Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Análise da avaliação da gestão das unidades do
Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo / Hospital das Clínicas - FMUSP/HC

Nancy Val y Val Peres da Mota

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do
título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.
Orientadora: Prof^a Associada Vitória Kedy Cornetta

SÃO PAULO
2008

Dedicatória

Aos meus pais, exemplo de vida e valores:
ao Alonso, pelo estímulo dos desafios e amor à vida;
à Irene, o gosto pelos estudos e o socialmente incorreto;
à Dirce, a magia das novidades e do desconhecido.

Agradecimentos

À Professora Vitória Kedy Cornetta, que desmistificou a academia e acreditou na maturidade da orientanda.

Ao Dr. José Manoel de Camargo Teixeira, Superintendente do HCFMUSP, cuja visão de futuro permitiu que tudo acontecesse.

Ao Dr. Haino Burmester, coordenador do CQH, disseminador da excelência em gestão.

Ao Prof. Marcelo Aidar, coordenador do PNGS e do NPG, para quem ensinar e aprender é um estilo de vida.

A Sônia Cipriano, que disse que eu tinha tudo pronto e eu acreditei.

A Marta e Daisy, que tornaram fácil o escrever.

A Creusa Maria Roveri Dal Bó, que mostrou o caminho dos números para um melhor entendimento.

A Valéria, que facilitou o caminho das referências bibliográficas.

A Silvana Martani, Meck, Marcelo Sanchez, João Carlos, Cinthia, Alaíde, Nanci e Suemi, equipe de bastidores que ajudou a me manter inteira.

A Dim, Gília e Suen, a quem tenho a honra e privilégio de tê-las como amigas.

Ao Fernando e Eliane, que dividiram em dois o tripé da estrutura familiar.

A Adriana e Fábio, que resgatam em mim o que realmente importa na vida.

Ao Mário, parceiro presente em todos os momentos estáveis e mutáveis.

A todos que participaram do processo de avaliação do Sistema FMUSP/HC, examinadores e examinados, meu reconhecimento pela confiança, esforço e dedicação durante todo esse processo.

Epígrafe

“Quando pensamos em fazer algo, devemos ir em frente, pois o tempo passa de qualquer forma e quando nos damos conta, pode ser tarde”.

Alonso Peres Filho

Resumo

Mota NVVP. Análise da Avaliação da Gestão das Unidades do Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Hospital das Clínicas - FMUSP/HC (dissertação de mestrado). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

Introdução – É realizada uma reflexão sobre o significado das palavras avaliação e gestão e sua contextualização em um complexo hospitalar e faculdade de medicina. Analisa-se a contribuição para o aprimoramento contínuo da qualidade de serviços de saúde por meio de processo sistemático de avaliação da gestão, em que são apontados pontos fortes e oportunidades de melhoria. **Objetivo** – Analisar o processo interno de avaliação da gestão utilizado pelo Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas (FMUSP/HC) no período de 2003 a 2006. **Método** - A avaliação interna da gestão é realizada anualmente, baseada nos fundamentos da excelência do Prêmio Nacional da Qualidade em sua versão para a saúde: Prêmio Nacional da Gestão em Saúde. Foram analisadas as pontuações obtidas nos oito critérios, a saber: liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informação e conhecimento, pessoas, processos e resultados. Por se tratar de um Sistema que utiliza o mesmo modelo de avaliação da gestão, os dados foram analisados em conjunto, não individualizando cada uma das dez Unidades que compõem o Sistema FMUSP/HC (oito hospitais de alta complexidade, uma unidade de reabilitação e a faculdade de medicina). Foi utilizada a correlação de postos de Spearman para avaliar as correlações entre os critérios referentes a processos e respectivos resultados e o teste não paramétrico de Friedman para análise longitudinal no período de quatro anos. **Resultados** – Na análise longitudinal o critério resultados apresentou evolução com alteração significativa: $p < 0,001$; o critério liderança apresentou uma tendência favorável ($p=0,056$) e o critério estratégias e planos uma evolução significativa ($p=0,030$). Os critérios liderança e estratégias e planos não apresentaram correlação com o critério

resultados. Observou-se uma correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos processos relativos a clientes, financeiros e fornecedores e seus respectivos resultados. Não houve correlação entre as pontuações obtidas nos processos relativos a produtos, pessoas, sociedade e de apoio com seus respectivos resultados. **Conclusão** – houve uma melhoria significativa na pontuação do critério resultados da avaliação da gestão como um todo no Sistema FMUSP/HC, no período de 2003 a 2006. Foi evidenciada uma correlação significativa com as pontuações obtidas nos critérios clientes, fornecedores e processos financeiros e respectivos resultados. Apesar das pontuações obtidas nos critérios liderança e estratégias e planos apresentarem uma evolução favorável, os métodos existentes avaliam os atributos de um objeto e não o objeto em si. Contudo, o processo de avaliação contribui para homogeneizar a linguagem na organização, manter as pessoas estimuladas em suas atividades rotineiras e é coadjuvante na promoção de mudanças organizacionais em um sistema acadêmico de saúde, composto por um complexo hospitalar e uma faculdade de medicina.

Descritores: Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS). Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão da Qualidade em Saúde.

Abstract

Mota NVVP. **Analysis of the procedures of management assessment used by “Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas (FMUSP/HC)”**. (dissertation). São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo / [School of Public Health of the University of São Paulo]; 2008.

Introduction – Consideration was given to the meaning of the words assessment and management and, their context in an academic health system was carried out. The contribution for the continuous improvement of the quality of the health care system is analyzed through a systematic procedure of management assessment, in which strong points and opportunities for improvement are highlighted. **Objective** – To analyze the internal procedure of management assessment used by “Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Hospital das Clínicas (FMUSP/HC)” from 2003 to 2006. **Method** – The internal assessment of the management is carried out annually, based on the core values of the “Prêmio Nacional da Qualidade” / [*National Quality Award*] in its health version: “Prêmio Nacional da Gestão em Saúde” / [*National Award in Health Care Management*]. The eight categories in which the punctuation was awarded were analyzed: leadership, strategies and plans, clients, society, information and knowledge, people, procedures and, the results. Once the above mentioned system uses the same assessment management pattern, the databases was analyzed concurrently, not taking into consideration each and every individual part of the ten units the “Sistema FMUSP/HC” consists of (eight public high complexity hospitals, a rehabilitation unit and the medical school). The Spearman’s correlation of places was used to assess the correlations between the criteria related to procedures and their respective results and, the non parametric test of Friedman on longitudinal analysis, during a four year period. **Results** – In the longitudinal analysis, the performance results presented a remarkable change in their evolution: $p < 0,001$; the leadership criterion presented a favorable tendency ($p=0,056$) and, the

strategies and plans criteria presented a remarkable evolution ($p=0,030$). The leadership and, strategies and plans criteria did not present correlation with the results criterion. It was observed a positive and significant correlation between the procedures related to clients, finance and suppliers and their respective results. There was no correlation between the procedures related to products, people, society and support and, their respective results. **Conclusion** – There was a remarkable improvement in the “results” criterion of the management assessment in the “Sistema FMUSP/HC”, from 2003 to 2006. A remarkable correlation with the clients, suppliers and financial procedures and their respective results was evidenced. Even though the leadership and, strategies and plans criteria presented a favorable evolution, the existing methods assess the attributes of an object instead of the object itself. Nevertheless, the assessment procedure contributes to standardize the communication in the organization, to keep people motivated in their routine activities and, cooperates with the promotion of organizational changes in a large size public hospital.

Key words: Quality Hospital Commitment (CQH). “Prêmio Nacional da Gestão em Saúde” / [National Prize in Health Care Management] (PNGS). Health Care System Assessment. Health Care Quality Management.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 AVALIAÇÃO.....	12
1.2. GESTÃO DA QUALIDADE	16
1.3 FUNDAMENTOS DA EXCELÊNCIA	21
1.4 FUNDAMENTOS VERSUS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA.....	23
1.5 METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO UTILIZADAS EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE BASEADAS NOS FUNDAMENTOS DA EXCELÊNCIA.....	28
1.6 SISTEMA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/HOSPITAL DAS CLÍNICAS (SISTEMA FMUSP/HC)	36
1.6.1 Principais Competências da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP	36
1.6.2 Natureza Atual das Atividades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP	38
1.6.3 Estrutura Organizacional do HC – de Estrutura Vertical a Matricial	42
1.6.4 Planejamento Integrado, Formulação de Diretrizes e Avaliação Relacionada às Diretrizes do Sistema FMUSP/HC	43
1.6.5 Movimento no Sistema FMUSP/HC relacionado à Gestão da Qualidade	45

2. JUSTIFICATIVA.....	47
3. OBJETIVO GERAL.....	49
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	49
4. MÉTODO.....	50
4.1 CICLO DE AVALIAÇÃO DO PNGS	50
4.2 DIMENSÕES E FATORES DE AVALIAÇÃO DO PNGS	56
4.3 O “SOFTWARE” SIDERAL.....	63
4.4 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA FMUSP/HC	64
4.5 SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	69
5. RESULTADOS	72
6. DISCUSSÃO	84
7. CONCLUSÕES.....	91
8. REFERÊNCIAS	92
ANEXO I A - Síntese da pontuação 500 pontos – Unidades A a E.....	96
ANEXO I B - Síntese da pontuação 500 pontos– Unidades F a J	97
ANEXO II: Faixas de pontuação global do processo de avaliação da gestão do PNGS	98
ANEXO III: Faixas de pontuação global da avaliação do Sistema FMUSP/HC, no período de 2003 a 2006.	99

1. INTRODUÇÃO

Para falar sobre avaliação da gestão de um sistema composto por um hospital público de alta complexidade e uma faculdade de medicina, faz-se necessário refletir sobre o significado das palavras “avaliação”, “gestão” e a contextualização do Sistema Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo / Hospital das Clínicas (FMUSP/HC).

Ao dissertar sobre avaliação de uma forma geral, considera-se o sentido genérico da palavra e do processo e não especificamente a avaliação para um sistema de saúde.

Ao falar sobre gestão, o foco passa a ser o movimento da qualidade no mundo, com alguns marcos principais, finalizando com a gestão da qualidade baseada nos fundamentos de excelência. Estes dão início a um novo tempo em termos de modelos de gestão a serem seguidos.

Ao analisar as pontuações no processo de avaliação da gestão utilizado pelo Sistema FMUSP/HC, inicialmente foram incluídas no estudo somente as unidades assistenciais. Com o tempo considerou-se importante incluir a Faculdade de Medicina na análise, pois mesmo não sendo uma unidade cujo processo principal seja o assistencial, é parte integrante do Sistema FMUSP/HC. O que se analisa são as pontuações obtidas na avaliação da gestão e nesse ponto todas as unidades, assistenciais, de ensino ou pesquisa, compartilham o mesmo modelo de gestão, baseado nos fundamentos da excelência.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para a melhoria contínua da qualidade de serviços de saúde em geral e que suas lacunas, ou “oportunidades de melhoria” sejam revistas e transformadas futuramente em “pontos fortes” do processo e da instituição.

1.1 AVALIAÇÃO

BLAUTH (2006) propõe algumas reflexões sobre o processo de avaliação: se a avaliação pressupõe uma medição, por que medimos? Em primeiro lugar, para saber onde estamos, para verificarmos a situação atual em relação ao desempenho histórico. Também para acompanharmos os progressos alcançados em relação às metas estabelecidas pelo planejamento estratégico; para identificarmos o que precisa ser melhorado; para nos compararmos com as organizações concorrentes; para sabermos o custo da má qualidade; para sermos auxiliados nas decisões sobre melhorias; para calcularmos os custos e benefícios dos planos de melhorias, para atendermos exigências legais e para saber se estamos atendendo às necessidades e expectativas das partes interessadas.

Segundo a Fundação Nacional da Qualidade - FNQ (2007), partes interessadas está descrita como “indivíduo ou grupo de indivíduos com interesse comum no desempenho da organização e no ambiente em que opera”.

Tudo na natureza é passível de mensuração, bastando apenas identificar qual métrica específica é adequada a essa tarefa.

Segundo PEREIRA (2004), para a mensuração de eventos qualitativos é importante lembrar a distinção entre objeto e atributo: o dado qualitativo é uma estratégia de mensuração de atributos, ou seja, o objeto (o objetivo) da mensuração não é o objeto (a coisa) em si, mas seus predicados. É importante identificar o objeto e os atributos que serão estudados. A mensuração qualitativa é uma medida derivada, que não se realiza diretamente sobre o fenômeno de interesse, mas sobre as manifestações desse fenômeno.

COHEN (1993) faz uma reflexão sobre o processo de avaliação tomando por base a avaliação da vida cotidiana. Quando as pessoas detectam algum

problema, recolhem informações para poder tomar decisões que lhes permitam enfrentar os problemas da melhor maneira possível. Desta forma, as pessoas costumam refletir sobre o acerto ou erro que incorreram ao agir de determinada maneira, avaliam ações e obtêm informações para ajustar o comportamento futuro. Essas avaliações pessoais costumam ser subjetivas, com informações insuficientes e mediante uma reflexão assistemática. O que diferencia um processo de avaliação da vida cotidiana de um processo sistematizado de avaliação é que neste se enfatiza a objetividade, a informação suficiente e a utilização de métodos rigorosos para chegar a resultados válidos e confiáveis. A objetividade pressupõe idéias preconcebidas e interesses que afetem os resultados da avaliação; a informação suficiente não significa necessariamente que seja “completa”: é preciso um equilíbrio entre o ideal e o viável, considerando se é justificável a maior exaustividade da avaliação em função dos resultados a serem obtidos. Quanto à validade, é necessário que os instrumentos utilizados meçam realmente o que se tenta medir e a confiabilidade diz respeito à adequação e uso da informação que será obtida.

Prosseguindo no conceito de avaliação, COHEN (1993) diz que a avaliação não deve ser concebida como uma atividade isolada e auto-suficiente. Ela faz parte de um processo, que envolve um planejamento, que gera uma retroalimentação, que modifica a próxima avaliação. Esta deve ser diferenciada de “acompanhamento”, que trata do exame contínuo efetuado pela administração, quando se está executando uma atividade. A avaliação pode ser realizada antes, durante, ao concluir ou mesmo algum tempo depois da implementação de algo. Pode ser classificada em interna e externa. Na externa, é realizada por avaliadores com maior experiência no processo de avaliação e que podem realizar comparações com outras soluções similares. Como ponto fraco, as avaliações externas tendem a dar mais importância ao método de avaliação do que ao conhecimento da área em que o projeto foi desenvolvido. Na interna, alega-se que proporciona menor garantia de objetividade; que seus membros teriam idéias preconcebidas a respeito do projeto tanto por interesses,

não querendo mostrar um possível fracasso, quanto por valor, estando, portanto, menos capacitados para apreciar o projeto de forma independente e imparcial. Por outro lado, o avaliador interno está preocupado em que sejam evidenciados problemas interessantes para serem solucionados e seu compromisso fundamental é com a solução dos problemas de forma correta.

Segundo HAMILTON E SMITH (1981), “avaliação e organização podem ser termos contraditórios. A estrutura da organização implica estabilidade, enquanto o processo de avaliação sugere mudança. A organização gera compromissos, enquanto que a avaliação inculca o ceticismo. A avaliação se refere à relação entre a ação e os objetivos, enquanto que a organização relaciona suas atividades com seu programa e sua clientela”.

Ser avaliado pressupõe disponibilidade para encarar falhas. Paralelamente, propicia melhores resultados, uma vez que o processo de aprendizado pode ser intenso e a possibilidade de correção é grande. O desenvolvimento do gerenciamento da qualidade, justamente por envolver processo contínuo de avaliação, tende a se desenvolver com maior sucesso nos ambientes onde a cultura da avaliação se faz presente (SCHIESARI, 1999).

Segundo BLAUTH (2006), as pessoas que vão realizar a medição devem conhecer os critérios e os processos que vão julgar, ter tempo para realizar a avaliação, ser imparcial e ter sua autoridade reconhecida por quem vai ser avaliado.

