

Aplicação do Modelo de Excelência em Gestão Pública em hospitais da rede estadual do Ceará

**Maria de Marilac Coelho Rocha
Silvia Kataoka de Oliveira
Paulo César de Sousa Batista
Laodicéia Amorim Weersma**

INTRODUÇÃO

O desempenho das organizações tem-se constituído em uma das grandes preocupações dos estudos de gestão, particularmente do campo da estratégia empresarial. Afinal, todo o esforço que existente no seio das organizações só faz sentido se contribuir para a melhoria do desempenho. Embora tenha se tornado um assunto crescentemente popular, a medição de desempenho envolve questões que não são triviais, divergência e variedade de perspectivas e carece do avanço dos métodos e práticas.

Grande parte das contribuições da literatura, nos campos teóricos e empíricos, é feita tendo as empresas privadas como referência ou objeto de estudo e, portanto, se dão no contexto dos mercados e presididas por noções de concorrência e competitividade.

As contribuições e experiências de avaliação no setor público, portanto, são escassas. Isto torna a gestão dessas organizações ainda mais complexa e difícil, em vista do princípio já consagrado que não se pode gerir aquilo que não se mede.

Além disso, as empresas públicas são organizações movidas por missão e propósitos sociais, não tendo, na ausência de uma visão clara desses resultados e da avaliação do grau em que são obtidos, não gozam do benefício de serem orientadas pela dinâmica do mercado e de objetivos simples de lucratividade.

Em vista disso, um esforço de avaliação da gestão pública tem sido feito em todo o mundo. No Brasil, essa experiência ocorreu pela aplicação, com adaptações importantes, dos princípios da excelência e da fundamentação do Programa Nacional de Qualidade para o Setor Privado – PNQ. Surgiu, por essa via, o Modelo de Excelência da Gestão Pública, desenvolvido no âmbito da GESPÚBLICA, que produziu um sistema de avaliação que vem sendo aplicado em organizações públicas de todo o país, em todos os setores.

Nesse contexto, este artigo procura analisar, apresentando os resultados finais obtidos, a experiência de avaliação de oito hospitais públicos no Ceará, experiência das mais relevantes não apenas pelas lições do processo em si, como das implicações dos resultados para a gestão em área de grande impacto social.

Metodologicamente, o artigo tem orientação neopositivista e corresponde a um estudo de caso múltiplo. A investigação no campo envolveu levantamento de documentos, entrevistas, aplicação de questionários e foi orientada pela busca de informações na seguinte estrutura: i) Caracterização das unidades de análises; ii) Etapas da implementação da autoavaliação nos hospitais da rede pública do Ceará e; iii) Melhoria da Gestão face a utilização do Modelo de Excelência em Gestão.

O desenvolvimento do trabalho é feito em cinco capítulos, além da introdução e a conclusão. O primeiro capítulo apresenta o setor público de saúde. O segundo analisa o conceito de desempenho organizacional e sua aplicação nas organizações de saúde. O terceiro capítulo trata da avaliação do desempenho no setor público do Brasil, analisando os princípios e fundamento do Modelo de Excelência da Gestão desenvolvido pela GESPÚBLICA. O quarto capítulo descreve a metodologia do trabalho e quinto apresenta os resultados do estudo múltiplo de caso.

1. O SETOR PÚBLICO DE SAÚDE

O conceito de saúde foi entendido, por muito tempo, de maneira restrita, entendido basicamente como a ausência de doença. Contudo, a Organização Mundial de Saúde ampliou esse conceito para contemplar o bem-estar físico, mental e social das pessoas. Assim, o cuidado com a saúde mostrou-se mais amplo, exigindo a consideração de ações intersetoriais e interdisciplinares que criassem condições de vida saudável para todas as pessoas (TANCREDI, 2002).

Dessa forma, a carta de Ottawa, elaborada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, explica esse conceito ampliado de saúde e destaca que a promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 1996).

Em paralelo a este conceito que tem se tornado um consenso, a evolução da assistência à saúde tem ainda sido acompanhada de uma elevação da complexidade das ações e dos altos custos dos procedimentos envolvidos.

Oliva e Borba (2004), argumentaram que os gastos com saúde no mundo, em 1990, chegaram a aproximadamente 1,7 trilhões de dólares americanos, equivalente a 8% do produto mundial. Os autores apontam os resultados de um estudo feito entre 1970-90, que avaliou a realidade de oito países do primeiro mundo¹, onde se observou um crescimento de 6,5 vezes nos custos com saúde, enquanto o PIB desses países passou de 5,8% para 8,2%, em média.

Esses dados evidenciam a crise que tem se instalado no sistema de saúde em todo o mundo, que além de ter seus custos cada vez mais elevados, ainda contempla um aumento crescente no número de excluídos do sistema.

Nesta perspectiva, diante dos recursos escassos frente à demanda crescente por serviços, os setores, público e privado, buscam racionalizar seus custos com saúde procurando alternativas mais eficientes de produção de serviços, eliminando consumos desnecessários e selecionando bens e serviços mais adequados às suas atividades. Essa estratégia procura equilibrar os objetivos da equidade, da eficiência e da qualidade, sem deixar de buscar a capacidade de inovar e criar requisitos fundamentais à manutenção e ao desenvolvimento do bem-estar requerido pelos cidadãos (OLIVA; BORBA, 2004).

No Brasil, a estrutura da saúde pública tem sido construída com a participação do governo e da sociedade, passando por inúmeras transformações com vistas a superar as dificuldades e atender da melhor forma possível os anseios sociais.

¹ Canadá, Dinamarca, França, Alemanha, Holanda, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos.

Por essa razão, na Constituição Federal de 1988 foi aprovado a *reforma sanitária* brasileira, com o objetivo de reestruturar financeira, organizacional e institucionalmente o setor público de saúde sobre três eixos principais: i) transferir a responsabilidade da prestação da assistência à saúde do governo da União para os governos locais; ii) consolidar o financiamento e a provisão de serviços públicos de saúde orientando-os para a equidade, a universalidade e a integralidade da atenção; e, iii) facilitar a participação efetiva da comunidade no planejamento e controle do sistema de saúde (BRASIL, MS, 1987).

A reorganização institucional na saúde definida na Lei 8.080/90 e o processo de descentralização foram regulamentados por Normas Operacionais Básicas (NOB) aprovadas nas instâncias colegiadas da Direção Nacional do Sistema: a Comissão de Intergestão Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (MALIK; SCHIESARI, 2002). Assim, o sistema de serviços públicos de saúde é composto por provedores das três esferas de governo, assim concebidos: no nível federal, com o Ministério da Saúde (gestor nacional do SUS), os hospitais universitários do Ministério da Educação e os hospitais de serviços pertencentes às Forças Armadas e; nos níveis estadual e municipal, com ampla rede de estabelecimentos governamentais próprios (NOB 01/96).

Os serviços do SUS são classificados em três grupos: i) serviços assistenciais - voltados para os indivíduos ou coletividades e prestados em centros de atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar; ii) intervenções ambientais - compreendendo o controle de vetores e hospedeiros, o saneamento ambiental e as condições sanitárias dos ambientes de vida e trabalho; e, iii) políticas externas ao setor saúde - voltadas para os determinantes sociais do processo saúde-doença (OPAS, 1998). Nos serviços assistenciais os atendimentos recebidos pelos usuários em ambulatórios ou consultórios são classificados como serviços de atenção primária. Já nos serviços prestados por intermédio de instituições de médio porte, hospitais de distritos, a classificação passa a ser atenção secundária. No caso da atenção terciária, o atendimento é realizado em hospitais especializados (OLIVA; BORBA, 2004). Dependendo da complexidade, os serviços de assistência à saúde são executados em diferentes tipos de estabelecimentos conforme descritos no Quadro 1.

LOCAL DE ATENDIMENTO	ASSISTÊNCIA À SAÚDE
Posto de saúde	Faz atendimentos nos procedimentos mais simplificados, para uma população entre 500 e 2.000 habitantes, com profissionais de nível médio.
Centro de saúde	Realiza procedimentos mais complexos, conta com assistência médica com pouca tecnologia e disponibiliza profissionais de nível superior.
Unidade mista	Faz as atividades de um centro de saúde mais a internação, dispõe de mais recursos tecnológicos e equipe com médicos especialistas.
Policlínica	Apresenta atendimento ambulatorial especializado, só atuando nessa área.
Pronto-socorro	Atende situações de emergência e urgência médica, dispendo de recursos tecnológicos e humanos variados.
Hospital	Voltado principalmente para assistência médica em regime de internação, sendo alguns deles voltados para o atendimento especializado.

