

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA)

**AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA
GOVERNANÇA EM HOSPITAIS FEDERAIS: O CASO
EBSERH**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

GIL PINTO LOJA NETO

BRASÍLIA-DF

2019

GIL PINTO LOJA NETO

**AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA
GOVERNANÇA EM HOSPITAIS FEDERAIS:
O CASO EBSEH**

Dissertação apresentada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, para a obtenção do título de Mestre.

Prof. Doutor Almir de Oliveira Júnior

BRASÍLIA-DF

2019

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA)

Loja Neto, Gil Pinto

L835a Avaliação e desenvolvimento da governança em hospitais federais: o caso EBSERH / Gil Pinto Loja Neto – Brasília: IPEA, 2019.

77 f: il.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, 2019

Orientação: Almir de Oliveira Júnior

Inclui Bibliografia.

1. Administração Hospitalar. 2. Hospitais Públicos. 3. Hospitais Universitários. 4. Administração de Serviços de Saúde. 5. Alocação de Recursos. 6. Brasil. I. Oliveira Júnior, Almir de. II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. III. Título.

CDD 658.0072

Ficha catalográfica elaborada por Andréa de Mello Sampaio CRB-1/1650

GIL PINTO LOJA NETO

**AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA
GOVERNANÇA EM HOSPITAIS FEDERAIS: O CASO
EBSERH**

Dissertação apresentada ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento, área de concentração em Economia, para a obtenção do título de Mestre.

Defendida em 30 de setembro de 2019

COMISSÃO JULGADORA

Professora Doutora Flávia de Holanda Schmidt – Membro

Professor Doutor Roberto Rocha Coelho Pires – Membro

Professor Doutor Almir de Oliveira Júnior – Presidente

BRASÍLIA-DF

2019

Dedico este trabalho a minha esposa Orvalina Ornelas Nascimento e ao meu filho Davi Ornelas Loja que tanto me inspiram e motivam a fazer sempre o meu melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelas oportunidades e revezes que tive na minha vida e que me fizeram chegar até aqui.

Aos meus pais pelo estímulo e pelo investimento na minha formação e educação.

À minha família pelo incentivo e pela paciência indispensáveis em todos os momentos deste curso.

À toda equipe Ebserh pelo brilhante trabalho no desenvolvimento em conjunto da metodologia PMMAG e aos professores do IPEA pelos ensinamentos e oportunidade em participar do curso de Mestrado.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

AMAG – Avaliação da Maturidade do Ambiente de Governança

CCI – Comissão de Controles Internos

CFM – Conselho Federal de Medicina

CGU – Controladoria-Geral da União

CHC UFPR – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Paraná

CIP – Comissão Preliminar de Investigação Preliminar

COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*

CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CPPAD – Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar

DivGC – Divisão de Gestão do Cuidado

DivGP – Divisão de Gestão de Pessoas

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FUNPAR - Fundação da Universidade Federal do Paraná

GAS – Gerência de Atenção à Saúde

HU – Hospital Universitário

HUF – Hospital Universitário Federal

HE UFPEL (RS) – Hospital Universitário da Universidade Federal de Pelotas

HUSM (RS) – Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria

HC UFMG (MG) – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

HC UFTM (MG) – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

HUCAM (ES) – Hospital Universitário Cassiano de Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo

HU UFJF (MG) – Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

HU UFSCAR (SP) – Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos

HC UFPE (PE) – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

HUAB UFRN (RN) – Hospital Universitário Ana Bezerra da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

HUOL UFRN (RN) – Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

HU UFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

HU UFPI (PI) – Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí

HU UFS (SE) – Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe

HUWC UFC (CE) – Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará

MCO UFBA (BA) – Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia

HULW HFPB (PB) – Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba

HUBFS UFPA (PA) – Hospital Universitário Bettina Ferro de Sousa da Universidade Federal do Pará

HUJBB UFPA (PA) – Hospital Universitário João Barreto da Universidade Federal do Pará

HUGV UFAM (AM) – Hospital Universitário Getúlio Vargas da Universidade Federal do Amazonas

HU UNIVASF (TO) – Hospital Universitário da Universidade Federal de

HUB UNB (DF) – Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília

HUJM UFMS (MS) – Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

HU UFGD (MS) – Hospital Universitário da Universidade Federal de Grande Dourados

HUJM UFMT – Hospital Universitário Júlio Muller – Universidade Federal de Mato Grosso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFES – Instituição Federal de Ensino Superior

IIGG – Índice Integrado de Governança e Gestão

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

iSA-Gov– Índice de Maturidade dos Sistemas de Avaliação de Programas Governamentais

ISL – Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

MEJC UFRN – Maternidade Escola Januário Cecco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

MMAG – Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança

NGQ – Núcleo de Gestão da Qualidade

PDE – Plano Diretor Estratégico

PMAG – Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança

PIB – Produto Interno Bruto

PQ – Processo de Qualidade

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SIG – Serviço de Informações Gerenciais

SPP – Serviço de Prontuário do Paciente

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TI – Tecnologia da Informação

UL – Unidade de Licitações

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospitais Universitários Federais e sua distribuição geográfica	16
Figura 2 – Metodologia qualitativa: estudo de casos	22
Figura 3 – Fases para a produção e análise de dados	23
Figura 4 – Esquema de atuação do referencial teórico	29
Figura 5 – Fase do ciclo de vida de um projeto	30
Figura 6 – Fluxo do PMMAG	32
Figura 7 – Estrutura analítica do projeto PMMAG	33
Figura 8 – Descrição dos graus de maturidade da organização	34
Figura 9 – Fases de preparação e execução do PMMAG (entrevista, questionário e relato)	35
Figura 10 – Evolução dos 6 elementos de gestão (do MMAG ao AMAG) do HUCAM	37
Figura 11 – Evolução dos 6 elementos de gestão (do MMAG ao AMAG) do HUMA	44
Figura 12 – Evolução dos 6 elementos de gestão (do MMAG ao AMAG) do HCHC-UFPR	52
Figura 14 – <i>Iceberg</i> da cultura organizacional	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Análise da adequação e da compatibilidade para metodologia de estudo de caso	23
Quadro 2 – Classificação dos HUs por quantidade de leitos, natureza, região e disponibilidade de informações no SIG Ebserh	25
Quadro 3 – HUS com 100% do PMMAG por quantidade de leitos e região	26
Quadro 4 – Amostra a ser utilizada	27
Quadro 5 – Classificação dos níveis de maturidade por cores	34
Quadro 6 – Situação do HU antes e depois da aplicação da metodologia PMMAG (MMAG-AMAG), com avaliação da margem de erro	36
Quadro 7 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação ao alinhamento estratégico	37
Quadro 8 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à aderência às normas: <i>compliance</i>	38
Quadro 9 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão da informação	39
Quadro 10 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão de pessoas	41
Quadro 11 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão de processo	42
Quadro 12 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão de risco	43
Quadro 13 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação ao alinhamento estratégico	45
Quadro 14 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à aderência as normas: <i>compliance</i>	46
Quadro 15 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão da Informação	47
Quadro 16 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão de Pessoas	48
Quadro 17 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão de Processo	49

Quadro 18 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão de Risco	50
Quadro 19 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação ao alinhamento estratégico	52
Quadro 20 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à aderência às normas (<i>compliance</i>)	54
Quadro 21 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão da informação	55
Quadro 22 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão de pessoas	57
Quadro 23 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão de processo	58
Quadro 24 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão de risco	59
Quadro 25 – Principais Boas Práticas identificadas decorrentes do PMMAG	61
Quadro 26 – Modelo de análise da maturidade dos sistemas de avaliação (iSA-Gov – TCU)	63
Quadro 27 – Análise da relação dos resultados do PMMAG com o modelo de análise da maturidade do sistema de avaliação – iSA-Gov – TCU (com adaptações)	64
Quadro 28 – Componentes formais e publicamente observáveis, orientados para aspectos operacionais e de tarefa (HUCAM)	66
Quadro 29 – Componentes formais e publicamente observáveis, orientados para aspectos operacionais e de tarefa (HUMA/UFMA)	67
Quadro 30 – Componentes formais e publicamente observáveis, orientados para aspectos operacionais e de tarefa (CHC/UFPR)	68
Quadro 31 – Componentes invisíveis e cobertos, afetivos e emocionais, orientados para aspectos sociais e psicológicos (HUCAM)	69
Quadro 32 – Componentes invisíveis e cobertos, afetivos e emocionais, orientados para aspectos sociais e psicológicos (HUMA/UFMA)	69
Quadro 33 – Componentes invisíveis e cobertos, afetivos e emocionais, orientados para aspectos sociais e psicológicos (CHC/UFPR)	70

RESUMO

A partir da meta avaliação de um processo de mensuração da maturidade do ambiente de governança em ambiente hospitalar, o presente trabalho analisa e identifica se o processo implementado em 20 hospitais universitários federais, com a participação de mais de 15.000 profissionais da rede Ebserh em todo País, produziu informações que foram utilizadas pelos gestores em seu processo de governança, bem como se a cultura organizacional foi afetada pelos resultados do programa.

Palavras-chave: Cultura Organizacional. Ebserh. Governança. Hospital. Informação. PMMAG.

ABSTRACT

Based on the goal evaluation of a governance environment maturity measurement process in a hospital environment, this paper analyzes and identifies if the process implemented in 20 federal university hospitals, with the participation of more than 15,000 Ebserh professionals throughout the country, produced information that was used by managers in their governance process, as well as whether organizational culture was affected by program outcomes.

Keywords: Ebserh. Governance. Hospital. Information. Organizational Culture. PMMAG.

SUMÁRIO

Lista de símbolos e abreviaturas	vii
Lista de figuras	x
Lista de quadros	xi
Resumo	xiii
Abstract	xiii
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	21
CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TÉCNICO	28
2.1 O Projeto de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança (PMMAG) ...	29
CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE CASO	36
3.1 Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)	37
3.2 Hospital Universitário do Maranhão (HUMA)	44
3.3 Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) ...	52
CAPÍTULO 4 – BOAS PRÁTICAS IDENTIFICADAS A PARTIR DO PMMAG ..	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

INTRODUÇÃO

O tema da governança tem ganhado cada vez mais relevância nos debates atuais, seja na iniciativa privada, por meio de consultorias que buscam a excelência do serviço com o menor custo, potencializando seus resultados, seja na administração pública que, embora tenha como resultado esperado a prestação de serviço a uma população que cresce anualmente de forma exponencial¹, cerca de 9% nos últimos 10 anos, em detrimento de uma expressiva redução da capacidade de investimento do Estado, que, de cerca de 3,5% do PIB no início deste século², atingiu em 2019 a marca de menos de 0,5% para a área de saúde. Isto é, sejam públicos ou privados, os recursos estão cada vez mais escassos e as necessidades e demandas cada vez maiores, o que exige de ambos uma gestão efetiva na potencialização de seus recursos aliada à redução de despesas com consequente otimização dos resultados, sejam financeiros, sejam sociais.

A necessidade de otimização de resultados pode ser percebida na assistência à saúde no Brasil. A ineficiência na gestão dos planos de saúde, com aumentos muito acima dos índices oficiais de inflação, aliada ao momento de recessão econômica fizeram com que cerca de 3,5 milhões de beneficiários de planos de saúde migrassem desses planos para o Sistema Único de Saúde (SUS)³ nos últimos 5 anos, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Nesse contexto surge, em 2012, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh⁴) com a missão de alavancar, por meio de uma gestão moderna e eficaz, os Hospitais Universitários Federais, ao mesmo tempo que presta importante serviço de atendimento à população, garantindo as condições necessárias para que esses hospitais universitários possam exercer, de forma adequada, sua dupla finalidade pública – de assistência direta à população e de apoio ao ensino e à pesquisa das universidades.

¹ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cada 20 segundos nasce um brasileiro e de 2010 a 2020, a população brasileira terá aumentado em cerca de 17 milhões de pessoas (9%). Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Consultado em: 04/08/2019.

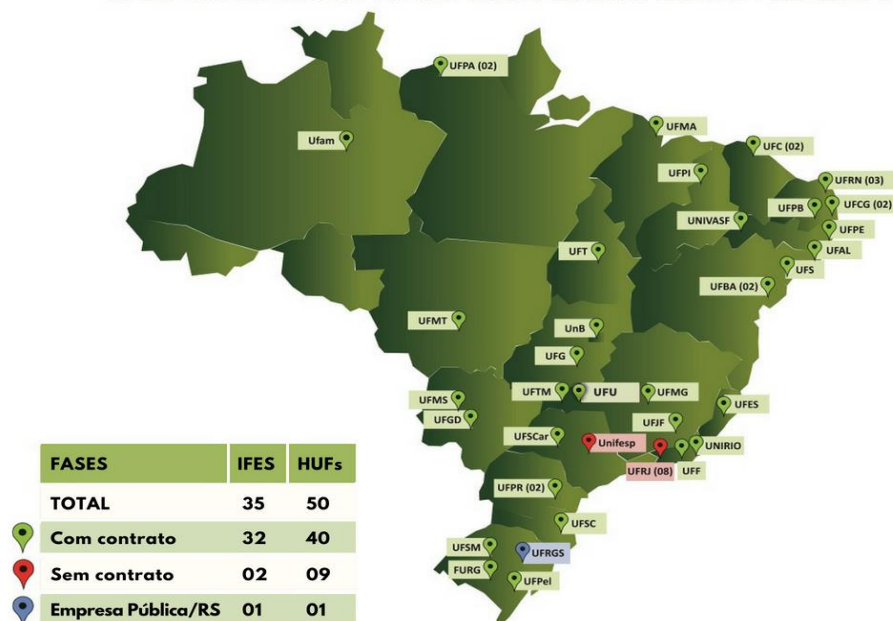
² Observatório de Política Fiscal. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/posts/evolucao-dos-investimentos-publicos-1947-2017>. Consultado em: 04/08/2019.

³ Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Consultado em: 04/08/2019.

⁴ Embora a Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011, apenas autoriza a sua criação, para fins deste trabalho, entender-se-á como sendo o início das atividades da Estatal a data de emissão do seu registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ), que ocorreu em 1º de março de 2012.

Figura 1 – Hospitais Universitários Federais e sua distribuição geográfica

IFES COM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



Fonte: <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao>

Com o início das suas atividades a partir de 2012, a Ebserh teve metade da sua existência sob a sombra da recessão que assola o País, o que, invariavelmente, restringe os investimentos em políticas públicas, independente do seu alcance social. Nesse cenário, busca-se a otimização de recursos com vistas ao aperfeiçoamento da gestão e ao atingimento dos seus objetivos, por meio de ferramentas que forneçam informações úteis e tempestivas aos seus gestores.

O surgimento da Ebserh, como gestora de mais de 40 unidades hospitalares em todo País, em substituição a modelos existentes, implica a realocação de recursos que devem ser cuidadosamente gerenciados e incentivados⁵ e envolve mudanças técnicas, culturais e institucionais. Neste contexto, segundo o Banco Mundial, avaliações de qualidade dão legitimidade a realocação de recursos⁶, a eventuais cortes de gastos e substituições de políticas públicas.

Na mesma linha de atuação, em 2014, o ministro João Augusto Nardes, presidente do Tribunal de Contas da União (TCU), já alertava que os sistemas de avaliação, monitoramento e direção constituem as três principais funções da governança pública. Dessa forma, se não

⁵ Brasil. Tribunal de Contas da União. Diagnóstico e perfil de maturidade dos sistemas de avaliação de programas governamentais. / Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, 2014. p. 10

⁶ World Bank. Technical Note - Mechanisms and Incentives for the Adoption of Evaluation of Policies and Programs to Improve the Efficiency of Public Expenditure.

produzirem informações relevantes, oportunas e tempestivas, os gestores ficariam limitados, em sua capacidade, para conduzir a máquina pública na direção correta para o alcance dos objetivos dos programas governamentais (TCU, 2014). Independente do ambiente considerado (público ou privado), os conceitos e os debates sobre a governança têm assumido papel de destaque. Na administração pública brasileira, percebe-se uma mobilização do Poder Executivo, a partir de um conjunto de normativos recentes com o objetivo de orientar e formalizar estruturas de governança na administração pública federal direta e indireta, como a lei das empresas estatais⁷, o projeto de lei das agências reguladoras⁸ e mais especificamente o Decreto n.º 9.203, de 22 de novembro de 2017, que dispõe sobre a política de governança da administração pública federal.

Das definições existentes sobre governança, na administração pública, a que será considerada pelo gestor público – para fins da sua própria avaliação, reconhecimento e responsabilização dos próprios agentes públicos – é a avaliação utilizada pelos Órgãos de Controle, em especial as definições do Tribunal de Contas da união (TCU) e da Controladoria-Geral da União (CGU), que, por amparo constitucional, possui a prerrogativa e a missão de avaliar a gestão desses agentes⁹: “Governança no setor público é um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade.” (TCU, 2014)¹⁰

Estudos recentes do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) caracterizam esta definição por uma forte carga normativa e prescritiva, em especial pela busca da “boa governança” (*good governance*), expressão criada pelo Banco Mundial para a disseminação das chamadas boas práticas, com o objetivo de gerar conhecimento aplicado capaz de subsidiar prescrições à difusão de boas práticas de gestão e de políticas públicas. (CAVALCANTE; PIRES, 2018).

A abordagem da “boa governança”, também chamada de “prescritivo-formal”, sustenta-se como a mais presente na administração pública brasileira, representada pelo Índice Integrado de Governança e Gestão (IIGG), que, segundo o TCU, visa “obter e analisar

⁷ Lei n.º 13.303, de 30 de junho de 2016.

⁸ Projeto de Lei n.º 6.621/2016.

⁹ As competências constitucionais e privativas do TCU estão estabelecidas nos artigos 33, §2º, 70, 71, 72, §1º, 74, §2º e 161, parágrafo único, da Constituição Federal de 1988, além de outras leis específicas que trazem, em seu texto, as atribuições conferidas ao Tribunal. Entre essas estão a Lei de Responsabilidade Fiscal (LC n.º 101/2001), a Lei de Licitações e Contratos (8.666/93) e, anualmente, a Lei de Diretrizes Orçamentária.

¹⁰ Referencial Básico de Governança. TCU, 2014. Disponível em <http://www.tcu.gov.br/governanca>.

informações sobre a situação da governança pública e governança e gestão de TI, contratações, pessoas e resultados na Administração Pública Federal” (TCU, 2018, p. 5), em mais de quinhentas organizações públicas da administração direta e indireta, por meio da aplicação de questionários que resultaram em seis indicadores: governança pública, governança e gestão de pessoas, governança e tecnologia da informação, governança e gestão de contratações, perfil dos resultados e o resultado por meio de um índice integrado a partir da junção de todos os anteriores.

A crítica a este modelo reside na restrição da abordagem ao conceito utilizado, traduzido pela limitação de indicadores e análises que reúnem instituições com características e influências completamente díspares, com o objetivo de “induzir mudanças de comportamento na administração pública, incentivando a adoção de boas práticas de governança” (TCU, 2018, p. 5), a despeito de toda complexidade e diversificação de influências de atores, características e arranjos institucionais a que cada um esteja sujeito, além de ser essencialmente declaratório¹¹.

De qualquer forma, a ausência de informações fidedignas, em qualquer nível, impede o reconhecimento das características da própria instituição, que dirá o seu redesenho.

Dos cuidados que se deve ter ao reconhecer a validade das informações sobre uma política pública, destaca-se que, quando ela é mal concebida ou mal executada, fatalmente produzirá informações enganosas ou com vieses que podem causar problemas graves, haja vista que toda informação produzida pelo governo se reveste de credibilidade que normalmente não é questionada. Whorthen (2004) adverte para os riscos e implicações de uma avaliação mal concebida, citando, inclusive, exemplos de grande impacto na cultura norte-americana, que, devido a sua má avaliação, produziram resultados ainda piores.

A criação da Ebserh despertou a necessidade de informações sobre os seus hospitais, as quais fossem de rápida obtenção e fácil compreensão, inclusive por gestores técnicos em suas áreas de especialização assistencial, mas com pouca experiência em gestão pública. Como mencionado anteriormente, o desafio inicial da Ebserh, quando do início das suas atividades em 2012, traduzia-se pela necessidade de definir e implementar o melhor modelo de governança para uma empresa pública que já nasceu com um potencial de 50 mil funcionários¹² distribuídos por mais de 40 Hospitais Universitários (HUs) por todo País, mas,

¹¹ Além de generalistas, os índices de avaliação utilizados pelo governo federal, a exemplo do IIGG do TCU, baseiam-se na resposta a formulários pelos gestores, sem a efetiva e direta verificação da sua autenticidade ou mesmo operação pelo aplicador.

¹² Até meados de 2012, a Ebserh não passava de uma ideia de inovação de gestão hospitalar, com cerca de 20 funcionários lotados em Brasília. Quando do início deste trabalho em meados de 2018, os dados obtidos indicam

para que qualquer modelo de governança funcione, são necessários dados e informações fidedignas e úteis ao processo de tomada de decisão de qualquer gestor, seja público ou privado, e é neste contexto que é desenvolvido o Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança (PMMAG) nos hospitais da Ebserh.

O início do desenvolvimento do PMMAG confunde-se com o início das atividades da própria Ebserh em 2012, tendo sido iniciado nessa Instituição em 2014. Atualmente o PMMAG já foi aplicado em mais de 20 hospitais da rede Ebserh, com investimento de recursos humanos e materiais. Embora tenha se destacado pelo reconhecimento externo¹³, desde a sua concepção, ainda não houve uma avaliação geral sobre a efetividade e o alcance dos seus resultados que indique a necessidade e a pertinência em dar continuidade ao Programa nos outros hospitais da rede.

A utilização da metodologia de meta avaliação consiste na verificação da qualidade de um processo avaliativo anteriormente desenvolvido e utilizado por outros atores, permitindo que se faça um julgamento do valor daquele processo, oferecendo subsídios para revisão e aprimoramento da própria avaliação (BALBIM, BECKER, CASSIOLATO, KRAUSER E NADALIN, 2012).

O Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança foi desenvolvido com a intenção de fortalecer a gestão com informações efetivas, tempestivas e eficazes para o processo decisório do gestor, a partir de 2 (duas) etapas: a primeira consiste de uma autoavaliação orientada, com produção de informações, intitulada Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança (MMAG); e a segunda avalia a evolução a partir do MMAG, atualizando as informações sobre a instituição.

Segundo dados da própria Ebserh, atualmente, os 40 hospitais da rede possuem cerca de 8.500 leitos, realizam cerca de 7 milhões de consultas e 16 milhões de exames por ano, além de participar, de forma direta e efetiva, na formação de cerca de 7 mil discentes distribuídos em 929 programas de residência médica em todo o País.¹⁴

que cerca de 35 mil empregados próprios, além de 15 mil colaboradores cedidos de outras instituições, estão distribuídos em seus 39 hospitais em todo País.

¹³ O Programa foi vencedor do Concurso de Boas Práticas realizado pelo Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União (CGU), em 2015 e 2016, tanto nas categorias de aprimoramento das atividades de controle interno, como pelos resultados alcançados, além de apresentado em congressos internacionais de controle dos gastos públicos e eficiência na gestão dos gastos públicos no Brasil e em Coimbra- Portugal.

¹⁴ EBSEH Em Números. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/eu-estudante/tf_carreira/2018/07/08/tf_carreira_interna,693662/40-dos-50-hospitais-universitarios-federais-estao-sob-gestao-da-ebserh.shtml. Acessado em 03/09/2018.

O Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança impactará diretamente na qualidade do atendimento a toda população assistida pelos Hospitais Universitários Federais da rede Ebserh distribuídos por todo País, bem como nas suas atividades de ensino e pesquisa, uma vez que, além de ser a única referência em saúde em algumas regiões do Brasil, o hospital universitário atua como importante polo de contratação de mão de obra direta e indireta, razão pela qual qualquer programa que tome tempo e recursos destas instituições terá grande impacto na população brasileira.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é realizar uma meta avaliação¹⁵ do Programa de Mensuração de Maturidade do Ambiente de Governança, realçando a importância de se obter dados e informações fidedignas que promovam o aperfeiçoamento da governança, recurso compreendido como indutor de mudanças na cultura organizacional e potencial indutor de eficiência e eficácia nas atividades realizadas nos hospitais universitários federais. Dessa forma, a questão de pesquisa que balizará esta pesquisa é: **O Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança fornece informações que são utilizadas no processo de tomada de decisão dos gestores da instituição?**

Partindo-se desta pergunta de pesquisa, que propõe o Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança como gerador de resultados positivos por diversas instituições, será analisada a hipótese (**Os resultados do Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança nos hospitais exercem influência sobre a cultura organizacional da Instituição**) em relação a influência que os resultados do Programa exercem a ponto de modificar a cultura organizacional, embora se reconheça que outros fatores como: liderança individual, capacidade de gestão, estrutura organizacional, dentre outros, também possam exercer alguma influência no processo de transformação da cultura organizacional.

Diante do exposto, este trabalho está dividido em três capítulos: o primeiro abordará a metodologia empregada; o segundo trará os fundamentos do Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança; e o terceiro e último fará a relação do programa com a adoção do sistema de governança utilizado pela Ebserh. Ao fim, serão trazidas as conclusões em relação à pesquisa realizada.

¹⁵ Meta avaliar uma avaliação, segundo Serour (2010), é a forma de atestar a qualidade ou evidenciar pontos que ainda necessitam ser melhorados num processo avaliativo.

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

A metodologia de pesquisa consiste na forma como os resultados de uma investigação são obtidos, o que resulta na aceitação dos resultados da investigação pela comunidade acadêmica, considerando que a repetição dos procedimentos sob as mesmas condições levaria aos mesmos resultados. (CAPOMAR, 1991).

Segundo Rezende¹⁶, a atenção aos modelos qualitativos reside no “como” as causas se articulam, interagem e geram, em condições específicas, determinados resultados, e não ao impacto das causas. A preocupação qualitativa está em saber como as causas produzem determinados efeitos, o que leva para a importante suposição de que a causalidade é fortemente afetada pelo contexto e pelas condições específicas na produção do fenômeno.

Métodos qualitativos proporcionam o deslocamento do foco de análise de decisões (o que) para ações e comportamentos (como e por quê); a aplicação de métodos e técnicas qualitativas de avaliação, por sua vez, podem gerar compreensões mais profundas sobre o funcionamento de uma política, bem como evidenciar conhecimentos e percepções que podem ser úteis para o seu aprimoramento e para a disseminação de lições. Para compreender as razões do êxito ou do fracasso de políticas e ações governamentais (e seus mecanismos e processos causadores), o levantamento e a análise dos aspectos contextuais, simbólico-valorativos e institucionais apresentam-se como relevantes e produtivos exercícios de reflexão sobre a organização e a atuação do Estado para a solução de demandas coletivas.

Desta forma, será utilizada a metodologia qualitativa, uma vez que se busca a formulação de descrições aprofundadas de contextos, processos e mecanismos que permitam explicar os resultados obtidos a partir das características e das circunstâncias de operação de programas e projetos. Isso se torna possível uma vez que a pesquisa qualitativa permite a exploração da natureza complexa da organização social e do conjunto de variáveis que se articulam tanto no plano dos incentivos institucionais e organizacionais quanto no plano de valores, percepções e práticas compartilhadas pelos indivíduos e grupos que executam políticas ou que são afetados por elas. (SÁ E SILVA, F.; LOPEZ, F.; PIRES, 2010)

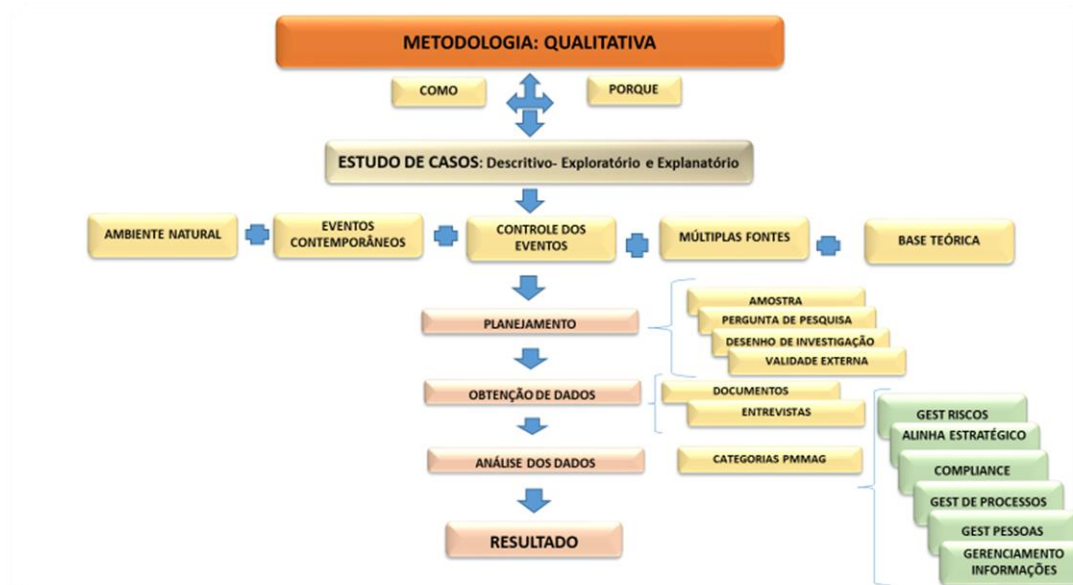
A metodologia do estudo de caso é adequada para o presente trabalho, uma vez que o objetivo desta pesquisa apresenta-se como um fenômeno contemporâneo em seu ambiente

¹⁶ REZENDE, Flávio da Cunha. *Fronteiras de Integração entre Métodos Quantitativos e Qualitativos na Ciência Política Comparada*. Revista Teoria e Sociedade, vol. 22(2). 2014.

natural, sempre que possível considerando múltiplas fontes de evidência, um ou poucos casos, sem o controle ou a manipulação de variáveis (BENBASAT; GOLDSTEIN; MEAD, 1987).

Estudo de casos são utilizados, também, com o objetivo de preencher as lacunas entre os resultados obtidos e as suas causas, com descrições sobre os comportamentos, ações, valores, crenças, processos e contextos organizacionais. (PIRES, LOPEZ e SA e SILVA, 2010)

Figura 2 – Metodologia Qualitativa: Estudo de Casos



Elaborado pelo autor, com base na Metodologia Qualitativa de Estudo de Casos

No final dos anos 60, Michael Scriven desenvolveu um procedimento metodológico para avaliar diferentes componentes de um processo avaliativo, incluindo os próprios avaliadores. (SCRIVEN, 1991).

Destacando a obrigação científica e ética do processo de meta avaliação, o objetivo de Scriven, ao verificar a qualidade de um processo avaliativo, bem como os resultados que ele produz, foi justamente demonstrar a credibilidade das avaliações em análise, com o objetivo de evitar tomada de decisões baseadas em análises deficitárias, assumindo a papel de controle de qualidade da própria avaliação.

O objetivo da meta avaliação, neste trabalho, ultrapassa o conceito de avaliar a avaliação, mas se utiliza da extensão de interpretação apresentada por Bustelo (2002), que a coloca como sendo a possibilidade de sumarizar os resultados de estudos de avaliação de programas, obtendo base empírica que analise e sustente os resultados obtidos, ou seja, se as evidências suficientes foram reunidas e se as conclusões são confiáveis.

Neste trabalho focaremos na meta avaliação como síntese de resultados, com o objetivo de ampliar a compreensão da função avaliação no desenvolvimento da instituição

avaliada, oferecendo subsídios para o aperfeiçoamento do próprio processo de avaliação em curso.

Esta pesquisa utilizou a meta avaliação a partir do *framework* para análise do estudo de caso apresentado por Oliveira, Maçada e Goldoni (2006), no qual algumas características se destacam, conforme o quadro abaixo que responde às referidas questões.

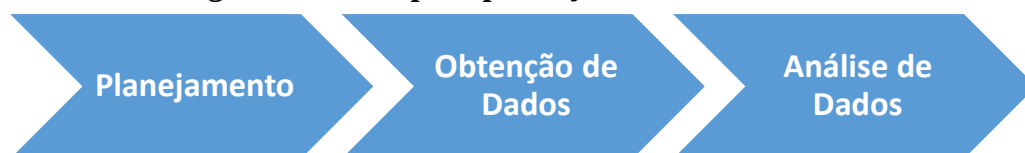
Quadro 1: Análise da adequação e da compatibilidade para a metodologia de estudo de caso

Perguntas (Framework)	Respostas
O fenômeno em análise pode ser estudado fora do seu ambiente natural?	Não. Devido a características específicas, influenciadas diretamente pelo ambiente hospitalar.
O estudo focaliza eventos contemporâneos?	Sim. Os eventos se iniciaram a partir de 2014.
Os dados podem ser recolhidos em múltiplas fontes?	Sim. Por meio de análise documental, entrevistas e, eventualmente, observação direta.
O controle ou a manipulação dos sujeitos ou eventos são necessários?	Não. São desnecessários e contra indicados.
O fenômeno de interesse tem uma base teórica estabelecida?	Não. Embora apresente resultados primários, o fenômeno estudado não está apoiado por forte base teórica, razão pela qual deve ser perseguido pela pesquisa.

Elaborado pelo autor, com base na Metodologia Qualitativa de Estudo de Casos

A fim de se realizar o Estudo de Caso, três fases ou momentos para a produção e a análise de dados se destacam:

Figura 3 – Fases para produção e análise de dados



Elaborado pelo autor.

Preliminarmente, foram realizadas entrevistas com gestores de dois hospitais que passaram por toda metodologia do Programa de Avaliação da Maturidade do Ambiente de Governança há mais de dois anos, a fim de obter percepções preliminares sobre a utilização das informações obtidas com o PMMAG, que sugeriram a cultura organizacional como fator interveniente preponderante para a metodologia.

Das fases para produção e análise de dados, os seguintes passos foram adotados:

1) a partir da definição da amostra, todas as informações disponíveis para análise de dados foram reunidas a fim de responder à pergunta de pesquisa.

2) as informações obtidas foram distribuídas por eixos ou categorias apresentadas na própria metodologia PMMAG.

3) a partir do agrupamento dos dados em categorias, as informações são classificadas em ordem cronológica, os dados examinados e identificados por meio de padrões

e comportamentos recorrentes que definem, em termos observáveis, a essência dos papéis e ações que caracterizam uma interação em particular (BARLEY, 1990).

4) por meio de entrevistas com os gestores e facilitadores, serão identificadas as informações relevantes ao tema e distribuídas nos eixos que são efetivamente utilizados pelos gestores.

5) após a identificação das informações usadas pelo gestor, serão utilizadas as avaliações de antes e depois da utilização da metodologia PMMAG, em diversas áreas, a fim de avaliar o seu impacto.

6) para avaliar a pergunta de pesquisa, será utilizado o “Foco II” do Índice Integrado de Governança e Gestão (IIGA), desenvolvido pelo TCU e intitulado: “Oferta – Produção do conhecimento Avaliativo”, com cruzamento de questões e dados obtidos durante o processo de identificação de informações.

7) a hipótese de pesquisa será analisada a partir da identificação dos aspectos visíveis (formais) e invisíveis (informais) à luz da perspectiva funcionalista objetiva de Schein (1990).

Schein define a cultura organizacional como um padrão de entendimentos, respostas e comportamentos, traduzido pela “maneira de resolver seus problemas”, que passa a ser considerado válido e desejável para aquele grupo e que será “transmitido aos novos membros como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação aos problemas” e demais questões e posicionamentos da instituição.

Considerando que estudos de caso devem mobilizar múltiplas fontes de informação – triangulação e consistência, buscou-se identificar fontes de informações que permitam identificar os efeitos da aplicação da metodologia, possibilitando a entrega mais adequada para a realização de inferências válidas e capazes de responder as hipóteses formuladas, tais como:

- **Documentos:** atas de reuniões de conselhos e comissões de controle interno dos HU de antes e depois da aplicação da metodologia; relatórios de auditoria e de gestão realizados em períodos anteriores e posteriores à aplicação da metodologia.

- **Entrevistas:** com os gestores e facilitadores diretamente afetados pelos resultados da metodologia, questionando-os em relação à sua percepção pessoal e implicações fáticas sobre o resultado da metodologia, solicitando documentos complementares que possam ser utilizados como fonte documental das informações.

Para a seleção dos HUs a serem analisados, utilizou-se como base o manual de orientações para o cadastramento de hospitais no CNES¹⁷:

estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa.

Os hospitais podem, então, ser classificados segundo: porte, perfil assistencial, nível de complexidade das atividades prestadas, papel do estabelecimento na rede de serviços do SUS e regime de propriedade. Considerando que os hospitais da Ebserh possuem a mesma classificação, ou características muito próximas, em quase todos os itens, exceto no quesito “porte do hospital”, utilizaremos este último para diferenciá-los.

Porte do hospital¹⁸:

- Pequeno porte: capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.
- Médio porte: capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos.
- Grande porte: capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos.
- Acima de 500 leitos: considera-se hospital de capacidade extra.

Como característica essencial para a definição da seleção a ser analisada, o hospital deverá ter cumprido todas as fases do Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança, além de ter suas informações disponíveis no Serviço de Informações Gerenciais (Painel de Gestão SIG Ebserh).

Quadro 2 – Classificação dos HUs por quantidade de leitos, natureza, região e disponibilidade de informações no SIG Ebserh

NOME DO HU ¹⁹	REGIÃO	QUANT LEITOS ²⁰	PORTE DO HU	PMMAG 100% CONCLUÍDO	GESTORES INICIAIS
CHC UFPR (PR)	SUL	59	MÉDIO	x	x
HE UFPEL (RS)	SUL	345	GRANDE		x
HUSM (RS)	SUL	247	GRANDE		x
HC UFMG (MG)	SUDESTE	503	EXTRA	x	x
HC UFTM (MG)	SUDESTE	312	GRANDE		x
HUCAM (ES)	SUDESTE	249	GRANDE	x	x
HU UFJF (MG)	SUDESTE	156	GRANDE		

¹⁷ CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

¹⁸ O Ministério da Saúde, em 1º de junho de 2004, editou a Portaria GM n.º 1.044, que instituiu política especial para organização e apoio financeiro para Hospitais de Pequeno Porte, na qual considerou apenas os hospitais com 5 a 30 leitos, o que pode gerar conflito de entendimento quando se usa a expressão “hospital de pequeno porte”.

¹⁹ Embora existam outros HUs que tenham participado do Programa, apenas estes constam do Painel de Gestão/SIS Ebserh.

²⁰ Consulta ao Serviço de Informações Gerenciais: Painel de Gestão SIG- Ebserh. Disponível em: <http://sig.ebserh.gov.br/painel/painelExterno.php?modulo=public/painelAghu/> Consulta em: 15 de set. de 2018.

NOME DO HU ²¹	REGIÃO	QUANT LEITOS ²²	PORTE DO HU	PMMAG 100% CONCLUÍDO	GESTORES INICIAIS
HU UFSCAR (SP)	SUDESTE	46	PEQUENO		
HC UFPE (PE)	NORDESTE	345	GRANDE	x	
HUAB UFRN (RN)	NORDESTE	53	MÉDIO	x	
HUOL UFRN (RN)	NORDESTE	245	GRANDE	x	
MEJC UFRN (RN)	NORDESTE	272	GRANDE Maternidade	x	x
HU UFMA (MA)	NORTE/ NORDESTE	477	GRANDE *	x	x
HU UFPI (PI)	NORDESTE	190	GRANDE	x	
HU UFS (SE)	NORDESTE	111	MÉDIO		
HUWC UFC (CE)	NORDESTE	197	GRANDE	x	x
MCO UFBA (BA)	NORDESTE	64	MÉDIO	x	
HULW HUPB (PB)	NORDESTE	232	MÉDIO	x	
HUBFS UFPA (PA)	NORTE	21	PEQUENO	x	x
HUJBB UFPA (PA)	NORTE	320	GRANDE	x	x
HUGVUFAM (AM)	NORTE	171	GRANDE	x	
HU UNIVASF (TO)	NORTE	145	PEQUENO	x	
HUB UNB (DF)	CENTRO OESTE	267	GRANDE *	x	x
HUJM UFMS (MS)	CENTRO OESTE	247	MÉDIO	x	
HU UFGD (MS)	CENTRO OESTE	175	GRANDE	x	
HUJM UFMT	CENTRO OESTE	114	MÉDIO	x	

Elaborado pelo autor.

Dos 20 HUs com 100% do PMMAG realizado, isto é, que passou pelas duas fases de mensuração e avaliação previstas no programa, 9 mantêm a gestão inicial desde a aplicação do PMMAG, o que facilita a impressão e a obtenção de informações e estão assim distribuídos por porte dos hospitais:

Quadro 3 – HUs com 100% do PMMAG por quantidade de leitos e região

PORTE DO HU	PMMAG 100%	MANTEM GESTORES	REGIÃO (ÁREA DE INFLUÊNCIA)
PEQUENO	2	1	Norte: 1
MÉDIO	6	1	Sul: 1
GRANDE	11	6	Norte: 2 Nordeste: 2 Sudeste: 1 Centro Oeste: 1
EXTRA GRANDE	1	1	Sudeste: 1

Elaborado pelo autor.

Para definição da seleção a ser utilizada, alguns critérios complementares, foram mobilizados aos 9 hospitais anteriormente identificados, o que levou a seguinte definição:

²¹ Embora existam outros HUs que tenham participado do Programa, apenas estes constam do Painel de Gestão/SIS Ebserh.

²² Consulta ao Serviço de Informações Gerenciais: Painel de Gestão SIG- Ebserh. Disponível em: <http://sig.ebserh.gov.br/painel/painelExterno.php?modulo=public/painelAghu/> Consulta em: 15 de set. de 2018.

HU UFMA – Hospital da Universidade Federal do Maranhão (São Luiz-MA). Foi o primeiro hospital a ser gerido pela Ebserh e o primeiro a receber o PMMAG. Considerando que ainda conserva os mesmos gestores, sua experiência é importante para a análise do projeto. O HU UFMA se apresenta como maior desafio da Ebserh, tanto pelo seu tamanho, como pela região de atendimento e influência, uma vez que atende e sofre influência das regiões Norte e Nordeste.

HUCAM (ES) – Hospital Universitário Cassiano de Moraes (Espírito Santo-ES). Hospital de grande porte, representativo da região Sudeste, uma vez que, até a conclusão deste trabalho, nem todos os hospitais do Rio de Janeiro fazem parte da rede Ebserh, os que fazem entraram tardiamente, razão pela qual ainda não passaram pelo PMMAG.

CHC UFPR (PR) – Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Paraná. Hospital representativo para o estado e para a região Sul e que já se manifestou disposto a atender as demandas por entrevistas e fornecimento de informações.

Quadro 4 – Seleção a ser utilizada na Meta avaliação

NOME DO HU ²³	REGIÃO	CARACTERÍSTICA
HUCAM (ES)	Sudeste	grande porte
HU UFMA (MA)	Norte/ Nordeste	grande porte
CHC UFPR (PR)	Sul	médio porte

Elaborado pelo autor.

²³ Embora existam outros HUs que tenham participado do Programa, apenas estes constam do Painel de Gestão-SIS Ebserh.

CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TÉCNICO

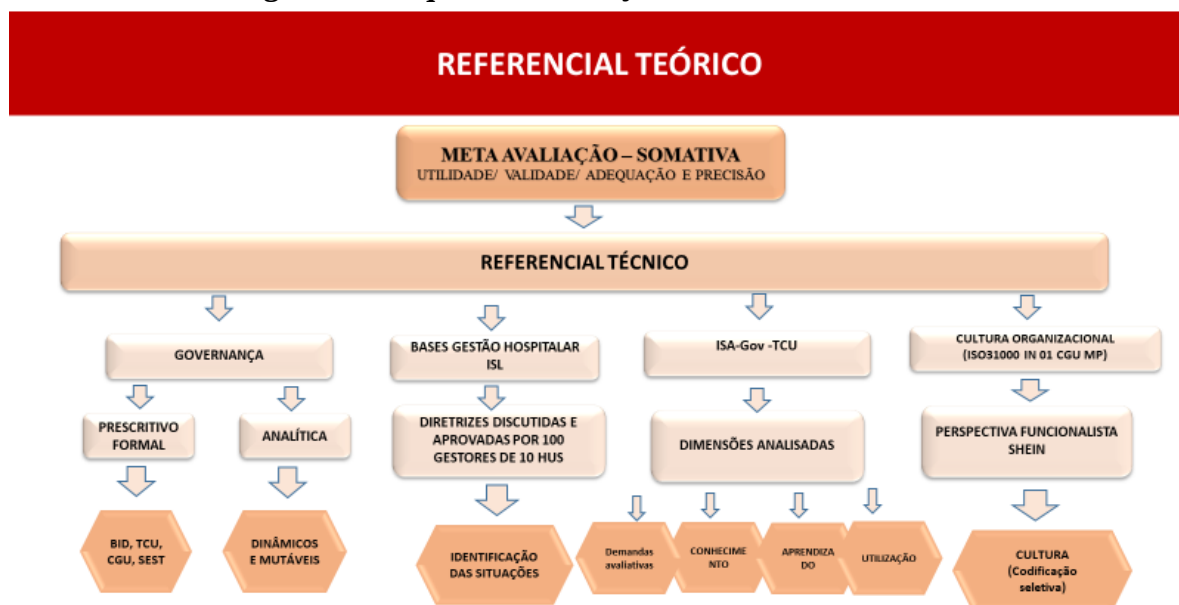
O Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança teve seu início a partir da necessidade dos hospitais-filiais da Ebserh obterem informações confiáveis que pudessem ser utilizadas numa metodologia de gestão capaz de atender aos anseios e às necessidades da população brasileira, seja no desenvolvimento do corpo discente, seja na assistência à população atendida por estes hospitais, integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de então, buscou-se uma metodologia que fornecesse aos gestores dos hospitais informações sobre as causas estruturantes dos seus principais problemas administrativos e assistenciais.

A análise e referenciais utilizados nesta meta avaliação partirá do processo de avaliação formalmente instituído pelo Tribunal de Contas da União, para avaliação da gestão das instituições públicas: o “Foco II” do Índice Integrado de Governança e Gestão (IIGA), desenvolvido pelo TCU e intitulado: “Oferta – Produção do conhecimento Avaliativo”, além dos próprios referenciais técnicos utilizados para a elaboração do PMMAG, adaptados às características e as necessidades da presente avaliação, como, por exemplo, o *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO).

Autores com diferentes posicionamentos epistemológicos, teóricos e metodológicos, desde a visão de que “a organização tem uma cultura”, até a “organização como forma de cultura.” (ARRUDA, 2006), abordam a chamada “engenharia da cultura” ou capacidade de mudanças sobre a cultura de formas diversas, porém, para este trabalho utilizaremos a perspectiva funcionalista objetiva de Schein (1990), que entende a cultura como uma variável organizacional que pode ser gerida e transformada, em oposição à abordagem interpretativa subjetivista que considera a cultura imutável, como parte da própria organização.

Figura 4 – Esquema de atuação do referencial teórico



Elaborado pelo autor, com base no referencial teórico.

2.1 O Projeto de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança (PMMAG)²⁴

O objetivo deste capítulo é fornecer uma visão sistêmica do Projeto de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança (PMMAG), por meio da transcrição e da análise das informações fornecidas pelos seus idealizadores.

Com o objetivo de fornecer informações úteis e de forma tempestiva aos gestores da Ebserh, na sede e em suas filiais (hospitais universitários), a fim de que subsidiassem seu processo decisório, o PMMAG não tem como objetivo estabelecer uma metodologia ou critério de governança, mas, sim, fornecer dados e informações que subsidiem a metodologia a ser utilizada pela empresa no aperfeiçoamento da sua governança.

A equipe que idealizou e iniciou o processo de desenvolvimento do PMMAG na Ebserh encontrava-se na auditoria interna. Pelas próprias características e missões institucionais, a auditoria interna deve fornecer informações, não só aos órgãos de controle, mas também à própria gestão por meio da missão de “assessoramento à alta gestão”²⁵, atuando como fomentador e facilitador da alta gestão que, durante o processo, terminou por abraçar e assumir

²⁴ Foram disponibilizados relatórios, projetos de construção e desenvolvimento do PMMAG.

²⁵ Segundo orientações do Manual de Orientação Técnica de Auditoria Interna da CGU, atualizado em 2017 e disponível em: <https://www.cgu.gov.br/Publicacoes/auditoria-e-fiscalizacao/arquivos/manual-de-orientacoes-tecnicas-1.pdf>.

o Programa, desde o momento inicial de desenvolvimento, razão pela qual o PMMAG não se caracteriza como uma ação de controle nem foi desenvolvido com tal objetivo, mas, sim, como uma ferramenta de obtenção de informações úteis e tempestivas ao processo de governança.

A partir da análise de documentos e informações sobre a elaboração do PMMAG por sua equipe gestora, os seguintes objetivos foram identificados:

1) oferecer à equipe de governança do HU um panorama lógico e tecnicamente definido e parametrizado sobre o Grau de Maturidade do ambiente de governança do seu hospital;

2) proporcionar uma integração mais rápida e efetiva da Ebserh sede com os gestores das filiais (HUs);

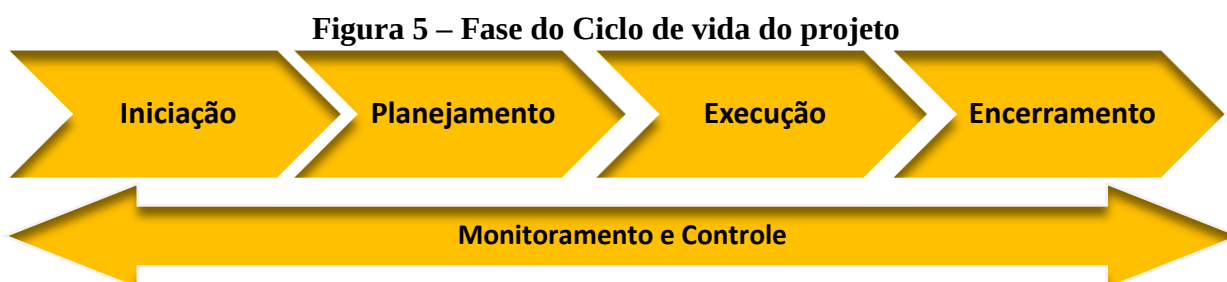
3) proporcionar o desenvolvimento de um ambiente participativo de governança nos HUs, a partir de modelos acordados com a sede da Empresa;

4) oferecer ferramentas com o objetivo de padronizar metodologias e métricas de classificação de maturidade do ambiente de gestão de hospitais, aplicáveis no âmbito dos sistemas de controle interno e externo, a fim de atender às orientações pretéritas.

De acordo com a equipe desenvolvedora:

o resultado da Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança - MMAG serve de base para a Superintendência do HU e para a Presidência da Ebserh conhecerem a percepção dos seus empregados em relação à forma como o corpo de governança gerencia e controla o Hospital Universitário. Com base nesses resultados, o Superintendente poderá desenvolver medidas de ajuste, com o intuito de desenvolver elementos cujo grau de maturidade tenha indicado necessidade de aperfeiçoamento.

O projeto permeia as seguintes fases, conforme figura a seguir:



Elaborado pelo autor.

A identificação e a definição de ferramentas e métricas, que permitam a mensuração do Grau de Maturidade do Ambiente de Governança dos Hospitais Universitários da EBSEH, mostraram-se necessárias a partir de solicitações de informações dos gestores dos HUs sobre a

gestão do seu hospital, com o consequente aprimoramento dos controles internos e melhora da governança.

Dessa forma, iniciou-se um trabalho de identificação do material existente sobre o assunto, situação em que os idealizadores da metodologia concluíram pelo material desenvolvido por ocasião do Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS, idealizado pela própria Ebserh e desenvolvido em parceria com o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (ISL) em 2014-2015²⁶.

Verificou-se, então, a necessidade de definir um modelo de processo para apoiar o desenvolvimento de uma metodologia própria a ser aplicada; esse processo será desenhado e ajustado para a realidade da coleta de dados e informações em ambiente hospitalar, visando esclarecer e definir o caminho da análise de Maturidade do Ambiente de Governança.

Com este objetivo, realizou-se um estudo da metodologia COSO (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*), cujo foco é o aperfeiçoamento dos controles internos e da governança corporativa. A partir desta análise preliminar, verificou-se a necessidade de abordar preliminarmente os componentes do chamado COSO II, que possui foco no ambiente interno da organização.

A ferramenta utilizada para a obtenção de dados do PMMAG foi a aplicação de formulário de coleta de dados, composto por 30 assertivas em Escala Likert²⁷ que refletem as melhores práticas de Governança, com fundamento nos padrões identificados com o auxílio do Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (ISL), estruturado com base nos elementos do COSO II, adaptado às necessidades e características da Ebserh.

O Processo de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança ocorre em dois momentos e tem como metodologia a aplicação de formulários de coletas de dados²⁸, entrevistas²⁹ com os gestores e observações *in loco*, sendo a primeira intitulada Mensuração da

²⁶ O curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários Federais no Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (ISL), foi oferecido pela Ebserh a 90 profissionais responsáveis pela gestão dos 10 primeiros hospitais universitários assumidos pela empresa a partir de 2012, além de outros 10 profissionais lotados na sede da Empresa em Brasília.

²⁷ A escala Likert ou escala de Likert é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, a qual é aplicada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com uma afirmação. Esta escala tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert.

²⁸ “[...] composto por 30 assertivas que refletem as melhores práticas de Governança, com fundamento nos padrões identificados pelo Instituto Sírio e Libanês de Ensino e Pesquisa [...] estruturado com base nos elementos COSO – *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*, [...]”.

²⁹ “As entrevistas foram realizadas em dois momentos: antes da aplicação dos questionários, com a Superintendente do HU; e após, com os representantes da alta gerência responsáveis pela elaboração e condução do Plano Diretor Estratégico (PDE) do HU.”

Maturidade do Ambiente de Governança (MMAG) e a segunda Avaliação da Maturidade do Ambiente de Governança (AMAG).

Para compilação de dados obtidos, as informações foram divididas em 6 dimensões ou elementos de gestão:

Alinhamento Estratégico – trata dos objetivos, planos e metas do HU, seu desdobramento e relação com os objetivos estratégicos da Ebserh e os recursos necessários para seu cumprimento.

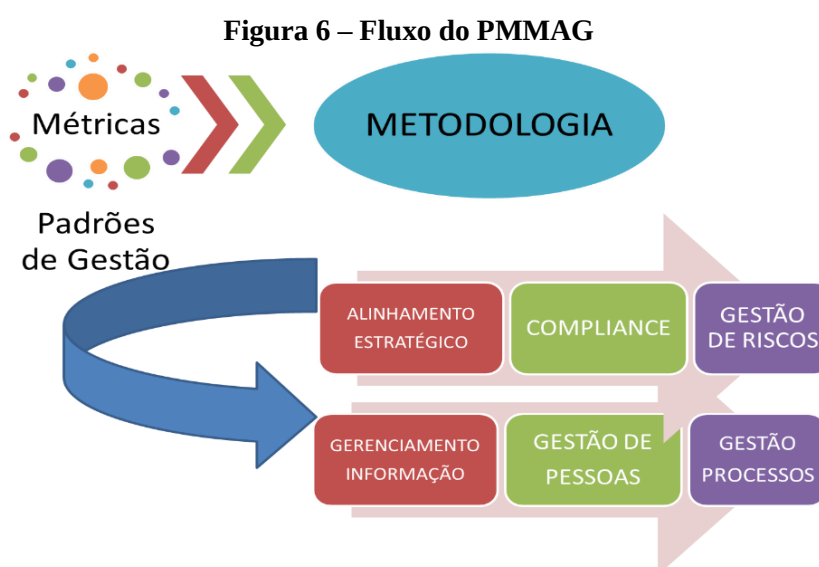
Compliance – refere-se à conformidade com a legislação e com as diretrizes, as normas, os procedimentos e os protocolos, tanto do HU, quanto da administração central da Ebserh.

Gerenciamento da Informação – aborda a efetividade, a eficiência, a confidencialidade, a integridade, a disponibilidade, a conformidade, a confiabilidade e a comunicação de informações operacionais e estratégicas no HU.

Gestão de Pessoas – trata de conduta e valores éticos, funções e responsabilidades, recursos humanos, desempenho e treinamento dos profissionais do HU.

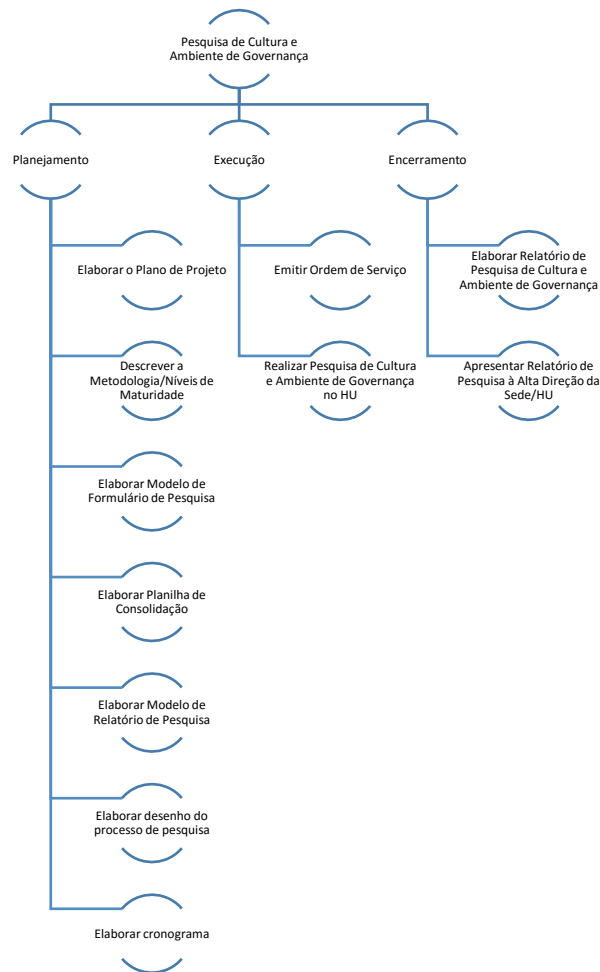
Gestão de Processos – refere-se à definição e à implantação de diretrizes, normas, procedimentos operacionais, protocolos de atendimento e atividades de controle que devem ser observados pelos profissionais do HU no desempenho de suas atividades.

Gestão de Riscos – diz respeito à identificação, à avaliação, ao tratamento e ao monitoramento dos riscos.



Fonte: Ebserh: Apresentação da Metodologia do PMMAG.

Figura 7 – Estrutura Analítica do Projeto PMMAG



Fonte: Ebserh: Manual do PMMAG.

Para a tabulação dos resultados obtidos a partir da PMMAG, os dados são inseridos em planilha específica, com a classificação e a metodologia desenvolvidas pela Ebserh.

Os comentários baseiam-se nos resultados obtidos, a partir da tabulação e da análise dos dados recebidos como resposta ao questionário e às entrevistas com os gestores.

A mensuração da maturidade do ambiente de governança, com base nos elementos de gestão e de recursos, foi gerada pelo cálculo da média aritmética ponderada entre as notas 1, 2, 4 e 5, como demonstra a fórmula que se segue:

$$\frac{(1 \times \text{Qtde de respostas 1}) + (2 \times \text{Qtde de respostas 2}) + (3 \times \text{Qtde de respostas 4}) + (4 \times \text{Qtde de respostas 5})}{(\text{Qtde de respostas 1} + \text{Qtde de respostas 2} + \text{Qtde de respostas 4} + \text{Qtde de respostas 5})}$$

De acordo com os resultados, os elementos de gestão e de recursos foram classificados nos seguintes níveis de maturidade que são apresentados por cores ao gestor:

Quadro 5 – Classificação dos níveis de maturidade por cores

Maturidade	Faixa	Recomendação
Insuficiente	1,00 - 1,99	Desenvolver
Informal	2,00 - 2,99	Tratar
Estruturado	3,00 - 3,99	Aprimorar
Referência	4,00	Manter

Fonte: Ebserh: Manual do PMMAG.

Todas as classificações são parametrizadas e subdivididas em níveis de maturidade. A parametrização permite a uniformidade da avaliação e da descrição dos graus de maturidade de cada organização, resultando num comparativo das instituições, com o objetivo de fornecer, uma visão sistêmica da atuação dos hospitais da Ebserh em todo País.

Figura 8 – Exemplo de Descrição dos Graus de Maturidade da Organização

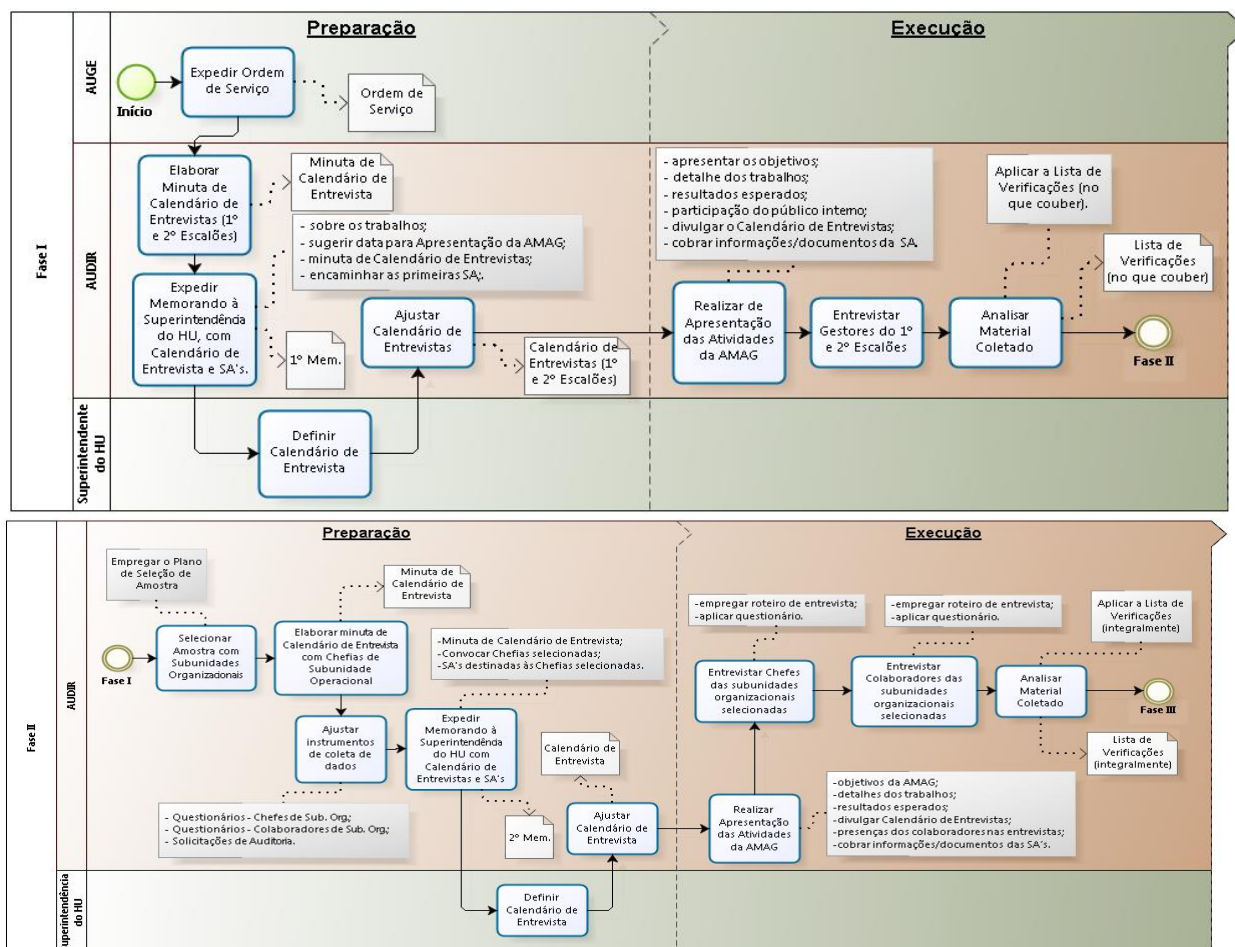
Descrição dos Graus de Maturidade da Organização	
Referência	Os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, formalizados e integrados com as áreas estratégicas da organização. Os funcionários têm consciência da importância das suas atividades no contexto da organização. Diretrizes gerais, normas, processos, procedimentos, protocolos e atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, padronizados, divulgados e totalmente documentados. Há uma permanente ação de melhoria e refinamento de métodos, orientada para os objetivos estratégicos da organização. A comunicação na organização segue um padrão formal de divulgação. As informações são tratadas, protegidas e são totalmente geradas a partir de sistemas informatizados robustos e com elevado padrão de segurança, que garante a qualidade e a tempestividade para sua utilização. Os fluxos de atividades e processos de governança têm sido refinados para o nível da melhor prática e baseado nos resultados de melhoria contínua, passando a ser “REFERÊNCIA” para outras organizações. A organização possui processos de gerenciamento de riscos abrangendo o ambiente interno, definição de objetivos, identificação, avaliação e tratamento de riscos, atividades de controle, informação e comunicação e monitoramento de riscos. A cultura de riscos e controles permeia toda a organização, os processos estão sob melhoria contínua e são adotadas ações imediatas, quando não estiverem funcionando adequadamente. A organização possui recursos humanos e materiais (instalações físicas, estrutura tecnológica e equipamentos) adequados e suficientes para cumprir os objetivos da organização.
Estruturado	Os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados. Os empregados têm consciência da importância das suas atividades no contexto da empresa. Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, padronizados, divulgados, totalmente documentados e retratam a formalização das práticas existentes. A organização reconhece a importância do gerenciamento de risco e do aprimoramento do ambiente de controle interno. É possível adotar ações imediatas para os processos que não estejam funcionando adequadamente. A comunicação na organização segue um padrão formal de divulgação. As informações são protegidas e na sua maioria gerada a partir de sistemas informatizados integrados, que garantem a qualidade e a tempestividade da sua utilização.
Informal	Os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, mas não são adequadamente formalizados e divulgados. É possível que os funcionários tenham consciência da importância das suas atividades no contexto da empresa. Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, entretanto, não estão totalmente documentados. A organização inicia um processo de reconhecimento e aprimoramento do ambiente de controle interno, no qual é possível identificar deficiências nos controles que impactam o atingimento dos objetivos, mas estas não são prontamente corrigidas. A comunicação na organização segue um padrão informal de divulgação. As informações são parcialmente protegidas e há uma preocupação constante com a tempestividade e a qualidade das informações geradas.