Quando a organização é grande, ainda que a avaliação seja “interna” do ponto de vista institucional, será “alheia” àqueles que colaboraram na implementação dos projetos. Neste caso a avaliação interna é realizada por pessoas que não estão diretamente vinculadas aos projetos, adquirindo características e a isenção de uma avaliação externa (COHEN, 1993).

Considerem-se os conceitos de gestão e avaliação segundo FERREIRA (1986): gestão consiste no gerenciamento ou administração de algo, público ou privado, seja uma empresa, um negócio, uma política, uma informação, etc.; avaliação consiste na determinação e apreciação do valor de algo, de sua grandeza; valor é um atributo qualitativo de algo, mensurável em grau maior ou menor através de parâmetros quantitativos. Portanto, a avaliação da gestão é a determinação e apreciação do valor da administração de algo público ou privado.

1.2. GESTÃO DA QUALIDADE

Para falar de gestão da qualidade é necessário resgatar alguns marcos significativos do movimento da qualidade.

Nos séculos XVIII e XIX, os produtos eram fabricados por artesãos; produziam-se pequenas quantidades de cada produto; as peças eram ajustadas manualmente e a inspeção final, quando feita, era informal. A inspeção formal só passou a ser necessária quando do surgimento da produção em massa e a necessidade de peças intercambiáveis. Com o aumento do volume de produção, as peças não podiam ser mais encaixadas manualmente umas às outras; o processo passou a exigir um grande grupo de mão-de-obra qualificada e uma maior preocupação com o produto final. Do ponto de vista do controle de qualidade, a principal conquista foi a criação de um sistema racional de medidas, gabaritos e acessórios no início do século XIX. Com o amadurecimento do sistema norte-americano de produção, as medições tornaram-se mais refinadas e a inspeção passou a ser mais importante (GARVIN, 1992). O controle da qualidade limitava-se à inspeção e a atividades restritas como a contagem, a classificação pela qualidade e os reparos.

Em 1931, SHEWHART publicou o livro “A Economia e o Controle da Qualidade dos Produtos Manufaturados”. Nesta obra foi dada uma definição precisa e mensurável de controle de fabricação, com técnicas de acompanhamento e avaliação da produção diária e propostas de diversas maneiras de se melhorar a qualidade. No fim dos anos 40 o controle da qualidade já estava estabelecido, com métodos basicamente estatísticos e principalmente com impacto nas fábricas. A utilização desse método levou os Estados Unidos a produzir suprimentos militares mais baratos e em grande quantidade (SCHIESARI, 1999).

Nos anos 50 e início da década de 60 a qualidade passou de uma disciplina restrita e baseada na produção fabril para uma atuação com implicações mais amplas, com expansão além da estatística. Entramos no período da garantia da qualidade, com quatro elementos distintos: quantificação dos custos da qualidade, controle total da qualidade, engenharia da confiabilidade e zero defeito (NASCIMENTO, GUIMARÃES, DIEGO, 2002).

W. Edwards Deming, engenheiro americano, foi enviado ao Japão pelo governo dos EUA para trabalhar no programa de reconstrução pós-guerra. Seu trabalho impulsionou a indústria japonesa e os princípios disseminados são considerados a base da qualidade moderna. A filosofia de Deming é composta de uma tríade de crenças para instituições que buscam a excelência: conhecimento profundo, constância de finalidade e melhoria constante (BLAUTH, 2006).

Joseph Juran, romeno, imigrou para os Estados Unidos, licenciou-se em Engenharia e Direito e juntamente com Deming dirigiu ações de formação e consultoria no Japão. É reconhecido como a pessoa que acrescentou a dimensão humana à qualidade e considerado o primeiro guru que aplicou a qualidade à estratégia empresarial, em vez de ligá-la meramente à estatística ou aos métodos de controle total da qualidade. Ele defende que a gestão da qualidade se divide em três pontos fundamentais: planejamento, melhoria e controle da qualidade. A melhoria está relacionada aos processos, com cerca de 85% dos problemas de qualidade causados pelos processos de gestão. O planejamento é um esforço que deve ter a participação das pessoas que o vão implementar. Juran aconselha a delegação do controle da qualidade para os níveis operacionais da empresa, caminhando cada vez mais para equipes autogerenciadas (BLAUTH, 2006).

Não se pode identificar com precisão os primórdios da gestão estratégica da qualidade. Sabe-se que um número cada vez maior de empresas surgem

com uma nova visão: a alta liderança expressa interesse pela qualidade, associando-a com a lucratividade, considerando o ponto de vista do cliente e exigindo a sua inclusão no planejamento estratégico. “Na gestão estratégica, a qualidade passa a ser incluída explicitamente no processo de planejamento estratégico. Estabelecem-se metas anuais específicas e viáveis para a melhoria da qualidade. É uma abordagem mais ampla que suas antecessoras, mais intimamente ligada à lucratividade e aos objetivos empresariais básicos, mais sensíveis às necessidades da concorrência e ao ponto de vista do consumidor e, mais firmemente associada à melhoria contínua” (GARVIN, 1992).

O movimento da qualidade na área da saúde teve seu início em 1910, nos Estados Unidos, quando Flexner divulgou um relatório sobre as condições das escolas médicas: foram fechadas 60 das 155 escolas existentes até 1920. Na avaliação de instituições de saúde, em 1916 Codman estabeleceu princípios da importância da certificação dos médicos e das instituições, culminando, em 1918, no Programa Nacional de Normatização Hospitalar, pelo qual somente 90 de 692 hospitais foram aprovados. Em 1951 foi criada a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), entidade privada que começou a introduzir na cultura médico-hospitalar norte-americana os conceitos de auditoria (COLETTA, 2004).

Na década de 60, porém, atingindo notoriedade a partir da década de 80, Avedis Donabedian desenvolveu um sistema de avaliação da qualidade em saúde baseado em uma tríade, envolvendo conceitos de estrutura, processo e resultado. A variável estrutura consiste em instalações físicas, equipamentos, instrumental normativo, recursos humanos qualificados, recursos financeiros, jurídicos e políticos necessários para desencadear o processo de produção. A variável processo envolve a realização das atividades e procedimentos tais como a consulta médica, a realização de exames e cirurgias entre outros, por meio dos quais se obtêm os resultados da assistência. A variável resultados é

considerada mediante as mudanças observadas no estado de saúde do paciente, decorrente da assistência médica.

Em 1990 Donabedian amplia seu modelo, atribuindo à qualidade sete dimensões, denominadas “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Estas dimensões são interdependentes para realizar seu potencial (DONABEDIAN, 1990).

Em 1994 Berwick relata a experiência do Plano de Demonstração Nacional – PDN (National Demonstration Project) quando foi realizado um “workshop” em Boston com especialistas em administração da qualidade e representantes de organizações de saúde americanas. Estes apresentaram problemas relacionados à qualidade cuja solução não estivesse clara e os especialistas colocaram à disposição da saúde suas experiências no assunto. Deste encontro resultou uma declaração formal da questão a ser enfrentada, um plano de ação e um compromisso para retornar oito meses depois e apresentar os resultados (CYPRIANO, 2004).

BERWICK (1994) apresenta em seu livro os princípios de implementação e aplicação da Gestão da Qualidade Total. Os princípios básicos da qualidade total poderiam ser aplicados com êxito na administração hospitalar, mesmo considerando-se suas especificidades. O trabalho produtivo é realizado por meio de processos: estes são a principal fonte de falhas de qualidade. O controle da qualidade deve concentrar-se nos processos; o envolvimento das pessoas que trabalham na organização é fundamental; a má qualidade é cara. A gestão da qualidade emprega três atividades básicas: planejamento, controle e melhoria da qualidade.

NOVAES (1992) ressalta a importância da liderança na implantação dos programas de avaliação. Relata a experiência dos Estados Unidos, Canadá e Austrália, que iniciaram seus processos com uma ou duas pessoas, que

transformaram um debate filosófico em realidade. “Participar das atividades relacionadas com a avaliação cria uma enorme motivação no pessoal que sente que está trabalhando para alcançar um importante objetivo moral – o de providenciar assistência médica de alta qualidade ao paciente”.

Em meados da década de 80, o governo dos Estados Unidos identificou a necessidade de incentivar a busca de um conjunto de conceitos para orientar suas organizações em resposta ao crescimento das indústrias japonesas. Com isso, foi conduzido um estudo pela empresa Mackinsey e o National Institute of Standards and Technology (NIST) em organizações consideradas “ilhas de excelência”, a fim de encontrar características comuns que as diferenciavam das demais. A pesquisa identificou diversas características compostas por valores organizacionais, facilmente percebidos como parte de uma cultura organizacional, sendo praticados por seus líderes e profissionais de todos os níveis. Identificados esses valores, foram, portanto, considerados como fundamentos para formar uma cultura de gestão voltada para resultados e competitivas para o mercado. Esses valores serviram de arcabouço para modelos sistêmicos de avaliação no mundo todo, definindo prêmios nacionais e modelos de referência em gestão, iniciando pelo Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), nos Estados Unidos, em 1987 e seguidos no Brasil, em 1990, pelo Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ (FNQ, 2006). Esses modelos de avaliação passaram a ser utilizados como modelos voltados para a gestão da qualidade, com disseminação em empresas de pequeno, médio e grande porte, públicas e privadas, de manufatura e serviços.

A seguir apresentam-se os fundamentos da excelência que expressam conceitos reconhecidos internacionalmente e que se traduzem em práticas encontradas em organizações líderes de Classe Mundial (FNQ-2006). Esses fundamentos são traduzidos em critérios de avaliação, utilizados pelo Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e diversos outros prêmios regionais e setoriais, tais como o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS).

1.3 FUNDAMENTOS DA EXCELÊNCIA

1.3.1 Visão Sistêmica

“Entendimento das relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o ambiente externo”.

1.3.2 Aprendizado Organizacional

“Busca o alcance de um novo nível de conhecimento, por meio de percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências, alterando princípios e conceitos aplicáveis a práticas, processos, sistemas, estratégias e negócios, produzindo melhorias e mudanças na organização”.

1.3.3 Pró-atividade (Agilidade)

“Capacidade da organização de se antecipar às mudanças de cenários e às necessidades e expectativas dos clientes e das demais partes interessadas”.

1.3.4 Inovação

“Implementação de novas idéias geradoras de um diferencial competitivo”.

1.3.5 Liderança e Constância de Propósitos

“Comprometimento dos líderes com os valores e princípios da organização; capacidade de construir e implementar estratégias e um sistema de gestão que estimule as pessoas a realizar um propósito comum e duradouro”.

1.3.6 Visão de Futuro

“Compreensão dos fatores que afetam o negócio e o mercado no curto e longo prazo, permitindo o delineamento de uma perspectiva consistente para o futuro desejado pela organização”.

1.3.7 Foco no Cliente e no Mercado

“Conhecimento e entendimento do cliente e do mercado, visando à criação de valor de forma sustentada para o cliente e maior competitividade nos mercados”.

1.3.8 Responsabilidade Social

“Atuação baseada em relacionamento ético e transparente com todas as partes interessadas, visando ao desenvolvimento sustentável da sociedade, preservando recursos ambientais e culturais para gerações futuras, respeitando a diversidade e promovendo a redução das desigualdades sociais”.

1.3.9 Gestão Baseada em Fatos

“Tomada de decisões com base na medição e análise do desempenho, levando-se em consideração as informações disponíveis, incluindo os riscos identificados”.

1.3.10 Valorização das Pessoas

“Compreensão de que o desempenho da organização depende da capacitação, motivação e bem-estar da força de trabalho e da criação de um ambiente de trabalho propício à participação e ao desenvolvimento das pessoas”.

1.3.11 Abordagem por Processos

“Compreensão e gerenciamento da organização por meio de processos, visando a melhoria do desempenho e a agregação de valor para as partes interessadas”.

1.3.12 Orientação para Resultados

“Compromisso com a obtenção de resultados que atendam, de forma harmônica e balanceada, às necessidades de todas as partes interessadas na organização”.

1.4 FUNDAMENTOS *VERSUS* CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA

A partir da identificação dos fundamentos, estes foram transformados em quesitos, que por sua vez foram agrupados em critérios. Os critérios de avaliação são, portanto, a representação formal dos fundamentos, os quais permitem identificar e pontuar a gestão das empresas. Os fundamentos devem nortear as organizações que quiserem ser reconhecidas como empresas de excelência. Os critérios passam a ser uma forma didática de traduzir os valores em solicitações tangíveis que podem ser mais facilmente disseminadas e entendidas por todos (FNQ, 2006).

No Quadro 1 estão representados os doze fundamentos da excelência traduzidos em oito critérios de avaliação do PNQ. Podemos observar que alguns

fundamentos se relacionam somente com um critério e outros apresentam relação com todos os critérios.

Quadro 1 – Representação esquemática da inter-relação entre os fundamentos da excelência e os critérios de avaliação do PNQ.

FUNDAMENTOS					CRITÉRIOS
Visão sistêmica	Aprendizado organizacional	Pro atividade (Agilidade)	Inovação	Liderança e constância de propósitos	Liderança
				Visão de futuro	Estratégias e Planos
				Foco no cliente e no mercado	Clientes
				Responsabilidade social	Sociedade
				Gestão baseada em fatos	Informação e Conhecimento
				Valorização das pessoas	Pessoas
				Abordagem por processos	Processos
				Orientação para resultados	Resultados

Fonte: adaptado de Critérios de Excelência - PNQ, 2005.

Baseados nos fundamentos descritos acima foram constituídos oito critérios e 27 itens para avaliação do desempenho organizacional. Apresenta-se a seguir a versão na íntegra dos textos da Fundação Nacional da Qualidade - 2006, com uma explicação do que é avaliado em cada critério.

1. Liderança

Este critério examina o sistema de liderança da organização e o comprometimento pessoal dos membros da alta direção no estabelecimento, disseminação e atualização de valores e diretrizes organizacionais que promovam a cultura da excelência, considerando as necessidades de todas as partes interessadas. Também examina como a alta direção analisa criticamente o desempenho global da organização. Este critério está dividido em três itens e cada um, por sua vez, apresenta cinco aspectos a serem avaliados.

1.1 Sistema de liderança

1.2 Cultura da excelência

1.3 Análise crítica do desempenho global

2. Estratégias e Planos

Este critério examina o processo de formulação das estratégias de forma a determinar o posicionamento da organização no mercado, direcionar suas ações e maximizar seu desempenho, incluindo como as estratégias, os planos de ação e as metas são estabelecidos e desdobrados por toda a organização e comunicados interna e externamente. Também examina como a organização define seu sistema de medição de desempenho.

2.1 Formulação das estratégias

2.2 Desdobramento das estratégias

2.3 Planejamento da medição do desempenho

3. Clientes

Este critério examina como a organização identifica, analisa, compreende e se antecipa às necessidades dos clientes e dos mercados, divulga seus

produtos, marcas e ações de melhoria, e estreita seu relacionamento com os clientes. Também examina como a organização mede e intensifica a satisfação e a fidelidade dos clientes em relação a seus produtos e marcas.

3.1 Imagem e conhecimento de mercado

3.2 Relacionamento com clientes

4. Sociedade

Este critério examina como a organização contribui para o desenvolvimento econômico, social e ambiental de forma sustentável, por meio da minimização dos impactos negativos potenciais de seus produtos e operações na sociedade e como a organização interage com a sociedade de forma ética e transparente.

4.1 Responsabilidade sócio-ambiental

4.2 Ética e desenvolvimento social

5. Informações e Conhecimento

Este critério examina a gestão e a utilização das informações da organização e de informações comparativas pertinentes, bem como a gestão do capital intelectual da organização.

5.1 Gestão das informações da organização

5.2 Gestão das informações comparativas

5.3 Gestão do capital intelectual

6. Pessoas

Este critério examina como são proporcionadas condições para o desenvolvimento e utilização plena do potencial das pessoas que compõem a força de trabalho, em consonância com as estratégias organizacionais. Também examina os esforços para criar e manter um ambiente de trabalho e um clima organizacional que conduzam à excelência do desempenho, à plena participação e ao crescimento pessoal e da organização.