Os hospitais, objeto do estudo de caso deste artigo, são caracterizados como uma das mais complexas organizações da sociedade por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia para dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, além de ser um espaço de prática de ensino-aprendizagem e produção científica (AZEVEDO, 1993).

Essa complexidade pode ser explicada por uma série de características singulares à sua constituição formal e operacional conforme apresentam Gonçalves (1983); Darr (1997) apud Zobole (2004), onde destacam-se:

- a) A individualidade e a personalização que caracterizam seus serviços de atenção à saúde,
- b) A baixa importância econômica de suas atividades em relação ao valor social e humanitário que ele produz, e,
- c) A dificuldade da autoridade do gestor pela inexistência de uma única linha de comando.

Além dessas características, o hospital contempla um universo de diferentes tipos de recursos materiais e humanos que, na busca das finalidades de assistência, ensino e pesquisa, articulam-se em sistemas de lógicas totalmente distintas. Esses sistemas incluem o assistencial, voltado para os cuidados diretos à pessoa e marcado pela lógica da significação, e o administrativo, que utiliza a lógica racionalizadora típica de empresas, praticada por profissionais voltados ao provimento de recursos material, pessoal e financeiro, necessários ao atendimento das atividades-fim do hospital, “buscando pelo controle social e pelos meios de produção fazer frente aos altos custos, o que nem sempre constitui tarefa simples” (LÉVY e Col. 1981 apud ZOBOLÉ, 2004, p.35).

Defende ainda a autora que o interesse coletivo pela saúde faz com que o setor operacional na organização hospitalar concentre o poder sob o aspecto estrutural de uma burocracia profissional. Os padrões de seus procedimentos, princípios éticos e legais, são definidos e fiscalizados por entidades do governo e de diversas categorias profissionais externas ao seu ambiente, o que confere ao corpo técnico autonomia e independência da gerência estratégica. Isso contribui para que as organizações hospitalares, públicas ou privadas, estejam inseridas num ambiente complexo e singular que as condicionam a um funcionamento inadequado diante da lógica da característica de empresa de mercado.

Além disso, a pluralidade das partes interessadas no funcionamento de uma organização hospitalar é outra característica que merece destaque, por conferir complexidade pela diversidade de interesses, como destaca Nogueira (1994):

- a) **dos usuários** - que demandam assistência das mais variadas formas,
- b) **dos trabalhadores da saúde** - que buscam melhores remunerações e condições de trabalho,
- c) **dos acionistas, em se tratando de hospital privado** - que objetiva o lucro, ou de representantes da sociedade ou do Governo, no caso de organizações sociais ou públicas,
- d) **dos empresários que mantêm relação comercial com o hospital**, fabricantes e distribuidores de insumos, seguradoras e planos de saúde – que também visam o lucro; e, finalmente,
- e) **dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo** - que têm seus interesses focados nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde.

Ao considerar, portanto, essas características, Díaz (2003) propõe como metodologia mais efetiva para gestão dos hospitais, a construção de consensos para o estabelecimento de objetivos, metas e tomadas de decisões. Ele defende que a participação nesses consensos deve ser ampla, acontecendo em todos os níveis de gerência da instituição hospitalar, com o objetivo de melhorar a produção e humanizar a atenção. Para que essa melhoria aconteça, o grande desafio do Gestor Hospitalar é o desenvolvimento gerencial.

O autor ainda destaca que existe um distanciamento complexo entre os gestores e os profissionais da área que dificulta a evolução das instituições e aumentando os custos. Para reduzir, portanto, essa lacuna, uma das ações deve centralizar-se em melhorar a formação e o aperfeiçoamento dos gestores. Aliado a isto, deve-se buscar, principalmente, uma gestão profissional dos hospitais, com o compartilhamento das responsabilidades e das tomadas de decisões. Ações que, certamente, permitem o desenvolvimento da instituição como uma empresa de conhecimento e de relações humanas, de construção de missão e de visão compartilhada, impulsionada por valores institucionais onde as equipes de trabalho, com uma concepção sistêmica organizacional, estarão comprometidas a vencer os desafios para atingir as metas.

Além do enfoque da gestão, na questão da qualidade há um consenso no setor saúde que os programas de qualidade devam focar, além das condições de infraestrutura física, os processos e os resultados (VIEIRA; CARVALHO, 1999).

Nos últimos anos, os hospitais brasileiros têm procurado melhorar seus processos de gestão tentando mudar a imagem de instituição desqualificada para o atendimento à população usuária, que muitas vezes enfrenta a realidade de não ter sua necessidade atendida de maneira satisfatória. Em função da conscientização da população em relação aos seus direitos e da cobrança do governo sentindo-se pressionado por seus eleitores, os hospitais começam a implementar melhorias nos processos de gestão, buscando resgatar a credibilidade e o respeito de seus serviços e de seus profissionais. Assim, motivados por esse objetivo, os hospitais começaram a aderir aos programas de qualidade.

Corroborando com esse entendimento, Novaes (1998) apud Azevedo (2002, p.3) afirma que “o desenvolvimento de Programas de Garantia de Qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral”.

Para o autor, existem, no mínimo, quatro formas de avaliar e atestar qualidade dos serviços de uma instituição hospitalar no Brasil. A primeira delas é composta por um conjunto de procedimentos burocráticos que habilita a organização para o funcionamento na área de saúde.

A segunda forma de avaliação acontece no momento de classificar os serviços que são prestados pela instituição. A terceira forma de avaliação acontece por meios dos **Programas de Autoavaliação** (pesquisa “*in loco*”) onde são monitoradas as atividades hospitalares, baseadas em critérios aceitáveis e explícitos de desempenho.

Finalmente, há a Acreditação Hospitalar que é o método de avaliação externa dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos.

O objetivo de todas essas práticas é garantir a qualidade da prestação dos serviços hospitalares aos cidadãos usuários, incentivando as organizações de saúde à contínua busca de melhoria em seus processos.

No caso das organizações públicas, a melhoria na gestão pode ser identificada por meio do Prêmio Nacional de Gestão Pública (PQGF), sendo este um Prêmio Qualidade do Governo Federal cuja finalidade é reconhecer e premiar as organizações públicas que comprovem alto desempenho institucional, tomando-se por base o Modelo de Excelência em Gestão Pública – MEGP, do GESPÚBLICA.

2. CONCEITO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E SUA APLICAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

O sistema de medição de desempenho tem por objetivo estabelecer o grau de evolução, estagnação ou involução dos processos e atividades de uma empresa, assim como o grau da adequação ao uso de seus bens e serviços. Ele deve fornecer informação adequada e no momento preciso, a fim de prover ações preventivas e/ou corretivas que levem à conquista de metas e objetivos da empresa (MOREIRA, 1996).

Para Bond *et al.* (2001), o desempenho das organizações é o produto da análise de todas as atividades de uma empresa, desde a formulação das estratégias até a análise de ações e resultados alcançados. Portanto, o gerenciamento do desempenho pode indicar se as empresas irão ou não conseguir atingir as metas estabelecidas.

Contudo, para gerenciar o desempenho de uma organização há necessidade de um sistema de medição que permita o monitoramento, manutenção e controle das atividades; além de viabilizar o seu crescimento e aprimoramento contínuo. É atribuído aos indicadores o controle das operações, que tem por objetivo conhecer e identificar pontos críticos para o desempenho e para o gerenciamento das melhorias e mudanças (BOND, 2001).

Ademais, essas mudanças fizeram com que introduzissem medidas quantitativas e qualitativas em seus controles, que permitissem avaliar seu desempenho relativo a essas novas dimensões competitivas.

Kaplan e Norton (1996) destacam que o sucesso de um sistema de medição de desempenho tem haver com o respeito aos princípios de: i) medir somente as coisas que indiquem o sucesso organizacional, ii) manter um conjunto de medidas equilibradas, considerando as perspectivas das pessoas que tomam decisões, iii) incentivar a participação sobre o que deve ser medido, envolvendo os funcionários na configuração e implementação do quadro de indicadores de desempenho; iv) alinhar os objetivos e as estratégias organizacionais com as medidas; e v) orientar os esforços para cumprimento das metas estabelecidas.

De acordo com Gonçalves (2002), uma característica fundamental nas organizações é saber aplicar bem os indicadores para a medição de desempenho, possibilitando um maior conhecimento dos processos relacionados aos pontos críticos de sucesso e permitindo uma avaliação contínua da eficiência dos processos e das pessoas. Dessa forma a gestão organizacional deve estar fundamentada nos resultados apresentados por seus indicadores de desempenho.

