rede Discente Assistencial;
- Corpo gestor da rede motivado para mudança;
  - Dependência das Instituições de Ensino para com a Secretaria Municipal da Saúde.

#### Pontos a desenvolver

- Quantidade limitada de corpo técnico;
- Falta de comunicação entre as entidades;
- Inexistência de um sistema de avaliação próprio para gestão;
- Falta de uma diretriz sistêmica;
- Dificuldade no planejamento para a ação dos discentes;
- Deficiência no sistema de prêmios e punições para os participantes da Integração de Ensino-Serviço em Saúde da Secretaria Municipal.

### **Consequências**

#### Pontos positivos

- Economia de esforços;
- Ambiente propício a mudanças;
- Possibilidade de institucionalização de regras.

#### Pontos a desenvolver

- Foco em demandas pontuais por parte da gestão;
- Carência de dados para apoio à gestão;
- Falta de conhecimento acerca da relação aluno X unidade;
- Falta de conhecimento acerca da relação aluno X cidadão;
- Desconhecimento dos resultados gerados pela rede na formação do aluno;
- Desconhecimento dos resultados gerados pela rede;



➤ Insuficiência de conhecimento na relação aluno X servidor.

Como problema central, identificou-se uma gestão dissonante da Rede Discente Assistencial da Secretaria Municipal de Saúde. Não há uma noção clara da inter-relação das atividades meio às atividades finalísticas do setor no âmbito da atividade de integração ensino-serviço. Uma das causas deste problema central é a falta de corpo técnico, que está limitado à gestora responsável pelo Departamento e a um estagiário, ocasionando dificuldade em articular todas as demandas de forma eficiente.

Outra causa seria a deficiênciano sistema de comunicação entre as entidades. Atualmente, os esforços do Departamento estão voltados para a Rede Discente Assistencial, que se constitui em convênio assinado entre Universidade Federal de Santa Catarina e a SMS. Contudo, a Integração Ensino-Serviço não se resume a esta rede, o que distancia e dificulta o planejamento integrado das ações dos discentes, docentes e das próprias unidades de saúde.

Com base no problema central apresentado e suas causas, outros pontos surgem:

- a necessidade de uma diretriz sistêmica que consiga reunir todas as instituições de ensino com a SMS, de modo a estruturar a rede;

- a necessidade de um sistema de avaliação para apoio a gestão, não havendo um controle dos resultados;

- a urgência por regras que definam com clareza prêmios e punições entre as instituições que compõem a Integração. A falta de regras dificulta o controle administrativo-financeiro e de resultados sobre as atividade.

Em relação aos pontos positivos que contribuem para a mudança do cenário, podemos citar:

- a existência da Rede Discente Assistencial junto à UFSC, enquanto proposta de modelo de sistema;

- a gestora do Departamento é motivada para mudança;

- as instituições de ensino têm uma dependência da rede municipal de saúde para inserção de seus discentes, no intuito do desenvolvimento de

atividades práticas obrigatórias no processo de formação acadêmica.

Estas são as causas da problemática central. As consequências identificadas, garantindo a cadeia causal são:

A falta de um sistema de avaliação, de um plano de ação, de uma diretriz sistêmica e de um sistema de prêmios e punições, leva ao desconhecimento dos resultados gerados pela Integração Ensino-Serviço, tornando obscurecido como se dão as seguintes relações e resultados:

relação discente-unidade de saúde (US):

- de que forma o trabalho desenvolvido pelos alunos impacta nas atividades diárias da US?
- de que forma a US colabora na formação do aluno?;

relação discente-servidor:

- de que forma a experiência do servidor influencia na formação do aluno?
- de que forma a experiência com o aluno enriquece a capacidade profissional do servidor?

relação aluno-cidadão:

- de que forma o cidadão vê a inserção do aluno na Rede Municipal de Saúde?
- como são realizadas os procedimentos dos alunos no atendimento aos cidadãos?
- cabe salientar que o desconhecimento desta relação enfraquece o controle do cidadão sobre as atividades de Integração Ensino-Serviço.

resultado gerado pela Rede na formação do aluno:

- como a instituição de ensino avalia o trabalho desenvolvido pelo aluno dentro da Rede?