6.1 Sistemas de trabalho

6.2 Capacitação e treinamento

6.3 Qualidade de vida

7. Processos

Este critério examina os principais aspectos da gestão dos processos da organização, incluindo o projeto do produto com foco no cliente, a execução e entrega do produto, os processos de apoio e aqueles relacionados aos fornecedores, em todos os setores e unidades. Também examina como a organização administra seus recursos financeiros, de maneira a suportar sua estratégia, seus planos de ação e a operação eficaz de seus processos.

7.1 Gestão de processos relativos ao produto

7.2 Gestão de processos de apoio

7.3 Gestão de processos relativos aos fornecedores

7.4 Gestão econômico-financeira

8. Resultados

Este critério examina a evolução do desempenho da organização em relação a clientes e mercados, situação financeira, pessoas, fornecedores, processos relativos ao produto, sociedade, processos de apoio e processos organizacionais. Examina também os níveis de desempenho em relação às informações comparativas pertinentes.

8.1 Resultados relativos aos clientes e ao mercado

8.2 Resultados econômico-financeiros

8.3 Resultados relativos às pessoas

8.4 Resultados relativos aos fornecedores

8.5 Resultados dos processos relativos ao produto

8.6 Resultados relativos à sociedade

8.7 Resultados dos processos de apoio e organizacionais

A seguir apresentaremos algumas metodologias de avaliação da gestão baseadas nos fundamentos da excelência.

1.5 METODOLOGIAS DE AVALIAÇÃO UTILIZADAS EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE BASEADAS NOS FUNDAMENTOS DA EXCELÊNCIA.

1.5.1 Malcolm Baldrige National Quality Award - MBNQA

O prêmio americano denominado MBNQA teve desdobramentos em 1995, quando foi realizado um projeto específico para a saúde. O resultado deste projeto teve como consequência a criação de uma categoria específica para a saúde em 1998, com a atualização dos critérios do MBNQA e

apresentação ao Congresso Americano de um projeto de lei propondo a criação da Categoria Saúde. Em 1999 foi realizado um ciclo de premiação específico para a área da saúde (SILVEIRA, 2004), mantendo desde então a premiação com a pontuação máxima de 1000 pontos (BNQP, 2005).

1.5.2 Prêmio Nacional da Qualidade - PNQ

No Brasil, no início da década de 90, o Governo Federal deu início ao Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade (PBQP), estimulando o desenvolvimento econômico e social do país. Em 1991, foi criado o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), alicerçado nos mesmos fundamentos do prêmio americano MBNQA. A escolha deste Modelo decorreu de amplo estudo dos prêmios existentes no Brasil e no exterior, partindo do precursor de todos, o Deming Prize do Japão. A escolha inicial do modelo deste prêmio se deveu principalmente ao fato de estabelecer critérios de avaliação sem prescrever metodologias e ferramentas de gestão (FNQ, 2006).

O primeiro ciclo de premiação do PNQ ocorreu em 1992 e continua anualmente até os dias de hoje. O PNQ está sob a administração da Fundação Nacional da Qualidade – FNQ, originalmente denominada Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade – FPNQ. Outros prêmios internacionais tais como o PNQ foram criados e continuam sendo utilizados internacionalmente tais como: o “European, Japan, Singapore, Austrália and South Africa Quality Award” (FNQ, 2006).

1.5.3 Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH

Em 1991 foi criado o CQH, originalmente denominado “Programa de Controle de Qualidade Hospitalar”, para avaliar hospitais, inicialmente do Estado de São Paulo. A idéia da criação do CQH se inspirou nos trabalhos da JCAHO

dos EUA e resultou de ampla discussão entre diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo. Uma vez iniciado, o Programa se estabeleceu na sede da Associação Paulista de Medicina – APM, na avenida Brigadeiro Luiz Antônio, onde permanece até hoje, tendo como mantenedoras a APM e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CREMESP (CQH, 2001).

Após um projeto-piloto em abril de 1991, o CQH iniciou suas atividades em julho do mesmo ano, com o encaminhamento de comunicação a todos os hospitais do Estado de São Paulo (aproximadamente 800 na época), informando sobre os objetivos do Programa, sua metodologia e convidando-os a se filiarem, mediante o preenchimento de um Termo de Adesão. Aproximadamente 200 hospitais responderam de alguma forma a este apelo inicial e 120 iniciaram ativamente sua participação. Anos depois este número reduziu para 80 e hoje está fixado em torno de 170 hospitais participantes, sendo alguns de fora do Estado de São Paulo (CQH, 2001).

O objetivo do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade nos hospitais participantes. Entre os valores do Programa destacam-se: ética, enfoque educativo, autonomia técnica, simplicidade, voluntariado e confidencialidade. O Programa estimula a participação e a auto-avaliação, tendo um importante componente educacional. Por ser um programa de adesão voluntária, espera-se que os hospitais se envolvam, visando o aprimoramento de seus processos de atendimento para obter melhores resultados. O CQH não é classificatório e, desse modo, não há preocupação com a identificação dos melhores ou piores hospitais e não há também preocupação com a distinção entre uns e outros. A preocupação básica é que todos os hospitais consigam, através de sua vinculação ao Programa, elevar a qualidade do atendimento, seja ele prestado a pacientes particulares ou de hospitais estatais; de pequeno, médio ou grande porte; localizados na capital ou no interior dos estados. Na

busca do atendimento que responda às necessidades da população, o CQH é parceiro dos hospitais (CQH, 2001).

A preocupação de um programa de avaliação da qualidade não deve ser de fiscalizar ou julgar os hospitais, mas sim ajudá-los a, pró - ativamente, buscarem a melhoria de suas práticas gerenciais (BURMESTER, 1997).

A metodologia utilizada pelo CQH para os hospitais que participam do Programa é baseada em três premissas (CQH, 2007) *:

- Auto-avaliação: é realizada por meio da aplicação do “Roteiro de Visitas”, respondido pelo corpo diretivo da organização;
- Monitoramento de indicadores: mensalmente os hospitais enviam ao CQH indicadores relacionados a sua gestão, que são devolvidos trimestralmente sob a forma de gráficos, juntamente com resultados de 170 hospitais que participam do programa, permitindo que sejam feitas comparações entre os mesmos. Estes hospitais estão localizados em diversos estados do Brasil, sendo que sua maioria encontra-se no Estado de São Paulo;
- Visita técnica para avaliação do hospital: após um ano de participação no Programa, o hospital participante pode solicitar uma visita de avaliação. Esta é feita por equipe formada por um médico, um enfermeiro e um administrador, que avaliam o hospital seguindo as perguntas contidas no Roteiro de Visitas. Se for obtida uma pontuação final de 50% mais um, o hospital recebe o Selo de Conformidade do CQH, que obrigatoriamente deverá ser revalidado a cada dois anos, com nova visita.

* CQH. Compromisso com a Qualidade Hospitalar; apresentação elaborada para o Curso de Visitador do CQH. 2007.

O Roteiro de Visitas do CQH consiste de um manual contendo cerca de 200 perguntas com características prescritivas, divididas conforme os critérios de avaliação do PNGS. As respostas afirmativas orientam os hospitais sobre o que fazer para implementar um modelo de gestão em suas organizações. Em outras palavras, pretende-se, não só dizer “o que”, mas também o “como fazer” para se ter uma gestão da qualidade (CQH - NAGEH, 2006).

1.5.4 Prêmio Nacional da Gestão em Saúde - PNGS

O PNGS teve seu início no Comitê Saúde do Prêmio Nacional da Qualidade. Apresenta-se, a seguir, sua origem, objetivos e fases de desenvolvimento, descritas por SILVEIRA, em 2004, em sua tese de doutorado.

1.5.4.1 Comitê Saúde

Em 1995 foi conduzido um projeto piloto nos Estados Unidos para a área de saúde que tinha como objetivo, entre outras coisas:

- determinar o interesse das organizações de saúde em participar de um programa nacional baseado na melhoria de desempenho;
- testar os critérios de excelência na área de saúde;
- testar o sistema de avaliação;
- determinar o valor do “feedback” dado aos participantes do projeto piloto;
- determinar se haveria ou não subcategorias de premiação;
- ajudar na melhoria do desempenho organizacional;
- compartilhar as melhores práticas entre as organizações de saúde tendo como base uma compreensão comum dos requisitos chaves de desempenho;
- servir como ferramenta de trabalho para melhorar o planejamento organizacional e a avaliação das instituições de saúde.

Em função desse projeto piloto foram criados prêmios regionais de saúde nos Estados Unidos baseados nos critérios do MBNQA - Malcolm Baldrige National Quality Award e em 1998 foi criada a Categoria Saúde para o prêmio nacional MBNQA (SILVEIRA, 2004).

Em 1996 foi criado o Comitê Saúde do Prêmio Nacional da Qualidade, composto por integrantes da Fundação Nacional da Qualidade e membros do Núcleo Técnico do CQH.

Da mesma forma como ocorreu nos Estados Unidos, Silveira (2004) relata que o projeto foi desenvolvido em quatro fases:

Fase I: Disseminação: levantamento de material bibliográfico sobre gestão da qualidade na saúde no mundo e prospecção do grau de conhecimento teórico e prático dos critérios de excelência pelos gestores de hospitais brasileiros.

Foram entrevistados os principais executivos de cerca de 20 hospitais dos mais variados perfis (beneficentes, públicos, privados com e sem finalidade lucrativa), localizados na Grande São Paulo, interior do Estado de São Paulo, Porto Alegre e interior do Rio Grande do Sul, com o objetivo de averiguar se os hospitais utilizavam os Critérios de Excelência como instrumento de gestão.

As principais conclusões dessa pesquisa foram: havia uma distância entre discurso apresentado pelos gestores na utilização dos critérios e que na prática não era evidenciada; as comparações de dados eram informais e restritas; a análise dos dados enfatizava indicadores financeiros e sua utilização gerencial era assistemática; o planejamento estratégico era centrado na diretoria e no sentido da cúpula para as bases; as práticas de recursos humanos eram dissociadas do planejamento estratégico; havia uma ênfase em resultados

financeiros e de produtividade, dissociados da melhoria de processos; havia um início de conscientização a respeito da importância da opinião dos clientes.

Fase II: Alternativas: análise e definição do modo de inclusão das candidaturas nas Categorias do PNQ.

Em reuniões do Comitê Saúde com o Gerente Técnico da FNQ foram aventadas duas possibilidades: as candidaturas serem incluídas nas categorias pré-existentes ou ser criada a Categoria Saúde.

Fase III: Projeto Piloto: simulação de candidatura ao Prêmio Nacional da Qualidade por três hospitais, com elaboração de relatório de gestão e análise segundo a metodologia do PNQ por examinadores designados pela FNQ.

Os resultados foram os seguintes:

- dificuldade para sensibilizar a alta direção;
- o setor hospitalar estava estagnado em relação ao desenvolvimento de modernas técnicas de qualidade, quando comparado com outros setores da economia;
- faltavam registros, dificultando a apuração de resultados, com exceção dos financeiros;
- faltava visão sistêmica nas áreas de trabalho;
- havia descompasso entre o desenvolvimento da gestão e o do conhecimento técnico em hospitais.

Fase IV: Viabilização da Premiação: foram definidos nesta fase os principais objetivos a serem perseguidos:

- disseminar no setor saúde práticas eficazes de gestão e casos de sucesso na aplicação dos Critérios de Excelência;

- dar continuidade aos estudos de viabilidade para implantar a Categoria Saúde;
- efetuar uma pesquisa com a finalidade de levantar informações sobre a disponibilidade das instituições de saúde em participarem do processo de premiação.

As deliberações finais indicaram a escolha de uma categoria setorial, de abrangência nacional, tendo sido formado um consórcio de entidades patrocinadoras do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde.

Em 2002 foi criado o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS), para estimular não só os hospitais como também outras organizações da área da saúde a avaliar e buscar melhorias contínuas de seus sistemas de gestão, reconhecendo aquelas organizações que se destacam pela utilização de práticas de gestão e que apresentem resultados superiores de desempenho (CQH, 2004). Desta forma o PNGS passa a ser mais um produto do CQH. É contratado um coordenador do prêmio, com larga experiência em processos de premiação baseados na metodologia do PNQ. A sede administrativa passa a funcionar junto ao CQH, na Associação Paulista de Medicina.

A metodologia utilizada para avaliar a gestão das Unidades é baseada nos fundamentos da excelência, que expressam conceitos traduzidos em práticas encontradas em organizações de elevado desempenho. Estes fundamentos alicerçam os Critérios do PNQ e passaram a alicerçar também os Critérios do PNGS (CQH, 2004).

O lançamento oficial do PNGS ocorreu no dia 13 de junho de 2003, por ocasião do VII Congresso de Qualidade Hospitalar, realizado na Feira Hospitalar. No ano seguinte, em 4 de julho de 2004 houve a primeira cerimônia de premiação, com o lançamento do ciclo subsequente do PNGS.

1.6 SISTEMA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/HOSPITAL DAS CLÍNICAS (SISTEMA FMUSP/HC)

O Sistema FMUSP/HC é composto pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), com suas Unidades, além do Centro de Saúde Escola do Butantã – CSEB, Hospital Universitário, Serviço de Verificação de Óbitos e o Instituto de Medicina Tropical.

Descreveremos, a seguir, as estruturas e competências da FMUSP e do HCFMUSP, tendo por base os relatórios de gestão de ambos, referentes ao ano de 2006 (USP, 2006; HCFMUSP, 2007).

1.6.1 Principais Competências da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP

A Faculdade de Medicina é uma unidade da Universidade de São Paulo (USP), autarquia especial do Governo do Estado de São Paulo, situada na cidade de São Paulo. Dentre as principais competências da FMUSP estão o ensino, a pesquisa e a cultura e extensão.

A atuação da FMUSP no que tange ao ensino, é desenvolvida para graduandos e pós-graduandos. Os programas dos cursos de graduação estão voltados à formação de médicos generalistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. As aulas são ministradas na cidade universitária, na FMUSP, no HCFMUSP, no Distrito de Saúde do Butantã - CSEB e no Hospital Universitário - HU.

A pesquisa é realizada na FMUSP, em sua maioria, no âmbito dos Laboratórios de Investigação Médica. São 62 unidades laboratoriais, distribuídas pelo Sistema FMUSP/HC, agregando cerca de 180 grupos de pesquisa

cadastrados no diretório CNPq, investigando os mais diversos aspectos da pesquisa biomédica.

As atividades de cultura e extensão, multidisciplinares, abrangem atividades locais e internacionais. Os cursos de extensão, cerca de 30, incluem aperfeiçoamento, atualização e difusão. Além dos cursos, as atividades de extensão compreendem assessorias, consultorias, participação em bancas examinadoras, participação em projetos de lei, pareceres científicos, laudos técnicos, perícias judiciais, projetos pedagógicos, exposições, feiras, além da atenção ao paciente propriamente dita (USP, 2006).

A FMUSP conta atualmente com 30 programas de pós-graduação senso estrito, com 37 áreas de concentração, sendo 7 em cursos exclusivamente de doutorado, 21 em cursos de mestrado/doutorado e 1 em curso exclusivamente de mestrado. Estão devidamente credenciados 811 orientadores e cerca de 180 grupos de pesquisa. Estão matriculados 1415 alunos, sendo 509 no curso de mestrado, 906 no curso de doutorado. Na pós-graduação senso lato são oferecidas 1270 vagas credenciadas no programa de residência médica, por 16 departamentos da FMUSP (USP, 2006).

Com a finalidade de modernizar o gerenciamento da instituição, em 2003 foi instituída na faculdade a figura do Diretor Executivo, sendo contratado para ocupá-lo um administrador profissional com experiência na formulação e implantação de modelos de gestão. A metodologia adotada foi a mesma utilizada pelo Sistema FMUSP/HC, baseada nos fundamentos do Prêmio Nacional da Qualidade, com sua versão para a saúde, o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (USP, 2006).

1.6.2 Natureza Atual das Atividades do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HCFMUSP

O HCFMUSP é uma autarquia do governo do Estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para efeitos administrativos e associada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para efeitos acadêmicos. Inaugurado em 19 de abril de 1944, o edifício seguiu a mais moderna arquitetura da época. Construído em cimento armado tinha a forma de “H” geminado com uma área física de 4.600 metros quadrados, distribuídos em 11 andares, com capacidade para 1.200 leitos, 207 enfermarias, 17 salas cirúrgicas, 106 quartos de um a dois leitos, 125 conjuntos sanitários e 600 outras dependências. Foi concebido não somente para ser um local específico para o treinamento médico de um hospital-escola, como também indicava pretender aumentar os espaços ao atendimento médico da população no Estado de São Paulo (HCFMUSP, 2007).

