

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E  
CONTABILIDADE – FEAAC  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO E  
CONTROLADORIA – MPAC**

**NAJARA DE SENA NUNES**

**GESTÃO ORGANIZACIONAL E DESEMPENHO DE  
PESSOAS: ESTUDO DIAGNÓSTICO SOBRE O  
ALINHAMENTO ENTRE SISTEMAS DE AVALIAÇÃO EM  
HOSPITAIS PÚBLICOS**

**FORTALEZA - CE  
2011**

**NAJARA DE SENA NUNES**

**GESTÃO ORGANIZACIONAL E DESEMPENHO DE  
PESSOAS: ESTUDO DIAGNÓSTICO SOBRE O  
ALINHAMENTO ENTRE SISTEMAS DE AVALIAÇÃO EM  
HOSPITAIS PÚBLICOS**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

**Área de concentração**  
Gestão de pessoas

**Orientador**  
Prof. Dr. Serafim Firmo Souza Ferraz

**FORTALEZA - CE  
2011**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

N926g Nunes, Najara de Sena.  
Gestão organizacional e desempenho de pessoas : estudo diagnóstico sobre o alinhamento entre sistemas de avaliação em hospitais públicos / Najara de Sena Nunes. – 2011.  
174 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Economia, Administração, Atuária e Contabilidade, Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria, Fortaleza, 2011.  
Orientação: Prof. Dr. Serafim Firmo de Souza Ferraz.

1. Desempenho organizacional. 2. Desempenho de pessoas. 3. Sistemas de gerenciamento. 4. Gestão hospitalar. 5. Instrumentos diagnósticos. I. Título.

CDD 658

---

**NAJARA DE SENA NUNES**

**GESTÃO ORGANIZACIONAL E DESEMPENHO DE  
PESSOAS: ESTUDO DIAGNÓSTICO SOBRE O  
ALINHAMENTO ENTRE SISTEMAS DE AVALIAÇÃO EM  
HOSPITAIS PÚBLICOS**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre na área de concentração Gestão de Pessoas.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Serafim Firmo de Souza Ferraz (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof. Dr. Marcos Antônio Martins Lima  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof.a Dr.a Lydiá Maria Pinto Brito  
Universidade Potiguar – UnP

A Deus, pela força e luz nos momentos mais difíceis.

À minha mãe, Juraci, pelo apoio incondicional ao longo desta caminhada.

Ao meu companheiro, André, e minhas filhas, Luísa e Lígia, meus amores e razão do meu viver.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por me haver amparado nos momentos difíceis e por me haver concedido encontrar os melhores caminhos e conseguir concluir esta árdua, mas gratificante jornada.

Ao meu pai, Rômulo (*in memoriam*), por me haver ensinado a ser uma pessoa ética, responsável e lutar por meus objetivos.

À minha mãe, Juraci, minha grande incentivadora. Com seus ensinamentos, fez-me acreditar em meu potencial sempre, crendo que tudo na vida tem seu tempo certo de acontecer e por se dedicar à minha filha, para que eu pudesse estudar.

Ao meu irmão, Daniel, pelos conselhos e pela força para seguir em frente.

Às minhas irmãs, Natália e Nayara, que me ajudaram de formas diversas para a conclusão deste trabalho.

Ao André, meu companheiro, pela compreensão, paciência e incentivo nos momentos de angústia.

Às minhas filhas, Luísa e Lígia, que nasceram no meio desta jornada e se tornaram motivo para que eu a concluísse.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Serafim Ferraz, pelas contribuições valiosas e pelos ensinamentos durante todo esse período em que nos dedicamos ao aprimoramento de nosso conhecimento.

Aos Prof. Dr. Marcos Lima e a Prof.a Dr.a Lydia Maria Pinto Brito, pela participação na banca examinadora e por suas contribuições para enriquecimento do trabalho.

Aos meus amigos de trabalho que conviveram comigo nestes dois anos e que me deram força nos momentos mais cruciais. Em especial, aos profissionais do Centro de Estudos da APS que muito me ajudaram na busca de referências bibliográficas.

À Gleiza, minha amiga de luta, por seu ombro amigo e pelas palavras de incentivo.

Às minhas amigas e família, por compreenderem o momento de dedicação ao Mestrado.

À Associação das Pioneiras Sociais, empresa onde trabalho, por flexibilizar meu horário para que eu pudesse coletar os dados.

Aos hospitais pesquisados, que me receberam e permitiram que eu conhecesse seus processos; e aos profissionais que responderam à entrevista, proporcionando os dados necessários para que esta pesquisa fosse concluída.

## RESUMO

A gestão do desempenho organizacional e de pessoas é desafio clássico na Administração. Em unidades hospitalares, a dificuldade em alinhar as metas de desempenho organizacional e de pessoas revela maior amplitude pela complexidade na gestão, geralmente descrita como um aglomerado de serviços e de lógicas de funcionamento sujeitos a expectativas maximizadas de resultados e de qualidade. A conexão entre sistema de indicadores organizacionais e de pessoas é quase um axioma administrativo, embora sejam raros os estudos que se debruçam com profundidade sobre essa relação. O objetivo deste trabalho é avaliar o nível de alinhamento entre os indicadores da gestão organizacional em relação aos indicadores de desempenho de pessoas em unidades hospitalares públicas do Município de Fortaleza - CE. Trata-se de um estudo avaliativo, em abordagem quantitativa, que adotou a metodologia do corte transversal para obter um quadro dos hospitais públicos cearenses, com base no estudo de uma amostra constituída pelas três maiores unidades hospitalares que mensuram seu desempenho, situadas na região metropolitana de Fortaleza. A coleta de dados se fez com sete dirigentes dos setores de recursos humanos e administrativo-financeiro das três unidades de análise, por meio de entrevista estruturada orientada por instrumento diagnóstico por pontos (HOLANDA E FERRAZ, 2007), especialmente adaptado para o contexto hospitalar, baseado na tradição dos modelos de avaliação de qualidade do GESPÚBLICA e da FNQ. A coleta e análise de dados explorou modelo estruturado em itens de verificação, nas dimensões alinhamento com a estratégia, gestão dos processos de avaliação e desdobramento na vida profissional das pessoas. Com origem neste modelo, os resultados do estudo puderam identificar situações diversas, em termos da consolidação de práticas da gestão estratégica e da gestão do desempenho de pessoas, assim como o nível de alinhamento entre os respectivos sistemas de indicadores, objeto principal deste estudo, que pode identificar uma unidade hospitalar em baixo nível de alinhamento, a segunda no nível de consolidação e a terceira no nível avançado. O estudo explora as peculiaridades de cada unidade hospitalar, onde os resultados obtidos serão discutidos com os respondentes, para provê-las de um mapa ou roteiro de pontos fortes e de melhoria que podem orientar a tomada de decisão que beneficie a qualidade da gestão e dos serviços dos referidos hospitais, ao tempo em que realiza a análise cruzada das informações, possibilitando análise da maturidade gerencial destas unidades, além de pôr em perspectiva um instrumento de gerenciamento que possa vir a ser aplicado em outras organizações do setor.

Palavras-chave: Desempenho organizacional. Desempenho de pessoas. Sistemas de gerenciamento. Gestão hospitalar. Instrumentos diagnósticos.

Keywords: organizational performance, personnel performance, management systems, healthcare management, diagnostic instruments.

## ABSTRACT

Personnel and business performance management comprise the basic issue of Administration. In the medical and health services it takes an even greater dimension because of the complexities of healthcare facilities administration. The relation between business and personnel indicator systems is almost an axiom in the field of Administration, even though few researches have gone deep in analyzing this relation, the quality of which and its adherence is decisive for the success of strategic implementation initiatives. The objective of this research is to ascertain the alignment level between business performance indicators and personnel indicators in public hospitals in the city of Fortaleza - Ceará – Brazil. This study has a quantitative approach, and has adopted the transversal cut methodology to obtain a picture of the state of Ceará public hospitals, based on the study of a sample made up by the three biggest hospitals – on which the data was available – on the Fortaleza metropolitan area. The data was gathered among seven healthcare executives (Human Resources (HR) and financial) of the facilities under analysis, by means of diagnostic interviews (HOLANDA and FERRAZ, 2007) specially adapted for the hospital environment, and based on the traditionally accepted quality evaluation models of the GESPÚBLICA and FNQ. In addition, the data gathering and analysis explored a model structured in verification items, in the dimensions. Based on the diagnostic model used, the research findings identified several different situations in terms of the consolidation of strategic management practices and personnel performance management. Also, the alignment level between these two indicator systems, which is the key objective of this study, was investigated. This revealed that one of the facilities has a low level of alignment between both indicators, a second one is in a consolidation level and the third is in an advanced level of alignment. Furthermore, this research explores the singularities of each medical center and provides a final step where the results obtained are discussed with the interviewees, so as to give them a detailed knowledge of their strong points and what improvements can be done to orient the decision-making in their organizations in order to improve the management and health service quality provided by them. At the same time, it details a management tool that can be applied in other healthcare institutions.