A falta de um sistema de avaliação para monitorar, acompanhar e avaliar as atividades, resulta em um planejamento frágil, realizado sem dados concretos sobre as

atividades.

Todavia, outra conseqüência é o foco no atendimento de demandas pontuais, “apagando incêndios” quando os mesmos aparecem resultando em retrabalho.

Assim como nas causas, a mudança na realidade, apresentada nas conseqüências, também é facilitada por fatores ditos positivos, quais sejam:

o fato de existir um modelo institucional (RDA), facilita a institucionalização de regras dentro da Rede;

além da gestora, a própria Secretaria busca desenvolver atividades com outros órgãos e empresas para melhorar seus processos internos, o que torna o ambiente da SMS propício a mudança.

#### **4. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO**

A partir do diagnóstico realizado, optou-se por mapear o processo de Integração Ensino-Serviço, tendo em vista as causas supracitadas, pois através da reflexão necessária para efetivar este mapeamento, o próprio processo em si se torna alvo de uma reflexão. Para o mapeamento dos processos, utilizou-se da ferramenta de fluxograma.

Um fluxograma é uma figura feita com símbolos padronizados e textos devidamente arrumados para mostrar a sequência lógica de passos de realização dos processos ou de atividades. Mostrando-se assim, um valioso canal de informação.

O objetivo do uso dessa ferramenta para é a interpretação, visualização concreta e prática do conjunto de processos existentes no departamento. Sua aplicação foi feita para identificar os macroprocesso e microprocessos relacionados as atividades de Integração Ensino-Serviço, alvos deste trabalho.

O uso desta ferramenta possibilita uma série de vantagens, dentre elas: a visão de conjunto e integração entre processos; a visualização de detalhes e pontos críticos do processo; identificação do fluxo do processo e das interações entre sub- processos;

identificação dos pontos de controle e identificação das inconsistências e pontos frágeis.

A partir do mapeamento do processo constatou-se a necessidade padronização de formulários para promover controle e possibilitar um melhor planejamento e organização das atividades de forma racional.

Também se mostrou importante definir uma proposta de sistema de avaliação, de modo a integrar os diferentes atores participantes das atividades de Integração.

Por fim, objetivando a implementação de um sistema de prêmios e punições, foi elaborado uma proposta de Instrução Normativa (IN).

## **5. AÇÕES PRIORIZADAS E SUA IMPLEMENTAÇÃO**

Com a identificação das alternativas de solução, os seguintes produtos foram entregues:

### **1) Mapeamento de macroprocesso**

Conforme apontado, pela realidade organizacional e de gestão, na qual está inserido o Departamento, optou-se por priorizar a reflexão acerca dos macroprocessos do que propriamente a sua aplicação no *software* utilizado pela Secretaria, que na visão dos consultores, não atende às necessidades no cenário atual. Os seguintes processos foram mapeados:

Processo de planejamento das atividades de Integração Ensino-Serviço;

Processo de acompanhamento das atividades de Integração Ensino-Serviço;

Processo de avaliação das atividades da Integração Ensino-Serviço;

### **2) Mapeamento de microprocesso**

A mesma observação do item anterior é válida para este item. Os seguintes processos foram mapeados:

Processo de arquivamento;

Processo de cadastro de professores;

Processo de descadastramento de professores;

### 3) Formulários

Levando-se em conta as demandas que surgiram com a reflexão feita no mapeamento dos processos, estão sendo propostos os seguintes formulários padrões:

**Demanda semestral das instituições de ensino:** Este formulário tem como objetivo alimentar com informações das necessidades das instituições de ensino em relação ao planejamento das atividades da Integração Ensino-Serviço;

**Alocação dos discentes:** Visa, a partir da demanda semestral, o Departamento alocar os discentes conforme a possibilidade física e humana da rede, encaminhando este formulário para as instituições de ensino;

**Alocação dos servidores:** proporcionará de acordo com a demanda semestral, alocar os discentes que necessitam de supervisão de profissional da saúde, encaminhando este formulário para os coordenadores de Distrito de Saúde;