Todo o HCFMUSP engloba 2.155 leitos operacionais, 14.000 servidores e um orçamento anual executado de R\$ 1.046.739.156,00, sendo R\$ 664.858.727,00 de recursos estaduais e R\$ 381.880.429,00 de recursos extra-orçamentários, gerados pela própria instituição na prestação de serviços ao SUS, convênios e particulares, por meio das fundações de apoio: Zerbini e Faculdade de Medicina (HCFMUSP, 2007).

Em 2006 registrou-se a seguinte produção assistencial: 1.350.000 atendimentos ambulatoriais, 370.000 atendimentos de emergências, 65.600 internações, 37.700 cirurgias, 558 transplantes e 2300 partos de alto risco. Foram produzidas também 9 milhões de refeições, 1 milhão e cem mil mamadeiras. Consumiu-se 960.000 m³ de água e 3.000.000 m³ de gás natural (HCFMUSP, 2007).

As atividades assistenciais do HCFMUSP são exercidas nos Institutos e Unidades a seguir descritos, seguindo uma ordem cronológica de existência (HCFMUSP, 2007).

- Instituto Central “Dr. Adhemar Pereira de Barros” (ICHC): trata-se de um hospital geral, inaugurado em 1954, com 944 leitos operacionais;
- Instituto do Coração “Prof. Euríclydes de Jesus Zerbini” (InCor): hospital especializado em cardiologia clínica e cirúrgica, com 433 leitos operacionais;
- Instituto de Ortopedia e Traumatologia “Prof. Dr. Francisco Elias Godoy Moreira” (IOT): hospital especializado em ortopedia e traumatologia, com 148 leitos operacionais;
- Instituto da Criança “Prof. Pedro de Alcântara” (ICr): hospital especializado no atendimento a crianças e adolescentes, com 195 leitos operacionais;
- Instituto de Psiquiatria “Prof. Dr. Antonio Carlos Pacheco e Silva” (IPq): hospital especializado em psiquiatria, com 58 leitos operacionais;
- Instituto de Radiologia (InRad): unidade especializada em diagnóstico por imagem e oncologia;
- Hospital Auxiliar de Suzano (HAS): hospital de retaguarda para o HCFMUSP, com 121 leitos operacionais;
- Hospital Auxiliar de Cotoxó (HAC): hospital de retaguarda para o HCFMUSP, principalmente para os pacientes do InCor e do ICr, com 108 leitos operacionais;

- Hospital Estadual Sapopemba (HES): hospital geral, com 148 leitos operacionais;
- Casa da Aids: unidade especializada no atendimento integral ao paciente HIV/AIDS, com 9 leitos destinados ao hospital-dia;
- Divisão de Medicina de Reabilitação – Vila Mariana e Jardim Umarizal: unidades especializadas em reabilitação motora e sensório-motora.
- Laboratórios de Investigação Médica (LIMs): 62 laboratórios de pesquisa inseridos nas unidades hospitalares, voltados para o desenvolvimento de pesquisas científicas, padronização de novas técnicas e métodos, formação de pesquisadores em pesquisa básica e aplicada, entre outras.

A estrutura organizacional descentralizada do Sistema FMUSP/HC, com suas Unidades e Fundações de Apoio, está representada na Figura 2.

Figura 2 - Estrutura Organizacional Descentralizada do Sistema FMUSP/HC

Fonte: Apresentação realizada pelo Prof. Dr. Marcos Boulos, diretor da FMUSP, por ocasião do planejamento estratégico do Sistema FMUSP/HC, 2008.

1.6.3 Estrutura Organizacional do HC – de Estrutura Vertical a Matricial

No início da gestão 2003-2006, intensificou-se o processo de descentralização administrativa para as unidades, com a delegação de responsabilidades ligadas à execução orçamentária e outras funções administrativas antes concentradas na Superintendência. Atualmente, a Superintendência do Hospital trabalha com uma estrutura organizacional matricial objetivando a aproximação e interação da estrutura central da organização com suas unidades prestadoras de serviço. A estrutura matricial está baseada na atuação dos Núcleos de Apoio (alocados na administração superior, representados pelos Coordenadores dos Núcleos) e os respectivos Comitês Técnicos (alocados nas unidades administrativas do Sistema, representados pelos Diretores Executivos – Direx). Nas Unidades os Núcleos são representados pelos seus respectivos Centros, conforme o desenho que se apresenta na Figura 3 (HCFMUSP, 2007). São eles: Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação – NETI, Núcleo Especializado em Direito – NUDI, Núcleo Econômico Financeiro – NEF, Núcleo de Planejamento e Gestão – NPG, Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento – NCD, Núcleo de Informação em Saúde – NIS, Núcleo de Infra-estrutura e Logística – NILO, Núcleo de Comunicação Institucional – NCI, Núcleo de Engenharia e Arquitetura Hospitalar – NEAH e Núcleo de Gestão de Pessoas – NGP (HCFMUSP, 2007).

Figura 3 - Estrutura Atual do HCFMUSP: Matricial-Horizontal

Fonte: Relatório de Gestão do HCFMUSP, 2006

1.6.4 Planejamento Integrado, Formulação de Diretrizes e Avaliação Relacionada às Diretrizes do Sistema FMUSP/HC

O ciclo de planejamento estratégico do Sistema FMUSP/HC tem periodicidade anual e contempla quatro etapas principais. A primeira etapa é corporativa e conta com a participação da alta direção dos Institutos e Unidades do Sistema FMUSP/HC. As demais etapas são desdobramentos da formulação

estratégica corporativa e tem como escopo as unidades que compõem o Sistema.

A formulação das estratégias iniciou-se em 2002. Foi realizada uma visita diagnóstica aos Institutos e Unidades, com equipes externas, coordenadas por examinadores do Prêmio Nacional da Qualidade. Foi utilizado o Roteiro de Visitas do CQH, com utilização específica para hospitais, tendo como alicerce os mesmos fundamentos do PNQ.

A partir dos resultados encontrados nessa avaliação, a participação de um profissional com experiência em formulação de estratégias e um processo participativo com integrantes do Conselho Deliberativo, Conselhos Diretores, Superintendência e Diretores Executivos, foram definidas 17 Diretrizes Corporativas para o Sistema FMUSP/HC para o período de 2002 a 2006 e estabelecida a missão-visão do HCFMUSP: **“ser instituição de excelência reconhecida nacional e internacionalmente em ensino, pesquisa e atenção à saúde”**. Os valores básicos de consenso pela alta liderança foram: ética, humanismo, responsabilidade social, pluralismo, pioneirismo e compromisso institucional (HCFMUSP, 2007).

A sétima diretriz estabelecida para o período descrito dizia: “Implantação de novo modelo de gestão que tenha visão sistêmica da Corporação e que permita alcançar a excelência de resultados, processos e gestão”.

Entendendo que gestão e avaliação da gestão são duas atividades complementares, foi estabelecido que esse novo modelo com visão sistêmica seria avaliado anualmente utilizando-se a metodologia do PNGS, metodologia esta baseada nos mesmos princípios do PNQ e adaptada para organizações de saúde.

Nos planejamentos anuais subsequentes as diretrizes corporativas foram revistas e reformuladas, incorporando os progressos alcançados e assimilando as análises dos ambientes externo e interno, bem como as perspectivas e

interesses dos Institutos e Unidades representados. Em 2006 as diretrizes do Sistema FMUSP/HC foram reduzidas para o número de doze. A antiga diretriz sete passou a ser a de número três, com a seguinte redação: “Consolidar o modelo de gestão com visão sistêmica que permita alcançar a excelência de processos e resultados”.

Mesmo com a evolução e modificação da diretriz sete que originou a sistematização do modelo de gestão e de avaliação do Sistema FMUSP/HC, o processo de avaliação da gestão consolidou-se nesses quatro anos, mantendo periodicidade anual e evoluindo em seu modo de implementação.

1.6.5 Movimento no Sistema FMUSP/HC relacionado à Gestão da Qualidade

Destaca-se a seguir dois programas voltados à qualidade, que antecederam a utilização sistemática do modelo de gestão e de avaliação do Sistema FMUSP/HC, baseados no PNGS.

1.6.5.1 Programa InCor de Qualidade

O Programa InCor da Qualidade (PIQ) foi implantado em 1993, mantendo sua estrutura original até o ano de 1997. Tinha como objetivos “contribuir para que o InCor continue a ser uma instituição de referência e excelência a nível mundial, na área de atenção à saúde, ensino e pesquisa em cardiologia e buscar continuamente a excelência no atendimento das necessidades e expectativas das comunidades externas (pacientes, agregados, governo) e interna (funcionários e colaboradores)”.

Apresentava como estrutura o Comitê InCor da Qualidade, o Núcleo da Qualidade e Times de Melhoria. Estava embasado no conceito de planejamento, avaliação e controle. Suas fases de implantação foram: 1. Organização para Implantação do PIQ; 2. Sensibilização e Conscientização; 3. Estruturação do

Núcleo da Qualidade; 4. Planejamento Estratégico; 5. Disseminação Cultural: Treinamento, Formação de Multiplicadores da Qualidade, Semana InCor da Qualidade.; 6. Melhoria Contínua através dos Times de Qualidade (INCOR, 1996).*

1.6.5.2 Programa de Capacitação Gerencial

Desde 1997 até hoje, o HCFMUSP mantém um curso de formação e desenvolvimento de seus gestores voltado ao corpo gerencial do hospital. No início foram identificados os profissionais com atividades de chefia, que fossem potenciais agentes de mudança e que tivessem funcionários subordinados. Além dos cargos formais de chefia e supervisão existentes na instituição, foram contempladas as lideranças decorrentes de experiência adquirida na prática. O objetivo do treinamento foi voltado para a formação da média gerência nos critérios de avaliação propostos pelo Prêmio Nacional da Qualidade, estimular uma cultura focada em resultados, desenvolver líderes comprometidos com suas equipes e elevar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes e à comunidade.

Inicialmente com um grupo de cerca de 200 pessoas, em 2005 o treinamento atingiu cerca de 1000 funcionários com perfil gerencial da Instituição (PROAHSA, 2005). **

* INCOR. Programa InCor de Qualidade – PIQ; apresentação elaborada pelo Núcleo da Qualidade. 1997.

**PROAHSA. Curso de Capacitação Gerencial; relatório elaborado pelo Núcleo de Capacitação e Desenvolvimento do HCFMUSP. 2005.

2. JUSTIFICATIVA

Pesquisar é buscar com diligência. Pesquisa é definida como “investigação e estudo minudentes e sistemáticos com o fim de descobrir ou estabelecer fatos ou princípios relativos a um campo qualquer do conhecimento” (REY, 1987).

A primeira qualidade do pesquisador deve ser, portanto, a preocupação com a busca de fatos novos e de princípios relacionados com algum setor do conhecimento. Essa inclinação não pode ser simples curiosidade, menos ainda o espírito bisbilhoteiro de quem não tem o que fazer. É, antes, o desejo de saber, de informar-se sobre as coisas e os fenômenos que nos cercam e que se mostram, em determinado momento, relevantes para o conhecimento do mundo em que vivemos. Uma curiosidade engajada, seja no aumento da cultura, seja no aperfeiçoamento dos meios pelos quais o homem domina a natureza e a põe corretamente a serviço da humanidade (REY, 1987).

Há mais de dez anos são observadas as melhorias obtidas por hospitais e outras organizações que se submetem a avaliações internas e externas, sejam elas do Programa CQH, do PNQ ou do PNGS. A oportunidade de se analisar e registrar um processo de avaliação da gestão de um sistema composto por unidades assistenciais e faculdade de medicina seria mais uma forma de disseminar conceitos já estabelecidos no mundo corporativo, porém pouco difundidos no meio acadêmico.

Diz o senso comum que há a necessidade de se profissionalizar a gestão de serviços de saúde. Mas por onde começar? Facilmente surge o “slogan”: capacitação da equipe gerencial e da alta direção das instituições. Porém não há garantia de que bons profissionais médicos sejam obrigatoriamente bons administradores de saúde, mesmo com alto investimento em formação.

A utilização de um modelo permite ao gestor a visão sistêmica dos processos com vistas à consecução dos objetivos maiores, de forma pró-ativa, minimizando no tempo as crises do dia-a-dia. O registro das práticas de gestão sob a forma de relatórios e sua avaliação permitem o conhecimento histórico dos processos da organização, a identificação dos pontos passíveis de melhoria, a verificação da realização dos objetivos e correção de rumos, e o aumento da motivação dos integrantes da organização.

Para facilitar esse procedimento, as empresas preocupadas com a melhoria da qualidade, utilizam processos já testados de auto-avaliação e de avaliações realizadas por equipes externas, vinculadas a um prêmio ou contratadas especificamente para este fim. Os relatórios decorrentes das avaliações são utilizados para a melhoria da gestão, permitindo uma melhoria contínua ao longo dos anos. A adaptação desse modelo para o setor saúde propicia, portanto, utilizar a experiência acumulada de outros segmentos de negócio e permite que incorporem técnicas já consagradas pelo mundo corporativo.

Desta forma, ao pensar em um tema para dissertação, foi feita a proposição de se relatar a experiência do processo de avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC e a possibilidade de servir de referência a outras organizações, sejam elas públicas ou privadas, para um processo de estímulo à melhoria da gestão, com a conseqüente melhoria dos serviços prestados e a melhor utilização dos recursos públicos e privados.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar os resultados de quatro ciclos de avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC e os fatores que impactaram nos resultados.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.1.1 Descrever o processo de avaliação do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde.

3.1.2 Descrever o processo de avaliação interno da gestão do Sistema FMUSP/HC.

4. MÉTODO

A metodologia de avaliação utilizada no Sistema FMUSP/HC é a mesma do Prêmio Nacional de Gestão em Saúde – PNGS. Considerando o fato de se tratar de um processo de avaliação interno, com vistas à melhoria da gestão das unidades, foram excluídas as etapas de elegibilidade e de premiação e todas passam pela etapa de visita, independentemente do nível alcançado na pontuação das avaliações individuais. Descreve-se, a seguir, o processo de avaliação do PNGS, suas dimensões e fatores de avaliação, tabelas de pontuação, utilização do “software” Sideral (CQH-PNGS, 2004; FPNQ, 2005; FNQ, 2007) e em seguida, especificamente, o processo de avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC.

4.1 CICLO DE AVALIAÇÃO DO PNGS

4.1.1 Lançamento oficial do ciclo anual de avaliação

Anualmente, no mês de junho, por ocasião do Congresso de Qualidade Hospitalar, tem início um novo ciclo de avaliação do PNGS, com o lançamento dos Critérios de Avaliação que foram revistos e atualizados no ano anterior pelo Comitê Técnico da Rede de Prêmios da FNQ.

4.1.2 Treinamento da Banca Examinadora do PNGS

Nos meses seguintes, de julho a novembro, são realizados os cursos de treinamento da Banca Examinadora do PNGS. Trata-se de cursos presenciais de 16 horas de duração, complementados com estudo prévio em torno de 8

horas à distância. Esses cursos são ministrados por examinadores experientes no processo, que avaliam os participantes segundo critérios pré-estabelecidos. Os examinadores que obtiverem pontuação mínima pré-definida poderão ser chamados para compor as equipes avaliadoras do ciclo atual. Os membros da Banca Examinadora atuarão de forma voluntária, não percebendo qualquer tipo de remuneração, sendo selecionados e designados de acordo com rígidos procedimentos, respeitando as condições de conflitos de interesses previstas no Código de Ética, não recebendo qualquer informação sobre os nomes, os conteúdos dos relatórios ou as situações das candidatas para as quais não forem designados.

As equipes de examinadores que atuarão no ciclo de premiação do ano são constituídas pelo Coordenador do PNGS a partir do desempenho dos mesmos por ocasião dos cursos de formação da Banca Examinadora e considerados os eventuais conflitos de interesse manifestados pelos mesmos.