Descrição dos Graus de Maturidade da Organização	
Insuficiente	Os objetivos, os planos e as metas organizacionais não estão claramente definidos ou não são adequadamente divulgados. Os funcionários não têm consciência da importância das suas atividades no contexto da empresa. Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções não estão claramente definidos e não são de conhecimento dos funcionários. Não há cultura de planejamento e de controle na organização. Existe um alto grau de confiança no conhecimento dos indivíduos e a probabilidade de ocorrência de erros é elevada. A comunicação na organização tende a ser desorganizada e as informações não são adequadamente protegidas, tempestivas e suficientes para a tomada de decisão.

Fonte: Manual de Aplicação MMAG-Ebserh

A partir do processo inicial de auto avaliação, que resulta na mensuração da maturidade do ambiente de governança, tem-se um intervalo de 8 (oito) a 12 (doze) meses, a fim de que seja possível avaliar as providências tomadas por meio das informações e das situações identificadas na primeira fase. No segundo momento do PMMAG, chamado de Avaliação da Maturidade do Ambiente de Governança (AMAG), a “mensuração” utilizada no processo inicial de auto avaliação é substituída por “avaliação”, uma vez que os facilitadores buscam, por meio de evidências documentais, entrevistas e observações, atestar a qualidade da primeira fase do PMMAG, o MMAG.

Figura 9 – Fases de preparação e execução do PMMAG



Fonte: Ebserh: Manual de aplicação do PMMAG.

CAPÍTULO 3 – ESTUDO DE CASO

Dos três hospitais universitários selecionados, foi reunida vasta documentação do período anterior e posterior à aplicação do PMMAG, isto é, entre os momentos de *Mensuração* (MMAG) e *Avaliação* (AMAG).

A tabela seguinte relaciona as assertivas de maturidade do MMAG à evolução identificada no AMAG, dentro de seus respectivos eixos/dimensões de gestão:

Quadro 6 – Situação do HU antes e depois da aplicação da metodologia PMMAG, (MMAG – AMAG), com avaliação da margem de erro

HU	Aplicação MMAG	Avaliação posterior AMAG	População/ Quest respondidos	Margem de Erro p nível confiança 95 % ³⁰
HUCAM (ES)	Nov/2014	Fev/2015	1.579 / 399	2,14 %
HUMA- UFMA	Nov/2014	Set/2015	3.168 / 496	1,27%
CHC-UFPR	Set/2016	Set/2017	3710 / 1.192	1,50 %

Elaborado pelo autor.

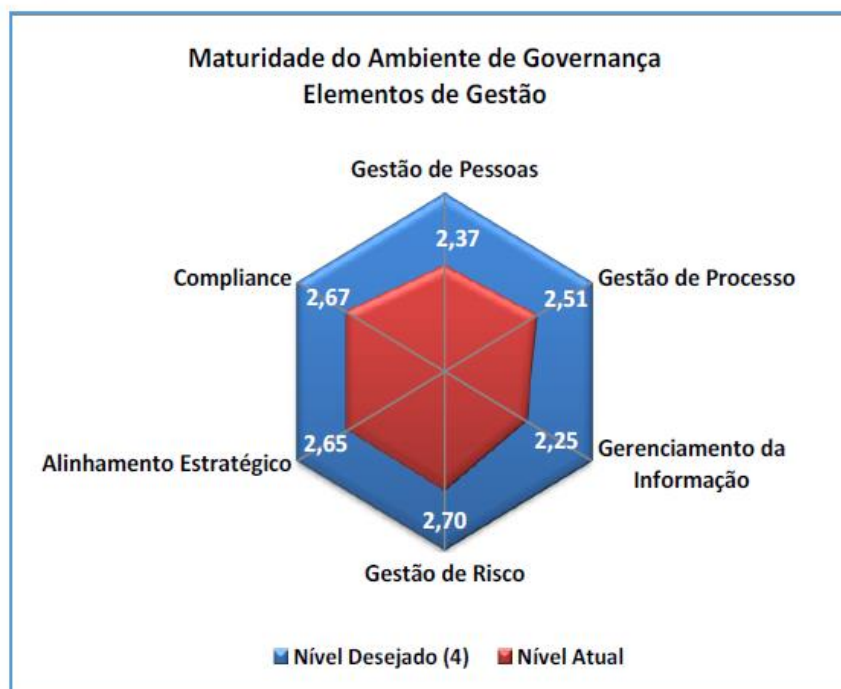
Para a obtenção das informações constantes da análise comparativa da evolução do PMMAG, os seguintes documentos e informações foram solicitados a cada HU, além das entrevistas estruturadas: Plano Estratégico do HU; documentação (memorandos, atas de reuniões, intranet, internet, etc.) comprobatória da divulgação/desdobramento do Plano Estratégico e do Plano de Ações em níveis tático e operacional; normativos internos e externos relativos aos setores avaliados; listagem contendo os instrumentos de controle efetivamente instituídos; documentação que trata das iniciativas/tentativas de instituição de novos instrumentos de controle sobre as atividades executadas; plano de ação setorial; normativos internos que disciplinam processos disciplinares; documentação que contém a descrição formal das atribuições de todos os cargos do HU; documentação comprobatória das ações de treinamento/capacitação dos empregados do HU; documentação (normativos, expedientes, etc.) comprobatória da institucionalização de uma política de reconhecimento dos empregados do HU, com base na sua conduta ética; plano de treinamento/capacitação dos empregados do HU; listagem contendo todos os sistemas de TI utilizados no HU; relatórios referentes ao MMAG e ao AMAG do HU, bem como o Sumário Executivo.

³⁰ Identificada pela equipe do PMMAG que utilizou conceitos da Distribuição de Gauss, conforme descrito no *Manual de Técnicas de Amostragem para Auditoria do Tribunal de Contas da União*, a fim de apresentar o nível de confiança dos resultados. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/tecnicas-de-amostragem-para-auditorias.htm>. Consultado em: 04/07/2019.

O trabalho limitar-se-á às atividades de governança, não se estendendo a atividades assistenciais, exceto pela sua própria gestão dos hospitais selecionados.

3.1 Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM)

Figura 10 – Evolução dos 6 elementos de Gestão, do MMAG ao AMAG do HUCAM



Fonte: Relatório PMMAG HUCAM.

O quadro a seguir apresenta uma análise detalhada do autor sob cada dimensão do PMMAG, a partir dos documentos analisados, entrevistas e observações realizadas, inclusive utilizando-se da avaliação dos facilitadores do programa, seguida da evolução identificada.

Quadro 7 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação ao alinhamento estratégico

DIMENSÃO	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO
QUESTÕES	Os empregados compreendem a relação entre as atividades desenvolvidas no seu setor e os objetivos traçados para o HU? Os objetivos, planos e metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados ao público interno? Os recursos (financeiros, materiais e humanos) são suficientes para que o HU possa atingir seus objetivos?
HUCAM (ES)	Houve um avanço significativo, de INFORMAL para ESTRUTURADO. Segundo os avaliadores, os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados. Os empregados têm consciência da importância das suas atividades no contexto da empresa. Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções, na maioria dos setores, estão definidos padronizados, divulgados, documentados e retratam a formalização das práticas existentes.

DIMENSÃO	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO
EVOLUÇÕES	MMAG AMAG Estruturado
EVIDÊNCIAS	Memorando n.º 034/2016, Divisão de Gestão do Cuidado (DivGC), de 16/06/2016, solicitação de aparelhos de ar condicionado para dois consultórios e para o Mini Auditório dos Ambulatórios da Casa 3; Comunicação interna da DivGC ao Chefe da Divisão de Logística e Infraestrutura Hospitalar, solicitação de adequações na infraestrutura, em 24/02/2016, para a Clínica Médica e Endoscopia. Requisição de material encaminhada pela DivGC à Gerência de Atenção à Saúde, em 09/08/2016, solicitando mobiliário e equipamento para viabilizar o processo de qualidade para transferência e transporte intra-hospitalar de usuários; Memorando n.º 903/2017-UPAS/HUCAM/EBSERH, de 19/05/2017, em resposta à Solicitação de Auditoria SA n.º 019-003/2017, item 1.1-b.1. Memorando n.º 095/2015/UPIA/SRAS-HUCAM/EBSERH, de 23/03/2015, solicitação de Reforma no prédio do Serviço de Pronto-atendimento do Paciente. Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA-UFMA.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA-UFMA.

De acordo com os resultados aferidos inicialmente no PMMAG, 83% dos colaboradores do HUCAM afirmaram que os recursos financeiros, materiais e recursos humanos disponíveis não eram suficientes para cumprir os objetivos do Hospital.

A partir da análise das informações e evidências coletadas, identificou-se que houve melhoria nos procedimentos visando aumentar o nível de abastecimento do Hospital.

Observou-se que ainda há carência de recursos e a análise mostrou que o gestor está ciente das necessidades que se apresentam nas diversas áreas.

Quadro 8 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à aderência às normas: *compliance*

DIMENSÃO	ADERÊNCIA ÀS NORMAS: COMPLIANCE
QUESTÕES	As normas, procedimentos, diretrizes gerais, bem como as atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, documentados e divulgados ao público interno? As pessoas agem em consonância com as diretrizes, procedimentos, atribuições e normas estabelecidas para o HU?
HUCAM (ES)	Houve uma evolução para ESTRUTURADO, com algumas ressalvas: “Existe um Processo de Qualidade, que se encontra em fase de aperfeiçoamento, a partir do qual todos os setores do HU seguem um mesmo padrão para documentação de seus procedimentos internos, e os documentos validados são disponibilizados em repositório na rede interna acessível por todos, possibilitando o acesso aos documentos atualizados.
EVOLUÇÕES	MMAG AMAG Estruturado

DIMENSÃO	ADERÊNCIA ÀS NORMAS: COMPLIANCE
EVIDÊNCIAS	Processo de Qualidade PQ/NGQ/001/2015, Versão 2.0, emitido em 17/09/2014, Revisado em 09/11/2015, que trata da Elaboração e Controle dos Documentos do Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), abrangendo todas as áreas do Hospital, conforme documentos enviados por correspondência eletrônica, pelo NGQ em 24/03/2017, em resposta à SA009-003/2017-AMAG; cópia de atas de reuniões de capacitação em protocolos da área assistencial, a saber: atendimento ambulatorial, processos de trabalho da pediatria, processo de alta por óbito, relação de protocolos da área assistencial validados pelo NGQ, documento anexo ao Memorando n.º 006/2017-GAS/HUCAM/Ebserh, de 24/03/2017, enviado em resposta à SA001-003/2017-AMAG; Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

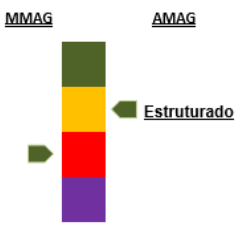
Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA-UFMA.

De acordo com os resultados da MMAG, 1º momento do PMMAG, 51% afirmaram que os fluxos de atividades de sua área não estavam documentados formalmente e disponíveis para serem utilizados por todos os colaboradores; e 31% informaram que não sabiam exatamente quem eram os responsáveis pelo cumprimento de cada passo das atividades. Por outro lado, 72% afirmaram que consultam diretrizes, normas, procedimentos, protocolos e legislações, para suprir dúvidas sobre aspectos relacionados às suas atividades e aos procedimentos do Hospital.

Conforme identificado pela análise dos documentos fornecidos, uma das metas derivadas do PDE foi a elaboração de procedimentos padrão em todas as áreas. Verificou-se que, para tanto, foi iniciado um programa, coordenado pelo Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ), a partir do qual todas as áreas foram orientadas a descrever processos de qualidade (PQ), Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e protocolos de rotinas específicas das áreas assistenciais. Esta ação incluiu a descrição de processos que perpassam várias áreas do HU e, no caso de protocolos assistenciais, foram incluídas reuniões voltadas para a capacitação dos profissionais.

Quadro 9 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão da informação

DIMENSÕES	GESTÃO DA INFORMAÇÃO
QUESTÕES	As informações têm tramitado em todos os níveis do HU de modo a chegar aos seus objetivos no momento oportuno, de maneira segura e formal? Como se têm gerenciado a guarda das informações e as formas de seu acesso, no âmbito do HU?
HUCAM (ES)	Evoluiu para ESTRUTURADO. Segundo os avaliadores: “Verificou-se uma melhoria significativa no período analisado, em que se observou o aperfeiçoamento dos demais eixos de gestão, com o apoio de sistemas de informação. Nesse aspecto, verificou-se a necessidade de expandir as experiências exitosas para se obter um nível de maturidade mais homogêneo em todo o HU. Foi observado o uso de sistemas de informação para apoio à tomada de decisão, e um avanço no uso da TI para divulgação de orientações ao público interno, por meio de Intranet, além do uso da TI, já mencionado nos demais eixos, como impulsionadora de iniciativas de agilização dos serviços prestados.”

DIMENSÕES	GESTÃO DA INFORMAÇÃO
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Norma Disciplinar Ebserh, Resolução nº 47/2015, de 23/09/2015, que orienta sobre apuração de responsabilidade disciplinar; Portaria n.º 179, de 13/05/2016, instituição da Comissão de Permanente de Processo Administrativo Disciplinar (CPPAD), Portaria n.º 180, de 16/05/2016, Regimento Interno da CPPAD, e Portaria n.º 316, de 29 de agosto de 2016, alteração da composição dos membros da Comissão; Notificação n.º 03/2016 – Setor de Apoio Diagnóstico, de 08/05/2017, emitida a Médico da Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, considerando os termos do Regulamento de Pessoal da EBSEH, notifica o empregado que infringiu o art. 31 e art. 39, inciso I; Notificação n.º 01/2016 – Setor de Apoio Diagnóstico, em 04/03/2016, emitida a Enfermeiro Assistencial; Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

Fonte: Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

De acordo com os resultados da MMAG, primeiro momento do PMMAG, 49% dos colaboradores afirmaram que não são aplicadas ações disciplinares, sendo que 30% expressaram desconhecer ou não ter informação a respeito e apenas 20% responderam afirmativamente que as pessoas que apresentam conduta profissional inadequada sofrem ações disciplinares.

A partir da análise das informações e documentos fornecidos, correspondentes ao período de 2016 a fevereiro de 2017, verifica-se que houve uma evolução na comunicação interna por meio da ouvidoria, tendo sido registrados no período denúncias de conduta inadequada, levadas ao conhecimento da gestão e tratadas, primeiramente de forma administrativa, e quando necessário foi realizada apuração preliminar e instaurado processo administrativo disciplinar. Os atos ficaram registrados por meio de portaria de nomeação das respectivas comissões de apuração, e número dos processos disciplinares instaurados. 58% afirmaram que há um reconhecimento com base na observância de valores éticos, e 67% concordam que o chefe imediato estabelece um exemplo positivo para a conduta ética.

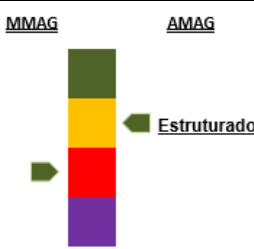
Verificou-se a divulgação, pelas Gerências da Norma Disciplinar da Ebserh, conforme Resolução n.º 47/2015 de 23/09/2015. Não obstante, a vigência da referida norma, os facilitadores declararam que identificaram, por meio de entrevistas com uma amostra de setores e unidades, que não havia um conhecimento claro, quanto ao fluxo do processo.

A fim de minimizar a variabilidade dos processos, foi instituído pela superintendência uma comissão permanente de processo administrativo disciplinar (CPPAD), por meio da Portaria n.º 179, de 13 de maio de 2016, com regimento interno definido pela

Portaria n.º 180, de 16 de maio de 2016, e alterada em sua composição pela Portaria n.º 316, de 29 de agosto de 2016.

Por outro lado, quanto ao reconhecimento aos empregados por sua conduta ética, a análise evidenciou uma melhora no ambiente, tendo se identificado que há o reconhecimento por meio de certificados emitidos pela Ouvidoria, e a divulgação em eventos internos.

Quadro 10 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão de pessoas

DIMENSÕES	GESTÃO DE PESSOAS
QUESTÕES	Há uma política meritocrática quanto à conduta dos recursos humanos do HU? Existem descrições formais (escrita e validada por autoridade competente) das atribuições dos diversos cargos existentes no HU? O HU tem planejado e efetivado o treinamento dos recursos humanos para o desempenho das atribuições exigidas por seus setores de trabalho?
HUCAM (ES)	Houve uma significativa evolução de INFORMAL para ESTRUTURADO. Segundo os facilitadores, “Observou-se que existe o reconhecimento de colaboradores por sua conduta ética e profissional e há oportunidade de aperfeiçoamento, tornando a prática mais homogênea em todas as áreas. Foi observada melhoria na formalização dos procedimentos relacionados à verificação de desvios de conduta, por meio da instituição de uma comissão permanente de processo administrativo disciplinar, com recentes alterações seguindo a Norma Disciplinar da Ebserh.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Norma Disciplinar Ebserh, Resolução n.º 47/2015, em 23/09/2015, sobre apuração de responsabilidade disciplinar; Notificação n.º 01/2016-Setor de Apoio Diagnóstico, de 04/03/2016, e Notificação n.º 03/2016-Setor de Apoio Diagnóstico, de 08/05/2017; Memorando n.º 66/2017, Setor de Apoio Diagnóstico, de 05/05/2017, em que a chefia do Setor solicita formação de CIP para apuração de queixas referentes a atrasos no atendimento de pacientes agendados; Despacho n.º 08/2017, do Setor de Hotelaria Hospitalar ao Superintendente do HUCAM, de 17/04/2017, encaminhando Processo n.º 23068.317693/2016-85, em que solicita análise para abertura de sindicância. Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

Fonte: Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

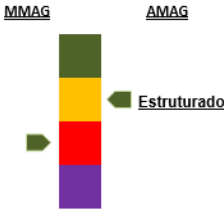
Como parte do programa de qualidade mencionado na dimensão *Compliance* do PMMAG, os processos de gestão de pessoas estão estruturados, na forma de normas internas, procedimentos padrão e circulares para orientação dos gestores. A normatização vem sendo acompanhada de eventos de capacitação e conscientização quanto ao cumprimento dos normativos.

Observou-se que existe o reconhecimento de colaboradores por sua conduta ética e profissional, e há oportunidades de aperfeiçoamento, tornando a prática mais homogênea em todas as áreas.

Foi notada melhoria na formalização dos procedimentos relacionados à verificação de desvios de conduta, por meio da instituição de uma comissão permanente de processo administrativo disciplinar, com recentes alterações seguindo a Norma Disciplinar da Ebserh.

Quanto às necessidades de capacitação, observou-se um avanço, com o levantamento das necessidades de treinamento, consolidadas em um plano de capacitação e ações iniciadas nos últimos três anos, incluindo curso de gestão aos colaboradores em cargos de chefia, ocasião em que foram realizados treinamentos para uma quantidade significativa de colaboradores, nas diversas áreas, incluindo-se treinamento em serviço e ensino a distância.

Quadro 11 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão de processo

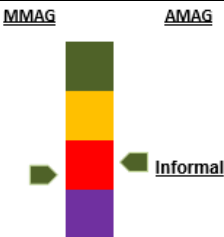
DIMENSÕES	GESTÃO DE PROCESSO
QUESTÕES	Os resultados dos processos são regularmente aferidos, por meio de instrumentos de controle, e comparados aos objetivos esperados? Os processos encontram-se adequadamente estruturados, formalizados (documentados) e divulgados ao público interno?
HUCAM (ES)	Elevado de INFORMAL para ESTRUTURADO. Destaca-se, segundo os facilitadores que “A documentação dos processos em documentos padronizados (Processos de Qualidade e Procedimento Operacional Padrão), representaram um avanço na gestão de processos. Há oportunidade para aperfeiçoamento dos controles, o que ficou evidenciado pelos processos já validados pelo Núcleo de Gestão de Qualidade (NGQ) e parte ainda a ser concluído. A criação da Comissão de Controles Internos (CCI) contribuiu com ações como a coordenação nas áreas da revisão de seus cadernos de processo, o que complementou o trabalho iniciado de elaboração de procedimentos padrão, seguindo um modelo de qualidade”.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Atribuições dos Chefes de Unidade; e Relatório de acompanhamento das atividades dos Colegiados Gestores, nos anos 2015 e 2016; Cópia de atas dos Colegiados de 14 Unidades da Divisão de Gestão do Cuidado: Setor de Urgência e Emergência, 21/07/2016, Unidade de Atenção à Mulher, 12/08/2016, Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, 21/07/2016, Unidade de Atenção Psicossocial, 07/06/2016. Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM

Fonte: Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

A partir do MMAG, na área assistencial, foram instituídos os colegiados gestores, sob a coordenação da Divisão de Gestão do Cuidado, evidenciado pela documentação apresentada e entrevista com a chefe da Divisão. Conforme verificado, há o registro das resoluções das reuniões em atas, o que é monitorado pela chefia da Divisão.