Keywords: organizational performance, personnel performance, management systems, healthcare management, diagnostic instruments.



## LISTA DE QUADROS

1	Evolução histórica dos métodos de avaliação de desempenho organizacional. ....	42
2	Dimensão alinhamento com a estratégia .....	76
3	Itens de verificação primeira dimensão perspectiva quantitativa .....	78
4	Itens de verificação primeira dimensão perspectiva qualitativa .....	88
5	Itens de verificação segunda dimensão perspectiva quantitativa .....	90
6	Itens de verificação segunda dimensão perspectiva qualitativa .....	92
7	Itens de verificação da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas .....	94
8	Alinhamento com a estratégia – principais contribuições.....	96
9	Gestão dos processos de avaliação – principais contribuições.....	96
10	Desdobramentos na vida profissional das pessoas.....	97

## LISTA DE FIGURAS

1 Família de medidas do desempenho QUANTUM.....	44
2 Modelo QUANTUM.....	45
3 Modelo FNQ.....	47
4 Representação do modelo de excelência em gestão pública .....	50
5 Documento de referência do GESPÚBLICA .....	51
6 As quatro perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i> .....	53
7 As perspectivas do modelo SIGMA.....	55
8 Estrutura e hierarquia do modelo diagnóstico organizacional .....	74
9 Representação, por pontos, do modelo diagnóstico organizacional .....	97
10 Representação, por pontos, da dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa .....	101
11 Representação, por pontos, da dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa .....	102
12 Representação, por pontos, da dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional .....	103
13 Representação, por pontos, da dimensão gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas.....	104
14 Representação, por pontos, da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas .....	105

## LISTA DE TABELAS

1 Sistema de peso e pontuação das dimensões e perspectivas do modelo .....	99
2 Categorias do modelo proposto .....	105
3 Análise das dimensões – HUWC.....	115
4 Alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa – HUWC .....	116
5 Alinhamento com a estratégia perspectiva qualitativa – HUWC .....	118
6 Gestão dos processos de avaliação organizacional – HUWC .....	120
7 Gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas – HUWC .....	121
8 Dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas – HUWC .....	122
9 Análise das dimensões – HIAS.....	124
10 Alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa – HIAS .....	125
11 Alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa – HIAS .....	128
12 Gestão dos processos de avaliação organizacional – HIAS .....	130
13 Gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas – HIAS .....	131
14 Desdobramentos na vida profissional das pessoas – HIAS .....	133
15 Análise das dimensões – HGWA.....	135
16 Alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa – HGWA .....	135
17 Alinhamento com a estratégia perspectiva qualitativa – HGWA.....	137
18 Gestão dos processos de avaliação organizacional – HGWA .....	138
19 Gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas – HGWA.....	139
20 Dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas – HGWA .....	140
21 Análise geral das dimensões nos três hospitais .....	142

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>1.1 Justificativa</b> .....	<b>16</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>18</b>
<b>1.3 Hipótese</b> .....	<b>18</b>
<b>1.4 Metodologia da pesquisa</b> .....	<b>18</b>
<b>1.5 Estrutura geral da dissertação</b> .....	<b>20</b>
<b>2 GESTÃO HOSPITALAR</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1 O setor hospitalar brasileiro</b> .....	<b>21</b>
<b>2.2 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUS</b> .....	<b>24</b>
<b>2.3 A gestão hospitalar no Brasil</b> .....	<b>25</b>
<b>2.4 Acreditação hospitalar</b> .....	<b>28</b>
<b>3 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL</b> .....	<b>31</b>
<b>3.1 Conceitos e abordagens</b> .....	<b>31</b>
<b>3.2 Indicadores de desempenho</b> .....	<b>32</b>
<b>3.3 Indicadores de desempenho hospitalar</b> .....	<b>35</b>
3.3.1 Indicadores de ambiente externo.....	35
3.3.2 Indicadores de ambiente interno .....	36
<b>3.4 Modelos de medição de desempenho organizacional</b> .....	<b>40</b>
3.4.1 O modelo de Rummler e Brache.....	42
3.4.2 O modelo de Sink & Tuttle.....	43
3.4.3 O modelo QUANTUM.....	44
3.4.4 O modelo da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) .....	46
3.4.5 O modelo GESPÚBLICA.....	48
3.4.6 O modelo <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) .....	52
3.4.7 O modelo SIGMA <i>Sustainability Scorecard</i> .....	54
<b>4 GESTÃO DO DESEMPENHO DE PESSOAS</b> .....	<b>57</b>
<b>4.1 Conceitos e objetivos</b> .....	<b>57</b>
<b>4.2 Fatores de desempenho objetivos – avaliação por objetivos (APO)</b> .....	<b>59</b>
<b>4.3 Fatores de desempenho subjetivos</b> .....	<b>62</b>
4.3.1 Incidentes críticos.....	63
4.3.2 Escalas gráficas .....	64

4.3.3 Listas de verificação ( <i>checklists</i> ) .....	64
4.3.4 Escolha forçada .....	65
4.3.5 Avaliação por competências .....	65
<b>4.4 A responsabilidade pela avaliação do desempenho.....</b>	<b>67</b>
<b>4.5 Aplicações da avaliação do desempenho de pessoas .....</b>	<b>72</b>
<b>5 O MODELO DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL.....</b>	<b>74</b>
<b>5.1 Estrutura geral do modelo .....</b>	<b>74</b>
<b>5.2 Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa .....</b>	<b>77</b>
<b>5.3 Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa.....</b>	<b>88</b>
<b>5.4 Dimensão gestão dos processos de avaliação .....</b>	<b>89</b>
5.4.1 Dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional .....	89
5.4.2 Dimensão gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas .....	92
<b>5.5 Dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.....</b>	<b>93</b>
<b>5.6 Teoria de suporte ao instrumento diagnóstico .....</b>	<b>94</b>
<b>5.7 O sistema de pesos em nível das dimensões e perspectivas .....</b>	<b>97</b>
<b>5.8 As categorias do modelo proposto .....</b>	<b>105</b>
<b>6 METODOLOGIA .....</b>	<b>106</b>
<b>6.1 Tipologias da pesquisa .....</b>	<b>108</b>
<b>6.2 Coleta de dados .....</b>	<b>109</b>
<b>6.3 População e amostra .....</b>	<b>110</b>
<b>6.4 Instrumento de pesquisa .....</b>	<b>111</b>
<b>6.5 Tratamento e análise dos dados.....</b>	<b>111</b>
<b>7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>114</b>
<b>7.1 Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC.....</b>	<b>114</b>
7.1.1 Caracterização da unidade de análise .....	114
7.1.2 Análise das três dimensões – HUWC.....	115
7.1.3 Análise da dimensão alinhamento com a estratégia.....	116
7.1.4 Análise da dimensão gestão dos processos de avaliação.....	119
7.1.5 Análise da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.....	122
<b>7.2 Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS.....</b>	<b>123</b>
7.2.1 Caracterização da unidade de análise .....	123
7.2.2 Análise das três dimensões – HIAS .....	124
7.2.3 Análise da dimensão alinhamento com a estratégia.....	125

7.2.4	Análise da dimensão gestão dos processos de avaliação.....	129
7.2.5	Análise da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.....	132
<b>7.3</b>	<b>Hospital Geral Waldemar de Alcântara - HGWA.....</b>	<b>134</b>
7.3.1	Caracterização da unidade de análise .....	134
7.3.2	Análise das três dimensões – HGWA .....	134
7.3.3	Análise da dimensão alinhamento com a estratégia.....	135
7.3.4	Análise da dimensão gestão dos processos de avaliação.....	138
7.3.5	Análise da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.....	140
<b>7.4</b>	<b>Análise cruzada das três unidades hospitalares pesquisadas .....</b>	<b>142</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>144</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>149</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>158</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>162</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a prestação de serviços na área da saúde concentra-se nas organizações hospitalares que passam a ser objeto de estudos em diversas áreas do conhecimento, desde as patologias em si, os tratamentos e sua relação com o paciente, a interação paciente e a equipe de profissionais da saúde, o controle das infecções, até mais recentemente, em uma perspectiva organizacional, resultando em estudos sobre o planejamento estratégico, sistemas de informação, redução de custos, qualidade, entre outros (BITTAR, 2001; BORBA, 2006; LIMA-GONÇALVES, 2002).