**Planejamento cursos X unidade de saúde:** objetiva apresentar a divisão dos cursos e das atividades a serem realizadas em cada unidade de saúde, a partir de um cronograma, de encaminhamento para as unidades de saúde e instituições de ensino;

**Cadastro dos professores:** Objetiva manter atual os dados dos docentes que desenvolvem atividades na Rede Municipal de Saúde e que devem estar cadastrados no Sistema Gerencial de Recursos Humanos – SIGRH da Secretaria Municipal de Saúde, de modo a poderem efetuar seus cadastros no InfoSaúde - Sistema Gerencial de Atendimentos da SMS; **Frequência Discente:** tem por objetivo garantir o controle sobre a real presença dos discentes nas US;

Relatório Discente Mensal: Sua finalidade é obter dados sobre as atividades desenvolvidas pelos discentes para o seu monitoramento.

#### 4) Esboço do Sistema de Avaliação

Em decorrência dos processos, elegeram-se os seguintes atores como *stakeholders* que devem ser considerados na avaliação das atividades da Integração Ensino-Serviço, quais sejam:

Discentes: deseja-se conhecer informações, na visão deste ator, acerca do seu planejamento para a realização das atividades, de seu professor e supervisor, da estrutura física da unidade de saúde, da sua relação com a equipe e da importância do processo de Ensino-Serviço e sua formação;

Docentes: pretende-se coletar informações em dois aspectos

1. Desempenho do grupo nas atividades: planejamento das atividades, estrutura física na unidade de saúde, relação dos alunos com a equipe;
2. Desempenho individual do aluno: em termos de assiduidade, pontualidade, conhecimento na área, habilidades técnicas, responsabilidade, iniciativa e interesse, aceitação de críticas, postura, autocontrole, segurança do trabalho e pró-atividade.

Coordenador da Unidade de Saúde: deste ator, deseja-se identificar acerca do desempenho coletivo dos alunos na Unidade de Saúde, em relação à turma, à participação do professor, à equipe, bem como promover uma reflexão sobre o impacto das atividades da Integração Ensino-Serviço;

Cidadão: objetivando-se fortalecer um instrumento de controle social, deseja-se reter a visão do cidadão sobre o processo. Juntamente com o formulário de avaliação, está sendo proposto um modelo de placa para facilitar a visualização do instrumento.

Além de avaliarem, também foram utilizadas estratégias para que todos possam contribuir de alguma maneira no aprimoramento contínuo dos processos de Integração Ensino-Serviço.

#### 5) Instrução Normativa

Com o intuito institucionalizar as atividades que cada ator envolvido no processo deve cumprir, dando um caráter jurídico-institucional, está se propondo uma Instrução Normativa. Importante dentro deste contexto que a definição de regras claras e publicizadas, em um sistema de gestão, vêm a promover uma reflexão sistêmica acerca das atividades de Integração Ensino-Serviço, agregando diferentes formas de controle, planejamento, organização e avaliação da gestão.

## 6. RESULTADOS ALCANÇADOS E PERSPECTIVAS

Esta consultoria teve como objetivo promover: (1) reflexão acerca da realidade junto à gestora; (2) promover uma sinergia para tornar a gestão das atividades da Integração Ensino-Serviço mais consonante, alinhando instrumentos, meios e energias. A partir desses objetivos tentou-se instrumentalizar a gestão

com uma gama ferramental administrativo, bem como fazê-lo de forma participativa com a gestão do Departamento.

Por mais que se tenha avançado em diversos sentidos que apresentamos neste relatório, existem ainda outros pontos que necessitam ser exploradas, tais como:

Mapear os microprocessos que integram os macroprocessos já mapeados;  
Desenvolver um sistema informatizado de modo a congregar e dar celeridade aos processos no Departamento, catalisando a participação dos diferentes atores envolvidos;

Articular um sistema mais completo de avaliação;

Desenvolver um guia de orientação para preenchimento dos formulários;  
Viabilizar uma avaliação de impacto do processo de Integração Ensino-Serviço;

Promover sensibilização dentro das Unidades de Saúde acerca da importância do processo de Integração Ensino-Serviço;

Promover o treinamento dos diferentes atores para efetivar as mudanças propostas por esta consultoria.