Esse princípio aplica-se igualmente nas organizações privadas e públicas, mas no caso dessas últimas organizações, o processo de avaliação é mais complexo, pois deve ainda considerar os resultados sociais gerados.

3. AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO SETOR PÚBLICO BRASILEIRO - MODELO DE EXCELÊNCIA DE GESTÃO (MEGP) DO GESPÚBLICA

No Brasil, as organizações públicas têm focado a avaliação de gestão, quase que exclusivamente, nas funções de controle com ênfase no cumprimento dos requisitos legais, principalmente aos que dizem respeito ao uso dos recursos financeiros. O objetivo dessa avaliação praticamente se resume na análise dos resultados obtidos entre o orçamento previsto e o executado (LIMA, 2007).

O autor destaca que, apesar desse tipo de avaliação ser necessário, ele é muito restrito, pois não considera os objetivos e os resultados de longo prazo que são essenciais a uma avaliação de gestão. O cumprimento restrito de metas financeiras não garante o cumprimento dos objetivos da organização e nem promove o impacto sócio-econômico pretendido.

Sá (2005) destaca que a dificuldade em avaliar a gestão pública deve-se à existência de muitos fatores intangíveis, peculiares às organizações públicas, que dificultam a identificação de indicadores para aferição. Isso faz com que a natureza da avaliação no setor público se diferencie do setor privado, tornando-se necessária a utilização de modelos distintos. No Quadro 2 são apresentadas algumas dessas diferenças.

Característica	Administração Pública	Administração Privada
Objetivo	Regida pela supremacia do interesse público	Conduzida pela autonomia da vontade privada
Publicidade	Necessidade de controle social que implica em garantia da transparência	Preservação e proteção dos interesses dos dirigentes e acionistas
Pessoas	Tratar todos igualmente e com qualidade	Pode usar estratégias de segmentação de “mercado”, diferenciando o atendimento de seus clientes
Receita	Busca gerar valor para a sociedade	Busca o lucro financeiro
Mantenedores	Depende de contribuições compulsórias de cidadãos e empresas	Recursos particulares com interesses capitalistas
Legislação	Só pode fazer o que a lei permite	Pode fazer tudo que a lei não proíbe

QUADRO 1: características Distintas entre Administração Pública e Privada

Fonte: Adaptado do IAPG (2008/2009) – GESPÚBLICA.

Para a medição do desempenho organizacional, Rummeler e Barche (1994) definem três níveis possíveis de avaliação. O primeiro nível diz respeito ao gerenciamento da organização, o segundo nível, ao gerenciamento dos processos e, o terceiro nível, ao gerenciamento do trabalho dos executores.

Já para um sistema de avaliação de resultados da gestão pública, Ospina (2002) sugere um modelo composto de três enfoques de análise: macro, médio e micro. O macro trataria do desempenho do governo na implementação de suas políticas públicas, o médio consideraria o desempenho das organizações públicas e o micro mediria a contribuição produzida pelo desempenho dos servidores no cumprimento da missão.

Além disso, Ospina (2002) ainda destaca a diferença entre os termos “medição do desempenho” e “gestão do desempenho”, mostrando que o primeiro se refere à criação de um sistema de indicadores com mecanismos de medição para aferir o desempenho das políticas, organizações e servidores públicos; e o segundo se refere ao uso dessas informações no momento da tomada de decisão dos gestores das organizações.

O aprendizado gerado quando se usa os indicadores de desempenho de maneira sistemática e correta, consiste na diferença entre medição e gestão do desempenho. A maior dificuldade a ser enfrentada consiste na criação de uma cultura organizacional que torne esse exercício uma prática de gestão.

Lima (2007) defende que avaliar um sistema de gestão consiste em verificar a aderência entre a composição, direcionalidade, princípios e características de um sistema-modelo.

O autor explica que a composição diz respeito aos elementos que integram o sistema-modelo: a direção é caracterizada pelo tipo de liderança; o planejamento requer planos e estratégias; o cidadão e a sociedade são os mantenedores e destinatários dos serviços da organização; a gestão corporativa da informação e do conhecimento devem servir de base para a tomada de decisões; a força de trabalho deve ser motivada e capacitada para exercer suas funções; os processos devem ser eficientes; e os resultados devem atender aos objetivos da missão da organização.

A direcionalidade do modelo significa que todos os elementos internos da organização estão focados nos mesmos fins, com eficiência e eficácia. O último nível de aderência que trata dos princípios e características representa a natureza do modelo de referência - sistema de gestão de classe mundial, e suas peculiaridades.

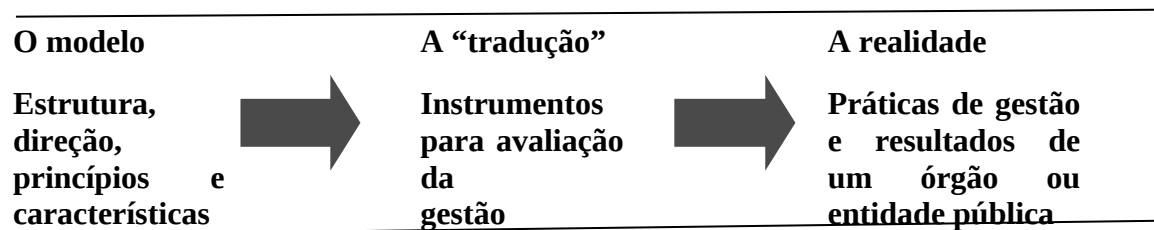


FIGURA 1: Avaliação do Sistema de Gestão.

Fonte: LIMA (2007, p.101).

No Brasil, o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, por meio do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA, em linha com essas teorias, buscou ter como referência um modelo de gestão focado em resultados e orientado para o cidadão.

Esse modelo de excelência em gestão se baseou em modelos de padrão internacional, expressando o entendimento vigente sobre o “estado da arte” da gestão contemporânea.

Ele foi concebido partindo-se da premissa de que a administração pública tem que ser excelente sem deixar de considerar sua natureza pública. Denominado de Modelo de Excelência de Gestão Pública – MEGP, o modelo da GESPÚBLICA é um sistema gerencial constituído de oito partes interligadas, organizadas em 4 blocos, que se relacionam de forma harmônica e integrada, para orientar a adoção de práticas de excelência em gestão e gerar resultados para a melhoria organizacional. (Figura 2). O sistema tem o Ciclo PDCA como referência teórica.

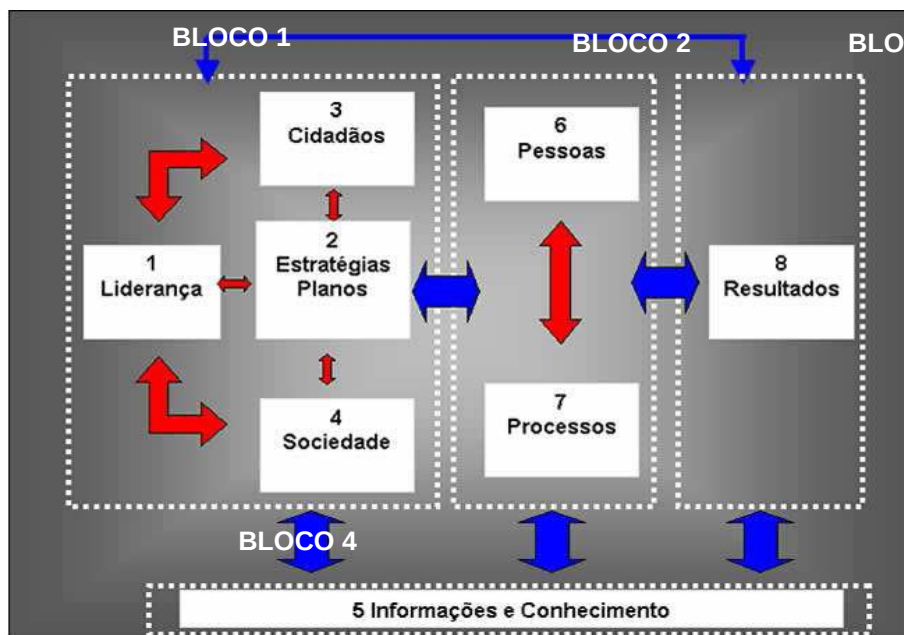


FIGURA 2: Representação do Modelo de Excelência em Gestão Pública, em blocos.

Fonte: GESPÚBLICA (PQGF 2008/2009, p. 20).