A expectativa na gestão é sempre atingir o máximo de valor e qualidade com o mínimo de esforço e custo (produtividade). Analisar o desempenho é procurar a distância a que a realidade se encontra dessas expectativas, ou seja, reconhecer os resultados do trabalho da equipe e das pessoas. A avaliação preenche finalidades não só de verificar desempenho, mas, sobretudo, de produzir informações que facilitem a revisão de processos e práticas de ação. Conhecer o desempenho é concorrer para o aumento da responsabilidade e do controle na gestão, mas, sobretudo, realimentar o processo de planejar o trabalho mediante o julgamento sobre as realizações da equipe.

O desempenho das organizações hospitalares constitui uma das grandes preocupações dos estudos da gestão, particularmente no campo da mensuração do desempenho organizacional e de pessoas. Embora os processos de avaliação e análise do desempenho tenham evoluído, ainda é raro encontrar estudos que estabeleçam com profundidade a conexão entre sistema de indicadores organizacionais e de pessoas na área hospitalar pública.

Grande parte das contribuições da literatura, nos campos teóricos e empíricos, é feita de forma isolada, ou somente a gestão do desempenho organizacional ou apenas o desempenho de pessoas. Estudos que avaliem o impacto da gestão do desempenho de pessoas no desempenho organizacional são escassos. Isto torna a gestão dessas organizações ainda mais complexa e difícil, em vista do princípio, já consagrado, de que não se pode gerir aquilo que não se mede.

Esses estudos, porém, são relativamente recentes e os resultados insuficientemente avaliados na prática. La Forgia e Couttolenc (2009) explicam que, na maioria dos hospitais brasileiros, o desempenho deixa a desejar, principalmente nas unidades de atendimento à população carente, onde falta informação, há baixa qualidade do atendimento e produtividade deficiente e a responsabilização é obscura. Soma-se à dificuldade em se adaptar às mudanças, fazendo uso de práticas e métodos gestores ultrapassados.

Na literatura observa-se um movimento de algumas organizações hospitalares com vistas a aprimorar suas práticas. Conforme Borba (2006), a elevada exigência dos usuários/clientes que buscam melhores condições de tratamento e recuperação da saúde, além da agressiva concorrência no setor hospitalar, faz com que a gestão destas empresas se torne uma tarefa complexa, delicada e de suma importância, tendo em vista o desempenho empresarial.

Pereira (2005) ressalta idêntico raciocínio, ao exprimir que as instituições hospitalares, mesmo as filantrópicas (sem fins lucrativos), precisam avaliar seu desempenho. O uso de novas metodologias, ferramentas, conceitos e processos da gestão proporciona às empresas o alcance de melhores resultados. Estes, uma vez obtidos, são efetivamente necessários à melhoria da qualidade, ao crescimento, ao desenvolvimento de novos serviços, ao financiamento do capital de giro e à reposição de investimentos na infraestrutura instalada.

Borba (2009) ratifica a necessidade de aplicação do conhecimento em gestão para obtenção do máximo de eficiência em seus processos, principalmente naqueles que implicam possível maior produção de valor e, conseqüentemente, ganho de rentabilidade. Neste âmbito, as funções de clínica e de enfermagem são imprescindíveis para o hospital, mas, também, a gestão tem que ser, a cada dia, mais bem avaliada. Por isso, todos os indicadores, econômico-financeiros, de recursos humanos, de produtividade, de qualidade, de satisfação dos usuários, entre outros, são importantes para que a gestão possa, de forma dinâmica e oportuna, obter informações úteis para a tomada de decisão.

A gestão do desempenho organizacional permite à organização verificar como os recursos, inclusive os humanos, estão contribuindo para o alcance das metas e objetivos propostos. Com base neste raciocínio, surge o seguinte questionamento: qual o nível de



alinhamento dos indicadores da gestão organizacional em relação aos indicadores de desempenho de pessoas em unidades hospitalares públicas do Município de Fortaleza – CE?

### **1.1 Justificativa**

As organizações hospitalares são essencialmente complexas por possuírem diversas frentes de atuação, perante o paciente que a procura, os profissionais que nela trabalham e a comunidade na qual está inserida. Esta afirmação encontra respaldo na definição de hospital do Ministério da Saúde do Brasil (2004), como sendo parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médico-sanitária, completa, tanto curativa como preventiva, sob qualquer regime de atendimento, constituindo-se, também, em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde.

A complexidade da gestão hospitalar é fator distintivo porque ao gestor cabe considerar o objetivo social e a essencialidade dos serviços oferecidos, gerenciar custos elevados e a escassez de recursos, além das inter-relações de entes públicos, filantrópicos e privados, o que enseja elevado grau de dificuldade na gestão. O alinhamento entre os indicadores de gestão organizacional e de pessoas possibilita superar a contradição entre os planos de desenvolvimento institucional propostos verticalmente, desde a hierarquia das instituições e os processos de avaliação do desempenho do pessoal que se apoiam nos parâmetros da descrição do cargo.

O modelo diagnóstico é um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, permitindo aos vários atores envolvidos se posicionarem e fazerem um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Considera a avaliação do desempenho como um processo dinâmico de análise participativa da qualidade dos serviços de saúde prestados por uma instituição, o qual reconhece e analisa a contribuição essencial dos trabalhadores por seu desempenho, permitindo, ainda, propor mudanças neste processo. Sua importância está em constituir um processo que resulta na orientação e melhora crescente, tanto do serviço quanto das práticas de saúde propriamente ditas.

Este estudo é importante para a sociedade, à medida que fornece uma ferramenta gerencial capaz de obter e analisar informações quanto ao alinhamento entre os indicadores de gestão hospitalar e de desempenho de pessoas, possibilitando às organizações reverem seus processos em busca de atingir e/ou reavaliar a estratégia organizacional. É relevante para academia, em virtude de raridade de estudos que trabalham a relação entre desempenho organizacional e de pessoas em organizações hospitalares públicas importantes no Estado do Ceará, coletando os dados mediante um instrumento diagnóstico validado e realizando a análise cruzada dos dados.

Visa a contribuir com a pesquisa na área hospitalar à medida que propõe um modelo diagnóstico orientador das organizações hospitalares públicas na busca da excelência de seus processos, além de permitir ações corretivas, a partir da comparação das práticas dessas organizações com o “estado da arte” da gestão.

Este modelo possui cinco níveis de análise: dimensões, subdimensões, perspectivas (quantitativa e qualitativa), os itens de verificação e seus desdobramentos. O nível dimensões é composto por: dimensão alinhamento com a estratégia, dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional e de equipes e pessoas e dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas. O instrumento diagnóstico foi adaptado na dimensão alinhamento com a estratégia para a realidade hospitalar e incorpora os campos do conhecimento avaliação do desempenho de organizações hospitalares e de pessoas.

Com suporte nesta análise, a pesquisa contribui como referência de excelência das práticas da gestão, permitindo que as organizações hospitalares possam se diagnosticar. Acrescenta-se que o instrumento diagnóstico em si e, principalmente, os resultados obtidos oferecem informações para que os gestores que enfrentam problemas similares possam avaliar o desempenho dos seus hospitais e encontrem formas da gestão mais eficazes, além de orientar a tomada de decisão e a correção de rumos na estratégia organizacional.

## **1.2 Objetivos**

Este estudo tem como objetivo geral avaliar o nível de alinhamento entre os indicadores da gestão organizacional em relação aos indicadores de desempenho de pessoas em hospitais públicos do Município de Fortaleza - CE. Para que o objetivo geral seja realizado, torna-se necessário desdobrá-lo nos seguintes objetivos específicos:

- aferir o nível de alinhamento entre o desempenho da instituição e a estratégia organizacional;
- estabelecer o nível de alinhamento entre o desempenho da instituição e a dimensão de processos de avaliação organizacional, de equipes e pessoas;
- estimar o nível de alinhamento entre o desempenho da instituição e possíveis desdobramentos na vida profissional das pessoas; e
- realizar a análise cruzada dos dados das três instituições pesquisadas.