4.1.3 Definição de elegibilidade

As organizações que pretendem se candidatar ao Prêmio preenchem um formulário (Formulário para Determinação da Elegibilidade ao PNGS), que será apreciado pela coordenação do Prêmio.

São elegíveis ao PNGS organizações de saúde de todo o território nacional, privadas ou públicas, que satisfaçam às seguintes condições:

- Ter pelo menos um ano de existência;
- Ter, no mínimo, 10 profissionais na força de trabalho;
- Não ser operadora de plano de saúde;
- Ter registro no Conselho Regional de Medicina de seu Estado.

Unidades autônomas da organização candidata ao PNGS podem se candidatar desde que atendam aos requisitos dos oito Critérios de Avaliação do PNGS e tenham autonomia de gestão.

4.1.4 Inscrição e entrega do Relatório de Gestão (RG)

Após a aceitação da elegibilidade da organização, esta efetivará sua candidatura ao PNGS por meio do envio de sete cópias do RG à coordenação do Prêmio, até data limite pré-estabelecida.

4.1.5 Avaliação das candidatas

Esta fase se dá em duas Etapas:

- Etapa I:

a) Análise crítica individual: o relatório de gestão da candidata é analisado individualmente por seis examinadores e os resultados da avaliação são inseridos em um sistema informatizado denominado Sideral. Essas avaliações e pontuações são enviadas via “e-mail” ao Examinador Sênior. Este, após a agregação via sistema, reencaminhará os resultados preliminares à equipe, que se preparará para a reunião de consenso.

b) Análise crítica de consenso: nesta fase, a equipe de examinadores se reúne e discute item a item os aspectos avaliados e chega a uma pontuação de consenso.

c) Definição das organizações a serem visitadas: o resultado do consenso é encaminhado ao Coordenador do Prêmio que irá apresentar à banca de juízes, junto com as avaliações das outras candidatas realizadas por outras equipes. A banca de juízes é formada por examinadores experientes no processo de avaliação do PNQ, de diversos Estados do Brasil. Esta banca selecionará as

candidatas que irão para a fase de visita às instalações ou não. Se a pontuação não alcançar o mínimo estabelecido, a candidata receberá um relatório de avaliação composto pelos comentários da equipe e sua respectiva pontuação após consenso. Se a banca de juízes determinar que a candidata deva seguir no processo, passaremos então para a etapa II.

- Etapa II:

a) Planejamento da visita: o Examinador Sênior prepara a logística da visita à candidata, entrando em contato com o representante da mesma para acertarem locomoção, acomodação e alimentação para a equipe. Nesta fase são definidos os locais e os contatos que serão feitos durante a visita, para retificarem ou ratificarem o que foi descrito no Relatório de Gestão.

b) Realização da visita: esta fase dura de dois a três dias, dependendo do porte da organização a ser visitada. Ao término é feita uma reunião de consenso pós-visita, em que a equipe novamente discute os aspectos que foram verificados “in loco”, e ao final apresenta-se um Relatório de Avaliação, que será enviado à candidata. Neste Relatório, além da pontuação obtida, são identificados os pontos fortes e as oportunidades de melhoria referentes a cada critério do modelo.

c) Seleção das organizações premiadas: novamente a banca de juízes se reúne e baseados nos relatórios das equipes e em esclarecimentos prestados pelo Examinador Sênior, seleciona as premiadas do ciclo de avaliação atual.

d) Cerimônia de premiação: as candidatas premiadas são comunicadas, premiadas e recebem um Relatório de Avaliação que poderá ser usado para ações de melhoria da gestão da mesma.

Apresenta-se no Quadro 2 o resumo do ciclo de avaliação anual do PNGS.

Quadro 2 – Resumo do ciclo anual de avaliação do PNGS

Cerimônia de Premiação PNGS (junho)	Avaliação das Candidatas – avaliação individual e consenso (janeiro e fevereiro)
Lançamento Oficial do PNGS (junho)	Definição das organizações a serem visitadas (março)
Treinamento da Banca Examinadora (julho a novembro)	Realização das visitas (março e abril)
Definição de Elegibilidade (início de dezembro)	Definição das Organizações de Saúde premiadas (maio)
Inscrição – Entrega do Relatório de Gestão (meados de dezembro)	Premiação PNGS (junho)

Fonte: Adaptado de Rumo à Excelência - FPNQ, 2005.

A figura 1 apresenta graficamente as duas etapas do ciclo de avaliação do PNGS.

Figura 1 - Ciclo de avaliação do PNGS

Fonte: Curso de formação de banca examinadora do PNGS – 2006.

4.2 DIMENSÕES E FATORES DE AVALIAÇÃO DO PNGS

O processo de avaliação do PNGS é baseado, como já dito anteriormente, nos fundamentos de excelência do PNQ.

O início do processo consiste em identificar e descrever as práticas de gestão e respectivos padrões de trabalho definidos pela organização em um documento denominado Relatório de Gestão (RG). Para um entendimento uniforme, seguem os conceitos citados acima.

Segundo a FNQ (2007), práticas de gestão são atividades executadas regularmente com a finalidade de gerir uma organização, de acordo com os padrões de trabalho. Estes são definidos como regras de funcionamento das práticas de gestão, que podem estar sob a forma de diretrizes organizacionais, procedimentos, rotinas de trabalho, normas administrativas, fluxogramas, quantificação dos níveis que se pretende atingir ou qualquer meio que permita orientar a execução das práticas. O padrão de trabalho pode ser estabelecido tomando como critérios as necessidades das partes interessadas, estratégias, requisitos legais, nível de desempenho de concorrentes, informações comparativas pertinentes, normas nacionais e internacionais, entre outros.

Para que se possa utilizar o esquema de pontuação proposto, pressupõe-se que as informações necessárias para a avaliação da organização estejam disponíveis, ou seja, é necessário conhecer as características das suas práticas de gestão, de seus padrões de trabalho, de seus indicadores, o grau em que estas práticas e estes indicadores estão sendo utilizados e os resultados obtidos a partir do seu sistema de gestão.

No processo de avaliação, os examinadores, após identificarem as práticas de gestão e respectivos padrões de trabalho, verificam quais são os mecanismos de controle dos mesmos. Se ao compararem com os padrões

estabelecidos for encontrado algum desvio, identificam uma ação corretiva que deva ser implantada de forma a garantir o cumprimento dos mesmos e retomar a execução das práticas. A avaliação continua identificando o aprendizado ocorrido, que consiste em sair da rotina de execução e controle, fazer uma avaliação das práticas de gestão e padrões de trabalho e, quando pertinente, implantar as melhorias necessárias.

O processo de avaliação das práticas de gestão e padrões de trabalho adotados e os resultados obtidos pela organização visa medir o desempenho e identificar os pontos fortes e as oportunidades para melhoria do sistema de gestão atual.

O sistema de pontuação do PNGS totaliza 500 pontos e consiste em pontuar de 0% a 100% cada item dos oito critérios. Os critérios de 1 a 7 avaliam o enfoque e a aplicação das práticas de gestão.

Para a avaliação do enfoque, conjunto das práticas de gestão utilizadas para atender aos requisitos de cada aspecto de avaliação, são utilizados os seguintes fatores:

- adequação: atendimento aos requisitos aplicáveis do aspecto de avaliação em consonância com os Fundamentos da Excelência, considerando-se o perfil da organização;
- pró-atividade: capacidade de se antecipar aos fatos, a fim de prevenir a ocorrência de situações potencialmente indesejáveis e aumentar a confiança e a previsibilidade das práticas;
- refinamento: estágio avançado de evolução da prática alcançado pela aplicação do aprendizado;
- controle: verificação do cumprimento dos padrões de trabalho das práticas de gestão

Para avaliar a aplicação das práticas de gestão, sua disseminação e uso do enfoque pela organização, são utilizados os seguintes fatores:

- disseminação: implementação das práticas de gestão, horizontal e verticalmente, pelas áreas, processos, produtos e/ou pelas partes interessadas, considerando-se o perfil da organização;
- continuidade: utilização periódica e ininterrupta das práticas de gestão.

O critério 8 avalia os resultados da organização, conseqüências da aplicação dos enfoques. Considera-se para efeito de pontuação a relevância, a tendência e o desempenho apresentado:

- relevância: importância do resultado para a avaliação do desempenho dos processos, práticas, planos de ação e estratégias, levando-se em conta o perfil da organização;
- tendência: comportamento do resultado ao longo do tempo;
- desempenho: comparação do valor atual em relação às informações comparativas pertinentes.

O Quadro 3 apresenta um resumo do exposto.

Quadro 3 – Dimensão do processo de avaliação e respectivos fatores.

Dimensão	Fatores de Avaliação
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação - Pró-atividade - Refinamento - Controle
Aplicação	<ul style="list-style-type: none"> - Disseminação - Continuidade
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Relevância - Tendência - Desempenho

Fonte: Curso de formação de banca examinadora do PNGS – 2006.

O encadeamento lógico das três dimensões estabelece que enfoque e aplicação geram resultados, portanto, os resultados validam a aplicação dos enfoques que os geraram. Em resumo, resultados ruins são conseqüências de enfoques inadequados, de limitada aplicação, ou de ambos.

O sistema de pontuação visa determinar o estágio de maturidade da gestão da organização nas dimensões de processos gerenciais e resultados da organização (FPNQ, 2005). Vide Anexo II.

O processo de avaliação consiste basicamente na identificação pelos examinadores das práticas de gestão no Relatório de Gestão, com seus respectivos padrões de trabalho e a partir dessa premissa, essas práticas são analisadas e pontuadas quanto à sua adequação aos quesitos solicitados. Para

os critérios de 1 a 7 a pontuação de cada item vai de 0% a 20% e o critério 8 é pontuado de 0% a 100%.

Apresentam-se nos Quadros 4 e 5 as tabelas de pontuação referentes aos critérios 1 a 7 de enfoque e aplicação e a tabela referente ao critério 8, de resultados. As pontuações são feitas em porcentagens.

Quadro 4 - Tabela de Pontuação dos Critérios 1 a 7 – Enfoque e Aplicação

Disseminação e Continuidade		1	2	3	4
		-Disseminadas por algumas áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Início de uso, com muitas lacunas.	-Disseminadas por algumas áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Uso continuado com algumas lacunas.	- Disseminadas pela maioria das principais áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. - Uso continuado com algumas lacunas.	- Disseminadas pelas principais áreas, processos, atividades e/ou partes interessadas aplicáveis. -Uso continuado com algumas lacunas.
Adequação, Pró-atividade, Refinamento e Controle					
D	As práticas de gestão apresentadas são adequadas para atender todos os requisitos do Aspecto. - Pelo menos uma prática de gestão e refinada. - Pelo menos uma prática de gestão e proativa. - Pelo menos uma prática de gestão possui controle.	5	10	15	20
C	As práticas de gestão apresentadas são adequadas para atender a maioria dos requisitos do Aspecto. - Pelo menos uma prática de gestão e proativa. - Pelo menos uma prática de gestão possui controle.	5	10	15	15
B	As práticas de gestão apresentadas são adequadas para atender alguns dos requisitos do Aspecto.	5	5	10	10
A	Praticas de gestão inadequadas aos requisitos do Aspecto ou não apresenta práticas de gestão.	0	0	0	0

Fonte: FPNQ – Rumo à Excelência 2005-06

Quadro 5 - Tabela de Pontuação de Resultados – Critério 8

Tendência		1	2	3	4
		Tendências desfavoráveis para todos os resultados relevantes apresentados ou impossibilidade de avaliação das tendências.	Tendências favoráveis para alguns dos resultados relevantes apresentados.	Tendências favoráveis para a maioria dos resultados relevantes apresentados.	Tendências favoráveis para quase todos os resultados relevantes apresentados.
Relevância e Desempenho					
E	Quase todos os resultados relevantes para determinação do desempenho do item foram apresentados. Alguns dos resultados relevantes apresentados demonstram desempenho superior aos referenciais comparativos pertinentes.	20	60	80	100
D	A maioria dos resultados relevantes para determinação do desempenho do item foram apresentados. Alguns dos resultados relevantes apresentados demonstram desempenho similar aos referenciais comparativos pertinentes.	20	60	80	80
C	A maioria dos resultados relevantes para determinação do desempenho do item foram apresentados. Todos os resultados relevantes apresentados demonstram desempenho inferior aos referenciais comparativos pertinentes ou nenhuma informação comparativa foi apresentada.	20	40	60	60
B	Alguns resultados relevantes para determinação do desempenho do item foram apresentados. Todos os resultados relevantes apresentados demonstram desempenho inferior aos referenciais comparativos pertinentes ou nenhuma informação comparativa foi apresentada.	20	40	40	40
A	Os resultados apresentados não são relevantes ou não existem resultados.	0	0	0	0

Fonte: FPNQ – Rumo à Excelência 2005-06

4.3 O “SOFTWARE” SIDERAL

Para otimizar o registro dos comentários das avaliações e a tabulação dos dados obtidos no processo, foi desenvolvido pela empresa Compumax um software denominado Sideral. Destina-se ao registro de avaliações por bancas examinadoras de premiações em gestão nacionais, regionais e setoriais. Emprega recursos de criptografia e de compreensão de arquivos que garantem a confidencialidade de informações salvas no disco rígido e em arquivos para intercâmbio de dados. Trata-se de um sistema de fácil instalação, que produz relatórios criptografados e que são facilmente reproduzidos em qualquer microcomputador (COMPUMAX, 2007).

O Sideral facilita o registro dos pareceres individuais sobre a organização avaliada e, mediante o intercâmbio de dados entre integrantes da equipe, agiliza a obtenção de resultados de consenso e a preparação de um relatório de avaliação para a organização. Utilizado por várias equipes de examinadores em um processo de premiação, o Sideral simplifica o trabalho de coordenação do processo, uma vez que padroniza os procedimentos e os diversos formulários de apoio e de resultado (COMPUMAX, 2007).

A lógica do sistema acompanha o processo de avaliação, com telas auto-explicativas, permitindo que os examinadores registrem seus comentários qualitativos e pontuações atribuídas a cada item dos critérios de forma simples e linear. Ao término da avaliação individual o arquivo gerado é enviado via e-mail ao examinador sênior, que agrega às outras avaliações da equipe, permitindo uma visão sistêmica do processo. O sistema permite ainda registrar os pontos de verificação de visita, o consenso pós-visita e o relatório final para a organização. Vale destacar que o acesso aos arquivos gerados está protegido por códigos e senhas individuais, liberadas pela coordenação do prêmio, garantindo o sigilo do processo de avaliação (FNQ, 2007).

4.4 PROCESSO DE AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA FMUSP/HC

Para assegurar que os valores e diretrizes do Sistema FMUSP/HC sejam entendidos e aplicados pela força de trabalho, a organização promove uma avaliação anual de suas Unidades, em que os resultados possibilitam a identificação de pontos fortes e oportunidades de melhorias, que são utilizados na análise de ambiente interno do Sistema FMUSP/HC por ocasião do planejamento estratégico. Este desencadeia o desdobramento das diretrizes em planos de ação que serão implementados no ano vindouro.