O *primeiro bloco* constituído pelos fundamentos de Liderança, Estratégias e Planos, Cidadãos e Sociedade – corresponde à ação de **Planejar**. Por meio de liderança forte e da alta administração, que devem estar focadas nas necessidades dos cidadãos-usuários, os serviços, os produtos e os processos são planejados conforme os recursos disponíveis, para melhor atender todas essas necessidades.

O *segundo bloco* dos fundamentos de Pessoas e Processos representa a ação de **Executar** o planejamento. Nessa fase, acontecem as ações que transformam objetivos e metas em resultados.

O *terceiro bloco*, o do fundamento do Resultado, representa a ação de **Controlar**, pois serve para acompanhar o atendimento à satisfação dos destinatários dos serviços e da ação do Estado, o orçamento e as finanças, a gestão das pessoas, a gestão de suprimento e das parcerias institucionais, assim como o desempenho dos serviços/produtos e dos processos organizacionais.

O *quarto bloco*, o fundamento das Informações e Conhecimento, dá à organização a capacidade de **Ajustar** (corrigir ou melhorar) suas práticas de gestão, obtendo como consequência a melhoria de seu desempenho.

O modelo baseia-se ainda em cinco princípios e treze fundamentos da excelência gerencial.

2.1 PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DO MEGP

Os princípios são os emanados do artigo 37, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988, que diz: “a administração pública direta e indireta de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência” (CF, 1988, Art.37). O significado desses princípios é apresentado no Quadro 3.

Princípio Constitucional	Descrição
Legalidade	estrita obediência à lei, pois nenhuma gestão poderá ser reconhecida como de excelência à revelia da lei.
Impessoalidade	não fazer acepção de pessoas, sendo os tratamentos diferenciados restritos aos casos previstos em lei.
Moralidade	pautar a gestão pública por um código de moral, que sejam princípios de aceitação pública.
Publicidade	ser transparente, dar publicidade aos fatos e aos dados, favorecendo induzindo ao controle social.
Eficiência	maximizar o que deve ser feito ao menor custo possível, ou seja, buscar a melhor relação entre qualidade do serviço e qualidade do gasto.

QUADRO 3: Princípios Constitucionais da Gestão Pública

Fonte: Adaptado do **GESPÚBLICA (PQGF 2008/2009, p. 9)**.

Os fundamentos do modelo são descritos no Quadro 4.

Fundamentos	Descrição
Pensamento sistêmico	entendimento das relações de interdependência entre os componentes internos e externos à organização;
Aprendizado organizacional	contínua melhoria da gestão do conhecimento, individuais e coletivos por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de informações e experiências;
Cultura da inovação	promoção de um ambiente favorável à criatividade, à experimentação e à implementação de novas idéias que possam gerar um diferencial para a atuação da organização;
Liderança e constância de propósitos	atuação de forma aberta, democrática, inspiradora e motivadora das pessoas, visando ao desenvolvimento da cultura da excelência, à promoção de relações de qualidade e à proteção dos interesses das partes interessadas;
Orientação por processos e informações	compreensão e segmentação de um conjunto de atividades e processos da organização que agregue valor para as partes interessadas; ação, decisão e avaliação de desempenho baseados em informações disponíveis e, na análise dos riscos identificados;
Visão de futuro	compreensão dos fatores que afetam a organização, seu ecossistema e o ambiente externo no curto e longo prazo, visando a sua perenização;
Geração de valor	alcance de resultados consistentes, aumentando o valor tangível de forma sustentada para todas as partes interessadas;
Comprometimento com as pessoas	estabelecimento de relações com as pessoas, melhorando as relações de trabalho, para promover a realização profissional e como ser humano, desenvolver compromissos, criar oportunidades para desenvolver competências e o empreendedorismo e potencializar o desempenho;
Foco no cidadão e na sociedade	direcionamento das ações públicas para atender continuamente as necessidades dos cidadãos e da sociedade, na condição de sujeitos de direitos, beneficiários dos serviços públicos e destinatários da ação decorrente do poder de Estado exercido pelas organizações públicas;

Desenvolvimento de parcerias	aprimoramento de atividades em conjunto com outras organizações com objetivos específicos comuns, buscando o pleno uso das suas competências complementares para desenvolver sinergias;
Responsabilidade social	atuação com respeito à preservação da biodiversidade e dos ecossistemas naturais, como um dos princípios gerenciais, potencializando a capacidade das gerações futuras de atender suas próprias necessidades;
Controle social	atuação que se define pela participação das partes interessadas no planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades da Administração Pública e na execução das políticas e dos programas públicos
Gestão Participativa	estilo de gestão que busque o máximo de cooperação das pessoas, reconhecendo a capacidade e o potencial diferenciado de cada um de forma a harmonizar os interesses individuais e coletivos.

QUADRO 4: Fundamentos da Gestão Pública

Fonte: Adaptado do GESPÚBLICA (PQGF 2008/2009, p. 10;16).

2.2 A AVALIAÇÃO DA GESTÃO PÚBLICA

Para efeito da avaliação da gestão pública, as oito partes do Modelo de Excelência em Gestão Pública foram transformadas em Critérios de Autoavaliação da Gestão Pública. A esses critérios foram incorporados referenciais de excelência (requisitos) a partir dos quais a organização pública pode implementar ciclos contínuos de avaliação e melhoria de gestão.

ITEM	CRITÉRIO	DESCRIÇÃO
1.	Liderança	Este critério examina a governança pública e a governabilidade da organização, incluindo aspectos relativos à transparência, equidade, prestação de contas, responsabilidade corporativa e a forma como é exercida a liderança, incluindo temas como mudança cultural e implementação do sistema de gestão da organização. O critério aborda a análise do desempenho da organização enfatizando a comparação com o desempenho de outras organizações e a avaliação do êxito das estratégias.
2.	Estratégias e Planos	Este critério examina como a organização formula suas estratégias, as desdobra em planos de ação de curto e longo prazos e acompanha a sua implementação, visando o atendimento de sua missão e a satisfação das partes interessadas.
3.	Cidadãos	Este critério examina como a organização identifica os cidadãos usuários dos seus serviços e produtos, conhece suas necessidades e avalia a sua capacidade de atendê-las, antecipando-se a elas. Aborda também como ocorre a divulgação de seus serviços, produtos e ações para fortalecer sua imagem institucional e como a organização estreita o relacionamento com seus cidadãos usuários, medindo a sua satisfação e implementando e promovendo ações de melhoria.
4.	Sociedade	Este critério examina como a organização aborda suas responsabilidades perante a sociedade e as comunidades diretamente afetadas pelos seus processos, serviços e produtos e como estimula a cidadania. Examina, também, como a organização atua em relação às políticas públicas do seu setor e como estimula o controle social de suas atividades pela Sociedade e o comportamento ético.

5.	Informação e Conhecimento	Este critério examina a gestão das informações, incluindo a obtenção de informações comparativas pertinentes, examinando como a organização identifica, desenvolve, mantém e protege os seus conhecimentos.
6.	Pessoas	Este critério examina os sistemas de trabalho da organização, incluindo a organização do trabalho, a estrutura de cargos, os processos relativos à seleção e contratação de pessoas, assim como a gestão do desempenho de pessoas e equipes. Também examina os processos relativos à capacitação e ao desenvolvimento das pessoas e como a organização promove a qualidade de vida dos indivíduos interna e externamente ao ambiente de trabalho.
7.	Processos	Este critério examina como a organização gerencia, analisa e melhora os processos finalísticos e os processos de apoio, como gerencia o processo de suprimento, destacando o desenvolvimento da sua cadeia de suprimento, e administra seus processos orçamentários e financeiros.
8.	Resultados	Este critério examina os resultados da organização, quanto a metas financeiras, objetivos dos cidadãos-usuários, da sociedade e das pessoas, além de quanto aos processos finalísticos e processos de apoio e de suprimento. A avaliação dos resultados inclui a análise da tendência e do nível atual de desempenho, pela verificação do atendimento dos níveis de expectativa das partes interessadas e pela comparação com o desempenho de outras organizações.

QUADRO 5: Critérios da Autoavaliação – Ciclo 2008/2009

Fonte: Adaptado do **GESPÚBLICA (PQGF 2008/2009, pp. 25;61)**.