## **1.3 Hipótese**

Neste trabalho, parte-se da hipótese de que o alinhamento entre os indicadores de desempenho organizacional e da gestão de pessoas, no contexto hospitalar público, está em fase de consolidação, ou seja, com base na escala proposta de 1000 pontos, os hospitais atingirão pontuação entre 501 – 750. Esse alinhamento se apresenta de maneira mais intensa na dimensão desdobramentos na vida das pessoas, em comparação com as dimensões alinhamento com a estratégia e processos de avaliação.

## **1.4 Metodologia da pesquisa**

Este estudo caracteriza-se como pesquisa avaliativa, cujo universo é composto por organizações hospitalares, com características de homogeneidade; hospitais públicos do Município de Fortaleza - CE, independentemente do modelo da gestão, pertencentes ao SUS

(Sistema Único de Saúde), que possuam setor de recursos humanos e tenham implantado um sistema de avaliação de desempenho de funcionários.

A população é composta por sete gestores hospitalares dos setores de recursos humanos e administrativo-financeiro. O método para coleta de dados é a entrevista estruturada e individual. O instrumento de pesquisa utilizado foi elaborado por Holanda e Ferraz (2007), denominado diagnóstico organizacional, adaptado ao contexto hospitalar. É composto por cinco questionários que privilegiam os níveis de análise - dimensões do modelo, subdimensões, perspectivas (qualitativa e quantitativa), itens de verificação e desdobramentos.

O primeiro nível, denominado “dimensões do modelo”, permite mensurar o alinhamento em relação à estratégia organizacional, à gestão dos processos de avaliação organizacional, de equipes e pessoas e os desdobramentos na vida profissional das pessoas. As duas primeiras dimensões, por sua vez, dividem-se em perspectiva quantitativa e perspectiva qualitativa, segundo nível de análise.

As subdimensões do modelo são delineadas de acordo com cada dimensão e formam o terceiro nível de análise. No quarto nível, dispõem-se os itens de verificação, ou seja, as indagações utilizadas como roteiro para entrevista. E, finalmente, o quinto nível é formado pelos desdobramentos - organização, unidade (setor) e individual - e serão analisados apenas na dimensão alinhamento com a estratégia, na perspectiva quantitativa.

Para tratamento dos dados, Holanda e Ferraz (2007) desenvolveram um “modelo matemático” cujo objetivo é representar em uma escala numérica de 1000 pontos o resultado das diferentes dimensões, permitindo classificar a organização como estando no nível de alinhamento “baixo”, “moderado”, “em consolidação” ou “avançado”. Essa classificação permite que o gestor observe em que dimensão a organização obteve pontuação considerada baixa, podendo assim verificar onde precisa concentrar esforços para melhorar o desempenho, tanto organizacional como de cada funcionário.

## 1.5 Estrutura geral da dissertação

O texto compõe-se de oito seções, além dos apêndices e das referências bibliográficas. Após a introdução, insere-se uma seção sobre a gestão hospitalar no Brasil, na qual são exibidas as peculiaridades deste tipo de organização; assim como a relevância da qualidade dos serviços prestados para o desempenho organizacional.

A terceira seção exprime a avaliação de desempenho organizacional, as diversas abordagens em que a temática se constitui, inclusive no contexto hospitalar.

Na quarta seção, a gestão do desempenho de pessoas é explorada numa perspectiva de avaliar o desempenho segundo fatores objetivos e subjetivos. E, de acordo com cada fator, os métodos são delineados.

A quinta seção traz, detalhadamente, o modelo diagnóstico, a teoria de suporte para elaboração do instrumento de pesquisa e o modelo matemático utilizado.

A sexta detalha os procedimentos metodológicos de pesquisa que fundamentam o trabalho.

A sétima seção contextualiza as organizações hospitalares pesquisadas, analisa e discute os resultados, de acordo com cada dimensão do instrumento diagnóstico.

Finalmente, se aporta a conclusão relativa aos resultados da pesquisa, evidenciando de que modo os objetivos foram alcançados e estabelecendo o confronto com a hipótese. Traz as limitações e recomendações com vistas a aprimorar, cada vez mais, o trabalho.

## 1 GESTÃO HOSPITALAR

Os hospitais, em razão da sua importância, estão no centro do sistema de saúde no Brasil. La Forgia e Couttolenc (2009) apontam que os hospitais, sozinhos, respondem por dois terços dos gastos do setor. É um sistema altamente pluralista, composto por uma gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade, que abrangem tanto o setor público quanto o privado.

Por conseguinte, nesta seção, realizar-se-á uma contextualização do setor hospitalar brasileiro, com suas especificidades, como pertencente ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUS, com os seus arranjos estruturais e de financiamento. Posteriormente, ao explicar sobre gestão e desempenho hospitalar, faz-se necessário abordar sobre a qualidade da assistência hospitalar, que utiliza, entre os métodos de avaliação dos serviços, a acreditação hospitalar.

### 2.1 O setor hospitalar brasileiro

O termo hospital, segundo Oliveira (1996), provém do latim *hospitale*, considerado adjetivo, derivado de *hospe*- hóspede, estrangeiro, viajante, aquele que hospeda. Este conceito de lugar que apenas recebe pessoas, mas que não as trata, permaneceu até o início do século XIX.

Os hospitais serviam para separar os enfermos da sociedade, a fim de esperar a morte, não havendo quase nenhuma intervenção sobre a doença ou o doente. Oliveira (1996) acrescenta que, na Idade Média, a Igreja era responsável pelos hospitais, que cuidavam dos desvalidos em geral, loucos, doentes e velhos.

A organização hospitalar com as características observadas nos dias atuais é algo muito recente. Uma instituição como instrumento de intervenção terapêutica com o objetivo

de alcançar a cura de doentes é uma invenção relativamente nova, datada do final do século XVIII (FOUCAULT, 1981).

A definição de hospital também evoluiu. Na terminologia básica em saúde, de 1985, hospital é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou de não internação, no caso de ambulatório ou de outros serviços. Mais recentemente, em 2004, passou a ser parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica sanitária completa, tanto curativa quanto preventiva, sob qualquer regime de atendimento, inclusive o domiciliar, cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar, constituindo-se, também, em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Como informa Cherubin (1997), no final do século XIX, surgiram os maiores subsídios para a solidificação definitiva da administração hospitalar: o aparecimento das escolas de Administração, o início das grandes descobertas na atividade médica e o advento da Enfermagem como atividade profissional.

Existem diversos interesses que circundam o contexto hospitalar e devem ser considerados. Nogueira (1994) evidencia os interesses dos usuários que demandam assistência das mais variadas formas; dos trabalhadores da saúde que buscam seu sustento e boas condições de trabalho; da rede de fabricantes e distribuidores de insumos, e, finalmente, os interesses dos poderes formalmente constituídos na gerência hospitalar e no governo, que tem o seu foco nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde.

Além de todos estes interesses, há de se considerar que o sistema hospitalar brasileiro é pluralista. Isto significa que tanto no setor público quanto no privado existem múltiplos arranjos de financiamento, propriedade e organização, e há uma longa tradição de financiamento público a estabelecimentos privados. É composto por três subsetores principais: hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais ou municipais, financiados, em sua maioria, pelo Poder Público; hospitais privados e conveniados ou

contratados pelo SUS – são unidades privadas que recebem financiamento público, incluindo neste rol as instituições sem fins lucrativos e cerca de metade dos hospitais com fins lucrativos. E, finalmente, hospitais particulares com fins lucrativos, alguns filantrópicos não financiados pelo SUS (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Os serviços do SUS são classificados em três grupos: i) serviços assistenciais – voltados para os indivíduos ou coletividades e prestados em centros de atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar; ii) intervenções ambientais – compreendendo o controle de vetores e hospedeiros, o saneamento ambiental e as condições sanitárias dos ambientes de vida e trabalho; e iii) políticas externas ao setor saúde – voltadas para os determinantes sociais do processo saúde-doença (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os hospitais também se organizam de acordo com a complexidade da moléstia e os recursos materiais e de pessoal necessários para o seu diagnóstico e tratamento. São três níveis: o primário, em que estão as unidades básicas de saúde, responsáveis pelos cuidados com a saúde pública e de tratamentos que não necessitam de meios complexos ou equipes especializadas. O secundário, onde se encontram os hospitais regionais e ambulatorios de especialidades e, no terciário, estão os centros de referência, para onde são destinados recursos materiais de alta sofisticação e equipes especializadas, capazes de atenderem a casos complexos e desempenharem as funções de ensino e pesquisa (LIANZA, 2007).