Verificou-se o desenvolvimento de indicadores, em algumas áreas, para monitorar o desempenho e o atingimento das metas. Esta prática foi observada tanto em setores e unidades assistenciais quanto administrativas.

Quadro 12 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUCAM em relação à gestão de risco

DIMENSÕES	GESTÃO DE RISCO
QUESTÕES	As Chefias do HU promovem ambiente favorável à gestão de risco? Os riscos inerentes ao negócio são realmente conhecidos pelos empregados? Os riscos inerentes ao negócio são considerados no processo de planejamento?
HUCAM (ES)	Manteve-se em INFORMAL: Segundo os facilitadores: “Observam-se iniciativas em algumas áreas, com a elaboração de planos de contingência para situações específicas, a partir de histórico de eventos. Há ainda a necessidade de incorporar a gestão de riscos no planejamento, a partir de um levantamento de vulnerabilidades, ameaças, definição dos níveis e impacto e probabilidade, e formas de tratamento dos riscos. Pode ser afirmado que, em um nível mais estruturado em várias áreas, considerando-se a gestão de risco do paciente, e os planos de contingência nas principais áreas de apoio, como exemplo, na Hotelaria, Infraestrutura e Suprimentos. É possível adotar ações imediatas para aprimorar os processos que não estejam funcionando adequadamente.”
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Memorando n.º 002/2017/UPLAN/ HUCAM/UFES, em 27/02/2017; entrevistas realizadas pelos facilitadores com Assessor de Planejamento, de 23/03/2017 com colaboradora da Unidade de Licitações, na função de pregoeira, de 12/06/2017 e com o chefe da DivGP/Unidade de Administração de Pessoal(UAP), de 06/07/2017. Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

Fonte: Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

Os resultados aferidos no MMAG, primeiro momento do PMMAG, demonstraram que 47% dos colaboradores compreendem que não existe documentação dos riscos identificados nas atividades de sua responsabilidade. Do total de respondentes, 21% não emitiram opinião sobre o tema, e 26% afirmaram compreender que há documentação dos riscos em suas áreas.

Quanto ao planejamento, os resultados da MMAG demonstraram que havia uma percepção de 75% dos colaboradores de que a identificação de riscos é uma parte importante do planejamento em sua área de trabalho no HUCAM.

A análise dos documentos apresentados confirmou essa percepção, uma vez que foram constatadas, em algumas áreas, iniciativas da gestão para identificar os riscos inerentes às atividades de sua área, porém observa-se uma atuação reativa, e não preventiva, com base em histórico de acontecimentos conhecidos, e ações para minimizar o impacto de sua ocorrência.

Verificou-se que o principal conceito de risco, na área assistencial, está relacionado à segurança do paciente, e, nesse sentido, há ações da gestão quanto à notificação e ao tratamento de incidentes, o que foi viabilizado com a criação do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente e o Núcleo de Gestão da Qualidade (NGQ).

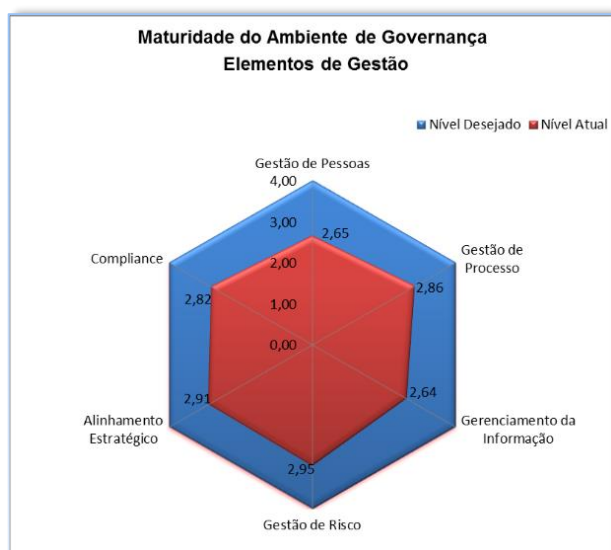
Quanto ao planejamento, as entrevistas realizadas pelos facilitadores com as Gerências e Unidade de Planejamento, demonstraram que o gestor compreende que o risco é parte intrínseca da metodologia empregada na elaboração do Plano Diretor Estratégico (PDE). Considerou-se que o diagnóstico parte do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) e toma como base os macroproblemas e os nós críticos, o que, na visão da gerência, equivale aos riscos das atividades do HU.

Com base no exposto, pode-se concluir que existe a preocupação da gestão com os riscos e houve iniciativas, no período avaliado, de identificar riscos inerentes às áreas assistenciais e de apoio operacional, como exemplos, planos de contingência no setor de engenharia clínica e manutenção da infraestrutura física. Na área administrativa, verificaram-se também iniciativas no sentido de minimizar a ocorrência ou o impacto de eventos sobre os processos de licitações e de suprimentos. Foram aperfeiçoados os procedimentos de elaboração dos processos de licitação, com a elaboração de minutas de edital e termos de referência, validados pelo setor jurídico quanto ao aspecto legal, a fim de minimizar erros ocorridos nos processos de licitação.

Conclui-se que existem ações da gestão visando identificar e mitigar riscos, porém ainda não há diretrizes formais e interconexão entre as diversas áreas, para uma gestão abrangente de riscos, em nível institucional.

3.2 Hospital Universitário do Maranhão (HUMA)

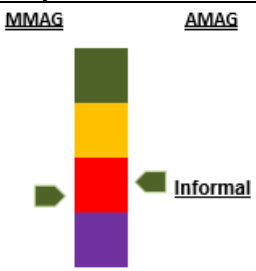
Figura 11 – Evolução dos 6 elementos de Gestão, do MMAG ao AMAG do HUMA



Fonte: Relatório MMAG HUMA e Relatório AMAG HUMA.

Para um nível de confiança de 95%, considerando uma população de 3.168 colaboradores e um sucesso de 496 questionários respondidos, obteve-se uma margem de erro de 1,27%, o que significa dizer que, para cada grupo de 100 questionários respondidos, 95 representaram resultados confiáveis e com uma possibilidade de erro em menos de 2 (dois) casos, conferindo, assim, um caráter significativo e relevante das informações para que a alta governança do HUMA/UFMA direcionasse suas decisões com o intuito de aperfeiçoar o nível de maturidade do seu ambiente.

Quadro 13 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação ao alinhamento estratégico

DIMENSÕES	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO
QUESTÕES	Os empregados compreendem a relação entre as atividades desenvolvidas no seu setor e os objetivos traçados para o HU? Os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados ao público interno? Os recursos (financeiros, materiais e humanos) são suficientes para que o HU possa atingir seus objetivos?
HUMA	Embora tenham sido consideradas evoluções nesta dimensão, para a equipe de avaliação o HU manteve-se no nível: “INFORMAL”. “Os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados. Há colaboradores nos níveis tático e operacional das Gerências Administrativa e de Ensino e Pesquisa que não percebem a importância das atividades desenvolvidas em suas respectivas subunidades organizacionais para o atingimento dos objetivos institucionais e estratégicos do HU.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Registros relativos às declarações das Subunidades Organizacionais, por ocasião de entrevista e respostas nas entrevistas com o Setor de Suprimentos, Unidade de Almoxarifado, Divisão de gestão de Pessoas, Unidade de Gerenciamento da Residência Multiprofissional; Manual Aplicativo Plano Diretor Estratégico HU-UFMA Versão 00.02 31/10/2014, telas no sistema de acompanhamento das atividades de nós críticos do PDE; participação da Auditoria Interna no II Seminário de Monitoramento do PDE. Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA-UFMA.

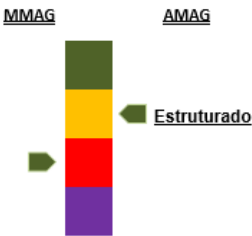
Fonte: Relatório MMAG HUMA e Relatório AMAG HUMA.

Considerando os resultados das entrevistas, das análises documentais e das respostas aos questionários, constatou-se a existência de objetivos estratégicos descritos no Plano Diretor Estratégico do HUMA/UFMA, cujo atingimento é de responsabilidade da Gerência de Ensino e Pesquisa, mas que os entrevistados, a despeito de terem tido acesso ao PDE, não reconhecem essa relação.

Foi constatado que a Governança do HUMA/UFMA desenvolveu e implementou uma ferramenta de TI com o intuito de acompanhar a evolução das ações estratégicas estabelecidas.

A partir do MMAG, destaca-se a elaboração, a formalização e o monitoramento do Plano Diretor Estratégico (PDE), no qual estão definidos os objetivos estratégicos a serem atingidos pelo HU em um horizonte de dois anos, bem como a elaboração e a formalização do Plano de Ação (PA), relacionado ao PDE, em que são previstas 22 ações e 122 atividades. Entretanto, constatou-se que há colaboradores, nos níveis tático e operacional das gerências administrativas e de ensino e pesquisas, que não tiveram acesso aos objetivos contidos no Plano Diretor Estratégico do HUMA/UFMA que se relacionam com as atribuições de suas Subunidades Organizacionais.

Quadro 14 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à aderência as normas: *compliance*

DIMENSÕES	ADERÊNCIA ÀS NORMAS (<i>COMPLIANCE</i>)
QUESTÕES	As normas, procedimentos, diretrizes gerais, bem como as atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, documentados e divulgados ao público interno? As pessoas agem em consonância com as diretrizes, procedimentos, atribuições e normas estabelecidas para o HU?
HUMA	Houve uma evolução significativa, de informal para estruturado, assim classificado pela equipe de avaliadores:” Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, padronizados, divulgados, totalmente documentados e retratam a formalização das práticas existentes, sendo assim, a equipe de facilitadores está convencida na evolução do <i>Compliance</i> , razão pela qual classifica como ESTRUTURADO o nível maturidade do HUMA/UFMA para o eixo Aderência às Normas (<i>Compliance</i>).Por outro lado, faz-se mister promover, de forma tempestiva, constante e equânime a divulgação das normas e regulamentos aplicados ao HUMA/UFMA.”
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Registros relativos às declarações das Subunidades Organizacionais, por ocasião de entrevista e respostas nas entrevistas com o Setor de Suprimentos, Unidade de Almoxarifado, Divisão de gestão de Pessoas, Unidade e Desenvolvimento de Pessoas, Unidade de Gerenciamento da Residência Multiprofissional. Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

A equipe de facilitadores destaca que, embora tenha evoluído, há colaboradores que integraram recentemente o corpo de pessoal do HU que não tiveram acesso às normas e aos procedimentos relativos à sua Subunidade Organizacional, razão pela qual o trabalho necessita ser constantemente atualizado.

Destaca-se o aperfeiçoamento do sistema de normatização interna, constituído a partir do Manual da Qualidade, dos Procedimentos Gerais (PG) e dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). O presente sistema estabelece diretrizes e procedimentos

assistenciais do HUMA/UFMA, sob a ótica da Gestão da Qualidade (SGQ), com os objetivos de mitigação de eventuais riscos e monitoramento dos processos existentes.

Destaca-se, também, que a Governança do HUMA/UFMA iniciou, desde então, processo de aperfeiçoamento e disseminação dos conceitos e técnicas inerentes ao Controle Interno, especialmente nos processos administrativos, mediante o aproveitamento da *expertise* adquirida por sua área da gestão da qualidade.

Quadro 15 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão da Informação

DIMENSÕES	GESTÃO DA INFORMAÇÃO
QUESTÕES	As informações têm tramitado em todos os níveis do HU de modo a chegar aos seus objetivos no momento oportuno, de maneira segura e formal? Como se têm gerenciado a guarda das informações e as formas de seu acesso, no âmbito do HU?
HUMA	Identificadas as fragilidades, embora tenha progredido, não houve mudança do patamar que se manteve como INFORMAL. “A comunicação na organização segue um padrão formal de divulgação. As informações são parcialmente protegidas e há uma preocupação constante com a tempestividade e qualidade das informações geradas”.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Registros relativos às declarações das Subunidades Organizacionais, por ocasião de entrevista e respostas nas entrevistas com o Setor de Suprimentos, Unidade de Almoxarifado, Divisão de gestão de Pessoas, Unidade de Gerenciamento da Residência Multiprofissional; Item 4 do Planejamento Anual do Almoxarifado Central) Revisão de 01.07.14; Item 5 do Relatório de Atividades Institucional do Setor de Suprimentos de 02.03.2015; Anexo 1 do Relatório de Atividades Institucional da Unidade de Almoxarifado de 05.03.2015; Item 4 do Planejamento Anual do Almoxarifado Central - Revisão de 01.07.14; Item 5 do Relatório de Atividades Institucional do Setor de Suprimentos de 02.03.2015; Anexo 1 do Relatório de Atividades Institucional da Unidade de Almoxarifado de 05.03.2015; Plano de Ação do PDE HU-UFMA, maio 2014, Macro Problema 3, item 3.12 - Reestruturação de Gestão de Processos da Área de Compras e Contratos. Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

De acordo com os resultados aferidos na MMAG, 46,49% dos colaboradores do HUMA/UFMA não estariam recebendo informações dos sistemas informatizados e das planilhas, referentes às suas áreas de atuação, de forma oportuna.

Sob esse aspecto, com base nas análises dos documentos, dos resultados dos testes de aderência, das entrevistas e das respostas aos questionários realizados nas Subunidades Organizacionais que compuseram a amostra, pode-se constatar que há expedientes internos (impressos) que chegaram ao seu destino apenas após a ocorrência dos eventos por eles

comunicados, evidenciando que a comunicação interna institucional se dá de forma intempestiva e, conseqüentemente, ineficaz.

Constataram-se instrumentos de controles ineficazes, como o sistema informatizado para o controle de estoque intitulado Sistema Almoxarifado (ALMOX). Em função das deficiências dessa ferramenta, têm sido utilizadas planilhas em Excel para manter o controle dos itens em estoque.

Ademais, as informações relativas às entregas de material não têm fluído de maneira eficaz e eficiente entre as áreas de suprimentos e almoxarifado. Constatou-se que os materiais têm sido usualmente entregues sem que as respectivas “Solicitações Parciais de Material” cheguem ao conhecimento dos setores envolvidos, o que tem prejudicado o efetivo controle dos serviços.

Contudo, a despeito da situação vigente, percebe-se que a Governança vem implementando novas metodologias e novos mecanismos de comunicação e de controle, tais como reuniões, painéis de discussão e divulgação de informações por intermédio da Intranet, com o intuito de aperfeiçoar a comunicação interna.

Quadro 16 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão de Pessoas

DIMENSÕES	GESTÃO DE PESSOAS
QUESTÕES	Há uma política meritocrática quanto à conduta dos recursos humanos do HU? Existem descrições formais (escrita e validada por autoridade competente) das atribuições dos diversos cargos existentes no HU? O HU tem planejado e efetivado o treinamento dos recursos humanos para o desempenho das atribuições exigidas por seus setores de trabalho?
HUMA	Houve uma significativa evolução, de informal, para ESTRUTURADO, aproximando-se do nível referência. Segundo os avaliadores, “Há definição formal das atribuições de cargos e funções, porém os colaboradores dos níveis operacionais estão ressentidos pela falta de treinamento. Os funcionários desempenham suas atividades com base em um planejamento formal e integrado com as demais áreas da organização: “A estruturação e definição formal de cargos e funções dos colaboradores do HUMA/UFMA são feitas através da Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos dos Hospitais Universitários Federais da EBSEERH, bem como o Regimento Interno disponibilizado na Intranet.”
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Plano de Capacitação HUUFMA-EBSEERH 2014-2015; Quadro Demonstrativo das Atividades de Capacitação - Qualitativo 2014/2015; Art. 1º da Portaria n.º 32, de 26 de março de 2015 (Designar os membros do Comitê Permanente de Desenvolvimento de pessoas do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão para apoiar os processos de desenvolvimento dos empregados da EBSEERH). Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos dos Hospitais Universitários Federais-EBSEERH Novembro de 2014; Regimento Interno da Ebserh 2º Revisão de 26/11/2014; Regimento Interno do HU-UFMA, de 04/11/1994.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

De acordo com os resultados aferidos na MMAG, isto é, antes da aplicação da metodologia, 56,63% dos profissionais do HUMA/UFMA declaram não receber treinamento adequado para desempenhar suas funções, cabendo destaque, mas não de forma exclusiva, a área administrativa.

Por outro lado, constatou-se, por ocasião de entrevistas, análises documentais e testes de aderência na Unidade e Desenvolvimento de Pessoas (Divisão de Gestão de Pessoas), que, após a apresentação do MMAG, a Governança do HUMA/UFMA vem implementando iniciativas com o intuito de proporcionar o treinamento e a capacitação de seus colaboradores mediante a elaboração, a formalização e a implementação do Plano de Capacitação dos Colaboradores em todos os níveis do HU, o que fez com que os treinamentos fossem intensificados.

Constatou-se, por ocasião das análises documentais, que a estruturação e a definição formal de cargos e funções dos colaboradores do HUMA/UFMA estão estabelecidas por intermédio de documento intitulado “Descrição Sumária das Atribuições dos Cargos dos Hospitais Universitários Federais da EBSEH”, além do próprio Regimento Interno do HUMA/UFMA. Após análise, verifica-se que tal percepção deve-se a deficiências na comunicação das ações realizadas no HUMA.

No HUMA/UFMA, é visível a influência da forma horizontal do componente Gestão de Informações, nos demais eixos de gestão.

Ainda no que concerne a evolução do ambiente de governança, ressaltamos a Criação da Comissão de Sindicância e a Comissão de Ética, com a finalidade de instaurar e apurar processos disciplinares no âmbito do HU-UFMA.

Quadro 17 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à Gestão de Processo

DIMENSÕES	GESTÃO DE PROCESSO
QUESTÕES	Os resultados dos processos são regularmente aferidos, por meio de instrumentos de controle e comparados aos objetivos esperados? Os processos encontram-se adequadamente estruturados, formalizados (documentados) e divulgados ao público interno?
HUMA	Em termos nominais, esta foi a dimensão com menor evolução, mantendo-se em INFORMAL. Segundo os avaliadores, “Os riscos inerentes ao negócio são, na sua maioria, de conhecimento do funcionário, entretanto, sem a normatização e a formalização necessárias, não são monitorados.

DIMENSÕES	GESTÃO DE PROCESSO
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Manual Aplicativo Plano Diretor Estratégico HU-UFMA, Versão 00.02 31/10/2014; Telas no sistema de acompanhamento das atividades de nós críticos do PDE.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA-UFMA.

Na primeira fase do PMMAG, constatou-se que as gerências carecem de normativos internos que tratem de procedimentos, atores envolvidos, responsabilidades, funções, instruções, documentação e orientações acerca das atividades que compõem os processos e macroprocessos do HU.

Após o início da aplicação da metodologia PMMAG, identifica-se um movimento para o aperfeiçoamento do sistema de normatização interna, constituído de Manual da Qualidade, Procedimentos Gerais (PG) e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que preveem as diretrizes e os procedimentos assistenciais do HUMA/UFMA, sob a ótica de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), para fins de mitigação de eventuais riscos e monitoramento dos processos existentes, bem como a iniciativa de disseminação dos conceitos de Controles Internos para os processos Administrativos.

Quadro 18 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HUMA em relação à gestão de risco

DIMENSÕES	GESTÃO DE RISCO
QUESTÕES	As Chefia do HU promovem ambiente favorável à gestão de risco? Os riscos inerentes ao negócio são realmente conhecidos pelos empregados? Os riscos inerentes ao negócio são considerados no processo de planejamento?
HUMA	Manteve-se em INFORMAL: “Os riscos inerentes ao negócio são, na sua maioria, de conhecimento do funcionário, entretanto, sem a normatização e a formalização necessárias, não são monitorados. Faz-se necessária a criação de um Plano de Gerenciamento de Riscos com o objetivo de descrever as diretrizes e as regras para a gestão de riscos sobre os processos do HUMA/UFMA. Com essa iniciativa, espera-se estimular a CCI na adoção de atitude preventiva, prospectiva e proativa na minimização e na antecipação de eventos, mediante o mapeamento dos riscos corporativos.”
EVOLUÇÕES	

DIMENSÕES	GESTÃO DE RISCO
EVIDÊNCIAS	Registros relativos às declarações das Gerências Administrativa, de Atenção à Saúde e de Ensino e Pesquisas e respectivas subunidades organizacionais, por ocasião de entrevista e respostas nas entrevistas com Assessoria de Planejamento, Setor de Suprimentos, Unidade de Almoxarifado, Divisão de Gestão de Pessoas, Unidade e Desenvolvimento de Pessoas, Unidade de Gerenciamento da Residência Multiprofissional.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

Constatou-se que, após a apresentação do MMAG, a Governança do HUMA/UFMA iniciou o processo de reconhecimento e disseminação do controle interno, porquanto implementou ferramenta de acompanhamento da execução do PDE e instituiu seminário sobre PDE.

A organização reconhece a importância do gerenciamento de risco e do aprimoramento do ambiente de controle interno.

Considerando as declarações colhidas nas entrevistas e nas análises documentais, constatou-se que não existe uma sistemática formalmente instituída para o mapeamento de riscos. O HUMA/UFMA carece de uma adequada formalização dos processos incluindo o elenco dos principais riscos aos quais está exposto, a probabilidade de sua ocorrência e os impactos relacionados, bem como a descrição de medidas e procedimentos preventivos e mitigativos, além da definição de planos de contingência.