Os fatores Enfoque, Aplicação, Aprendizado e Integração, referem-se ao grau em que as práticas de gestão da organização estão dispostas, conforme apresentado no quadro a seguir:

FATORES DE AVALIAÇÃO	SUBFATORES	DESCRIÇÃO
ENFOQUE	ADEQUAÇÃO	atendimento aos requisitos do critério ou item, incluindo os mecanismos de controle, de forma apropriada ao <i>perfil da organização</i>
	PROATIVIDADE	capacidade de se antecipar aos fatos, a fim de prevenir a ocorrência de situações potencialmente indesejáveis e aumentar a confiança e a previsibilidade dos processos
APLICAÇÃO	DISSEMINAÇÃO	implementação, horizontal e vertical, pelas áreas, processos, produtos e/ou pelas partes interessadas, conforme pertinente ao item, considerando-se o <i>perfil da organização</i>
	CONTINUIDADE	utilização periódica e ininterrupta
APRENDIZADO	REFINAMENTO	decorrentes do processo de melhorias, tanto incrementais quanto de ruptura
INTEGRAÇÃO	COERÊNCIA	relação harmônica com as estratégias e objetivos da organização
	INTER-RELACIONAMENTO	implementação de modo complementar com outras práticas de gestão da organização, quando apropriado
	COOPERAÇÃO	colaboração entre as áreas da organização e entre a organização e as suas partes interessadas, onde pertinente, na implementação das práticas de gestão
RESULTADO	RELEVÂNCIA	importância do resultado para determinação do alcance dos objetivos estratégicos e operacionais da organização

TENDÊNCIA	comportamento ao longo do tempo
NÍVEL ATUAL	comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.

QUADRO 6: Sistema de Pontuação do IAPG.

Fonte: Adaptado de Brasil, IAPG 2008/2209.

Em seu conjunto, as oito partes que formam os quatro blocos estruturantes do modelo e os critérios que incorporam os requisitos orientadores das praticas de gestão, possibilitam os três instrumentos que sugerem um caminho progressivo do processo de auto-avaliação, ou seja, tem-se a pontuação - duzentos e cinquenta (250), quinhentos (500) e mil (1.000) pontos - para aferir o grau de maturidade da gestão, conforme apresentado na Figura 3.



FIGURA 2: Documento de Referência do GESPÚBLICA.

Fonte: Ministério do Planejamento (2006).

Portanto, o processo de avaliação do GESPÚBLICA determina o estágio de maturidade da gestão da organização, considerando os requisitos baseados nos fundamentos do MEGP, levantados na análise dos Processos Gerenciais e dos Resultados Organizacionais, e gera uma pontuação que, quando comparada às **Faixas de Pontuação Global** (IAPG, 2009) da tabela do MEGP, permite identificar o perfil de gestão da organização.

3. METODOLOGIA APLICADA AO ESTUDO

A metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho é fundamentada no paradigma neopositivista. Triviños (1987) argumenta que o neopositivismo tem uma preocupação com fatos e leis que possam ser provados mediante o empirismo.

Ademais, na condução do estudo, segue-se a orientação de Connolly (1999) ao contemplar tanto aspectos qualitativos quanto quantitativos, pois quando utilizados de forma harmoniosa e ao mesmo tempo, podem gerar uma teoria global mais forte e robusta do que uma única abordagem.

Quanto aos procedimentos metodológicos, partiu-se, inicialmente, de uma pesquisa teórica visando caracterizar o setor público de saúde, apresentar uma abordagem conceitual acerca de desempenho organizacional e sua aplicação em organizações de saúde e; apresentar os fundamentos da avaliação de desempenho no setor público brasileiro diante do Modelo de Excelência de Gestão (MEGP) do GESPÚBLICA.

Em seguida, conduziu-se a investigação empírica através do uso da estratégia de estudo de caso. De acordo com Chizzotti (1998), o estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora.

Nesta perspectiva, portanto, buscou-se implementar um projeto do tipo multicase. Essa opção foi fundamentada considerando que os múltiplos casos têm maior validade externa do que um caso único, já que permitem certa generalização [BARLEY (1990); POZZEBON E FREITAS (1998)].

É válido acrescentar que os múltiplos casos seguem a lógica da replicação² que auxilia o pesquisador a perceber padrões com mais facilidade e a eliminar associações determinadas por acaso (EISENHARDT *apud* ROESCH, 1999).

As unidades de análise contempladas no estudo são os hospitais que compõem a rede pública de atendimento a saúde no Estado do Ceará, a saber:

- a) Hospital Geral de Fortaleza / Exército Brasileiro;
- b) Hospital Infantil Albert Sabin;
- c) Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes;
- d) Hospital Geral Cesar Cals;
- e) Hospital São José de Doenças Infecciosas;
- f) Hospital Geral de Fortaleza;
- g) Hospital Mental de Messejana;
- h) Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados por ocasião das oficinas de trabalho de autoavaliação nestas instituições, tendo como base o Instrumento de Avaliação da Gestão Pública (IAGP), que compreende desde o perfil da organização ao Plano de Melhoria da Gestão.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados são iniciados pela análise da situação da saúde no Estado do Ceará, com base em informações da Secretaria de Saúde no Estado.

Posteriormente, as conclusões dos múltiplos estudos de caso (sete hospitais da rede pública do Estado do Ceará) são apresentadas e seguem o roteiro: i) Caracterização das unidades de análises; ii) Etapas da implementação da autoavaliação nos hospitais da rede pública do Ceará e; iii) Melhoria da gestão face a utilização do Modelo de Excelência em Gestão.

² Significa que casos individuais podem ser usados para uma confirmação independente de proposições específicas, seja para predizer resultados semelhantes (replicação literal), seja para produzir resultados contrastantes, mas de acordo com prognósticos – replicação teórica [EISENHARDT *apud* ROESCH (1999, p. 201), YIN (2001)].

4.1 SITUAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

As condições de saúde no Estado do Ceará assemelham-se às de todo o Brasil, e caracterizam pela redução significativa das doenças infecciosas, principalmente as imunopreveníveis, e pelo aumento das doenças crônicas e degenerativas, decorrentes do envelhecimento da população. A expectativa de vida aumentou devido à redução da mortalidade infantil por causas ambientais, à melhoria da qualidade de vida da população e ao maior acesso a bens e serviços públicos, ainda que de forma desigual.

A despeito desses resultados favoráveis, a saúde no estado apresenta ainda muitos desafios, como a elevada incidência de doenças emergentes e reemergentes, cujos determinantes são, predominantemente, socioeconômicos e ambientais, destacando-se, entre essas doenças: tuberculose, Aids e dengue, como também doenças como as leishmanioses e hepatites virais.

No Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), em duas décadas, observam-se algumas mudanças no perfil de mortalidade no Ceará, com tendência crescente da mortalidade por doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas e redução das taxas anuais de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP). Em específico, quanto a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) mantém-se também a tendência de declínio, chegando a 17,9 óbitos por 1.000 nascidos vivos em 2006 e 16,2 em 2007 (dados parciais). O decréscimo, nos últimos anos, da TMI no estado deve-se à redução importante da mortalidade pós-neonatal, mortes ocorridas entre 28 dias a 11 meses e 29 dias de idade. Em 2006, ocorreram 2.441 óbitos de menores de 1 ano, sendo 65,2% neonatais (1.591).

No período de 1997 a 2006, ocorreram 1.201 mortes maternas, numa média de 120 óbitos por ano. No mesmo período, a Razão da Mortalidade Materna (RMM) no estado permaneceu elevada, comparando-se com a RMM aceitável pela OMS, que é até 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos.

O Ceará tem uma população jovem com tendência ao envelhecimento, urbanizada e com contingente de mulheres que se sobrepõem aos homens. Os indicadores socioeconômicos embora tenham melhorado, evidenciam desigualdades sociais com desdobramentos na saúde pública.

Para fazer frente à situação apresentada, a Secretaria de Saúde do Estado conta com 18 unidades próprias, que são integrantes do Sistema Único de Saúde e ainda com o Hospital Geral Waldemar de Alcântara, uma Organização Social de Saúde, mantida com recursos do Estado.

Entretanto, o sistema hospitalar apresenta problemas que dificultam a melhoria dos seus índices de desempenho, como por exemplo, o nível insatisfatório de investimento público, a existência de equipamentos sucateados, e destaque especial, a superlotação dos hospitais, o comprometimento das práticas de humanização no atendimento e a carência de profissionais, com ênfase na classe médicas e em determinadas especialidades.

Ademais, tem-se uma demanda reprimida em várias áreas, como os transplantes ou as cirurgias de fissura lábio palatal, em contraponto a uma estrutura hospitalar que necessita de uma reavaliação e uma melhor orientação para resultados.