Quanto ao porte de atendimento, os hospitais são classificados como: pequeno, médio, grande ou de porte especial. O primeiro é aquele com capacidade instalada de até 50 leitos. O hospital de médio porte possui a capacidade instalada de 51 a 150 leitos. Hospital de grande porte tem a capacidade instalada de 151 a 500 leitos. E, por fim, o de porte especial é aquele com capacidade instalada acima de 500 leitos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985).

Tanto o setor saúde quanto o subsetor hospitalar são estruturados pela configuração do SUS – com suas características de descentralização e financiamento público – e por um vigoroso setor de seguro privado, daí a relevância de se explicar sobre o sistema de saúde e sua configuração atual.



## 2.2 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUS

A área da saúde no Brasil compreende dois sistemas principais: o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUS) e o setor privado. O primeiro é financiado e operado pelo Estado e, originalmente, concebido como um sistema de seguridade social. Quanto ao setor privado, consiste principalmente de seguradoras privadas e operadoras de plano de pré-pagamento. Os Governos federal, estadual, distrital e municipal operam muitas unidades de saúde, desempenham funções complementares e, por vezes, até concorrentes (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Criado em 1988, esse sistema público de assistência à saúde está regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, e é implantado à luz de princípios e diretrizes políticas. Wolff (2005) esclarece que, entre os princípios, estão a universalidade, a equidade e a integralidade da assistência. Dentre as diretrizes políticas, destacam-se a descentralização de ações, com a gestão única em cada esfera do Governo, assim como a participação e o controle da sociedade, mediante as conferências e os conselhos de saúde com representação paritária do Governo e dos usuários.

Na literatura hospitalar, os mecanismos de pagamento são elementos do ambiente externo que determinam o comportamento dos hospitais. O financiamento do SUS é baseado em um sistema complexo de repasses financeiros e mecanismos de pagamento destinados a canalizar recursos para os hospitais e não estão atrelados ao desempenho. La Forgia e Couttolenc (2009) corroboram esta afirmação ao explicar que, embora tenha sido um dos pioneiros no financiamento de hospitais sob a modalidade de grupos de diagnóstico relacionados, ou seja, reembolso de um valor fixo por diagnóstico, o SUS deixou de avaliar adequadamente a efetividade da implantação desse sistema ou de adaptá-lo a um contexto em rápida transformação.

Cabe ao SUS controlar o comportamento dos hospitais e do gestor do sistema de saúde, a fim de assegurar que os hospitais correspondam às suas obrigações para com ele. Assim, há mecanismos de controle e avaliação dos hospitais que fornecem dados sobre as práticas hospitalares executadas, tanto em relação à eficiência como no referente à qualidade.

É amplamente conhecida, no entanto, a ausência de dados que representem atributos de qualidade da produção hospitalar e as limitações das avaliações de desempenho produtivo dos hospitais (WOLFF, 2005).

A implantação do SUS reestruturou o sistema de saúde pública no Brasil. Criou um sistema nacional de saúde, racionalizou os papéis dos diferentes níveis de governo, melhorou a coordenação entre eles e descentralizou a prestação de serviços para o âmbito municipal. Foi um avanço conceitual no trato das ações e dos serviços de saúde no País, um marco jurídico no terreno da seguridade social, um instrumento apto a promover, preservar e recuperar a saúde individual e coletiva (MAIA e GIL, 2005; LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Existe uma conformidade nas avaliações positivas a respeito do SUS como projeto e concepção de saúde. Este sistema trocou uma abordagem verticalizada, focada em doenças, por um modelo de atenção integrada à saúde, e garantiu a participação da sociedade civil no planejamento e avaliação das ações de saúde. Além disso, é uma conquista da sociedade brasileira, que situou a saúde como premissa básica constitucional.

A forma, porém, como esse projeto universal e coletivo de saúde se materializa cotidianamente no atendimento à população desperta crítica, principalmente no que tange aos problemas de financiamento e gestão. Acrescenta-se a divisão do gerenciamento entre as esferas federal, estadual e municipal como fator desfavorável, pois não estão determinadas claramente as responsabilidades de cada esfera. E, finalmente, a escolha desses gestores tem caráter mais político do que baseado em competência técnica.

### **2.3 A gestão hospitalar no Brasil**

Os crescentes problemas dos hospitais brasileiros são, em sua maioria, decorrentes do modelo praticado da gestão administrativa. Decorre, então, a necessidade de uma gestão mais eficiente e de resultados. Os hospitais, como qualquer empresa, devem possuir objetivos, metas e resultados a serem alcançados, e necessitam de uma ótima política de suprimentos,

finanças e recursos humanos, o que exige aplicação efetiva dos conceitos básicos de Administração, planejamento, organização, controle e direção (LIMA-GONÇALVES, 1998; MAIA e GIL, 2005).

Sendo então, um negócio, há de se focar na gestão empresarial, com metas e objetivos explícitos. Federighi (2005) ressalta que a clientela a ser atendida, com suas exigências quantitativas e qualitativas da assistência médico-hospitalar, e os técnicos da saúde, com suas exigências de recursos materiais modernos e sofisticados, fazem do hospital uma instituição que deve fazer avaliação do custo-benefício de suas atividades, daquilo que lhe traz grande valor econômico.

Os conceitos básicos da Administração, no entanto, não estão sendo aplicados de forma efetiva na maioria das organizações. Os hospitais não demonstram um processo estruturado e integrado de planejamento interno que resulte em planos, programas, objetivos e metas que possibilitem o direcionamento de esforços para o cumprimento das metas estabelecidas em um plano operativo. Este problema decorre, também, da falta de conhecimento dos gestores sobre os arranjos organizacionais que se mostram no contexto hospitalar (MAIA e GIL, 2005).

O Brasil é um caso excepcional entre os países em desenvolvimento por causa de sua variedade de arranjos organizacionais nos hospitais públicos e privados. Podem ser encontrados três tipos de arranjos organizacionais nos hospitais públicos: administração direta, administração indireta e a organização autônoma.

Na administração direta, estão as unidades administrativas pertencentes aos Governos federal, distrital, estadual ou municipal, que administram orçamento próprio. A administração indireta refere-se às organizações semiautônomas, paraestatais, nas quais os gerentes possuem um pouco mais de autonomia de decisão no que diz respeito a algumas funções organizacionais, como compras de insumo e execução orçamentária, e também são conhecidas como organizações híbridas. E, por fim, as organizações autônomas, que têm autonomia completa de decisão a respeito de insumos, usos de recursos e produção (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Para o desempenho dos hospitais públicos, a questão dos arranjos organizacionais faz diferença, pois, conforme estudos apontados por La Forgia e Couttolenc (2009), hospitais públicos que operam sob o modelo de organização autônoma exibem maior produtividade, eficiência e qualidade, ao longo do tempo, do que unidades não autônomas. Os hospitais de pior desempenho são hospitais públicos sob a administração direta.

A preocupação com o desempenho organizacional é iminente. Para Ferrari (2005), os gestores hospitalares e os gestores em saúde estão cada vez mais atentos ao desempenho hospitalar. Acrescenta que o cliente/usuário de um hospital é hoje mais consciente, mais exigente, e procura o melhor atendimento, com o menor custo, melhor qualidade e maior rapidez. Os hospitais têm, portanto, que se adaptar às exigências do mercado para sobreviver.

Pelo prisma empresarial, tanto os hospitais privados quanto os públicos devem focar a gestão operacional, objetivando, além da produtividade dos seus serviços, a excelência da assistência. Medir os resultados da assistência prestada é preocupação dos gestores dos serviços de saúde, determinando novas tendências de gerenciamento, influenciado pelos padrões dos sistemas de avaliação ou pela competitividade no mercado. Conquanto grande parte das instituições de saúde esteja enquadrada como entidade filantrópica (sem fins lucrativos), os resultados são efetivamente necessários à melhoria da qualidade, ao crescimento, ao desenvolvimento de novos serviços, ao financiamento do capital de giro e à reposição de investimentos na infraestrutura instalada (BORBA, 2006; PEREIRA, 2005).