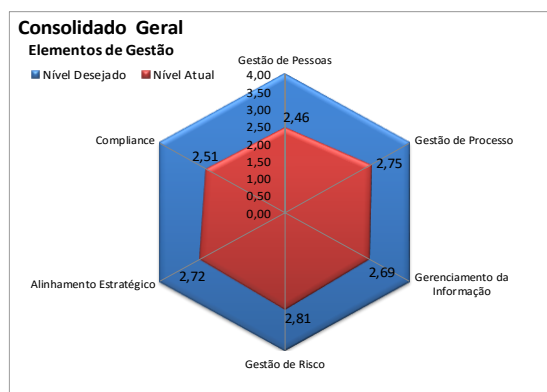
Vale salientar que a Assessoria de Planejamento reconhece a insipiência do gerenciamento de riscos no âmbito do HUMA/UFMA e entende como necessário priorizar o assunto nas próximas definições de objetivos para o HU.

Por outro lado, observou-se que as áreas ligadas à Gerência de Atenção à Saúde encontram-se mais avançadas quanto ao gerenciamento dos riscos que lhe são inerentes.

Contudo, cabe ressaltar a relação de dependência para fins de ajustes na condução do negócio, entre as entidades e os seus instrumentos de controle porquanto esses detectam as inadequações no funcionamento dos seus processos. Sendo assim, considera-se a efetivação de uma Comissão de Controle Interno (CCI), independente, como sendo a chave para o aperfeiçoamento da Gestão de Processos a ponto de garantir o atingimento do nível de maturidade Estruturado.

3.3 Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR)

Figura 12 – Evolução dos 6 elementos de Gestão, do MMAG ao AMAG do HCHC-UFPR



Fonte: Relatório MMAG HUHC e Relatório AMAG HCHC-UFPR

Para um nível de confiança de 95%, considerando uma população de 3.710 colaboradores e um sucesso de 1.192 questionários resolvidos, obteve-se uma margem de erro de 1,50%, conferindo, assim, um caráter significativo e relevante às informações geradas, de modo que a alta governança do CHC-UFPR pudesse, com segurança, decidir com vistas a aperfeiçoar o nível de maturidade do seu ambiente.

Ressalta-se o quesito “recursos”, para o qual os avaliadores apontaram para uma insuficiência de recursos financeiros, materiais e humanos para que o CHC-UFPR possa atingir seus objetivos. De acordo com a avaliação inicial, 75% dos colaboradores do CHC-UFPR afirmavam que os recursos financeiros, materiais e humanos não eram suficientes para que o Complexo alcançasse seus objetivos.

Na avaliação pós PMMAG, a atual situação dos recursos se agravou, pois, no que concerne à escassez dos recursos materiais, esta é impactada pela dívida financeira do Complexo, a qual é de 44 milhões de reais, sendo 35 milhões referentes à folha de pagamento da Fundação da Universidade Federal do Paraná (FUNPAR).

Quadro 19 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação ao alinhamento estratégico

DIMENSÃO	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO
QUESTÕES	Os empregados compreendem a relação entre as atividades desenvolvidas no seu setor e os objetivos traçados para o HU? Os objetivos, planos e metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados ao público interno? Os recursos (financeiros, materiais e humanos) são suficientes para que o HU possa atingir seus objetivos?

DIMENSÃO	ALINHAMENTO ESTRATÉGICO
HCHC-UFPR	Embora tenham sido consideradas evoluções nesta dimensão, para a equipe de avaliação o HU manteve-se no mesmo nível: “INFORMAL”, sem evoluções. “Os objetivos, os planos e as metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados. Há colaboradores nos níveis tático e operacional das Gerências Administrativa e de Ensino e Pesquisa que não percebem a importância das atividades desenvolvidas em suas respectivas subunidades organizacionais para o atingimento dos objetivos institucionais e estratégicos do HU.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Roteiros de Entrevista Estruturada realizados com a Superintendente; Gerentes Administrativo, Atenção à Saúde, Ensino e Pesquisa; Chefes das Divisões Administrativa e Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Cuidados; Chefes e colaboradores das Unidades e Setores de Gestão de Contratos, Serviço de Infraestrutura Física e Pediatria; Atas: da Sessão Ordinária do Conselho Universitário, “Situação Orçamentário-Financeira do CHC-UFPR”; apresentação, em <i>Powerpoint</i> , da Superintendência, de 11 de maio de 2017, detalhando a Proposta Contrato de Metas entre a UFPR e a Secretaria Municipal de Saúde; Plano Diretor Estratégico CHC-UFPR 2016-6017, encaminhado pelo Ofício n.º 084/2017 GERAD, de 03/04/2017; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Anexo I – Plano de Reestruturação, do Contrato de Gestão Especial e Gratuita UFPR/EBSERH n.º 04112014, de 30/10/2014. Disponível:< >. Acesso em: 19 de jul. 2017; Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de 16/08/1993, encaminhado pelo Ofício n.º 084/2017 GERAD, de 03/04/2017; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. SisPDE/EBSERH. Disponível em:< https://pde.ebserh.gov.br/ >. Atas da Sessão Ordinária do Conselho Universitário, e do Conselho Executivo n.º 505, de 11/04/2017 – pauta “Plano Diretor Estratégico (PDE) 2016/2017” e “Proposta do Contrato de Metas”, encaminhados pelo E-mail Gabinete Superintendência, de 11/05/2017, às 12:23.

Fonte: Relatório MMAG HUHCH e Relatório AMAG HCHC-UFPR

Verificou-se que 36% dos chefes dos níveis estratégico e tático informaram que, em virtude de designação recente para o cargo, ainda não tinham acesso ao Sistema de Monitoramento do Plano Diretor Estratégico (SisPDE), encontravam-se tomando conhecimento dos objetivos planos e metas e pretendiam alterar as atividades e prioridades.

O acompanhamento do Plano Diretor Estratégico realiza-se de modo a promover reuniões e apresentações em períodos quadrimestrais. Ao verificar-se a documentação pertinente, constatou-se que a nova governança demandou um período de aprendizado, pois existe um hiato nos registros e nas participações.

Considerando o PDE CHC-UFPR, as ações estratégicas referentes ao ajuste da contratualização à capacidade de produção do Complexo e as atividades de contrato das metas internas com o nível operacional, observou-se que não há documentação comprobatória ou planos que formalizem, em cada uma das unidades funcionais, o recente acordo com o gestor municipal.

Na análise documental, verificou-se que a nomenclatura de unidades e setores utilizada nos registros de monitoramento do SisPDE, nos planos de ação, nos normativos e

demaís documentos é falha, em virtude do uso concomitante da nomenclatura do Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de 16/08/1993, e do uso da nomenclatura implementada pelo Plano de Reestruturação, do Contrato de Gestão Especial e Gratuita UFPR/EBSERH, de 30/10/2014.

Destacam-se, de forma positiva, alterações na gestão de recursos humanos, pois sua convocação iniciou-se ainda em 2016, contudo das 1.100 vagas possíveis, em virtude das restrições orçamentárias, só 662 empregados foram lotados nos diversos setores do Complexo.

Nesse contexto, o percentual de colaboradores a afirmar o agravamento da situação ainda permanece alto, apesar da ligeira queda do índice para 60%.

Quadro 20 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à aderência às normas (*compliance*)

DIMENSÕES	ADERÊNCIA ÀS NORMAS: <i>COMPLIANCE</i>
QUESTÕES	As normas, os procedimentos, as diretrizes gerais, bem como as atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, documentados e divulgados ao público interno? As pessoas agem em consonância com as diretrizes, procedimentos, atribuições e normas estabelecidas para o HU?
HCHC-UFPR	Embora com evoluções na média, o HU manteve-se na classe INFORMAL, uma vez que “Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, entretanto, não estão totalmente documentados.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Roteiros de Entrevista Estruturada realizados com a Superintendente; Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa; Chefes das Divisões Administrativa e Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Cuidados; Chefes e colaboradores das Unidades e Setores de Gestão de Contratos, Serviço de Treinamento, Serviço de Infraestrutura Física, Setor de Gestão de Ensino, Setor de Avaliação e Regulação em Saúde e Pediatria; Ofício n.º 084/2017 GERAD, de 03/04/2017 – arquivos de normativos anexos; Hospital das Clínicas da UFPR. Manual de Ordens de Serviço; Hospital das Clínicas da UFPR. Publicações; Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de 16/08/1993.

Fonte: Relatório MMAG HUHC e Relatório AMAG HCHC-UFPR

Na avaliação do MMAG, 57% dos colaboradores do CHC-UFPR declararam que a legislação necessária ao desempenho de suas atividades não era tempestivamente atualizada, divulgada e disponibilizada ao público interno.

Na tabulação dos dados por segmento, percebeu-se que às áreas Administrativa e de Atenção à Saúde acompanhavam o quadro geral, contudo em Ensino e Pesquisa, a atualização dos normativos foi problema para 67% dos colaboradores.

Destaca-se, ainda, o percentual significativo de neutros, em todas as áreas – 18%, ou seja, que optaram por não emitir opinião com respeito à afirmação.

Na avaliação do AMAG, cabe antes ressaltar a situação verificada no que concerne aos normativos internos do CHC-UFPR, que apresentam as seguintes características: em função dos trabalhos da AMAG, após a realização das entrevistas com os Gerentes, com os chefes das unidades/subunidades organizacionais e colaboradores constatou-se, com base na documentação fornecida que, apesar dos setores terem apresentado vários normativos de âmbito interno e externo, poucos regimentos internos de setores/unidades, fluxogramas e Procedimentos Operacionais Padrão (POP) se encontram disponíveis na intranet e nenhum destes em pasta eletrônica, de livre acesso, da rede do CHC-UFPR, ou na internet.

Constatou-se, ainda, por meio das entrevistas, que alguns setores proporcionam a divulgação dos seus regimentos internos, fluxogramas e POP ora por meio de reuniões e colegiados (restritos às chefias), ou mediante a utilização de correio e boletim eletrônicos. Nesse sentido, vale ressaltar que a metodologia atualmente empregada para a divulgação dos normativos no hospital não proporciona meios de atestar se eles foram, ou não, devidamente recebidos.

A informalidade do tratamento dado aos normativos continua a caracterizar a falta de credibilidade e confiabilidade, o incremento das dúvidas e o comprometimento entre os níveis estratégico, tático e operacional.

Nos depoimentos dos níveis estratégico, tático e operacional, destacaram-se os relatos e o reconhecimento da falta de confiabilidade, asseverada por 70% dos entrevistados.

Quadro 21 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão da informação

DIMENSÕES	GESTÃO DA INFORMAÇÃO
QUESTÕES	As informações têm tramitado em todos os níveis do HU de modo a chegar aos seus objetivos no momento oportuno, de maneira segura e formal? Como se têm gerenciado a guarda das informações e as formas de seu acesso, no âmbito do HU?
HCHC-UFPR	Com significativa evolução, o ambiente de governança foi classificado como ESTRUTURADO: “A comunicação na organização segue um padrão formal de divulgação. As informações são protegidas e, na sua maioria, gerada a partir de sistemas informatizados integrados, que garantem a qualidade e tempestividade da sua utilização.”
EVOLUÇÕES	

DIMENSÕES	GESTÃO DA INFORMAÇÃO
EVIDÊNCIAS	Roteiros de Entrevista Estruturada realizados com a Superintendente; Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa; Ouvidoria; Chefes das Divisões de Gestão de Pessoas, Administrativa e Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Cuidados; Chefes e colaboradores das Unidades e Setores de Comunicação Social, Planejamento, Gestão de Contratos, Serviço de Treinamento, Serviço de Infraestrutura Física, Setor de Gestão de Ensino, Setor de Avaliação e Regulação em Saúde e Pediatria; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. SisPDE/EBSERH; Atas da Sessão Ordinária do Conselho Universitário, de 11/05/2017 – pauta “Apresentação da Equipe de Governança, do CHC-UFPR, e da proposta de contrato de metas entre a UFPR e a Secretaria Municipal de Saúde”; e do Conselho Executivo nº 505, de 11/04/2017 – pauta “Plano Diretor Estratégico (PDE) 2016/2017” e “Proposta do Contrato de Metas”; Plano Diretor Estratégico CHC-UFPR 2016-6017; “Plano Diretor Estratégico (PDE) 2016/2017” e “Proposta do Contrato de Metas”.

Fonte: Relatório MMAG HUHC e Relatório AMAG HCHC-UFPR

Quando da realização dos trabalhos do MMAG, 51% dos colaboradores do CHC-UFPR declaravam que as informações oriundas dos sistemas informatizados, referentes às suas respectivas áreas de atuação, não são disponibilizadas no momento oportuno, o que era significativo também em virtude do percentual de neutros (15%), os quais não possuíam percepção das informações importantes.

O comportamento era semelhante nas áreas Administrativa e de Atenção à Saúde, sendo significativo que a área que mais necessita de conhecimento como o Ensino e Pesquisa apresentava maior nível de discordância.

A alta gerência daquela época reconhecia as falhas na geração, no tratamento e na segurança das informações, pois essa era a opinião de 87% dos gestores do nível estratégico. Os canais de comunicação existentes, à época, estavam mais disponíveis e divulgados para as chefias principais; e não havia um meio de comunicação direta, em duas vias, para o nível operacional, fato que gerava insegurança na confiabilidade da comunicação.

Antes do PMMAG, as chefias ficavam cientes das ordens emanadas, mas não promoviam a coordenação para apurar os seus efeitos. A situação impossibilitava a quantificação eficiente dos resultados e, conseqüentemente, o atingimento das metas organizacionais, ocasionando expectativas e tensões entre os vários níveis organizacionais.

No entanto, contou-se uma carência de formalização destes eventos, pois, ao pactuarmos metas, objetivos e tarefas; responsabilidades são definidas e dúvidas são esclarecidas, desse modo, registrar em atas e planos de ação, constituídos como documentos, e não arquivos de rascunhos e correspondências eletrônicas, certificam o compromisso.

Quadro 22 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão de pessoas

DIMENSÕES	GESTÃO DE PESSOAS	
QUESTÕES	Há uma política meritocrática quanto à conduta dos recursos humanos do HU? Existem descrições formais (escrita e validada por autoridade competente) das atribuições dos diversos cargos existentes no HU? O HU tem planejado e efetivado o treinamento dos recursos humanos para o desempenho das atribuições exigidas por seus setores de trabalho?	
HCHC-UFPR	Manteve-se na classificação de INFORMAL, uma vez que “Não há definição formal de um plano de desenvolvimento de recursos humanos. Os funcionários desempenham suas atividades com base em um planejamento informal.” “Não há ações disciplinares para as pessoas que apresentam uma conduta profissional imprópria.”	
EVOLUÇÕES		
EVIDÊNCIAS	Roteiros de Entrevista Estruturada realizados com a Superintendente; Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa; Ouvidoria; Chefes das Divisões de Gestão de Pessoas, Administrativa e Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Cuidados; Chefes e colaboradores das Unidades e Setores de Comunicação Social, Planejamento, Gestão de Contratos, Serviço de Treinamento, Serviço de Infraestrutura Física, Setor de Gestão de Ensino, Setor de Avaliação e Regulação em Saúde e Pediatria; Ofício n.º 084/2017 GERAD, de 03/04/2017 – arquivos de processos disciplinares 2016-2017, e normativos anexos; Código de Conduta Funcional do Complexo Hospital de Clínicas – UFPR, setembro de 2016; Plano Diretor Estratégico CHC-UFPR 2016-6017,	

Fonte: Relatório MMAG HUHC e Relatório AMAG HCHC-UFPR

Na avaliação inicial do PMMAG, verificou que 55% dos colaboradores do CHC-UFPR declaravam que os profissionais que apresentavam conduta imprópria não sofriam ações disciplinares.

Por outro lado, destacou-se que 19% dos colaboradores não queriam opinar sobre o assunto, pois declaravam-se neutros. Fato que poderia representar uma insegurança quanto aos aspectos ligados à política de recursos humanos.

Já no contexto do AMAG, segundo momento do PMMAG, as iniciativas de reconhecimento quanto à conduta profissional dos empregados estão sendo percebidas pelos gerentes e chefes, em especial pela condução do processo de Gestão do Desempenho por Competências, da EBSEH, que avalia os profissionais com base no seu desempenho profissional e no alcance de metas e objetivos.

No entanto, o CHC-UFPR reconhece que ainda carece de melhores normativos internos que amparem as necessidades de setores e unidades, na apuração de condutas inadequadas concernentes à relação interna.

Com base nos depoimentos dos colaboradores dos setores e unidades, há pouca divulgação das iniciativas existentes, apesar da percepção de novidades sobre o assunto no que

diz respeito ao atendimento assistencial, contudo 40% ainda desconhecem o assunto quando se trata de condutas inadequadas relativas à relação interna.

Por ocasião das entrevistas realizadas durante a AMAG, constatou-se a inexistência de política interna e de planejamento formalizados, visando o desenvolvimento dos profissionais para o desempenho das atividades de seus setores. No entanto, foi informado que tem ocorrido solicitações de capacitações por setores e unidades conforme as necessidades das áreas, situação que fica dependente da disponibilidade orçamentária.

Quadro 23 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão de processo

DIMENSÕES	GESTÃO DE PROCESSO
QUESTÕES	Os resultados dos processos são regularmente aferidos, por meio de instrumentos de controle e comparados aos objetivos esperados? Os processos encontram-se adequadamente estruturados, formalizados (documentados) e divulgados ao público interno?
HCHC-UFPR	Conforme a classificação dos elementos de gestão do MMAG, o ambiente de governança classificado como INFORMAL assim é descrito: “Os fluxos de atividades do setor estão disponíveis, entretanto, não estão totalmente documentados.” Considerando a necessidade de serem desenvolvidas, implementadas e incrementadas ações no sentido de promover a documentação e os controles dos processos necessários ao desenvolvimento das atividades do Complexo, a equipe de auditoria está convencida em manter a classificação do nível de maturidade do ambiente de Governança para o eixo em questão em INFORMAL.
EVOLUÇÕES	
EVIDÊNCIAS	Roteiros de Entrevista Estruturada realizados com a Superintendente; Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa; Ouvidoria; Chefes das Divisões de Gestão de Pessoas, Administrativa e Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Cuidados; Chefes e colaboradores das Unidades e Setores de Comunicação Social, Planejamento, Gestão de Contratos, Serviço de Treinamento, Serviço de Infraestrutura Física, Setor de Gestão de Ensino, Setor de Avaliação e Regulação em Saúde, de Vigilância e Segurança do Paciente e Pediatria.

Fonte: Relatório MMAG HUHC e Relatório AMAG HCHC-UFPR

A despeito do predomínio de processos, sob a responsabilidade das gerências, que se encontram documentados, constata-se que existem vários fluxos e responsabilidades que precisam ser, adequadamente, formalizados.

Nesse sentido, cabe salientar que processos concernentes às Gerências de Atenção à Saúde (sobreaviso, APH, pareceres e justificativas para controles e referências da área patrimonial); de Ensino e Pesquisa (protocolos de profissionais externos); Administrativa na Divisão de Gestão de Pessoas (controles e atos administrativos da folha de pagamento EBSEH, segurança e saúde do trabalhador), na Divisão de Logística e Infraestrutura

Hospitalar (controle de movimentação de estoques), etc. necessitam ser documentados, controlados e formalizados, a fim de promover a redução dos riscos, a segurança na tomada de decisão e a delimitação e o compartilhamento das responsabilidades.

Quadro 24 – Análise comparativa da evolução do PMMAG no HCHC-UFPR em relação à gestão de risco

DIMENSÕES	GESTÃO DE RISCO
QUESTÕES	As Chefia do HU promovem ambiente favorável à gestão de risco? Os riscos inerentes ao negócio são realmente conhecidos pelos empregados? Os riscos inerentes ao negócio são considerados no processo de planejamento?
HCHC-UFPR	Houve avanços na gestão de riscos, aumentando a classificação de INFORMAL para ESTRUTURADO, uma vez que, segundo os facilitadores: “A organização reconhece a importância do gerenciamento de risco e do aprimoramento do ambiente de controle interno. É possível adotar ações imediatas para os processos que não estejam funcionando adequadamente.”
EVOLUÇÕES	Referência Estruturado Informal Insuficiente
EVIDÊNCIAS	Roteiros de Entrevista Estruturada realizados com a Superintendente; Gerentes Administrativo, de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa; Ouvidoria; Chefes das Divisões de Gestão de Pessoas, Administrativa e Financeira, Logística e Infraestrutura Hospitalar, e Gestão de Cuidados; Chefes e colaboradores das Unidades e Setores de Comunicação Social, Planejamento, Gestão de Contratos, Serviço de Treinamento, Serviço de Infraestrutura Física, Setor de Gestão de Ensino, Setor de Avaliação e Regulação em Saúde, Setor de Vigilância e Segurança do Paciente e Pediatria;

Fonte: Relatório MMAG HUHC e Relatório AMAG HCHC-UFPR

Por ocasião do MMAG, os gestores responsáveis pelo planejamento estratégico declaravam que tinham consciência de que a cultura e a prática de Gestão de Risco estavam presentes em, apenas, 13% dos processos da instituição, por razões de especificidades das funções de alguns setores. Em virtude do exemplo desses setores, a alta gerência reconhecia a importância, mas não havia prioridade para a adoção de uma política de gestão de riscos nos demais processos.

Os riscos inerentes aos processos eram reconhecidos por 75% dos gestores da alta gerência daquela época, contudo, fato era que a governança se dedicava a “apagar incêndios”.

O interesse por riscos não era prioridade naquele momento de mudanças, primeiro ano de contrato UFPR/EBSERH. A intenção estava em segundo plano, em virtude da ciência de setores da instituição que detinham o conhecimento e a prática de processos tratados quanto aos riscos e que poderiam servir, mais tarde, de multiplicadores da cultura.

Os trabalhos do AMAG identificam, a partir da criação da Comissão de Controle Interno e do acompanhamento do PDE, um novo rumo no que diz respeito à relevância de se considerar os riscos de um processo.