4.2. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE ANÁLISE

O conjunto dos oito hospitais selecionados como amostra para este estudo pertence à administração pública nas três esferas do governo, sendo um federal, seis estaduais e um municipal. Essas unidades de assistência de saúde são responsáveis pelo atendimento em todo o Estado do Ceará. No Quadro 7, são apresentadas as especificidades das características de cada um deles.

HOSPITAL	TIPO DE ASSISTÊNCIA	USUÁRIO	ÁREA DE ABRANGÊNCIA	FORÇA DE TRABALHO (aproximado)	HISTÓRICO DA QUALIDADE
HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA EXÉRCITO BRASILEIRO (HG e F- EB)	Assistência em nível secundário e terciário de saúde	Família militar do exército e da marinha e seus dependentes	Estados do Ceará, Piauí e Maranhão	491 pessoas	2003 – AA 250 pts. 2005, 2006 e 2007 - PQGF
HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN – HIAS	Assistência em nível terciário hospital de ensino e pesquisa	Crianças e adolescentes usuários do SUS	Estado do Ceará	1.896 pessoas	2007 – AA 250 pts. 2008 - PQGF
HOSPITAL DE MESSEJANA DR. CARLOS ALBERTO STUDART GOMES	Assistência em nível terciário cardiopata e pneumopata, e ensino e pesquisa	População usuária do SUS	Estado do Ceará	2.088 pessoas	2007 – AA 250 pts. 2008 – AA 500 pts.
HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS – HGCC	Assistência em nível terciário com assistência materno-infantil	População de mulheres e crianças do SUS	Estado do Ceará	1.665 pessoas	2007 – AA 250 pts. 2008 – AA 500 pts.
HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS	Hospital de isolamento e de ensino e pesquisa	Pacientes de doenças transmissíveis	Estado do Ceará	715 pessoas	2007 – AA 250 pts. 2008 – AA 500 pts.
HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - HGF	Assistência em nível primário, secundário e terciário, de ensino e pesquisa	População usuária do SUS	Estado do Ceará e outros estados vizinhos	3.065 pessoas	2007 – AA 250 pts. 2008 – AA 500 pts.
HOSPITAL MENTAL DE MESSEJANA - HSMM	Assistência em psiquiatria	População usuária do SUS			2007 – AA 250 pts. 2008 – AA 500 pts.
HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO ELISIO HOLANDA - HMJEH	Assistência em nível primária e secundária	População de Maracanaú, Maranguape, Gaiuba, Pacatuba, Redenção, Acarape, Barreira e Palmácia usuárias do SUS	Municípios da terceira microregião do estado do Ceará	1.004 pessoas	2009 – AA 250 pts.

QUADRO 7 - PERFIL DOS HOSPITAIS

Fonte: Dados da Pesquisa

Convém destacar que no item do histórico da qualidade, observa-se que estes hospitais vêm, paulatinamente, incorporando práticas de melhoria de gestão em suas administrações, o que tem levado dois deles (Hospital Geral de Fortaleza Exército e o Hospital Infantil Albert Sabin) a participarem do Prêmio Nacional de Gestão Pública, representando, assim, uma significativa melhoria na gestão destas instituições.

4.3. ETAPAS DA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO DE AUTOAVALIAÇÃO

A aplicação do Modelo de Excelência em Gestão Pública na rede pública hospitalar do Estado do Ceará teve início em 2003 com a adesão do Hospital Geral de Fortaleza/Exército Brasileiro (órgão federal) ao Programa Nacional de Gestão Pública – GESPÚBLICA.

Na ocasião, foram realizados os primeiros cursos de capacitação com a participação da direção geral e demais lideranças do Hospital e realizada a primeira autoavaliação da gestão pelo Instrumento de 250 pontos.

Em 2007, teve o início a aplicação do Modelo de Excelência em Gestão Pública - MEGP nos seis (6) hospitais da rede hospitalar do governo estadual, por solicitação da Secretaria do Planejamento e Gestão. A referida solicitação foi motivada por uma demanda do governo para estruturação dos hospitais a partir de uma avaliação da gestão.

No primeiro trimestre de 2009, o trabalho de autoavaliação ampliou seu escopo atuando junto a rede pública municipal no Hospital Municipal de Dr. João Elísio Holanda de Maracanaú, região metropolitana de Fortaleza.

A estratégia de implantação, aplicação e sustentabilidade do processo de autoavaliação nos referidos hospitais é coordenada pelo Núcleo do GESPÚBLICA no Ceará e exercida pela Rede Nacional de Gestão Pública – RNGP (funcionários públicos ou cidadãos brasileiros voluntários e capacitados no uso dos instrumentos).

Para a execução deste trabalho, o Núcleo Estadual mobilizou uma grande rede de voluntários no sentido de prepará-la para o desafio, definiu o cronograma de atuação, atualizou o material instrucional e planejou o processo de implantação.

Em um primeiro momento, foi realizada a palestra de sensibilização, com objetivo de apresentar aos diretores e equipe gerencial dos hospitais o Modelo de Excelência da Gestão Pública, no sentido subsidiar a decisão de avaliar continuamente as práticas e os resultados de sua gestão e se manterem ao longo do tempo, implementando ciclos de melhoria contínua da gestão.

A Figura 03 apresenta o fluxo de ações previstas para à execução do ciclo de avaliação e melhoria continuada.

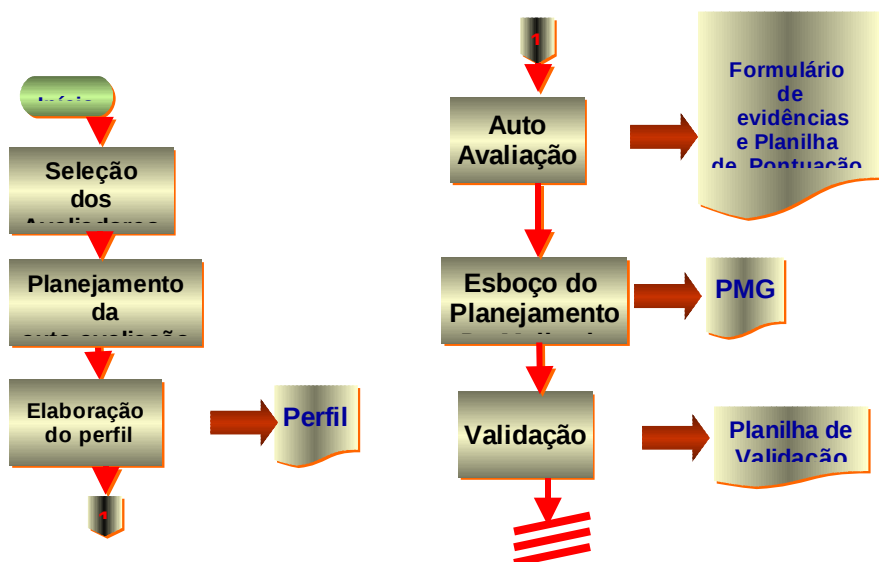


Figura 03 – Fluxo simplificado da autoavaliação da gestão.

Fonte: Instrumentos e Material Instrucional para Cursos do GESPÚBLICA- SEGES/MP/2009.

Na seqüência, os diretores assumiram o compromisso de conduzir a autoavaliação e participar pessoalmente de todo o processo. Entretanto, antecipadamente, as equipes avaliadoras apresentaram o perfil de seus hospitais de forma a permitir o entendimento, pelos participantes, de sua missão, estruturação, atuação e definição de usuários e seus produtos e serviços.

A continuidade do trabalho tem como eixo orientador a realização de oficinas de autoavaliação, com a presença dos diretores dos hospitais, de todas as lideranças formais e informais, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, ouvidora e servidores da área administrativa.

Por ocasião das oficinas, então, os participantes avaliaram o grau de aderência de suas práticas de gestão ao Modelo de Excelência em Gestão Pública – MEGP. Assim, cada grupo avaliou um critério, descreveu as práticas de gestão, analisou e enquadrou as referidas práticas na tabela de pontuação, conforme sistema de pontuação. Ao final, os grupos apresentaram em plenária o relato das práticas correspondentes ao critério avaliado submetendo-o a validação pelos demais participantes.

Cabe destacar que o sistema de pontuação definida para o MEGP objetiva determinar o estágio de maturidade da gestão da organização nas dimensões dos Processos Gerenciais e Resultados ((IAGP - 2008/2009, Brasília, SEGES p.63).

Na sequência, com base nos resultados da autoavaliação, os hospitais priorizaram as **Oportunidades de Melhoria** (lacunas do sistema de gestão de uma organização identificadas após análise e enquadramento das práticas relatadas segundo os fatores de avaliação) identificadas utilizando a MATRIZ GUT (Gravidade, Urgência, Tendência), em decorrência, elaboraram seus Planos de Melhoria³ – PMG, utilizando a ferramenta 5W2H.