Uma forma de assegurar o desempenho satisfatório da instituição hospitalar é associá-lo ao financiamento de recursos. La Forgia e Couttolenc (2009), contudo, expõem que o Governo e os pagadores privados de atenção hospitalar não estão utilizando o potencial do financiamento como instrumento para influenciar a conduta dos hospitais. Em alguns casos, o modo de financiamento prejudica o desempenho. A maior parte dos financiamentos não está associada ao desempenho e não incentiva o uso responsável dos recursos.

No que diz respeito à mensuração dos serviços prestados, Wolff (2005) explica que o desempenho do processo de assistência à saúde realizado no hospital é difícil, haja vista as dificuldades de avaliar as mudanças ocorridas nas condições de saúde dos pacientes, individualmente, e da população, em geral, em razão da carência de dados e de sistemas de

informação que permitam o registro de informações relevantes e acessíveis sobre as condições anteriores e posteriores à assistência hospitalar. Em consequência, os estudos de desempenho hospitalar costumam utilizar, como variáveis de produção, os produtos hospitalares, isto é, os serviços gerados no processo médico-assistencial, principalmente aqueles relacionados ao processo de trabalho do médico.

À medida que os métodos de avaliação evoluem, ocorre o aprimoramento dos processos e dos instrumentos de avaliação. Labbadia et al. (2004) acentuam que a criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde se tornou um fenômeno universal cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços.

Segundo Azevedo et al. (2002), existem, no mínimo, quatro formas de avaliar e atestar a qualidade dos serviços de uma instituição hospitalar: a licença sanitária, a categorização, os programas de autoavaliação, e, por fim, a acreditação hospitalar. Esta última, por ser um método bastante difundido, adotado pelas organizações hospitalares e utilizado para compor o instrumento diagnóstico, será abordado de maneira mais detalhada no subitem a seguir.

## **2.4 Acreditação hospitalar**

As instituições hospitalares concentram esforços no aprimoramento dos processos de avaliação de desempenho e no aperfeiçoamento da qualidade, razão por que, buscam programas de certificação e acreditação. Em alguns casos, o aperfeiçoamento da qualidade se relaciona com um esforço para melhorar a situação financeira do hospital.

A acreditação no Brasil teve início nos anos 1990, com a produção de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina” pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Federação Latino-Americana de Hospitais. Em 1992, foi editado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, mas somente em 1998 foi criada uma comissão nacional para acreditação hospitalar, a Organização Nacional de Acreditação (ONA), que elaborou

normas técnicas, desenvolveu um código de ética, treinou pesquisadores e certificou institutos e empresas de vistoria. Assim, iniciou-se oficialmente, no País, o processo de Acreditação em 2000 (NOVAES e PAGANINI, 1994; BRASIL, 2002).

De acordo com a estratégia de acreditação por fases da ONA, existem três níveis de acreditação nos quais os hospitais devem ser acreditados em cada nível, antes de passar para o seguinte. No nível um, o foco se dá principalmente em aspectos estruturais, designado como “acreditação”. A instituição precisa atender às exigências que privilegiam o atendimento aos requisitos básicos da qualidade na assistência ao cliente, com recursos humanos compatíveis com a complexidade, qualificação adequada dos profissionais e os responsáveis técnicos com habilitação correspondente para as áreas de atuação (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009; WOLFF, 2005).

No nível dois, o foco está nos processos e é definido como “acreditação plena”. Corresponde ao princípio da organização (processos), com padrões e itens de orientação específicos. Nesse nível, estão as atividades de cuidados realizadas para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim como as atividades vinculadas à infraestrutura. Isto é, são técnicas operacionais que se atêm essencialmente à realização do fazer dos profissionais de saúde no que diz respeito ao ponto de vista técnico, na condução dos cuidados, do diagnóstico, da terapia e quanto à sua interação com os pacientes. Além disso, para a instituição atender ao nível dois, precisa estabelecer os indicadores que vão medir o processo de trabalho de forma sistemática, para ser utilizada posteriormente como forma de avaliação dos serviços oferecidos (WOLFF, 2005; BITTAR, 2001).

No terceiro nível, o mais elevado da acreditação cujas metas são os resultados, o hospital é designado como “acreditado com excelência”. Este nível corresponde ao princípio da excelência na gestão (resultados/melhorias), com os padrões e itens de orientação específicos. De acordo com os padrões e itens de verificação do Manual Brasileiro de Acreditação, este nível orienta para a gestão estratégica da organização. As exigências desse nível contêm, como estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional, ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários, evidências objetivas de utilização da tecnologia de informação, disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas com foco na busca da excelência (BRASIL, 2006; WOLFF, 2005).

Accreditação hospitalar configura-se como uma metodologia desenvolvida para apreciar a qualidade da assistência oferecida em todos os serviços de um hospital. A acreditação por si, contudo, não garante boa qualidade, é apenas uma ferramenta dentro de um sistema geral de medição, avaliação e aperfeiçoamento da qualidade. Por meio dela, são avaliados processos, estrutura e desempenho organizacionais, em relação a padrões preestabelecidos.

Em suma, La Forgia e Couttolenc (2009) ressaltam que as evidências disponíveis sugerem que a adoção bem-sucedida de programas de acreditação ou de programas de certificação está associada a melhorias significativas na eficiência e na qualidade que contribuem para o alcance dos resultados organizacionais.

As organizações hospitalares públicas estão em permanente desenvolvimento dos processos de mensuração do desempenho, direcionado para alcance das metas organizacionais, a fim de melhorar a qualidade e a equidade das ações de saúde e que atenda às necessidades do serviço, às demandas da população e à satisfação dos profissionais que nelas trabalham.

Isto requer sistemas de desempenho que possibilitem a articulação entre o desempenho organizacional e de pessoas, de modo a verificar se os processos internos impactam no resultado das pessoas e, conseqüentemente, no da organização.

As organizações necessitam realizar a medição de seu desempenho, para que possam identificar as atividades que reúnem valor ao produto e/ou serviço desenvolvido pela empresa, realizar comparações de desempenho com seus concorrentes e rever estratégias organizacionais para curto, médio e longo prazos, na obtenção de resultados. Portanto, faz-se importante abordar sobre o desempenho organizacional e hospitalar, delinear os principais modelos de medição, bem como os indicadores trabalhados neste contexto.

## 2 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

Nesta seção, inicialmente, se procura discorrer sobre os conceitos e abordagens que fundamentam a gestão do desempenho organizacional. Em seguida, delineiam-se os indicadores de desempenho e as suas funções, ressaltando os principais indicadores utilizados no contexto hospitalar, os quais comporão o instrumento diagnóstico utilizado na pesquisa. Por fim, os sistemas de medição e os principais modelos de avaliação de desempenho organizacional são descritos porque suportam teoricamente o modelo diagnóstico utilizado neste trabalho.

### 2.1 Conceitos e abordagens

O desempenho organizacional continua sendo um ponto-chave para as pesquisas referentes às diversas estratégias administrativas. Segundo Venkatraman e Ramanujan (1986), há uma busca contínua dos pesquisadores para estabelecer as implicações do desempenho na condução estratégica das organizações, mediante uma grande variedade de métodos que visam à sua operacionalização.

Avaliação do desempenho tornou-se um elemento fundamental para o processo de controle gerencial em qualquer tipo de organização. É um conjunto articulado de princípios, dimensões, indicadores, dinâmicas e instrumentos que analisam, subsidiam decisões e orientam a implantação de ações corretivas para favorecer a consecução de seus objetivos. Além disso, as medições são o ponto de partida para o aperfeiçoamento da própria empresa, porque permitem ao administrador saber quais são as metas da organização (HOURNEAUX *et.al.*, 2005; OLSON e SLATER, 2002).

Correa (1986) assevera que a avaliação do desempenho deve ter como orientação primordial a característica de integrar-se às demais atividades da empresa. Sua importância reside na possibilidade de os gestores identificarem os pontos críticos da organização, auxiliando na implantação de melhorias e no alcance dos resultados almejados.



Os métodos de avaliação de desempenho organizacional evoluem no decorrer do tempo, de acordo com quatro fatores principais: processos, pessoas, infraestrutura e cultura. O primeiro fator diz respeito à existência de processos para revisão, modificação e desdobramento do método. O fator “pessoas” refere-se à disponibilidade de habilidades requeridas dos profissionais envolvidos para uso, reflexão, modificação e desdobramento dos indicadores. A infraestrutura refere-se à disponibilidade de sistemas flexíveis que permitam a coleta, análise e reporte dos dados apropriados. O último é a existência de uma cultura de mensuração na organização (KENNERLEY e NEELY, 2002).