O processo de Avaliação Interna da Gestão do Sistema FMUSP/HC segue a mesma metodologia do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde, sendo que todas as unidades são visitadas pela equipe examinadora, independentemente da pontuação obtida na primeira etapa. Trata-se de um diferencial do processo tradicional, de caráter educativo, com o intuito de capacitar cada vez mais na metodologia os profissionais que trabalham na casa. Todo o processo de avaliação é coordenado pela equipe do Núcleo de Planejamento e Gestão - NPG do HCFMUSP. É realizado da seguinte forma:

- Formação de examinadores no processo de avaliação do PNGS por meio de cursos administrados pela equipe do Núcleo de Planejamento e Gestão do HCFMUSP;
- Elaboração do Relatório de Gestão (RG) pelos colaboradores dos Institutos e Unidades. Esses relatórios contêm cerca de 75 páginas, divididas em: descrição do perfil das Unidades e mais oito critérios em que são descritas as principais práticas de gestão relativas aos critérios de enfoque e aplicação (critérios 1 a 7) e seus respectivos resultados (critério 8). São impressas seis cópias deste relatório;

- Formação das equipes que avaliarão os Institutos e Unidades diferentes daquelas em que trabalham;
- Distribuição do RG a seis examinadores distintos. O mais experiente no processo coordena a equipe e é denominado examinador sênior;
- A seguir é feita uma avaliação individual do Relatório de Gestão (RG), em que é dada uma pontuação para cada item dos critérios e são realizados comentários qualitativos de pontos fortes (PF) e oportunidades de melhoria (OM) para a gestão da unidade;
- A etapa seguinte é a de consenso. Os examinadores enviam suas avaliações individuais para o examinador sênior, que fará a agregação dos comentários utilizando o “software” Sideral;
- Em seguida ocorre uma reunião com toda a equipe, com duração média de oito horas, em que são discutidas as dispersões de pontuação, suas causas e buscado o consenso da equipe;
- A próxima etapa é a da preparação da visita à Unidade. São anotados os pontos em que são necessários esclarecimentos com os gestores e a força de trabalho;
- Em seguida é realizada a visita à Unidade, com duração de um a três dias, dependendo da complexidade da mesma. Neste período é feita a verificação de pontos que necessitavam de esclarecimentos;
- A próxima etapa é a de consenso pós-visita, em que a equipe se reúne e considerando o que foi encontrado na visita chegam a um consenso de pontuação de cada item analisado e também dos comentários que farão parte do Relatório de Avaliação da Unidade (RA);

- Elaboração final do RA, onde são apresentados a pontuação e os comentários de pontos fortes e oportunidades de melhoria na gestão da Unidade;
- Apresentação do resultado final ao Superintendente do HCFMUSP pela Coordenação do NPG e envio dos relatórios de avaliação às Unidades.

A Figura 4 resume o processo de avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC.

Figura 4 - Processo de avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC.

Fonte: Adaptado de apresentação do NPG - HCFMUSP

Desde o início do processo de avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC houve uma preocupação em se manter o processo o mais isento possível de ingerências externas, com um alto grau de objetividade, seriedade e ética. Mesmo com critérios definidos para a avaliação das práticas de gestão existentes transformadas em números percentuais, existiu uma preocupação em uniformizar as equipes avaliadoras identificando eventuais conflitos de interesses dos componentes das mesmas.

Passarei a descrição das medidas tomadas no processo de avaliação do Sistema FMUSP/HC, visando garantir o máximo de uniformidade e fidedignidade no processo como um todo.

Em 2002 o processo de avaliação foi realizado utilizando-se o roteiro de visitas do CQH. As equipes foram formadas por cerca de 20 pessoas e coordenadas por uma equipe de examinadores experientes do PNQ. O objetivo nesse ciclo foi obter um diagnóstico da gestão existente, sem preocupação com a pontuação obtida.

Em 2003 o processo de avaliação das Unidades do Sistema FMUSP/HC passou a ser conduzido no mesmo formato que o PNGS. Foram realizados cursos de formação de Banca Examinadora para as equipes da casa que iriam atuar no processo. Os instrutores trabalhavam no Núcleo de Planejamento e Gestão - NPG e foram treinadas cerca de 120 pessoas, provenientes das unidades do próprio Sistema FMUSP/HC, indicadas por seus respectivos Diretores Executivos. A avaliação foi feita no formato cruzado, ou seja, a equipe que avaliava uma Unidade jamais seria composta por examinadores que trabalhassem naquele local. Os examinadores seniores foram selecionados entre os que se destacaram nos cursos de formação. Vale destacar que neste ano as equipes de avaliação tinham pouca experiência, porém estavam

extremamente motivadas em fazer um bom trabalho. A orientação e acompanhamento das equipes foram feitos por componentes do NPG.

Em 2004 foram administrados os cursos de formação de Banca Examinadora com instrutores do PNGS, que trabalhavam no Núcleo de Planejamento e Gestão, para as equipes da casa que iriam atuar no processo. Os cursos foram divididos em dois tipos: para os iniciantes e os que já haviam participado da avaliação em 2003. Foram treinadas cerca de 120 pessoas. Foi mantido o princípio de avaliação cruzada, com equipes mais maduras e preparadas; os seniores já estavam mais experientes e os funcionários das Unidades do Sistema FMUSP/HC encontravam-se mais familiarizados com a linguagem do PNGS.

Em 2005 foi contratada uma profissional da área da saúde, com experiência no processo de avaliação e que atuou como Examinadora Sênior de uma única equipe que avaliou todas as Unidades do Sistema. O objetivo inicial era garantir a homogeneidade de conceitos e diminuir a variabilidade das equipes, ora com posturas mais rígidas ora mais condescendentes. Foram administrados cursos de formação de Banca Examinadora para 120 pessoas, cujos participantes utilizaram seus conhecimentos não só no processo de avaliação mas também para redigirem os Relatórios de Gestão das Unidades em que trabalhavam.

Em 2006 foram formadas novamente diversas equipes de avaliação em que os examinadores mais experientes do ciclo anterior passaram a ser examinadores seniores. Foi incluída a figura do orientador, examinadora sênior do ciclo anterior, que passa a fazer a validação dos conceitos e da pontuação por meio dos comentários dos Relatórios de Avaliação elaborados pelas equipes. Observa-se uma elaboração mais refinada dos Relatórios de Gestão das Unidades.

4.5 SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Segundo PEREIRA (2004), a adoção de símbolos numéricos e premissas aritméticas para a representação de algum evento habilita o pesquisador a analisar o evento com a versatilidade dos números e suas operações, mas priva-o da oportunidade de reconhecimento de manifestações que excedam o escopo da representação numérica e das premissas da aritmética. O dado qualitativo é uma forma de quantificação do evento qualitativo que normatiza e confere um caráter objetivo à sua observação: propõe-se a medir o imponderável.

Para analisar as variáveis referentes ao processo de avaliação da gestão foi necessária a busca de um método estatístico que permitisse estabelecer uma correlação e que pudesse utilizar dados ordinais não contínuos. O termo correlação significa relação nos dois sentidos e descreve a associação entre duas variáveis, não fazendo julgamento sobre se uma é causa ou consequência da outra. A correlação é usada quando se deseja estudar quão consistentemente duas variáveis mudam em conjunto (DORIA, 1999).

As técnicas não paramétricas de inferência estatística são utilizadas quando os dados não apresentam uma distribuição normal. Técnicas não paramétricas fazem poucas suposições sobre a natureza das distribuições originais. São chamadas algumas vezes de métodos livres de distribuição. As técnicas não-paramétricas não incorporam todas as suposições restritivas características dos testes paramétricos e não exigem que as populações originais sejam normalmente distribuídas: elas devem ter no máximo, a mesma forma básica. O uso de postos faz as técnicas não-paramétricas menos sensíveis aos erros de medidas do que os testes tradicionais e também permitem o uso de ordinais em vez de dados contínuos. Além disso, hipóteses testadas por técnicas não-paramétricas tendem a ser menos específicas do que as testadas por métodos tradicionais. Como contam com ordenações em vez de

valores reais das observações, os testes não-paramétricos não usam tudo que é conhecido sobre a distribuição, o que presume que nossa informação sobre a população original seja correta (PAGANO E GAUVREAU, 2004).

A correlação de postos de Spearman é uma medida de associação que exige que ambas as variáveis se apresentem em escala de mensuração pelo menos ordinal, de modo que os objetos ou indivíduos em estudo possam dispor-se por postos em duas séries ordenadas (SIEGEL, 1975).

4.5.1 Seleção dos dados

A partir das Unidades que compõem o Sistema FMUSP/HC foram selecionadas aquelas que participaram do processo de avaliação interna dos anos de 2003 a 2006 ininterruptamente. Foram incluídas dez unidades no escopo deste trabalho: o Instituto Central (ICHC), o Instituto do Coração (InCor), o Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), o Instituto da Criança (ICr), o Instituto de Psiquiatria (IPq), o Instituto de Radiologia (InRad), o Hospital Auxiliar de Suzano (HAS), o Hospital Auxiliar de Cotoxó (HAC), a Divisão de Medicina de Reabilitação (DMR) e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Foram excluídas da amostra o Hospital Estadual de Sapopemba (HES) e a Casa da AIDS por não participarem do processo desde o início. Vale ressaltar que a Faculdade de Medicina foi incluída na amostra estudada, mesmo tendo seu processo principal voltado para o ensino, pois estamos analisando a avaliação da gestão como um todo e não exclusivamente o processo assistencial das Unidades do Sistema.

4.5.2 Análise dos dados

Após a seleção das unidades, foi feito um estudo longitudinal, onde foram identificadas as pontuações globais por critérios obtidas no processo de avaliação já citado, nos anos de 2003, 2004, 2005 e 2006. Foram selecionadas

as pontuações referentes aos oito critérios do modelo de avaliação do PNGS (liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informações e conhecimento, pessoas e processos) e dos sete itens do critério 8 (resultados relativos aos clientes e mercado, econômico-financeiro, pessoas, fornecedores, relativos ao produto, sociedade, de apoio e organizacionais).

Optou-se por avaliar as pontuações obtidas por essas unidades de forma agrupada, por se tratar de um sistema unitário Hospital e Faculdade de Medicina, com alinhamento das diretrizes e do modelo de gestão utilizado pelo Sistema FMUSP/HC. Os resultados assim obtidos dizem respeito ao Sistema como um todo.

Foram utilizadas técnicas não-paramétricas em razão da rejeição da suposição de normalidade dos fatos. Foi utilizado o coeficiente de correlação por postos de Spearman para avaliar as correlações entre os critérios de enfoque e aplicação (1 a 7) e respectivos resultados (critério 8) e o teste não paramétrico de Friedman para avaliar a evolução da pontuação dos oito critérios, no período de quatro anos de avaliação. O tamanho da amostra é igual a 10 Unidades ($n=10$), os dados estão em porcentagem (%) e o nível de significância utilizado para os testes foi de 5%; assim, foram consideradas diferenças significativas as que apresentaram $p < 0,05$. Para fins de melhor entendimento dos resultados apresentados nas tabelas, o valor do coeficiente de correlação dos postos de Spearman (r_s) quanto mais se distanciar do zero, maior será a correlação (positiva ou negativa) dos dados estudados.

A origem dos dados das avaliações foi cedida pelo Núcleo de Planejamento e Gestão, em planilhas agregadas dos quatro anos de avaliação, das dez unidades selecionadas para este trabalho (Vide Anexo I).

5. RESULTADOS

Apresenta-se a seguir as tabelas e figuras com os resultados decorrentes da pesquisa, com uma amostra de 10 unidades ($n=10$), considerando um grau de liberdade ($p<0,05$).

Tabela 1: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas dos critérios liderança e resultados, segundo o ano de estudo.

Liderança		Resultados			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,302			
	p	0,397			
2004	r_s		0,354		
	p		0,316		
2005	r_s			0,540	
	p			0,107	
2006	r_s				0,317
	p				0,372

Pela tabela 1 observamos que não há correlação significativa ($p<0,05$) entre as pontuações obtidas dos critérios liderança e resultados em nenhum dos anos analisados.

Tabela 2: Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana das pontuações obtidas do critério liderança, em porcentagem (%), segundo o ano de estudo.

Ano	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	Mediana	p*
2003	10	50,80	15,63	26,00	73,00	51,50	0,056
2004	10	57,70	13,43	38,00	80,00	58,00	
2005	10	40,55	15,28	22,27	65,91	38,64	
2006	10	45,32	12,52	13,18	62,27	47,95	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Friedman

Pela tabela 2 observamos que não há alteração significativa ($p < 0,05$) das pontuações obtidas do critério liderança ao longo das avaliações realizadas.

Figura 5 – Representação gráfica da evolução da pontuação do critério liderança no período de 2003 a 2006.

Tabela 3: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas dos critérios estratégia e planos e resultados, segundo o ano de estudo.

Estratégias e Planos		Resultados			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,568			
	p	0,087			
2004	r_s		0,098		
	p		0,787		
2005	r_s			0,584	
	p			0,077	
2006	r_s				0,334
	p				0,345

Pela tabela 3 observamos que não há correlação significativa ($p < 0,05$) entre as pontuações obtidas dos critérios estratégia e planos e resultados em nenhum dos anos analisados.

Tabela 4: Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana da pontuação obtida no critério estratégias e planos, em porcentagem (%), segundo o ano de estudo.

Ano	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	Mediana	p*
2003	10	36,33	12,12	6,67	53,33	40,00	
2004	10	48,00	11,35	33,33	66,67	50,00	0,030
2005	10	38,15	14,47	17,50	66,00	37,25	
2006	10	44,80	9,15	27,00	56,50	46,00	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Friedman

Pela tabela 4 observamos que há alteração significativa da pontuação obtida no critério estratégias e planos ao longo das avaliações realizadas. O ano de 2003 difere significativamente do ano 2004 ($p < 0,05$). As demais comparações não apresentaram diferenças significativas.

Figura 6 – Representação gráfica da evolução da pontuação do critério estratégias e planos no período de 2003 a 2006.

Tabela 5: Valores de média, desvio-padrão, mínimo, máximo e mediana da pontuação obtida no critério resultados, em porcentagem (%), segundo o ano de estudo.

Ano	n	Média	dp	Mínimo	Máximo	Mediana	p*
2003	10	20,00	12,03	5,78	38,22	17,44	
2004	10	29,40	12,89	6,44	51,33	28,22	< 0,001
2005	10	44,00	12,63	25,50	64,00	44,50	
2006	10	51,05	16,58	20,00	76,50	51,75	

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Friedman

Portanto pela tabela 5 observamos que há alteração significativa da pontuação obtida no critério resultados ao longo das avaliações realizadas. O ano de 2003 difere significativamente dos anos 2005 e 2006 ($p < 0,05$) e o ano de 2005 difere significativamente dos anos de 2006 ($p < 0,05$). As demais comparações não apresentaram diferença significativa.

Figura 7 – Representação gráfica da evolução da pontuação obtida no critério resultados no período de 2003 a 2006.

Tabela 6: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas no critério clientes e no item de resultados relativos a clientes e mercado, segundo o ano de estudo.

Clientes		Resultados de clientes e mercados			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,612			
	p	0,060			
2004	r_s		0,687		
	p		0,028		
2005	r_s			-0,043	
	p			0,907	
2006	r_s				-0,313
	p				0,378

Na tabela 6 observa-se uma correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos resultados de clientes e mercado e nos processos relativos a clientes, no ano de 2004. Portanto quanto maior o escore da gestão de processos relativos a clientes, maior o escore de resultados relativos a clientes e vice-versa.

Tabela 7: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas nos processos de gestão financeira e no item de resultados financeiros, segundo o ano de estudo.

Gestão Financeira		Resultados financeiros			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,737			
	p	0,015			
2004	r_s		0,770		
	p		0,009		
2005	r_s			0,304	
	p			0,393	
2006	r_s				0,670
	p				0,034

Na tabela 7 observa-se uma correlação positiva e significativa entre as pontuações dos resultados financeiros e as dos processos de gestão financeira, nos anos de 2003, 2004 e 2006. Assim, quanto maior o escore dos processos de gestão financeira maiores os resultados financeiros.

Tabela 8: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas no critério gestão de pessoas e no item dos resultados relativos a pessoas, segundo o ano de estudo.

Pessoas		Resultados relativos a pessoas			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,281			
	p	0,431			
2004	r_s		0,371		
	p		0,292		
2005	r_s			0,405	
	p			0,246	
2006	r_s				0,360
	p				0,307

Na Tabela 8 não há correlação entre a pontuação dos resultados relativos a pessoas e a dos processos relacionados à gestão de pessoas.

Tabela 9: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas no critério gestão de processos de fornecedores e no item resultados relativos aos fornecedores, segundo o ano de estudo.

Fornecedores		Resultados relativos aos fornecedores			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,668			
	p	0,035			
2004	r_s		0,578		
	p		0,080		
2005	r_s			0,648	
	p			0,043	
2006	r_s				0,183
	p				0,613

Na tabela 9 há correlação positiva e significativa entre a pontuação dos resultados relativos a fornecedores e a da gestão de processos de fornecedores, nos anos de 2003 e 2005. Assim, quanto maior o escore da gestão de fornecedores, maior a pontuação dos resultados relativos a fornecedores.