³ Instrumento de gestão constituído de um conjunto de metas e ações estabelecidas a partir do processo de autoavaliação da gestão da organização, com vistas a transformar a sua ação gerencial e melhorar o seu desempenho institucional. Por ser um instrumento de melhoria da gestão, o PMG independe do planejamento estratégico e dos planos dele decorrentes, nem os substitui. Pode, entretanto, contemplar metas de implementação ou de melhoria do próprio sistema de planejamento estratégico da organização avaliada. ((IAGP - 2008/2009, Brasília, SEGES/MP p.10).

Concluída as autoavaliações e elaborados os Planos de Melhoria da Gestão os relatórios foram encaminhados à SEGES/MP, via coordenação do Núcleo Estadual do Ceará para emissão do certificado, com o nível de gestão atribuído.

Ademais, cada hospital é responsável pela execução e monitoramento de seus Planos de Melhoria da Gestão, no entanto, a equipe do Núcleo Estadual apóia a execução do PMG como forma de assegurar o alcance de resultados, a co-responsabilidade e fortalecimento da parceria.

Por fim, o processo de melhoria dar-se mediante a recomendação de que a organização inicie o ciclo de melhoria da gestão utilizando o IAGP 250 pontos, passando a seguir para o de 500 pontos e quando estiver apresentando um estágio de amadurecimento de gestão mais avançado, passar a utilizar a ferramenta de 1.000 pontos.

4.4. ESTRUTURAÇÃO DOS CRITÉRIOS

Os Critérios no Instrumento de Autoavaliação da Gestão Pública - IAGP 250 - pontos são formados por um conjunto de Alíneas que apresentam os requisitos do critério. A redação de algumas Alíneas apresenta desdobramentos que devem ser considerados e avaliados em conjunto.

Nas alíneas, solicitam-se que as práticas de gestão atendam aos requisitos dos Critérios do Modelo de Excelência em Gestão Pública, assim como os métodos utilizados para verificar se os padrões de trabalho estabelecidos para as mesmas estão sendo cumpridos (Ciclo de Controle).

São solicitados ainda os métodos específicos de avaliação das práticas de gestão atuais e dos respectivos padrões de trabalho, assim como os principais refinamentos ou inovações implementadas em decorrência dos mesmos, com impactos no desempenho global da organização (Ciclo de Aprendizado).

As alíneas começam com a palavra “como,” sinalizando que a organização descreva suas práticas de gestão e os respectivos padrões de trabalho, incluindo os responsáveis, a periodicidade de realização, os métodos de controle das práticas. É solicitado, finalmente, que a organização descreva como o ciclo de aprendizado se aplica para as práticas de gestão e os padrões de trabalhos descritos. O não atendimento aos requisitos ou a inexistência da prática de gestão para avaliar o critério são denominadas Oportunidades de Melhoria. (IAGP, 2008/2009 SEGES/MP).

4.5. MELHORIA DA GESTÃO FACE À UTILIZAÇÃO DO MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO PÚBLICA - MEGP

Os resultados da primeira autoavaliação com base na pontuação de 250 pontos foram compilados no Quadro 8, no qual são destacados nos critérios (Liderança, Estratégias e Planos, Cidadãos, Sociedade, Informação e Conhecimento, Pessoas e Processos) e suas respectivas alíneas. É importante considerar que para a análise foram registradas as oportunidades de melhoria em cada um dos hospitais por critério: Hospital Geral de Fortaleza Exército Brasileiro (HG e F- EB); Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS; Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes - HMCASG; Hospital Geral César Cals – HGCC; Hospital São José de Doenças Infecciosas - HSJ; Hospital Geral de Fortaleza – HGF; Hospital Mental de Messejana – HSMM; e, Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda - HMJEH.

HOSPITAL	Liderança	Estratégias e Planos	Cidadão	Sociedade	Informação e Conhecimento	Pessoas	Processos
	6 alíneas	5 alíneas	4 alíneas	5 alíneas	5 alíneas	7 alíneas	7 alíneas
(HG e F- EB)	3	1	0	2	1	2	1
HIAS	4	2	1	2	3	4	3
HMCASG	4	2	1	2	3	4	3
HGCC	4	3	2	3	3	4	3
HSJ	4	3	2	3	3	4	3
HGF	4	2	2	3	3	4	3
HSMM	4	3	2	3	3	4	3
HMJEH	4	3	2	3	3	4	3

QUADRO 8 – Número de oportunidades de melhoria identificadas na primeira autoavaliação

Fonte: Dados da Pesquisa

O significativo número de alíneas com registro de inexistência de práticas de gestão (por critério) nos hospitais avaliados merece algumas considerações importantes feitas à luz do Modelo de Excelência em Gestão Pública:

- O sistema de gestão, como entendido, é um conjunto de práticas interdependentes entre os diversos componentes de uma organização,
- A inexistência de práticas de gestão para o atendimento aos requisitos previstos nos critérios impossibilita sua avaliação e compromete o gerenciamento do desempenho de forma efetiva,
- No momento das avaliações, os hospitais necessitavam de gestão estratégica para rever e consolidar os seus objetivos e suas estratégias, observando o alinhamento e a consistência entre os objetivos, planos, processos, ações e as respectivas mensurações.

Quanto à situação relativa à incidência de oportunidades de melhoria por critério analisado, no Quadro 9, estão evidenciados os percentuais referentes a inexistência destas práticas na primeira autoavaliação.

CRITÉRIOS	% DE PRÁTICAS INEXISTENTES
LIDERANÇA	63
ESTRATÉGIAS E PLANOS	43
CIDADÃO	38
SOCIEDADE	53
INFORMAÇÕES	55
PESSOAS	54
PROCESSOS	40

Quadro 9 – INCIDÊNCIA DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA POR CRITÉRIO ANALISADO

Fonte: Dados da Autoavaliação.

O percentual de oportunidade de melhoria (OM) identificado nos Critérios Liderança, Pessoas e Estratégias e Planos e Informação e Conhecimento atinge 63%, 54%, 43%,55%, respectivamente, sinalizam uma lacuna consistente no que se refere ao enfoque sistêmico na gestão dos hospitais.

Nesta perspectiva é considerando que a excelência em gestão pressupõe a existência e a integração das diversas práticas gerenciais de um órgão em um sistema gestão: identificando as ligações corretas de seus componentes (estrutura) e o movimento interno desses mesmos componentes (direcionalidade).

Embora os hospitais desenvolvam algumas práticas de relacionamento com os usuários de seus serviços, as mesmas, se restringem á gestão do atendimento direto no hospital. Ressalta-se que a excelência dirigida ao cidadão pressupõe induzi-lo e os diversos grupos sociais em que se organizam ao exercício permanente do controle social direto com a finalidade de fazer respeitar os seus direitos e preservar o bem comum.

Neste sentido, os hospitais, ainda não disponibilizavam canais efetivos de participação dos cidadãos usuários nas decisões, de avaliação dos serviços, inclusive na avaliação da atuação dos hospitais frente aos impactos que causam á saúde pública.

Quanto aos resultados da segunda autoavaliação com base na pontuação de 500 pontos, Quadro 10, é possível observar a evolução da gestão tendo em vista a implementação de melhorias provenientes da autoavaliação de 250 pontos.

HOSPITAL	Liderança	Estratégias e Planos	Cidadão	Sociedade	Informação e Conhecimento	Pessoas	Processos
	6 alíneas	5 alíneas	4 alíneas	5 alíneas	5 alíneas	7 alíneas	7 alíneas
(HG e F- EB)	0	0	0	0	0	0	0
HIAS	0	0	0	0	0	0	0
HMCASG	0	0	1	1	0	0	0
HGCC	3	2	1	1	1	3	3
HSJ	1	1	0	1	0	3	1
HGF	0	0	1	0	0	1	1
HSMM	0	0	0	0	0	0	0
HMJEH	4	3	2	3	3	4	3

QUADRO 10 – Número de oportunidades de melhoria identificadas

Fonte: Dados da Autoavaliação

Quanto à situação relativa à incidência de oportunidades de melhoria por critério analisado, no Quadro 11, estão evidenciados os percentuais referentes à inexistência destas práticas na segunda autoavaliação e permitem analisar a evolução dos critérios implementados nas organizações e, então, perceber a contribuição do Modelo MEGP.