Faz parte desta evolução a introdução dos indicadores no processo de avaliação de desempenho organizacional. Conforme Holanda e Ferraz (2007), para que essa avaliação seja feita, é importante dispor de indicadores de resultados que traduzam a realidade organizacional de forma eficiente e clara.

## **2.2 Indicadores de desempenho**

Após a definição de desempenho organizacional e a explanação sobre a evolução do processo de mensuração, faz-se necessário embasar o conceito de indicadores, por sua importância ao compor o modelo diagnóstico utilizado como instrumento de coleta para este estudo.

A operacionalização da mensuração do desempenho da organização ocorre por meio dos indicadores. Um indicador possibilita relacionar os números aos fenômenos estudados, mediante um conjunto de regras estabelecidas, que, por sua vez, são os próprios indicadores (HOURNEAUX, 2005).

Existem três requisitos básicos para que o estabelecimento de medidas de desempenho propicie um gerenciamento efetivo da organização. Primeiro, as medidas devem ser sólidas para garantir o monitoramento dos fatores apropriados. Em segundo lugar, o sistema deve ter uma característica de totalidade, e, finalmente, o gerenciamento de

desempenho deve converter as medidas aferidas em ação que enseja resultados (RUMMLER e BRACHE, 1992).

Os indicadores devem estar orientados para o resultado do negócio e fazem com que as ações da organização sejam direcionadas para entregar o melhor produto ou serviço ao cliente e aprimorar o desempenho. Seu objetivo é informar às pessoas como estas realizam suas ações, como está seu desempenho e se estão agindo como parte do todo. Comunicam o que é importante para toda a empresa, interligando estratégia, recursos e processos. Têm, ainda, o objetivo de controlar e melhorar a qualidade e o desempenho dos seus produtos e processos ao longo do tempo (TAKASHINA e FLORES, 1996; HRONEC, 1994).

Para cumprir o seu papel, os indicadores de desempenho devem possuir determinadas características. Moreira (1996) propõe quatro qualidades essenciais para a eficácia de um indicador. A primeira é a confiabilidade, ou seja, a propriedade de atribuir sempre o mesmo valor a algo invariável que está sendo medido. A segunda é a validade, que é a propriedade de medir realmente aquilo que se propôs medir. Como terceira qualidade, a relevância ou a utilidade que ele traz para o usuário. E, por último, a consistência ou o grau de equilíbrio em relação a um determinado sistema de medidas.

Neste trabalho, privilegia-se um número restrito de indicadores, com base em Hourneaux (2005) ao expor a ideia de que possuir um conjunto com um pequeno número de indicadores com o objetivo de se reduzir a complexidade de um sistema é a essência da mensuração de desempenho.

A seguir, delineiam-se algumas funções atribuídas aos indicadores – a comunicação, a instrumentalização do evento decisório e a promoção da comparação.

Os indicadores de resultados têm como uma de suas funções divulgar o desempenho organizacional, mostrando a situação atual da instituição e aonde pretende chegar. A divulgação e o entendimento de cada um dos indicadores utilizados pela empresa são primordiais para que todos tenham uma visão sistêmica da organização e saibam o que precisa ser melhorado para atingir as metas traçadas (HOLANDA e FERRAZ, 2007).

Rummler e Brache (1992) ratificam esta ideia, expondo que, para o gerenciamento do desempenho em qualquer nível ser possível, é necessário que as expectativas em relação àquele desempenho sejam claramente estabelecidas e comunicadas. Assim, para as pessoas que trabalham na organização lograrem obter resultados satisfatórios, também se faz relevante se comunicar o que a organização espera delas em termos de desempenho.

Os indicadores são as formas em que se representam quantitativamente as características de produtos e serviços, avaliando o desenvolvimento e o desempenho desses itens. Eles disponibilizam os dados para se medir a ação da organização e dos colaboradores, ajudando os gestores a planejar as suas ações e as decisões sobre os caminhos que a organização deverá percorrer (HOLANDA e FERRAZ, 2007).

Finalmente, um indicador de desempenho deve ter a função de proporcionar a comparação. Ensinam Holanda e Ferraz (2007) que a importância desse *continuum* de comparação de práticas da gestão, pode ser representada em termos de estratégias, procedimentos, operações, sistemas, produtos ou serviços, com as organizações líderes reconhecidas no mercado, independentemente de serem do mesmo ramo de atividade ou não, com o objetivo de identificar oportunidades de melhoria do desempenho.

A definição dos indicadores é de fundamental importância para a elaboração de um instrumento de avaliação. Cada autor justifica seus critérios para a escolha, mas todos concordam com a ideia de que é imprescindível haver uma avaliação que traduza a realidade organizacional, objetivando a melhoria do desempenho.

Determinados indicadores compõem as dimensões e subdimensões a serem analisadas, que avaliarão se há alinhamento entre os indicadores organizacionais e de pessoas. A relevância de se abordar os critérios de escolha de indicadores decorre do referencial teórico que embasa a formação do modelo.

Os critérios utilizados nesta pesquisa para a formulação do modelo diagnóstico de Holanda e Ferraz (2007), assim como as alterações necessárias para adaptação do instrumento ao contexto hospitalar, estão especificados no capítulo referente ao instrumento de pesquisa.

## 2.3 Indicadores de desempenho hospitalar

Como este trabalho está situado no ambiente hospitalar é de suma importância a explanação dos indicadores utilizados neste contexto. Bittar (2001) explica que o indicador é a unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionada e que mensura aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Na área hospitalar, por exemplo, é uma medida quantitativa que pode ser usada para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte.

Nesta seção, os indicadores estão divididos segundo o ambiente externo e interno. A análise do primeiro ambiente, de acordo com Bittar (1996), possibilita prever a produção dos serviços hospitalares, mediante avaliação da necessidade da comunidade e as influências por que esta passa. O meio interno diz respeito ao meio hospitalar, às suas condições organizacionais e necessidades de médio e longo prazo.

### 3.3.1 Indicadores de ambiente externo

Estes indicadores consistem nas informações de meio externo, como as de demografia, economia e política, bem como a existência ou não de outras instituições de saúde e epidemiológicas. Podem ser: os demográficos, os socioeconômicos e os epidemiológicos. Conclui que estes indicadores podem ser utilizados em muitos estudos para a estimativa da condição de saúde populacional, procurando-se, pois, caracterizar a situação de saúde da população como condicionada a fatores biológicos e sociais e com historicidade própria (BITTAR, 2001; WOLFF, 2005).

Bittar (2001) esclarece que a análise destes indicadores de saúde da comunidade deve ser associada a outras, para que se possa formar um melhor juízo das condições de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas

que compõem determinada comunidade ou, em outras palavras, dos fatores que formam o seu perfil epidemiológico.

Estes indicadores, entretanto, não compõem o instrumento de pesquisa, visto que não será feita a análise do ambiente externo das organizações hospitalares, mas apenas do meio interno. Quando se utiliza o marcador balanceado, estes indicadores são empregados na perspectiva dos acionistas. Esta perspectiva não será abordada no instrumento diagnóstico.

### 3.3.2 Indicadores de ambiente interno

O meio interno, nas instituições de saúde, é formado pelas estruturas de recursos materiais, humanos e financeiros. A primeira é composta pela estrutura física da unidade (área construída, distribuição dos serviços técnicos e administrativos e área de internação e ambulatório), equipamentos e materiais de consumo utilizados. Enquanto isso, a estrutura de recursos humanos diz respeito aos profissionais que prestam os serviços (médicos, enfermeiros, técnicos e pessoal administrativo), o tipo de trabalho realizado, o custo com o pessoal e os investimentos com educação e treinamento. Para a utilização destes recursos, há necessidade de aplicação de recursos financeiros (BITTAR, 1996).

Apresentar-se-ão, a seguir, indicadores hospitalares utilizados para avaliação da produção, econômico-financeira e da qualidade. Alguns indicadores foram utilizados no instrumento de coleta e serão detalhados no subitem instrumento de pesquisa.

#### a) Indicadores de produtividade

Na área da saúde a produtividade é amplamente debatida e expressa em unidades de produção por unidade do insumo ou insumos utilizados. Um programa de produtividade permite o estabelecimento de metas gerenciais, melhoria de pessoal, melhor relação com os empregados e operação mais eficiente (BITTAR, 1996).