CAPÍTULO 4 – BOAS PRÁTICAS IDENTIFICADAS A PARTIR DO PMMAG

A planilha a seguir apresenta as principais boas práticas identificadas pela equipe facilitadora, resultantes do PMMAG, separadas pelas respectivas dimensões.

Considerando que nem todos os HUs produziram boas práticas em todas as áreas reconhecidas pela equipe de facilitadores, algumas dimensões se apresentam em branco.

Quadro 25 – Principais Boas Práticas identificadas decorrentes do PMMAG

DIMENSÕES	Alinhamento Estratégico	Gestão De Pessoas	Gestão De Risco	Gestão De Processos	Gerenciamento Da Informação	Aderência Normas (Compliance)
CHC-UFPR	Construção e implementação de contratualização das metas internas com as unidades funcionais e colaboradores	Elaboração e adoção do Código de Conduta Funcional	Instituição da Comissão de Assessoria e Controle Interno.		Elaboração e implementação do Plano de Comunicação.	
HUMA UFMA	Sistema de TI para o gerenciamento da execução do Plano Diretor Estratégico Seminários de acompanhamento e execução sobre o PDE.	Criação do Comitê Permanente de desenvolvimento de Pessoas	Instituição da Comissão de Assessoria e Controle Interno	Ciclo de Palestras - Reflexão em Foco, Temática: Controles Internos E Gestão de Riscos e Iniciativa de Disseminação dos Conceitos de Controles Internos.	Implementação de metodologias e mecanismos de comunicação e de controle, tais como, reuniões, painéis de discussão, divulgação de informações por intermédio da Intranet; desenvolvimento de plataforma, para fins de controle sobre os itens do PDE.	Processo de aperfeiçoamento e disseminação dos conceitos e técnicas inerentes ao Controle Interno.
HUCAM	Estabelecimento e Monitoramento de Metas Documentadas no Programa de Gestão por Competências, alinhadas aos Objetivos e Plano de Ações Estratégicas. Informatização do fluxo de atendimento a solicitações de manutenção da infraestrutura física	Instituição de Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar; reconhecimento dos empregados por sua conduta ética e profissional, certificados aos setores e profissionais que recebem elogios do público	Instituição da Comissão de Assessoria e Controle Interno	Procedimento e Sistema de Rastreamento de Prontuários: Reorganização dos procedimentos de acesso, manuseio e trâmite de prontuários.	Uso da Tecnologia da Informação para apoio à tomada de decisão e geração de informações ao público interno e externo. Melhoria quanto à formalização das comunicações ao público interno.	Elaboração de procedimentos padrão e Procedimentos de Qualidade na maioria dos setores)

Elaborado pelo autor.

Conforme identificado no início deste trabalho, várias são as definições sobre governança na administração pública, bem como as suas características, em comum, destaca-se a necessidade de informações úteis e tempestivas, razão pela qual a pergunta de pesquisa se

evidencia: **O Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança fornece informações que são utilizadas no processo de tomada de decisão dos gestores da instituição?**

Da entrevista e do questionamento direto com os gestores e facilitadores responsáveis pela metodologia PMMAG dos 3 hospitais selecionados para amostra, obtemos como resposta a afirmação de que as informações provenientes de todas as fases do PMMAG são utilizadas até o presente momento, sendo que os três hospitais manifestaram o desejo de continuar estendendo as fases ou o próprio processo, a fim de obter informações mais atualizadas sobre a sua evolução.

Entretanto, resta a necessidade de comprovação da utilização dessas informações, influenciando processos decisórios, razão pela qual se optou por utilizar o “Foco II” do Modelo de Análise dos Sistemas de Avaliação (ISA-Gov), desenvolvido pelo TCU e utilizado em mais de quinhentas organizações públicas da administração direta e indireta, intitulado: “Oferta – Produção do conhecimento Avaliativo”, entendido como percepção dos gestores quanto à adequação da base normativa; da estrutura e dos processos; dos meios (recursos financeiros e de tecnologia da informação) e do capital humano alocados para executar as atividades avaliativas.

A ressalva se faz quanto ao método de obtenção das respostas: enquanto o TCU busca conhecer a percepção dos gestores sobre as questões apresentadas, por meio de suas declarações, este trabalho é baseado nas evidências coletadas durante todo o processo do PMMAG.

O Foco II do ISA-Gov foi constituído por quatro dimensões de análise e dezessete questões, das quais três são discursivas sobre programas em geral, outras três não se aplicam ao PMMAG por serem específicas para a atuação do TCU, restando onze questões para avaliação, que foram adaptadas para o PMMAG com o objetivo de avaliar a percepção e a efetiva utilização pelos gestores quanto a informações obtidas durante o processo do PMMAG.

Quadro 26 – Modelo de análise da maturidade dos sistemas de avaliação (ISA-Gov – TCU)

FOCO		PESO(%)	DIMENSÕES		PESO(%)
ISA - GOV	I Demandas Avaliativas	35	1	Definição do objeto da avaliação	30
			2	Avaliação da integração da função planejamento	20
			3	Definição dos atores atendidos (para quem avaliar?)	25
			4	Formalização das demandas avaliativas	N/A
			5	Propósitos da avaliação (para que avaliar?)	25
	II Oferta - Produção do conhecimento avaliativo	30	6	Bases normativas das práticas de monitoramento e avaliação	25
			7	Marco organizacional das práticas de monitoramento e avaliação	25
			8	Gestão de meios (recursos orçamentários TI)	20
			9	Gestão de pessoas	30
	III Capacidade de aprendizado organizacional	15	10	Capacidade de aprendizado organizacional	100
	IV Utilização	20	11	Utilização no processo de produção de informações	25
			12	Utilização instrumental das informações	25
			13	Utilização conceitual	25
			14	Utilização política das informações	25

Fonte: Revista TCU: Sistemas de Avaliação de Programas Governamentais.³¹

A partir da relação entre os resultados obtidos com a aplicação do PMMAG nos três HUs selecionados e os critérios utilizados no Foco II do ISA-Gov- TCU, foi possível obter e organizar as informações a seguir:

³¹ Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D92792C014D92800F763762>. Consultado em: 06/07/2019.

Quadro 27 – Análise da relação dos resultados do PMMAG com os Modelo de análise da maturidade do sistema de avaliação – iSA-Gov – TCU (com adaptações)

QUESTÃO/ CRITÉRIO	ITEM QUESTIONAMENTO	HUCAM	HUMA	UCPR	OBSERVAÇÕES
20 /15	Todas as práticas de monitoramento e avaliação do PMMAG foram definidas e normatizadas (aprovadas por autoridade competente)	✓	✓	✓	O PMMAG inicia com a formalização da emissão de Ordem de Serviço, por autoridade competente.
21/16	O gestor tem bom/ótimo conhecimento sobre todas as fases do PMMAG, inclusive sobre suas responsabilidades?	✓	✓	✓	O PMMAG inicia funcionalmente, com a sua apresentação aos gestores e toda equipe funcional do HU.
22/17	Após o PMMAG, os mecanismos de comunicação dos resultados do PMMAG estão definidos, formalizados, aprovados e funcionando?	✓	✓	✓	Todos os HUs da amostra formalização a sua comunicação através de Comissões -CCIs, responsáveis pela discussão/ sugestão ao gestor e monitoramento das atividades saneadoras
23/18	O nível de divulgação dos resultados do PMMAG encontra-se num nível ótimo/bom?	✓	✓	✓	Após cada fase do PMMAG são realizadas reuniões de apresentação de todas as informações obtidas
26/21	Há um setor responsável, formalmente designado pela disseminação de informações obtidas a partir do PMMAG?	✓	✓	✓	Sim. A CCI
27/22	Os recursos financeiros utilizados na realização do PMMAG são existentes e razoáveis para o HU?	✓	✓	✓	Os recursos são mínimos, uma vez que a equipe é composta pelo auditor interno, além de um supervisor e outro auditor que será o próximo Hu a implementar o PMMAG.
30/25	A estrutura de TI existente é suficiente para atender às necessidades do PMMAG?	✓	✓	✓	O PMMAG não utiliza estruturas complexas de TI, além do pacote básico do Office.
32/37	A quantidade de pessoas que atua na produção de informações do PMMAG é suficiente?	✓	✓	✓	Sim. Ver questão 27/22.
33/28	O perfil de capacitação das pessoas responsáveis pela produção de informações do PMMAG atende às necessidades do programa?	✓	✓	✓	Sim. Os facilitadores recebem treinamento antes do PMMAG e durante a realização do PMMAG no HU anterior ao seu.
34/29	O perfil das pessoas responsáveis pela divulgação das informações do PMMAG, além dos gestores, atende às necessidades?	—	—	—	A divulgação interna é feita pelos facilitadores, já a externa é de responsabilidade da gestão, o que foge do controle do PMMAG.
35/30	O Gestor do HU possui autonomia suficiente para decidir e resolver sobre todas as questões levantadas pelo PMMAG?	X	X	X	A autonomia do gestor é local, e por vezes depende de ações da sede da Ebserh

Fonte: o autor.

Da análise do PMMAG, a partir da adaptação do *framework* ISA-GOV do TCU, conclui-se que das onze questões ou critérios utilizados, os três HUs utilizados como amostras atenderam aos requisitos em nove, sendo que um ficou prejudicado quanto a análise, em função da transitoriedade dos agentes envolvidos na divulgação externa, o que merece uma maior atenção e normatização por parte da equipe de normatização do PMMAG, além de um item que não foi atendido, uma vez que o gestor local não possui total autonomia para decidir e resolver todas as questões identificadas pelo PMMAG, dependendo, por vezes, da atuação ou autorização da gestão central da Ebserh.

A partir da confirmação da pergunta de pesquisa, para a qual se concluiu que “o programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança fornece informações que são utilizadas no processo de tomada de decisão dos gestores da instituição”, resta confirmar a hipótese formulada: **“Os resultados do Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança nos hospitais exercem influência sobre a cultura organizacional da Instituição.”**

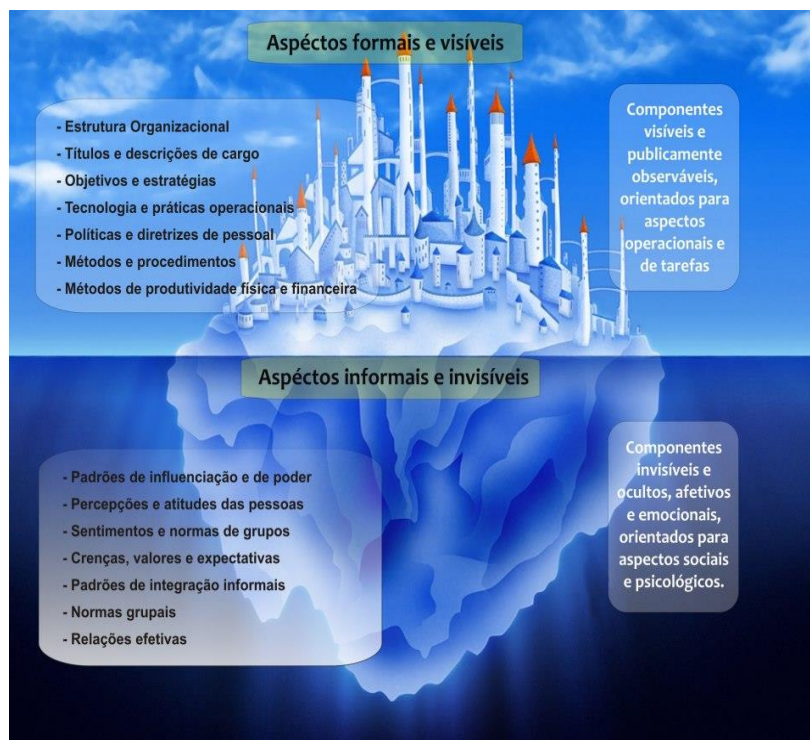
A fim de testar a hipótese formulada, será utilizada a perspectiva funcionalista objetiva de Schein (1990), que entende a cultura como uma variável organizacional que pode ser gerida e transformada.

Baseado no modelo de Schein, a teoria do modelo de cultura organizacional se baseia na ideia de que a Cultura de uma organização não é estática e permanente, mas que sofre alterações ao longo do tempo, dependendo de condições e influências internas e externas podendo ser identificada a partir de três diferentes níveis:

- Artefatos: fatores formais e visíveis na organização (missão, *slogans*, instalações da empresa, etc),
- Normas e Valores: valores locais e pessoais de uma organização que podem ser estudados (que tipo de roupas usar, comportamentos em reuniões e eventos sociais e profissionais da empresa);
- Pressupostos: último nível da organização. São as crenças que formam o coração da cultura de uma organização. Existem além da consciência e são elementos invisíveis e dificilmente identificados nas interações entre funcionários de uma empresa. São as crenças ou “tabus” na organização, ou seja, regras “tácitas”, que muitas vezes existem sem o conhecimento consciente dos trabalhadores ou até mesmo a forma escrita.

Segundo Schein (1990), a cultura vem de dentro para fora, das profundezas dos pressupostos, normas e valores até a superfície onde artefatos podem ser observados, como um *iceberg* que transparece cerca de 10% da sua forma, mas que apenas quem mergulha, ou participa ativamente das suas atividades, consegue identificar todos os seus aspectos.

Figura 15 – Iceberg da cultura organizacional



Fonte: O *iceberg* da Cultura Organizacional (CHIAVENATO, 1999).

A partir da perspectiva funcionalista objetiva de Schein, a análise será dividida em duas análises: uma com os “Componentes Formais e Publicamente Observáveis, Orientados para Aspectos Operacionais e de Tarefa”, tais como: estrutura organizacional; títulos e descrição de cargos; objetivos e estratégias; tecnologias e práticas operacionais; políticas e diretrizes de pessoal; métodos e procedimentos e medidas de produtividade física e financeira. A segunda planilha abordará “Componentes Invisíveis e Cobertos, Afetivos e Emocionais, Orientados para Aspectos Sociais e Psicológicos”, tais como: padrões e influência de poder; percepções e atitudes de pessoas, sentimentos e normas de grupos; valores e expectativas; padrões e interações formais; normas grupais e relações afetivas.

Todas as análises são identificadas com um sinal, segundo avaliação do autor, positivo (+) sugerindo um impacto positivo após a aplicação do PMMAG ou um sinal (-), indicando um aspecto negativo que permanece mesmo após a aplicação da metodologia.

Quadro 28 – Componentes Formais e Publicamente Observáveis, Orientados para Aspectos Operacionais e de Tarefa (HUCAM)

ASPECTOS FORMAIS E ABERTOS	HUCAM
Estrutura Organizacional	(+) Instituição da Comissão de Assessoria e Controle Interno
Títulos Descrição de Cargos	(+) Segundo os avaliadores após o 1º ciclo do PMMAG: “Observa-se uma evolução continua na Gestão de Pessoas, tanto com relação a normatizações e procedimentos, quanto a realização do plano de capacitação.
Objetivos e Estratégias	(+) Segundo os avaliadores: Os objetivos, planos e metas organizacionais estão claramente definidos, adequadamente formalizados e divulgados. Os empregados têm consciência da importância das suas atividades no contexto da empresa. Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções, na maioria dos setores, estão definidos padronizados, divulgados, documentados e retratam a formalização das práticas existentes. (+) Monitoramento de Metas Documentadas no Programa de Gestão por Competências, alinhadas aos Objetivos e Plano de Ações Estratégicas
Tecnologias e Práticas Operacionais	(+) Informatização do fluxo de atendimento a solicitações de manutenção da infraestrutura física. (+) Melhoria quanto à formalização das comunicações ao público interno. Segundo os avaliadores: “Verificou-se uma melhoria significativa no período analisado, em que se observou o aperfeiçoamento dos demais eixos de gestão, com o apoio de sistemas de informação.
Políticas e diretrizes de Pessoal	(+) Segundo os avaliadores, a dimensão de gestão de pessoas se destaca nos eixos avaliados: “Observa-se uma evolução continua na Gestão de Pessoas, tanto com relação a normatizações e procedimentos, quanto a realização do plano de capacitação.
Métodos e Procedimentos	(+) Uso da Tecnologia da Informação (TI) para apoio à tomada de decisão e geração de informações ao público interno e externo. Melhoria quanto à formalização das comunicações ao público interno. Existe um Processo de Qualidade, que se encontra em fase de aperfeiçoamento, a partir do qual todos os setores do HU seguem um mesmo padrão para documentação de seus procedimentos internos, e os documentos validados são disponibilizados em repositório na rede interna acessível por todos, possibilitando o acesso aos documentos atualizados. (+) Todas as áreas foram orientadas a descrever processos de qualidade (PQ), procedimentos operacionais padrão (POP) e protocolos de rotinas específicas das áreas assistenciais. “A documentação dos processos em documentos padronizados (Processos de Qualidade e Procedimento Operacional Padrão), representaram um avanço na gestão de processos. Propostas de melhoria nos processos, visando mitigar os riscos de perda de prazos, desistência de licitantes, e outros eventos que podem ocasionar perda de eficiência. (+) Observou-se uma melhoria no planejamento de compras, com o apoio de relatórios e consultas aos dados de movimentação dos estoques no sistema próprio, o que possibilitou o monitoramento dos níveis de abastecimento, data de vencimento dos produtos, e por consequência melhor controle de ressurgimento.

ASPECTOS FORMAIS E ABERTOS	HUCAM
Medidas de Produtividade Física e Financeira	(+) Desenvolvimento de Procedimento e Sistema de Rastreamento de Prontuários: Reorganização dos procedimentos de acesso, manuseio e trâmite de prontuários, numa combinação de definição clara de procedimentos, formalmente comunicados, e melhoria do processo por meio de sistema informatizado, com o uso de código de barras, para rastreamento dos prontuários. Melhoria no planejamento de compras, com o apoio de relatórios e consultas aos dados de movimentação dos estoques no sistema próprio, o que possibilitou o monitoramento dos níveis de abastecimento, data de vencimento dos produtos, e por consequência melhor controle de ressurgimento. (+) A partir da análise das informações e evidências coletadas, identificou-se que houve melhoria nos procedimentos visando aumentar o nível de abastecimento do Hospital. Observou-se que ainda há carência de recursos, e a análise mostrou que o gestor está ciente das necessidades que se apresentam nas diversas áreas. A partir das constatações do MMAG, foi instituída em 2015 uma prática denominada 'Visitas Gerenciais', por meio da qual a Gerência Administrativa, em conjunto com os responsáveis por adequações na infraestrutura, percorre os setores e documenta as necessidades, seguindo-se a um planejamento para atender às diferentes demandas.

Fonte: Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

Quadro 29 – Componentes Formais e Publicamente Observáveis, Orientados para Aspectos Operacionais e de Tarefa (HUMA/UFMA)

ASPECTOS FORMAIS E ABERTOS	HUMA/UFMA
Estrutura Organizacional	(+) Percebe-se uma significativa influência do PMMAG após a divulgação das suas informações, no que concerne ao aprimoramento das estruturas institucionais, seja através da formalização das suas competências e atribuições, seja através da criação de instâncias de integridade institucional, como controle e gestão de riscos.
Títulos Descrição de Cargos	(+) Houve significativa evolução, uma vez que Normas, procedimentos, diretrizes gerais, atribuições de cargos e funções estão claramente definidos, padronizados, divulgados, totalmente documentados e retratam a formalização das práticas existente
Objetivos e Estratégias	(+) Seminários de acompanhamento sobre o Plano Diretor Estratégico execução do Plano Diretor Estratégico. A partir do MMAG, destaca-se, a partir do PMMAG, a elaboração, formalização e monitoramento do Plano Diretor Estratégico (PDE),
Tecnologias e Práticas Operacionais	(+) Sistema de TI para o gerenciamento da execução do Plano Diretor Estratégico (PDE). Implementação de metodologias e mecanismos de comunicação e de controle, tais como, reuniões, painéis de discussão. Desenvolvimento da plataforma REDMINE, para fins de controle sobre os itens contidos no Plano de Ação do PDE
Políticas e diretrizes de Pessoal	(+) Criação do Comitê Permanente de desenvolvimento de Pessoas no âmbito do Hospital (+) No que concerne na evolução do ambiente de governança, ressaltamos a Criação da Comissão de Sindicância e a Comissão de Ética, com a finalidade de instaurar e apurar processos disciplinares no âmbito do HU-UFMA.
Métodos e Procedimentos	(+) divulgação de informações por intermédio da Intranet. Segundo os avaliadores, após o 1º ciclo do PMMAG Houve uma evolução significativa, de informal para estruturado, assim classificado pela equipe de avaliadores. Aperfeiçoamento do sistema de normatização interna, constituído a partir do Manual da Qualidade, dos Procedimentos Gerais (PG) e dos Procedimentos Operacionais Padrões (POP). O presente sistema estabelece diretrizes e procedimentos assistenciais do HUMA/UFMA, sob a ótica da Gestão da Qualidade (SGQ), com os objetivos de mitigação de eventuais riscos e monitoramento dos processos existentes.
Medidas de Produtividade Física e Financeira	(+)Após o início da aplicação da metodologia PMMAG, identifica-se um movimento para o aperfeiçoamento do sistema de normatização interna, constituído de Manual da Qualidade, Procedimentos Gerais (PG) e Procedimentos Operacionais Padrão (POP), que prevê as diretrizes e os procedimentos assistenciais do HUMA/UFMA, sob a ótica de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), para fins de mitigação de eventuais riscos e monitoramento dos processos existentes, o que leva ao incremento na produtividade da instituição.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

Quadro 30 – Componentes Formais e Publicamente Observáveis, Orientados para Aspectos Operacionais e de Tarefa (CHC/UFPR)