CRITÉRIOS	% DE PRÁTICAS INEXISTENTES
LIDERANÇA	17
ESTRATÉGIAS E PLANOS	15
CIDADÃO	16
SOCIEDADE	15
INFORMAÇÕES	10
PESSOAS	20
PROCESSOS	15

Quadro 11 – INCIDÊNCIA DE OPORTUNIDADES DE MELHORIA POR CRITÉRIO ANALISADO
Fonte: Dados da Autoavaliação.

Estes resultados evidenciam que o instrumento da autoavaliação é um diagnóstico feito pela própria organização, tendo por objetivo quantificar e qualificar os principais fatores relacionados à organização, com ênfase em suas práticas de gestão e resultados institucionais, ademais, é possível sugerir que:

- a) O processo é participativo, e ao final, representa um consenso da organização sobre a qualidade da sua gestão,
- b) A organização seleciona alguns requisitos que na sua interpretação precisam ter suas práticas melhoradas e elabora o Plano de Melhoria da Gestão – PMG, definido em metas e indicadores,
- c) O monitoramento do PMG em tempo de execução condiciona a melhoria ou não da gestão,
- d) A inexistência de práticas para atender as alíneas/requisitos dos Critérios de Excelência comprometem e fragilizam a gestão das unidades,
- e) O resultado da segunda autoavaliação é perceptível na gestão dos hospitais em comparação com a primeira, quando é considerado redução do número de práticas inexistente,
- f) Mediante o monitoramento do processo pelo Núcleo do GESPÚBLICA foi possível observar que o melhor desempenho na execução dos Planos de Melhoria foi alcançado pelos hospitais com maior comprometimento da alta administração, fato sinalizado pelo envolvimento pessoal da liderança superior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos estudos de casos dos oito hospitais públicos do Ceará revelam, inicialmente, que o processo de auto-avaliação em si traz benefícios às organizações avaliadas pela maior consciência de gestores e profissionais dos problemas e desafios a serem enfrentados, pelo compartilhamento das soluções incorporadas aos planos de melhorias concebidos participativamente e por iniciar ou consolidar uma cultura de melhoria contínua.

Quanto aos resultados da autoavaliação, três critérios se destacam pela elevada incidência de inexistência das práticas de gestão recomendadas (índices de ausências superiores a 50%). O primeiro desses critérios é o da liderança, que apresentou ausência de práticas mais expressiva. Isso é particularmente crucial em hospitais, por sua natureza de organizações profissionais, povoadas por especialistas, em que a introdução de mudanças planejadas requerem negociação, capacidade de convencimento e mobilização. Esse resultado tem implicações no programa de qualificação da organização que deve conferir prioridade à formação de líderes, além da capacitação nos aspectos técnicos e profissionais da assistência à saúde.

O segundo critério é o das informações. O hospital é uma organização que necessita atentar para o perfil epidemiológico da área de sua atuação, para o planejamento de sua assistência, assim como carece de monitorar informações de grande importância para a gestão e para a assistência, relacionadas aos indicadores da assistência, à satisfação dos pacientes, os índices de recorrência de doenças, taxas de infecção hospitalar e muitas outras variáveis relevantes para a gestão.

O terceiro critério é o das pessoas. A avaliação da ausência de práticas recomendadas nesse campo nos hospitais pode ser associada à ausência de autonomia dessas organizações para a prática de políticas de recursos humanos, relacionadas à valorização dos servidores, qualificação, recompensas, clima organizacional dentre outras.

O plano de melhorias elaborado cooperativamente pelos participantes das oficinas da metodologia endereçam essas questões, além de outras deficiências encontradas, e deverão receber o apoio do Governo do Estado.

Bibliografia

AZEVEDO, C.S. **Gerência hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

AZEVEDO, D.L. et al. - Gestão da Mudança na Saúde - A Acreditação Hospitalar. **Anais do XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção** - Curitiba – PR, 23 a 25 de outubro de 2002.

BOND, E. et al. **Medição de Desempenho Apoiada por Data Warehouse**. Artigo: XXI ENEGEP, 17 a 19 de Outubro de 2001, Salvador, BA, 2001.

BARLEY, Stephen R. Images of imaging: notes on doing longitudinal field work. **Organization Science**, v.1, n.3, p. 220-247, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 80. Conferência Nacional de Saúde**, 1987.

_____. **Constituição Federal (CF)**, 1988.

_____. **Promoção à Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, 1996.

_____. Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização – **GESPÚBLICA**; Prêmio Nacional da Gestão Pública – PQGF; **Instrumento para Avaliação da Gestão Pública – 2008/2009**; Brasília; MP, SEGES, 2008. Versão 1/2008.

_____. **La gestión de hospitales** – Como terminar con el amateurismo en la Dirección del Hospital Público. Artigo, Revista Gestion en Salud, 2003.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CONNOLLY, Daniel J. **Understanding information technology investment decision-making in the context of hotel global distribution systems: a multiple-case study**. 509 p. Dissertation (Submitted to require the degree Doctor of Philosophy in Hospitality and Tourism Management) - Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia, 1999.

GONÇALVES, J.P. **Desempenho Organizacional**. In: Seminário Econômico nº 815, 2002.

KAPLAN, R.S., NORTON, D.P. **The Balanced Scorecard: translating strategy into action**. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1996.

LIMA, P.D.B. – **A Excelência em Gestão Pública: A Trajetória e Estratégia do GESPÚBLICA** – Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

MALIK, A. M e SCHIESARI, **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. ed. Fundação Peirópolis Ltda. São Paulo, 2002.

MOREIRA, D. A. **Dimensões do Desempenho em Manufatura e Serviços**. São Paulo: Pioneira, 1996.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Qualitymark, RJ., 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, **Saúde no Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS Escritório de Representação no Brasil, 1998.

_____. **Saúde nas Américas: 2007**, Washington, D.C.: OPAS,© 2007—2v. (OPAS, Publicação Científica e Técnica Nº. 622)

OLIVA, F.A. & BORBA, **BSC Balanced Scorecard Ferramenta Gerencial para Organizações Hospitalares**, ed. Iátria – São Paulo – 2004.

OSPINA, Sônia, “**La evaluación como herramienta para una gestión pública orientada a resultados**”. CLAD, 2002.

ROESCH, Sylvia M. Azevedo. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUMMELER, G.A.; BRACHE, A.P. – **Melhores desempenhos das empresas** - São Paulo: Makron Books, 1994.

SÁ, J.W.B.M. – **Modelo de avaliação de desempenho da gestão organizacional pública**. Dissertação (Mestrado profissional em Administração) – Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, 2005.

SHINGO, S. **O sistema Toyota de produção do ponto de vista da engenharia de produção**. Porto Alegre: Bookman, 1996.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. & FERREIRA, J. H. G. **Saúde & Cidadania – Planejamento em Saúde para gestores municipais de serviços de saúde**. Fundação Itaú Social, São Paulo, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA M. M. F. & CARVALHO C. A. P. **Qualidade e objetivos: implicações teóricas e metodológicas para a análise das organizações**, In MMF Vieira & LMB Oliveira (orgs.). **Administração contemporânea**. Atlas, São Paulo, 1999.

ZOBOLÉ, E.L.C.P., **Ética e Administração Hospitalar**, ed. São Camilo e Loyola, 2004 – São Paulo.

RESENHAS BIOGRÁFICAS

Maria de Marilac Coelho Rocha

Técnica em Assuntos Educacionais

Ministério da Saúde no Ceará

Membro do Comitê Conceitual do GESPÚBLICA/ SEGES/ Ministério do Planejamento

Rua: Augusto Jaime Benevides, 900 apto 1500

Fortaleza – Ceará

CEP 60.810.331

(85) 88225106

(86) Fax: (85) 32410542

(87) e mail: marilac.coelho@hotmail.com

Silvia Kataoka de Oliveira

Servidora Pública Estadual

Secretaria do Planejamento e Gestão

Mestranda em Planejamento e Políticas Públicas

Coordenadora do Núcleo Estadual do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização, no Ceará.

E-mail: kataoka.silvia@gmail.com

Celular 85 - 8802-1163

Laodicéia Amorim Weersma

Consultoria empresarial

Professora universitária em cursos de graduação e pós-graduação

Mestre em Administração e Especialista em Negócios Internacionais e, Bacharel em Ciências Econômicas. É. E-mail laodi@uol.com.br

Celular 85 -88179184

REVISOR

Paulo César de Sousa Batista

Consultor com projeto sendo desenvolvido junto ao Ministério do Planejamento em Angola.

Ph.D. em Economia pela Universidade de Illinois (USA).

E-mail batista.pcs@gmail.com - Celular 85 - 88998675