Tabela 10: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas no critério gestão de processos relativos ao produto e no item resultados relativos aos produtos, segundo o ano de estudo.

Produtos		Resultados relativos a produtos			
		2003	2004	2005	2006
2003	r _s	-0,068			
	p	0,851			
2004	r _s		-0,046		
	p		0,899		
2005	r _s			0,051	
	p			0,889	
2006	r _s				0,032
	p				0,929

Na tabela 10 não há correlação entre as pontuações do item resultados relativos a produtos e a da gestão dos processos relativos a produtos.

Tabela 11: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas no critério sociedade e no item resultados relativos à sociedade, segundo o ano de estudo.

Sociedade		Resultados relativos à sociedade			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,281			
	p	0,431			
2004	r_s		0,269		
	p		0,453		
2005	r_s			-0,303	
	p			0,395	
2006	r_s				0,009
	p				0,979

Na tabela 11 não há correlação entre as pontuações do item resultados relativos à sociedade e a da gestão dos processos relativos à sociedade.

Tabela 12: Coeficientes de correlação de Spearman entre as pontuações obtidas no critério gestão de processos de apoio e no item resultados dos processos de apoio, segundo o ano de estudo.

Apoio		Resultados de processos de apoio			
		2003	2004	2005	2006
2003	r_s	0,584			
	p	0,077			
2004	r_s		0,567		
	p		0,087		
2005	r_s			0,433	
	p			0,212	
2006	r_s				0,606
	p				0,063

Na tabela 12 não há correlação entre as pontuações do item resultados relativos a apoio e ao da gestão de processos de apoio.

6. DISCUSSÃO

A análise da avaliação da gestão do Sistema FMUSP/HC envolve tanto unidades assistenciais do HCFMUSP quanto uma unidade de ensino e pesquisa – a Faculdade de Medicina: este é o método utilizado pelo Sistema FMUSP/HC para avaliar a sua gestão, seja ela nas unidades assistenciais, seja na de ensino e também pesquisa.

Ao dar início ao tratamento estatístico dos dados, analisou-se um quadro elaborado pelo NPG em que constavam as pontuações globais de todas as unidades do Sistema FMUSP/HC obtidas no período de 2003 a 2006 e que permitia visualizar a faixa de pontuação correspondente ao estágio da organização (Anexo III). Havia uma dispersão importante na faixa 1 e 2 em 2003, com uma concentração na faixa 2 e 3 no ano de 2006. Era possível visualizar um aumento global da pontuação do Sistema, não importando a posição individual de cada ponto expresso no quadro e sim o movimento do conjunto de pontos.

Para entender o ocorrido com a pontuação da avaliação da gestão nesse período de tempo, optou-se por fazer um tratamento estatístico dos dados de forma agrupada, traduzindo o caminho da instituição como um todo e não a evolução individual de cada unidade do Sistema. Partindo desse princípio, a identificação das unidades tornou-se desnecessária e até mesmo indesejável.

Ao avaliar as pontuações obtidas nos critérios liderança e estratégias e planos, observa-se que não há correlação significativa ($p < 0,05$) entre as pontuações desses dois critérios e do critério resultados em nenhum dos anos analisados (tabelas 1 e 3). Porém ao analisar a evolução das pontuações dos mesmos critérios ao longo dos anos, pode-se dizer que há uma tendência

positiva ao longo dos anos para a pontuação do critério liderança ($p = 0,056$) (tabela 2) e uma alteração significativa entre os anos de 2003 e 2004 ($p=0,030$) para a pontuação do critério estratégias e planos (tabela 4).

A pontuação obtida com o critério liderança apresentou uma tendência favorável no período de tempo de estudo, porém não houve correlação com a pontuação obtida no critério resultados. Apesar dessa correlação não ser estatisticamente comprovada, pode-se fazer algumas inferências baseadas na percepção e convivência com as equipes que participaram do processo de avaliação nestes quatro anos e que poderão ser objeto de estudo futuro. São elas:

- A estabilidade da alta liderança e a manutenção do processo de avaliação per si contribuem significativamente para a melhoria contínua dos resultados;
- A alta liderança impõe o processo e mantém o estímulo da equipe e desta forma a melhoria contínua caminha por si mesma;
- Existem algumas características da liderança que estimulam as equipes a desenvolverem seus trabalhos.

Apesar de ficar evidente que o modelo de gestão utilizado provê inúmeros benefícios para a instituição, ainda restam algumas dúvidas se o modelo de avaliação utilizado neste trabalho avalia adequadamente o papel exercido pela alta liderança.

Em sua dissertação de mestrado, CYPRIANO em 2004 relata em relação aos hospitais em estudo que “a liderança hospitalar apresentava um papel atuante como idealizador e promotor das atividades do programa. Ainda que seus administradores apresentassem diversas compreensões sobre a conceituação de qualidade e programas de avaliação, a busca pela melhoria está presente e modificando a cultura organizacional, em prol de melhores processos e resultados como estratégia de competitividade e satisfação do cliente”.

Reforçando o papel da liderança, PORTER (2001) diz que “para ser bem sucedida, a empresa precisa de um líder forte, disposto a fazer escolhas e encarar os conflitos que virão por causa disso. Existe uma relação surpreendente entre estratégias muito boas e líderes efetivamente fortes. Em algum momento, em todas as organizações, é preciso que haja um ato fundamental de criatividade em que alguém intui uma nova atividade em que ninguém mais se acha envolvido. Alguns líderes são ótimos nisso, mas não é um talento universal. A função mais crítica de um líder consiste em contribuir com a disciplina e com a cola, que vão dar sustentabilidade, ao longo do tempo, a essa condição ímpar”.

A pontuação obtida no critério estratégias e planos, apesar de ter apresentado uma melhoria no decorrer dos anos, também não impactou nos resultados. Outros autores também tiveram dificuldades em confirmar estatisticamente este fato. A melhoria da pontuação dos hospitais da Korea apresentou tendências favoráveis em relação ao uso de prospecção estratégica (LEE, CHOI, KANG, CHO E CHAE, 2002).

Ao analisar a pontuação obtida no critério resultados (tabela 5), observa-se que há alteração significativa dos mesmos ao longo das avaliações realizadas, de 2003 a 2006 ($p > 0,001$). Pode-se então concluir que o aumento global da pontuação do Sistema FMUSP/HC ocorreu principalmente devido a este critério. O fato de não haver correlação entre as pontuações dos critérios liderança, estratégias e planos e resultados, suscita a pergunta: se o aumento da pontuação desses critérios não impacta no incremento dos resultados no decorrer dos anos, quem ou o que o fez?

Lee et col. em 2002 conclui que os fatores que mais contribuíram para a implementação da melhoria da pontuação com os critérios do MBNQAC nesse estudo com hospitais de grande porte, está relacionada ao uso de ferramentas

científicas de tomada de decisão e a adoção de um sistema de informações capaz de produzir informações precisas e válidas. Eles realizaram um estudo transversal de uma avaliação baseada em um questionário, enviado para 67 hospitais com 400 ou mais leitos na Korea, para medir o grau de implementação da melhoria da qualidade (CQI). O objetivo era avaliar os fatores determinantes das maiores pontuações a partir dos critérios do MBNQAC. Foi utilizada a análise de regressão, que mostrou que os hospitais com maior pontuação utilizavam sistematicamente ferramentas para melhoria da qualidade, ferramentas para soluções de problemas. Tendências positivas foram observadas no grupo de hospitais com cultura de desenvolvimento (melhoria contínua, maturidade, inovação), estágio de capacitação dos funcionários e uso de estratégias em perspectiva.

SHIRKS E COL., em 2002, concluíram que existem múltiplos benefícios na utilização de um prêmio baseado no Malcolm Baldrige, mesmo não sendo possível medi-los estatisticamente: auto-avaliação da organização, uso de uma linguagem em comum, aprendizado organizacional, implementação da melhoria contínua, entre outros.

Para entendermos o aumento da pontuação do critério resultados no decorrer dos anos é preciso considerar a melhoria da pontuação dos processos, principalmente clientes, financeiro e fornecedores. Isto ocorre provavelmente, por serem processos que sofreram um maior impacto nesse período, com a sistematização da pesquisa de satisfação de clientes, do processo de descentralização da gestão financeira e da utilização de novos processos de compras tais como a bolsa eletrônica de compras e o pregão eletrônico.

Observa-se na tabela 6 que há correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos critérios resultados de clientes e mercado e nos processos relativos a clientes ($p=0,028$), no ano de 2004. Portanto quanto maior o escore da gestão de processos relativos a clientes, maior o escore de

resultados relativos a clientes e vice-versa. Em 2003 há uma tendência favorável nesta correlação ($p=0,06$).

Na tabela 7 observa-se uma correlação positiva e significativa entre as pontuações dos resultados financeiros e as dos processos de gestão financeira, nos anos de 2003 ($p=0,015$), 2004 ($p=0,009$) e 2006 ($p=0,034$). Assim, quanto maior o escore dos processos de gestão financeira maior os resultados financeiros.

Na tabela 9 observa-se uma correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos resultados relativos a fornecedores e na gestão de processos de fornecedores, nos anos de 2003 ($p=0,035$) e 2005 ($p=0,043$). Assim, quanto maior o escore da gestão de fornecedores, maiores os resultados relativos a fornecedores. Em 2004 há uma tendência favorável nesta correlação ($p= 0,080$).

Nas tabelas 8, 10, 11 e 12 observa-se que não há uma correlação entre as pontuações obtidas no critério resultados e nos processos relativos a pessoas, produtos (assistência), sociedade e processos de apoio, respectivamente.

As pontuações obtidas nos processos relacionados aos produtos (assistência) e às pessoas que trabalham na organização não impactaram nos resultados globais. É possível afirmar que esses processos estão sedimentados na organização de tal forma que não foram evidenciadas mudanças significativas ao longo desses anos avaliados. É necessária a implementação de melhorias que envolvam mudanças de paradigmas da instituição para que se possa evidenciar uma modificação significativa na pontuação dos resultados.

GOLDSTEIN e SCHWEIKHART (2002) avaliaram a correlação entre resultados organizacionais e satisfação dos clientes e sistemas de gerenciamento da qualidade segundo o modelo MBQA em 220 hospitais dos

Estados Unidos. Concluíram que o modelo de gestão é uma ferramenta poderosa para as organizações aprimorarem seus processos relacionados à satisfação dos clientes, sistemas de trabalho e resultados organizacionais. Apesar dos dados não serem significativamente relevantes, identificaram um atraso na implementação dos resultados financeiros e assistenciais em relação à implementação dos processos. Sugerem, portanto, que seja feito um estudo longitudinal.

SHORTELL et col (1995) estudaram uma amostra de 61 hospitais dos Estados Unidos. Correlacionaram o grau de implementação da qualidade baseada nos critérios do MBQA e seis condições clínicas. Concluíram que o importante é se o hospital tem uma cultura de melhoria contínua da qualidade e uma acessibilidade que estimula a implementação flexível. Hospitais de grande porte enfrentam um desafio maior a esse respeito.

Neste trabalho foi evidenciada uma melhoria significativa da pontuação obtida no critério resultados no período de 2003 a 2006 da avaliação da gestão como um todo no Sistema FMUSP/HC. A utilização de um modelo de gestão da qualidade reconhecido mundialmente permite que a subjetividade da gestão seja medida e transformada em pontuações e relatórios com pontos fortes e oportunidades de melhoria. A imaturidade da equipe avaliadora no início do processo não prejudicou o andamento dos trabalhos e suas benfeitorias no global, apesar de SHIRKS E COL. em 2002 citarem como fator crítico na experiência do processo de avaliação do Veterans Health Administration's.

Apesar da pontuação obtida nos critérios liderança e estratégias e planos apresentarem uma evolução favorável, os métodos existentes avaliam os atributos de um objeto e não o objeto em si. Contudo, o processo de avaliação contribui para homogeneizar a linguagem na organização, manter as pessoas estimuladas em suas atividades rotineiras e é coadjuvante na promoção de

mudanças organizacionais em um sistema envolvendo uma faculdade de medicina e um hospital público de grande porte.

Quadro 6. Resumo dos resultados apresentados.

Tabelas	Correlações	Resultados	p
1	Liderança X resultados	Não há correlação significativa	-
2	Liderança: 2003 a 2006	Tendência positiva ao longo dos anos	= 0,056
3	Estratégias e planos X resultados	Não há correlação significativa	-
4	Estratégias e planos: 2003 a 2006	Alteração significativa entre 2003 e 2004	= 0,030
5	Resultados: 2003 a 2006	Alteração significativa	> 0,001
6	Resultados X processos clientes e mercado	Correlação positiva e significativa em 2004	= 0,028
		Tendência favorável em 2003	= 0,06
7	Resultados X processos de gestão financeira	Correlação positiva e significativa em 2003, 2004 e 2006	= 0,015 = 0,009 = 0,034
9	Resultados X processos gestão de fornecedores	Correlação positiva e significativa em 2003 e 2005	= 0,035 = 0,043
		Tendência favorável em 2004	= 0,080
8, 10, 11 e 12	Resultados X pessoas, produtos, sociedade e processos de apoio	Não há correlação significativa	-

7. CONCLUSÕES

A pontuação obtida no critério liderança apresentou uma tendência positiva ao longo dos anos com um $p = 0,056$, muito próximo de 0,05.

A pontuação obtida no critério estratégias e planos apresentou uma evolução significativa, com um $p=0,030$ no período de tempo de estudo, devido principalmente à evolução entre os anos de 2003 e 2004.

A pontuação obtida nos critérios liderança e estratégias e planos não apresentou correlação significativa ($p<0,05$) entre eles e o critério resultados.

Há uma correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos resultados de clientes e mercado e nos processos relativos a clientes, no ano de 2004 ($p=0,028$) e em 2003 há uma tendência positiva nesta correlação ($p=0,06$).

Há uma correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos resultados financeiros e nos processos de gestão financeira, nos anos de 2003 ($p=0,015$), 2004 ($p=0,009$) e 2006 ($p=0,034$).

Há uma correlação positiva e significativa entre as pontuações obtidas nos resultados relativos a fornecedores e na gestão de processos de fornecedores, nos anos de 2003 ($p=0,035$) e 2005 ($p=0,043$). Em 2004 há uma tendência positiva nesta correlação ($p=0,080$).

Não há correlação entre as pontuações obtidas no critério resultados e os processos relativos a pessoas, produtos, sociedade e processos de apoio.

Conclui-se, portanto, ter havido uma melhoria significativa da pontuação obtida no critério resultados da avaliação da gestão como um todo no Sistema FMUSP/HC, no período de 2003 a 2006, com um $p > 0,001$.

8. REFERÊNCIAS

Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde**. São Paulo: Makron Books; 1994.

Blauth R. **Gestão da qualidade**. Curitiba: IESDE Brasil S.A.; 2006.

BNQP. Baldrige National Quality Program. Health Care Criteria for Performance Excellence. Disponível em: <http://www.baldrige.nist.gov>. Acesso em 03mar.2006.

Burmester H. **Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad**. Rev Panam Salud Publica; 1997; 1(2):149-54.

Cohen E. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes; 1993.

Coletta MMD – **Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestre**; 2004.

Compumax. **Sideral**. Disponível em: <http://www.compumax.com.br>. Acesso em 02 nov. 2007.

CQH. **Manual de orientação aos hospitais participantes**. 3ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 258 p.; 2001.

CQH. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde. **Critérios de Avaliação – Ciclo 2004-2005**. São Paulo:CQH; 2004.

CQH. Programa de Qualidade Hospitalar. **Manual de indicadores de enfermagem NAGEH**. São Paulo: APM / CREMESP; 2006.

Cypriano AS – **Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre**; 2004.

Donabedian A. **The Quality of Care – How Can It Be Assessed?** JAMA, Sept 23/30, 1988 – vol 260, n. 12.

Donabedian A. **The Seven Pillars of Quality**. Arch Pathol Lab med v. 114, nov., 1990.