ASPECTOS FORMAIS E ABERTOS	CHC/UFPR
Estrutura Organizacional	(+) O PMMAG auxiliou na identificação da situação de endividamento causada por graves distorções estruturais na organização do HU, causadas por dívidas com fundações. O PMMAG também identificou que não há documentação comprobatória ou planos que formalizem, junto a cada uma das unidades funcionais, o acordo de contratação com o gestor municipal, responsável pela contratualização e repasse de recursos do SUS ao Hospital. A partir dessas constatações, criou-se uma Comissão de Assessoria e Controle Interno, com o objetivo de auxiliar os gestores na identificação de propostas de solução para as situações encontradas.
Títulos Descrição de Cargos	(+) O PMMAG identificou, através de análise documental, que a nomenclatura de unidades e setores utilizada nos registros, planos de ação, normativos e demais documentos é falha, em virtude do uso concomitante da nomenclatura do Regimento do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, de 16/08/1993, e do uso da nomenclatura implementada pelo Plano de Reestruturação que ocorreu com o hospital ao aderir a rede EBSERH, em 30/10/2014, despertando para a necessidade de ajustes.
Objetivos e Estratégias	(+) Na primeira fase do PMMAG, 57% dos colaboradores do CHC-UFPR declararam que a legislação necessária ao desempenho de suas atividades não era tempestivamente atualizada, divulgada e disponibilizada ao público interno, após a 2ª fase verifica-se uma melhora na atualização dos normativos, porém a metodologia empregada para a divulgação dos normativos.
Tecnologias e Práticas Operacionais	(+) Segundo os avaliadores do PMMAG, houve significativa evolução na dimensão de gestão da informação, “A comunicação na organização segue um padrão formal de divulgação. As informações são protegidas e na sua maioria gerada a partir de sistemas informatizados integrados, que garante a qualidade e tempestividade da sua utilização.”
Políticas e diretrizes de Pessoal	(+) Destaca-se de forma positiva, alterações na gestão de recursos humanos, pois mesmo com restrições orçamentárias, 662 empregados foram lotados nos diversos setores do HU. (+) Elaboração e adoção do Código de Conduta Funcional. (+) No contexto do AMAG, segundo momento do PMMAG, as iniciativas de reconhecimento quanto a conduta profissional dos empregados está sendo percebida pelos gerentes e chefes, em especial pela condução do processo de Gestão do Desempenho por Competências, da EBSERH, que avalia os profissionais com base no seu desempenho profissional e em alcançar metas e objetivos. (-) O HU ainda carece de melhores normativos internos que amparem as necessidades dos setores e unidades, na apuração de condutas inadequadas concernentes a relação interna. (-) Por ocasião das entrevistas realizadas durante a AMAG, constatou-se a inexistência de política interna e planejamento formalizados, visando o desenvolvimento dos profissionais para o desempenho das atividades de seus setores. No entanto, foi informado que tem ocorrido, solicitações de capacitações por setores e unidades conforme as necessidades das áreas, situação que fica dependente da disponibilidade orçamentária.
Métodos e Procedimentos	(+) Elaboração e implementação do Plano de Comunicação, por meio de ações que gerem entendimento e colaboração entre os públicos e instituição (+) A partir da identificação no primeiro momento do PMMAG, quanto a necessidade de padronização no que concerne aos Sistemas de TI, a governança deliberou pela adoção formal do Aplicativo de Gestão dos Hospitais Universitários (AGHU)
Medidas de Produtividade Física e Financeira	(+) Construção e implementação de contratualização das metas internas com as unidades funcionais e seus colaboradores. (+) Antes do PMMAG, as chefias ficavam cientes das ordens emanadas, mas não promoviam a coordenação para apurar os efeitos das mesmas. A situação impossibilitava a quantificação eficiente dos resultados e, conseqüentemente, o atingimento das metas organizacionais, ocasionando expectativas e tensões entre os vários níveis organizacionais.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG CHC/UFPR

Quadro 31 – Componentes Invisíveis e Cobertos, Afetivos e Emocionais, Orientados para Aspectos Sociais e Psicológicos (HUCAM)

ASPECTOS INFORMAIS/ OCULTOS	HUCAM
Padrões de Influência e de Poder	(+) Segundo os avaliadores, 58% dos respondentes afirmaram que há um reconhecimento com base na observância de valores éticos, e 67% concordam que o chefe imediato estabelece um exemplo positivo para a conduta ética.
Percepções e atitudes das pessoas	(+) A partir das constatações do MMAG, foi instituída em 2015 uma prática denominada ‘Visitas Gerenciais’, por meio da qual a Gerência Administrativa, em conjunto com os responsáveis por adequações na infraestrutura, percorre os setores e documenta as necessidades, seguindo-se a um planejamento para atender às diferentes demandas.
Sentimentos e normas de grupos	(+) Segundo os avaliadores, após o 1º ciclo do PMMAG, “houve um reconhecimento aos empregados por sua conduta ética, a análise evidenciou uma melhora no ambiente, tendo se identificado que há o reconhecimento por meio de certificados emitidos pela Ouvidoria, e a divulgação em eventos internos.”
Valores e expectativas	(+) Foi observada melhora na formalização dos procedimentos relacionados a verificação de desvios de conduta. (+) que existe o reconhecimento de colaboradores por sua conduta ética e profissional, e há oportunidades de aperfeiçoamento, tornando a prática mais homogênea em todas as áreas.
Padrões e Interações Formais	(+) reconhecimento dos empregados por sua conduta ética e profissional evidenciado pela emissão de certificados pela Ouvidoria aos setores e profissionais que recebem elogios do público
Normas Grupais	(+) evolução na comunicação interna por meio da ouvidoria, tendo sido registrados no período denúncias de conduta inadequada. A partir de ações da gestão quanto à notificação e tratamento de incidentes, um relatório geral de notificações voluntárias e monitoramento das estratégias de segurança para o paciente é discutido mensalmente na reunião do Núcleo de Segurança do Paciente. (+) Há ações da gestão visando identificar e mitigar riscos, porém ainda não há diretrizes formais e interconexão entre as diversas áreas, para uma gestão de riscos abrangente, em nível institucional.
ASPECTOS INFORMAIS/ OCULTOS	HUCAM
Relações Afetivas	(+) A prática das chamadas “Visitas Gerenciais” e reconhecimento dos empregados quanto a conduta ética e participação em eventos de planejamento interno, sugerem uma maior proximidade e reconhecimento do esforço da gestão.

Fonte: Relatório MMAG HUCAM e Relatório AMAG HUCAM.

Quadro 32 – Componentes Invisíveis e Cobertos, Afetivos e Emocionais, Orientados para Aspectos Sociais e Psicológicos (HUMA/UFMA)

ASPECTOS INFORMAIS/ OCULTOS	HUMA/UFMA
Padrões de Influência e de Poder	(+) após a apresentação do MMAG a Governança do HUMA/UFMA tem realizado seminários periódicos com o objetivo de discutir os avanços, as limitações na execução do PDE, bem como promover a busca conjunta de linhas de ação alternativas que contribuam para o atingimento dos objetivos estratégicos propostos. (+) O processo PMMAG apresenta influência positiva na gestão, que identifica nas suas informações desafios que norteiam a origem de vários problemas do HU.
Percepções e atitudes das pessoas	(+) Após a apresentação do MMAG, constatou-se a percepção dos funcionários de que a Governança do HUMA/UFMA vem implementando iniciativas com o intuito de proporcionar o treinamento e a capacitação de seus colaboradores mediante a elaboração, formalização e implementação do Plano de Capacitação dos Colaboradores em todos os níveis do HU, o fez com que os treinamentos fossem intensificados.
Sentimentos e normas de grupos	(-) Constatou-se a existência de objetivos estratégicos descritos no Plano Diretor Estratégico do HUMA/UFMA cujo atingimento é de responsabilidade da Gerência de Ensino e Pesquisa, mas que os entrevistados, a despeito de terem tido acesso do PDE, não reconhecem essa relação. (-) A dimensão de comunicação institucional, avaliada pelo PMMAG, indica que deficiências na comunicação impedem que as ações tomadas pela gestão cheguem a todos os funcionários, prejudicando a identificação do grupo com as evoluções identificadas pelos avaliadores.

ASPECTOS INFORMAIS/ OCULTOS	HUMA/UFMA
Valores e expectativas	(+) Há uma nítida valorização, pela gestão do HU, quanto às informações identificadas pelo PMMAG. Alguns conceitos estruturantes na formação dos valores institucionais estão sendo influenciados pelo PMMAG, destacando-se a formação de uma cultura de identificação e gestão de riscos institucionais, a necessidade da disseminação dos Conceitos de Controles Internos e de melhor comunicação e disseminação de informações.
Padrões e Interações Formais	(+) Processo de aperfeiçoamento e disseminação dos conceitos e técnicas inerentes ao Controle Interno, especialmente nos processos administrativos, mediante o aproveitamento da expertise adquirida por sua área da gestão da qualidade. (-) Há colaboradores nos níveis tático e operacional das Gerências Administrativas e de Ensino e Pesquisas que não tiveram acesso aos objetivos contidos no Plano Diretor Estratégico do HUMA/UFMA que se relacionam com as atribuições de suas Subunidades Organizacionais. (-) Embora ainda não considerado como ideal, verifica-se que a Governança vem implementando novas metodologias e novos mecanismos de comunicação e de controle, tais como, reuniões, painéis de discussão e divulgação de informações por intermédio da Intranet, com o intuito de aperfeiçoar a comunicação interna
Normas Grupais	(+) Disseminação de normas através de Ciclo de Palestras - Reflexão em Foco, Temática: Controles Internos E Gestão de Riscos. (+) A Governança do HUMA/UFMA iniciou processo de aperfeiçoamento e disseminação dos conceitos e técnicas inerentes ao Controle Interno, especialmente nos processos administrativos, mediante o aproveitamento da expertise adquirida por sua área da gestão da qualidade
Relações Afetivas	(+) Percebe-se uma clara aproximação do corpo funcional com a gestão, quando do aumento da participação dos funcionários nos eventos de integração com a gestão, que passa a compartilhar suas decisões.

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG HUMA- UFMA.

Quadro 33 – Componentes Invisíveis e Cobertos, Afetivos e Emocionais, Orientados para Aspectos Sociais e Psicológicos (CHC/UFPR)

ASPECTOS INFORMAIS/ OCULTOS	CHC/UFPR
Padrões de Influência e de Poder	(+) Houve um incremento na influência da gestão a partir das informações obtidas com o PMMAG, uma vez que debates foram promovidos pela Superintendente. A nova metodologia promoveu uma série de reuniões e comunicações, também com o município, e novamente com os setores, concluída com as apresentações aos Conselhos Universitário, da UFPR, e Executivo, do CHC. (-) A despeito deste incremento, a informalidade no tratamento dado aos normativos continua a caracterizar a falta de credibilidade e confiabilidade, o incremento das dúvidas, e o comprometimento entre os níveis estratégico, tático e operacional, porém a alta gerência declara-se compromissada com esta aproximação, sobretudo com o retorno das informações provenientes do nível operacional.
Percepções e atitudes das pessoas	(-) Há colaboradores nos níveis tático e operacional das Gerências Administrativa e de Ensino e Pesquisa que não percebem a importância das atividades desenvolvidas em suas respectivas subunidades organizacionais para o atingimento dos objetivos institucionais e estratégicos do HU.” (+) Segundo os avaliadores do PMMAG, identifica-se uma evolução na percepção dos funcionários, em especial nas áreas de atenção à saúde reconhecem uma evolução na disponibilização de serviços, ressaltando algumas deficiências em setores específicos.
Sentimentos e normas de grupos	(+) A elaboração e adoção do Código de Conduta Funcional teve impacto positivo junto aos entrevistados no 2º momento do PMMAG.
Valores e expectativas	(-) Independente do PMMAG, houve um agravamento no sentimento do grupo, quanto a existência de recursos para o atingimento dos seus objetivos institucionais. Se por um lado é bem negativo, por outro desperta a necessidade por melhor planejamento e informações adequadas.
Padrões e Interações Formais	(+) As entrevistas estruturadas constatarem o esforço dos novos gestores em mitigar as avaliações do MMAG. (+) O interesse por riscos não era prioridade na primeira avaliação do PMMAG, atualmente, os trabalhos do AMAG identificam, a partir da criação da Comissão de Controle Interno e do acompanhamento do PDE, um novo rumo no que diz respeito a relevância de se considerar os riscos de um processo. Os gestores do nível estratégico e tático começam a se manifestar quanto a Plano de Contingências, dificuldades no cumprimento de metas e capacitação em gestão de processos, conforme declaram a Superintendente, os Gerentes Administrativo e de Ensino e Pesquisa, os Chefes da Unidade de Planejamento, do Setor de Gestão de Ensino e do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente.

ASPECTOS INFORMAIS/ OCULTOS	CHC/UFPR
Normas Grupais	(+) Antes do PMMAG, as chefias ficavam cientes das ordens emanadas, mas não promoviam a coordenação para apurar os efeitos das mesmas. A situação impossibilitava a quantificação eficiente dos resultados e, conseqüentemente, o atingimento das metas organizacionais, ocasionando expectativas e tensões entre os vários níveis organizacionais.
Relações Afetivas	(+) As declarações do nível operacional já encontram avaliações diferentes do momento inicial do PMMAG, quando 51% dos entrevistados declararam distância das ações de gestão do HU, pois 70% reconhece uma maior aproximação por parte da nova governança e vias de comunicação mais utilizadas

Fonte: Relatório MMAG HUMA-UFMA e Relatório AMAG CHC/UFPR

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação não pode ter um fim em si mesma. O objetivo de avaliarmos uma metodologia em política pública consiste na melhoria dos seus resultados, razão pela qual o processo deve ser dinâmico e estar em constante retroalimentação, seguido de etapas de pactuação de melhorias e ajustes na política de governança.

A questão da mensuração de eficiência e efetividade do setor de saúde é fundamental. Mesmo em países com níveis de desenvolvimento social e econômico bastante superiores aos nossos, não é mais aceitável atender aos acréscimos da demanda social por serviços de saúde meramente com a alocação de mais recursos por meio do financiamento por mais impostos, sem avaliação e planejamento sistemáticos.³²

A partir da metodologia proposta, a meta avaliação do PMMAG confirmou que as informações produzidas são efetivamente utilizadas pelos gestores em seus processos decisórios, restando algumas recomendações de aperfeiçoamento, no que concerne à participação efetiva do Órgão Central em todo processo do PMMAG, uma vez que o gestor local não possui total autonomia para decidir e resolver todas as questões levantadas durante o processo, além da necessidade de normatizar a divulgação interna e externa das ações do PMMAG.

Da análise das considerações inseridas na planilha comparativa da Teoria Funcionalista Objetiva de Schein, observa-se a preponderância, quase que absoluta, de alterações com impacto positivo nos componentes visíveis e publicáveis, como nos componentes invisíveis e ocultos, o que sugere um movimento acentuado de transformação da cultura organizacional destes hospitais

No campo formal, normas foram positivadas, estruturas organizacionais foram readequadas à nova definição de objetivos e estratégias que passaram a se adequar a políticas e diretrizes da Ebserh como uma rede e não isoladamente.

Mudanças no comportamento são identificadas, à medida que novos valores de integridade, controle e gestão de riscos são identificados e apresentados ao grupo como uma diretriz importante da empresa.

³² FAÇANHA, L. O., MARINHO, A. Hospitais universitários: mecanismos de coordenação e avaliação comparativa de eficiência. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 6, n.º 19, p. 201-235, abr./jun. 1998.

Ao final, as relações interpessoais começam a se fortalecer sob essas novas diretrizes.

Considerando as análises e aspectos apresentados, conclui-se pela veracidade da hipótese apresentada, isto é: **Os resultados do Programa de Mensuração da Maturidade do Ambiente de Governança nos hospitais exercem influência sobre a cultura organizacional da Instituição.** A fim de verificar a evolução das transformação ocorridas da cultura organizacional, novas avaliações a médio e longo prazo são necessárias.

A partir da confirmação da pergunta de pesquisa, bem como da hipótese formulada, tem-se na *informação* um dos elementos essenciais para uma boa gestão, resta o desafio de estender a aplicação da metodologia, com as adaptações necessárias, para outras instituições hospitalares, inclusive na iniciativa privada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDALA, E. C. **A gestão orientada por processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira**. In: 2º Congresso Brasileiro de Sistemas. Ribeirão Preto/SP. Anais. 2006.
- BALBIM, R.; BECKER, M. F.; Cassiolato, M.; Krause, C.; Nadalin, V. **Meta-Avaliação: estudos e proposições metodológicas a partir da avaliação de políticas de urbanização de assentamentos precários**. Texto para Discussão n.º 1704. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Rio de Janeiro, 2012. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php>. Acesso em dezembro de 2018.
- BECKER, Howard S. **“Pergunte como? Não por quê?”**. In: Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2007.
- BORBA, G. S. de; NETO F. J. K. **Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais**. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.1, p.44-60, 2008.
- BRASIL. Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000. **Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências**.
- BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Diagnóstico e perfil de maturidade dos sistemas de avaliação de programas governamentais**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.224, de 5 de dezembro de 2002. **Classifica os hospitais da rede SUS utilizando critérios mensuráveis**. (SUS). Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde**. Revista Saúde Pública, 40(4), p. 743-7, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria n.º 312, de 2 de maio de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria n.º 4279, de 30 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2.**

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União [CGU]. Instrução Normativa n.º 03/2017, de 9 de junho de 2017. **Aprova o Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal.** Disponível em: http://www.cgu.gov.br/sobre/legislacao/arquivos/instrucoes-normativas/in_cgu_03_2017.pdf

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União [CGU]. Instrução Normativa Conjunta n.º 01/2016, de 10 de maio de 2016. **Dispõe sobre controles Internos, gestão de riscos e governança no âmbito do Poder Executivo federal.** Disponível em: https://www.cgu.gov.br/sobre/legislacao/arquivos/instrucoes-normativas/in_cgu_mpog_01_2016.pdf

BRASIL. Tribunal de Contas da União [TCU]. **Diagnóstico e Perfil de Maturidade dos Sistemas de Avaliação de Programas Governamentais.** 2014. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?inline=1&fileId=8A8182A14D92792C014D92800F763762>. Acesso em 15 de novembro de 2018.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar.** 1ª ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

CASTRO, Domingos Poubel. **Auditoria e controle interno na administração pública.** Capítulo 3 - Controles Internos. São Paulo: Atlas, 2008.

CAVALCANTE, P., PIRES, R. Governança Pública: Construção de Capacidades para a Efetividade da Ação Governamental, IPEA. 2018. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8581/1/NT_24_Diest_Governan%C3%A7a.pdf. Acesso em 12 setembro 2018.

CHARMAZ, Kathy. **Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis.** Sage Publications. London, 2006.

COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G. Hospital: **Acreditação e Gestão em Saúde.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 384p.

COSO – The Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission. **Gerenciamento de Riscos Corporativos - Estrutura Integrada: Sumário Executivo - Estrutura.** Edição brasileira patrocinada pela Price Waterhouse Coopers e Audibra. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Hospitais universitários. Disponível em <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=33&Itemid=46>. Acesso em 15 de set. de 2018.

ELIOT, L.G. **Meta-avaliação das abordagens às possibilidades de aplicação.** Ensaio: Avaliação de Políticas Públicas Educacionais, v. 19, n.º 73, p. 941-964, out./dez. 2011 Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v19n73/11.pdf>. Consulta em: 13 de nov. de 2018.

FAÇANHA, L. O., MARINHO, A. **Hospitais universitários: mecanismos de coordenação e avaliação comparativa de eficiência.** Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação, v. 6, n.º 19, p. 201-235, abr./jun. 1998.

FAÇANHA, L. O., MARINHO, A. **Hospitais Universitários: Avaliação Comparativa de Eficiência Técnica.** IPEA. 2001.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. Relatório da Situação dos Hospitais Privados no Brasil. 2018. Disponível em: http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2018/07/Relatorio-FBH-CNS_web.pdf. Consulta em: 15 set. 2018.

GLASER, BARNEY G. AND STRAUSS, Anselm L. ***The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.*** Chicago. Aldine, 1967. ISACA. COBIT 5: **A Business Framework for the Governance and Management of Enterprise IT.** [En línea] 2012.

JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. **The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users: a guide for evaluators and evaluation users.** 3rd. ed. Thousands Oaks, CA: Sage, 2011.

KING, Gary; KEOHANE, Roberto, Sidney. **Designing Social Inquiry. Scientific Inference in Qualitative Research.** Princeton University Press, 1994.

KINCAID, SAMPIAS e MARCELLA, ***Certification in Control Self- Assessment. The Institute of Internal Auditors.*** IIA Press, Florida, 2010.

L. O., MARINHO, A. **Programas sociais: efetividade, eficiência como dimensões operacionais de avaliação.** Ensaio: Texto Para Discussão n.º 787, IPEA. 1996.

LOJA NETO, Gil. **A gestão dos hospitais universitários federais na visão da auditoria interna: metodologia de mensuração do grau de maturidade do ambiente de governança dos hospitais universitários da Ebserh.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização

em Gestão Hospitalar apresentado ao Instituto SÍrio-Libanês de Ensino e Pesquisa para certificação. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/sobre/institucional/concursos/concurso-de-boas-praticas/arquivos/3o-concurso-de-boas-praticas/ai-14-ebserh.pdf>.

REZENDE, Flávio da Cunha. **Fronteiras de Integração entre Métodos Quantitativos e Qualitativos na Ciência Política Comparada**. Revista Teoria e Sociedade, vol. 22(2). 2014.

SÁ E SILVA, F.; LOPEZ, F.; PIRES, R. **A democracia no desenvolvimento e o desenvolvimento da democracia**. In: SÁ E SILVA, F.; LOPEZ, F.; PIRES, R. (Orgs.). Estado, Instituições e Democracia: democracia. Brasília: Ipea, 2010.

SCHEIN, E.H. **The Corporate Culture**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1999.

WHORTHN, Blaine. **Avaliação de Programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

WITTGENSTEIN, Ludwig. **Observações filosóficas**. São Paulo: Edições Loyola.