## 7. AVALIAÇÃO GERAL DO GRUPO SOBRE PROCESSO

O administrador público tem como função promover à chamada coprodução dos bens públicos. Esta produção não se restringe ao fato em si, mas sim na capacidade de articular, induzir, conduzir e transformar instituições, pessoas, recursos e redes na coprodução destes bens. Esta produção do bem público pode se dar em diferentes *locos* da tríade Estado-Mercado-Sociedade Civil. Talvez um dos espaços mais propícios para atuação do administrador público seja no âmbito das organizações governamentais. Esta atuação pode se dar tanto na gestão de linha, como no desempenho de atividades de *staff*. Uma das formas de atividade de *staff* é o de consultor.

Denhardt e Baker (2007) propõem como uma peculiaridade da administração pública a dicotomia entre teoria e prática. Para alunos como nós, que sempre tivemos uma formação alinhada ao paradigma da teoria, desenvolver um trabalho como este foi um grande desafio, que se apresentou ao nosso grupo.

A oportunidade que tivemos de realizar esta atividade junto à Secretaria Municipal de Saúde vem justamente ao encontro desta tentativa de alinhar a teoria com a prática.

Apresentados, então, ao tema a ser trabalhado junto ao Departamento de Ensino-Serviço em Saúde, buscamos desenvolver uma relação estreita, primando pela confiança mútua, sinceridade e demonstrando um real interesse acerca da temática, buscamos construir um processo de consultoria de procedimentos, no qual tentamos promover um aprendizado junto à gestão do Departamento, bem como nosso auto-aprendizado.

Internamente, nosso grupo sempre esteve articulado e interessado em desenvolver um bom trabalho. Um indicador disso foram às diversas reuniões realizadas além do período de aula.

Por fim, salientamos a importância desta experiência na nossa formação



acadêmica, que também se constitui em um caso de integração Ensino-Serviço, pois utilizamo-nos da Rede Municipal de Saúde para promover este trabalho.

## REFERÊNCIAS

ARMANI, Domingos. **Como Elaborar Projetos Sociais?** Guia Prático para Elaboração de Projetos Sociais. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2004.

DENHARDT, Robert B.; BAKER, David L. Five Great Issues in Organization Theory. In: **Handbook of Public Administration**. RABIN, Jack; HILDRETH, W. Bartley; MILLER, Gerald. 3 ed. Boca Raton: Taylor e Frances, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Regimento Interno da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**. 2012.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. **Regimento Interno da rede docente-assistencial de Florianópolis Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis**. 2012.

SITE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/>> Acessado em: 27 mai. 2012.

## **APÊNDICES**

Apêndice A - Demanda semestral das instituições de ensino;

Apêndice B - Formulário de Alocação de Discentes

Apêndice C - Formulário de Alocação de Servidores

Apêndice D - Formulário de Frequência

Apêndice E - Cronograma Cursos X Unidade de Saúde

Apêndice F - Cadastro de Professor no SIGRH

Apêndice G - Relatório discente Mensal e Avaliação Discente Semestral

Apêndice H - Ficha de Avaliação por parte da Comunidade

Apêndice I - Placa a ser fixada para divulgar a avaliação da Comunidade

Apêndice J - Avaliação do Coordenador da Unidade de Saúde

Apêndice L - Avaliação Docente acerca do Processo

Apêndice M - Avaliação Docente dos discentes (individual)

Apêndice N - Macroprocesso de Planejamento das Atividades de Integração  
Ensino-Serviço

Apêndice O - Macroprocesso de Acompanhamento das Atividades de Integração  
Ensino-Serviço

Apêndice P - Macroprocesso de Avaliação das Atividades de Integração  
Ensino-Serviço

Apêndice Q - Microprocesso de Arquivamento

Apêndice R - Microprocesso de Cadastro de Professor no SIGRH

Apêndice S - Microprocesso de Descadastramento de Professor no SIGRH

Apêndice T - Proposta de Instrução Normativa.