Doria FU. **Introdução à bioestatística: para simples mortais**. São Paulo: Negócio Editora; 1999.

Ferreira ABH. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira; 1986.

Fundação Prêmio Nacional da Qualidade. **Critérios de Excelência**. O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho – Ciclo 2005. São Paulo: FPNQ; 2005.

Fundação Nacional da Qualidade. **Critérios de Excelência**. O estado da arte da gestão para a excelência do desempenho – Ciclo 2007. São Paulo: FNQ; 2007.

Fundação Prêmio Nacional da Qualidade. **Rumo à Excelência**. Critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional – Ciclo 2005- 2006. São Paulo: FPNQ; 2005.

Garvin DA. **Gerenciando a Qualidade**. Rio de Janeiro: Quality Mark; 1992.

Griffith JR, White KR. **The revolution in hospital management**. J Healthc Manag; 2005 May-Jun;50(3): 170-89; discussion 189-90.

Goldstein SM, Schweikhart SB. **Empirical Support for the Baldrige Award Framework in U.S. Hospitals.** Health Care Manage Rev; 2002, 27(1), 62-75.

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Relatório Anual 2006.** São Paulo:HCFMUSP; 2007.

Lee S, Choi KS, Kang HY, Cho W, Chae YM. **Assessing the factors influencing continuous quality improvement implementation: experience in Korean hospitals.** Int J Qual Health Care; 2002 Oct;14(5):383-91.

Nascimento AFS, Guimarães MA, Diego MS. Trabalho de graduação apresentado na Universidade do Vale do Paraíba. **Melhoria nos processos de gestão de um hospital.** São José dos Campos; 2002.

Novaes HM, Paganini JM. **Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe.** Washington (DC): OPAS; 1992. (Série SILOS n.13).

Pagano M. **Princípios de bioestatística.** São Paulo: Pioneira Thomsom Learning; 2004.

Pereira JCR. **Análise de dados qualitativos.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.

Porter M. **Arrume tempo para pensar.** Rev. Exame, 7 mar. 2001.

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Biografias.Disponível em: <http://www.pucrs.br/famat/statweb/historia/daestatistica/biografias/Shewhart.htm>. Acesso em: 14 jan. 2008.

Rey L. **Planejar e redigir trabalhos científicos.** São Paulo, Edgard Blücher; 1987.

Schiesari LMC. **Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre**; 1999.

Shirks A, Weeks WB, Stein A. **Baldrige-Based Quality Awards: Veterans Health Administration's 3-year experience**. Quality Management in Health Care, 2002, 10(3), 47-54.

Shortell SM et al. **Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation**. Health Services Research; 1995.

Siegel S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo, McGraw-Hill; 1975.

Silveira JAM. **Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Doutor em Ciências**; 2004.

United States Department of Commerce. Technology Administration. National Institute of Standards and Technology. **The Malcom Baldrige National Quality Award 1995**. Health Care Pilot Program; 1995.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. **Gestão 2002-2006**. São Paulo: FMUSP; 2006.

ANEXO I A - Síntese da pontuação 500 pontos – Unidades A a E

Critério	Item	Pontos 03-04	Pontos 05-06	Unidade A				Unidade B				Unidade C				Unidade D				Unidade E			
				2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
1. Liderança	1.1 Sistema de liderança	15	20	40%	50%	40%	40%	40%	30%	40%	45%	70%	80%	65%	35%	50%	60%	35%	25%	40%	40%	20%	45%
	1.2 Cultura da excelência	20	20	50%	60%	75%	55%	60%	70%	50%	60%	70%	80%	65%	60%	60%	60%	35%	60%	20%	50%	30%	55%
	1.3 Análise crítica do desempenho	15	15	50%	60%	35%	50%	40%	30%	30%	45%	80%	80%	55%	50%	40%	60%	40%	40%	20%	20%	15%	50%
2. Estratégias e Planos	2.1 Formulação das estratégias	15	20	50%	40%	40%	50%	40%	60%	55%	40%	60%	70%	55%	65%	30%	80%	65%	55%	40%	60%	35%	60%
	2.2 Desdobramento das estratégias	15	15	50%	20%	45%	50%	50%	50%	35%	45%	60%	100%	55%	45%	30%	70%	20%	45%	40%	30%	10%	40%
	2.3 Planejamento da medição do	15	15	20%	60%	50%	45%	30%	40%	30%	25%	40%	30%	50%	55%	30%	40%	25%	50%	30%	20%	15%	30%
3. Clientes	3.1 Imagem e conhecimento de	15	20	50%	50%	50%	70%	40%	30%	65%	35%	60%	100%	65%	55%	60%	70%	55%	55%	50%	50%	45%	60%
	3.2 Relacionamento com clientes	15	20	60%	60%	40%	50%	30%	50%	35%	50%	60%	100%	50%	45%	70%	90%	60%	55%	40%	50%	55%	60%
4. Sociedade	4.1 Responsabilidade sócio-	15	15	40%	70%	35%	40%	60%	50%	50%	40%	80%	90%	50%	55%	70%	90%	50%	55%	30%	20%	40%	45%
	4.2 Ética e desenvolvimento social	15	15	20%	40%	30%	40%	60%	40%	30%	20%	70%	70%	55%	60%	60%	70%	40%	40%	40%	70%	30%	55%
5. Informações e Conhecimento	5.1 Gestão das informações da	10	10	20%	60%	40%	40%	50%	40%	70%	60%	80%	100%	70%	80%	60%	80%	35%	50%	10%	70%	30%	50%
	5.2 Gestão das informações	10	10	0%	20%	20%	60%	0%	30%	35%	15%	10%	20%	40%	45%	0%	30%	5%	60%	0%	0%	20%	55%
	5.3 Gestão do capital intelectual	10	10	10%	30%	30%	40%	80%	80%	65%	50%	80%	80%	80%	55%	80%	80%	60%	50%	80%	50%	40%	50%
6. Pessoas	6.1 Sistemas de trabalho	15	15	20%	30%	30%	70%	60%	20%	35%	35%	80%	80%	40%	35%	10%	30%	15%	55%	10%	30%	20%	50%
	6.2 Capacitação e desenvolvimento	15	15	30%	40%	20%	40%	40%	20%	15%	25%	30%	100%	55%	40%	30%	40%	30%	35%	0%	20%	10%	20%
	6.3 Qualidade de vida	15	15	30%	50%	55%	70%	10%	20%	50%	40%	60%	60%	45%	50%	20%	40%	40%	45%	10%	30%	15%	60%
7. Processos	7.1 Gestão de processos relativos	15	20	50%	60%	45%	35%	30%	60%	75%	50%	60%	80%	55%	45%	50%	90%	60%	50%	30%	40%	35%	60%
	7.2 Gestão de processos de apoio	10	10	20%	60%	35%	55%	50%	50%	45%	50%	70%	100%	60%	50%	30%	40%	35%	35%	20%	80%	15%	50%
	7.3 Gestão de processos	10	10	30%	60%	40%	45%	60%	50%	50%	50%	60%	80%	40%	40%	10%	50%	35%	55%	0%	0%	15%	45%
	7.4 Gestão financeira	10	10	40%	20%	55%	55%	40%	20%	20%	40%	50%	100%	55%	50%	20%	80%	25%	50%	0%	20%	15%	55%
8. Resultados	8.1 Resultados clientes e mercado	50	40	20%	40%	60%	60%	10%	10%	40%	100%	20%	40%	80%	60%	20%	20%	40%	80%	10%	20%	60%	60%
	8.2 Resultados Financeiros	50	40	0%	0%	60%	80%	10%	30%	40%	80%	60%	80%	80%	60%	0%	60%	40%	60%	0%	10%	20%	60%
	8.3 Resultados Relativos às pessoas	30	30	20%	60%	60%	60%	10%	10%	40%	60%	20%	40%	60%	60%	20%	10%	40%	60%	20%	20%	40%	20%
	8.4 Resultados Relativos aos	15	15	0%	20%	60%	60%	10%	20%	40%	20%	0%	30%	60%	60%	0%	10%	20%	20%	0%	0%	20%	20%
	8.5 Resultados dos processos do	40	40	30%	70%	60%	60%	40%	50%	60%	80%	60%	60%	60%	60%	40%	30%	40%	60%	60%	30%	60%	60%
	8.6 Resultados Relativos à	15	15	10%	30%	60%	100%	20%	0%	40%	80%	0%	50%	60%	60%	20%	0%	40%	40%	0%	0%	60%	80%
	8.7 Resultados dos processos de	25	20	10%	40%	40%	60%	30%	30%	60%	80%	20%	30%	60%	60%	30%	10%	20%	80%	10%	10%	60%	80%
Total																							
Total Geral		500	500	131	215	241	284,3	161	170	226	277	246	336	292	289	157	232	194	268	110	140	173	260

ANEXO I B - Síntese da pontuação 500 pontos– Unidades F a J

Critério	Item	Pontos 03-04	Unidade F					Unidade G					Unidade H					Unidade I					Unidade J				
			Pontos 05-06	2004	2005	2006		2003	2004	2005	2006		2003	2004	2005	2006		2003	2004	2005	2006		2003	2004	2005	2006	
1. Liderança	1.1 Sistema de liderança	15	20	30%	60%	60%	40%	40%	70%	55%	45%		70%	60%	25%	55%		60%	50%	30%	30%		30%	50%	25%	5%	
	1.2 Cultura da excelência	20	20	70%	40%	80%	50%	70%	90%	40%	45%		90%	50%	50%	75%		40%	60%	30%	60%		20%	60%	25%	20%	
	1.3 Análise crítica do desempenho	15	15	80%	30%	55%	55%	50%	40%	25%	40%		40%	70%	25%	55%		60%	70%	25%	55%		30%	60%	15%	15%	
2. Estratégias e Planos	2.1 Formulação das estratégias	15	20	50%	40%	75%	55%	60%	80%	50%	45%		80%	60%	50%	50%		50%	60%	40%	55%		10%	40%	35%	30%	
	2.2 Desdobramento das estratégias	15	15	40%	40%	60%	65%	30%	30%	30%	45%		30%	60%	20%	55%		70%	60%	0%	10%		0%	40%	20%	20%	
	2.3 Planejamento da medição do	15	15	30%	20%	60%	50%	10%	30%	20%	40%		10%	30%	25%	35%		10%	30%	5%	40%		10%	30%	30%	30%	
3. Clientes	3.1 Imagem e conhecimento de	15	20	60%	50%	60%	55%	20%	50%	70%	50%		80%	40%	65%	75%		60%	10%	40%	40%		20%	30%	45%	40%	
	3.2 Relacionamento com clientes	15	20	50%	50%	55%	60%	50%	70%	35%	70%		60%	50%	50%	75%		50%	40%	35%	40%		40%	60%	60%	50%	
4. Sociedade	4.1 Responsabilidade sócio-	15	15	40%	60%	50%	40%	30%	30%	50%	45%		30%	50%	55%	55%		70%	60%	35%	45%		40%	70%	40%	10%	
	4.2 Ética e desenvolvimento social	15	15	70%	40%	40%	40%	30%	50%	50%	50%		90%	50%	40%	50%		10%	30%	35%	40%		10%	20%	30%	15%	
5. Informações e Conhecimento	5.1 Gestão das informações da	10	10	70%	50%	85%	65%	30%	60%	75%	60%		20%	30%	40%	45%		50%	80%	50%	65%		50%	30%	35%	40%	
	5.2 Gestão das informações	10	10	0%	30%	10%	45%	40%	60%	30%	50%		0%	0%	0%	0%		10%	0%	0%	10%		0%	10%	5%	0%	
	5.3 Gestão do capital intelectual	10	10	80%	70%	70%	55%	70%	40%	50%	55%		80%	50%	40%	50%		80%	50%	65%	55%		0%	10%	5%	0%	
6. Pessoas	6.1 Sistemas de trabalho	15	15	30%	50%	45%	45%	30%	40%	60%	40%		80%	30%	20%	40%		40%	50%	25%	45%		40%	50%	25%	40%	
	6.2 Capacitação e desenvolvimento	15	15	60%	70%	50%	45%	20%	80%	55%	45%		20%	30%	15%	20%		20%	40%	25%	45%		0%	30%	10%	15%	
	6.3 Qualidade de vida	15	15	50%	50%	50%	50%	10%	40%	45%	50%		40%	50%	40%	50%		60%	30%	30%	35%		50%	40%	35%	25%	
7. Processos	7.1 Gestão de processos relativos	15	20	80%	50%	60%	50%	30%	60%	50%	65%		70%	60%	55%	65%		50%	90%	60%	50%		50%	60%	40%	20%	
	7.2 Gestão de processos de apoio	10	10	90%	50%	45%	50%	30%	30%	50%	35%		10%	40%	25%	40%		20%	50%	30%	10%		40%	40%	35%	15%	
	7.3 Gestão de processos	10	10	50%	60%	30%	45%	20%	80%	45%	30%		50%	0%	25%	30%		80%	50%	50%	45%		10%	10%	15%	5%	
8. Resultados	7.4 Gestão financeira	10	10	60%	40%	25%	45%	30%	100%	60%	40%		40%	0%	30%	30%		100%	60%	35%	50%		20%	40%	15%	10%	
	8.1 Resultados clientes e mercado	50	40	20%	30%	80%	40%	10%	50%	20%	80%		10%	10%	60%	40%		20%	20%	40%	60%		0%	20%	20%	20%	
	8.2 Resultados Financeiros	50	40	60%	50%	40%	40%	0%	30%	20%	40%		0%	10%	40%	40%		70%	50%	40%	60%		10%	30%	40%	0%	
	8.3 Resultados Relativos às pessoas	30	30	40%	60%	60%	60%	0%	0%	20%	40%		0%	10%	20%	40%		40%	10%	40%	60%		0%	40%	20%	20%	
	8.4 Resultados Relativos aos	15	15	0%	20%	0%	60%	0%	0%	40%	20%		0%	0%	40%	0%		50%	20%	60%	20%		0%	0%	20%	20%	
	8.5 Resultados dos processos do	40	40	60%	60%	60%	60%	50%	90%	20%	60%		20%	0%	40%	40%		40%	40%	40%	40%		20%	30%	40%	40%	
	8.6 Resultados Relativos à	15	15	10%	20%	40%	20%	0%	10%	20%	20%		0%	10%	40%	20%		20%	10%	60%	40%		0%	30%	20%	20%	
Total	8.7 Resultados dos processos de	25	20	20%	30%	60%	60%	10%	0%	60%	20%		0%	0%	40%	20%		10%	30%	40%	0%		0%	30%	0%	20%	
	Total Geral	500	500	232	225	274	249	125	246	198	223		153	133	193	220		220	200	183	217		78,5	174	140	106	

ANEXO II: Faixas de pontuação global do processo de avaliação da gestão do PNGS

Pontuação	Estágio da Organização
Faixa 4 351 – 450	Enfoques adequados para os requisitos da maioria dos itens, sendo alguns proativos, disseminados na maioria das áreas, processos, produtos e/ou partes interessadas. Uso continuado na maioria das práticas. As práticas de gestão são coerentes com as estratégias da organização, mas existem muitas lacunas no inter-relacionamento entre as práticas de gestão. São apresentados alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques. Alguns resultados apresentam tendência favoráveis. Início e uso de informações comparativas
Faixa 3 251 – 350	Enfoques adequados aos requisitos de alguns itens, sendo os mesmos basicamente reativos, estando disseminados em algumas área, processos, produtos e/ou partes interessadas. Existem muitas incoerências entre as práticas de gestão e as estratégias assim como existem muitas lacunas no inter-relacionamento entre as práticas de gestão. Alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação dos enfoques são apresentados e algumas tendências favoráveis.
Faixa 2 151 – 250	Os enfoques se encontram nos primeiros estágios de desenvolvimento, existindo lacunas significativas na aplicação da maioria deles. Começam a aparecer alguns resultados relevantes decorrentes da aplicação de enfoques implementados.
Faixa 1 0 – 150	Estágios muito preliminares de desenvolvimento de enfoques para os requisitos dos Critérios, não tendo sido iniciada a aplicação. Ainda não existem resultados relevantes decorrentes de enfoques implementados.