Os indicadores de produtividade podem ser setoriais ou corporativos. Os setoriais correspondem ao quanto de produto foi obtido com a utilização de uma unidade de mão de obra empregada no processo produtivo. Por exemplo: número de pacientes-dia, número de consultas, total de exames, refeições, metros quadrados de área limpa, total de atendimentos e outros (BITTAR, 1996; FEDERIGHI, 2005).

Os corporativos são aqueles que medem o desempenho global, com vistas à obtenção dos melhores resultados, do melhor desempenho. Por isso, estes indicadores foram eleitos para compor o instrumento de coleta que avalia o desempenho organizacional. Por exemplo: média de pacientes-dia, média de tempo de permanência, percentual de ocupação hospitalar, índice de rotatividade do leito hospitalar, índice de intervalo de substituição, índice consulta/médico, de mortalidade hospitalar, de mortalidade materna e fetal, de mortalidade infantil, de mortalidade de adulto, de infecção hospitalar, de necropsia e de pareceres médicos (BITTAR, 1996; FEDERIGHI, 2005).

Em face da complexidade do hospital e diversificação das áreas de produção, torna-se impossível a utilização de indicador único para medir produtividade. Por isso, no instrumento de pesquisa, na dimensão “alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa”, na subdimensão processos internos, são trabalhados os indicadores hospitalares: tempo médio de permanência (TMP), índice de renovação ou giro de rotatividade (IR/GR), índice de intervalo de substituição (IIS) e relação funcionários por leito. Existem, ainda, outros indicadores de medida de produtividade que, no entanto, não serão abordados no instrumento de coleta.

#### b) Indicadores econômico-financeiros

É por meio da análise dos demonstrativos financeiros que o administrador pode realizar comparações com o desempenho de outros hospitais, prever eventuais dificuldades, verificar se há capacidade para cumprir os compromissos assumidos etc. Esta análise tem início com a contabilidade de custos, do balanço financeiro e da demonstração dos resultados, por meio dos métodos como a análise vertical e horizontal e índices financeiros. Nesta seção,

foram referidas, apenas, as análises dos índices financeiros (PEREIRA, 2005; BITTAR, 1996).

Pode-se conhecer a situação econômico-financeira de uma empresa por meio da análise dos seguintes índices: liquidez (situação financeira), endividamento (estrutura de capital), atividades (rotatividade) e rentabilidade (situação econômica) (PEREIRA, 2005).

O índice de liquidez avalia a capacidade do hospital de satisfazer suas obrigações no vencimento. É a capacidade de pagamento das dívidas, podendo ser liquidez imediata, corrente, seco ou global (PEREIRA, 2005; BORBA, 2006).

Este indicador está presente no instrumento de coleta “alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa”, na subdimensão econômico-financeira, e será detalhado na seção modelo diagnóstico organizacional.

O segundo índice é o endividamento ou estrutura de capital e diz respeito ao endividamento da empresa. Pereira (2005) explica que existem duas fontes de capitais empregados - de terceiros e próprio - ou seja, quanto maior o percentual de capital de terceiros em relação ao próprio, maior o endividamento do hospital com outros.

Os indicadores financeiros destinados à avaliação da eficiência do uso do capital empregado são os índices de atividades ou rotatividade. Consoante Bittar (1996), o período médio de cobrança, prazo médio de pagamentos, a posição da empresa (favorável ou desfavorável) em relação ao recebimento ou pagamento devido e a rotação de estoque fazem parte deste indicador.

Finalmente, há o indicador rentabilidade ou situação econômica. Este indicador demonstra a capacidade de geração de lucro e de retorno do capital investido (BORBA, 2006).

Em se tratando de hospitais, as vendas devem ser entendidas como as receitas operacionais dos programas e serviços prestados ao SUS, convênios e particulares. Os resultados são medidos não apenas em termos de indicadores de desempenho econômico-financeiro, mas também pelos volumes de produtividade e pela qualidade dos serviços prestados (BITTAR, 1996; PEREIRA, 2005).

### c) Indicadores de qualidade

Os indicadores de qualidade hospitalar tem importância, tanto na perspectiva dos negócios internos, como na perspectiva dos clientes e dos acionistas, governo e comunidade, visto que os resultados obtidos com estes indicadores têm utilização interna para avaliação da qualidade resultante dos processos, como também influenciam na escolha do cliente por determinado hospital. Avaliação da qualidade consiste no estudo da distribuição e dos fatores determinantes da atenção médica almejada nos hospitais ou nas clínicas. Pode ser mensurado objetivamente por meio dos indicadores hospitalares ou dos indicadores de saúde da comunidade. Ou, ainda, ser mensurado subjetivamente mediante pesquisas com usuários, levantando-se o índice de reclamações dos clientes, por exemplo (BITTAR, 1996).

Os indicadores mais utilizados são: a taxa bruta de infecções, de cesáreas, de cirurgia desnecessária, de complicações ou intercorrências, de infecção hospitalar, de mortalidade geral hospitalar e taxa de mortalidade institucional, entre outros. Do ponto de vista administrativo, o controle desses dados pode trazer ao gestor subsídios para a tomada de decisão e a melhoria dos serviços realizados. Muitas vezes, no caso de reembolso por procedimentos realizados e serviços prestados a pacientes de convênios e planos de saúde, a equipe administrativa do hospital tem a obrigação de realizar o registro dessas informações e reembolsar corretamente os profissionais médicos (BITTAR, 1996; AMARAL, 2005).

No instrumento de coleta, na dimensão “alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa”, na subdimensão processos internos, estão os indicadores de qualidade: taxas de infecção hospitalar e de mortalidade geral hospitalar.

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), ao longo dos anos, o Ministério da Saúde do Brasil lançou diversos programas para melhorar a qualidade dos serviços financiados pelo SUS. Por não haver, contudo, uma política de aperfeiçoamento da qualidade estrategicamente condicionada a financiamento ou a resultados, muitos desses programas têm vida curta.



## 2.4 Modelos de medição de desempenho organizacional

O Sistema de Medição de Desempenho Organizacional (SMDO) pode ser caracterizado por um conjunto de indicadores articulados que operacionaliza a medição e quantifica o desempenho, conforme a escolha dos critérios ou dimensões a serem analisados e designados na gestão estratégica (HOLANDA e FERRAZ, 2007).

Figueiredo *et al.* (2005) definem o sistema de medição de desempenho organizacional como o conjunto de pessoas, processos, métodos, ferramentas e indicadores estruturados para coletar, descrever e representar dados com a finalidade de produzir informações sobre múltiplas dimensões de desempenho, para seus usuários de variados níveis hierárquicos. Com base nestas informações, os usuários podem avaliar o desempenho de equipes, atividades, processos e da própria organização, para tomar decisões e executar ações para a melhoria do desempenho.

A evolução dos Sistemas de Medição de Desempenho Organizacional (SMDO) possui três fases distintas. A primeira foi do século XIV ao século XIX, quando surgiram as primeiras práticas de contabilidade para controle do processo produtivo e quando foram desenvolvidos os primeiros sistemas de administração e controle da produção. A segunda fase é do início até meados da década de 1980, quando a medição do desempenho passou formalmente a fazer parte do ciclo de planejamento e controle das organizações. E a terceira fase iniciou-se durante a década de 1980, estendendo-se até os dias de hoje, quando, com base nas diversas críticas feitas aos modelos de SMDO tradicionais, novos modelos com múltiplas dimensões de desempenho foram propostos e características necessárias a sua eficácia foram identificadas na literatura sobre o tema.

Constata-se, então, que estes sistemas de medição de desempenho passaram, cada vez mais, de tradicionais para estratégicos. Os mais tradicionais utilizam predominantemente medidas financeiras para mensurar o desempenho das empresas, onde tais medidas são basicamente as relevantes. As organizações são classificadas como de bom desempenho quando obtêm bons resultados financeiros, baseados principalmente no índice de retorno sobre investimento proporcionado ao investidor. São compostos por indicadores financeiros

relacionados apenas aos interesses dos acionistas. Esses indicadores forneciam somente informações de curto prazo e não indicavam como as organizações poderiam melhorar seu desempenho futuro (HOLANDA e FERRAZ, 2007; KAPLAN e NORTON, 1997).

Um dos principais objetivos do SMDO é fornecer informações que facilitem a aprendizagem organizacional. Para os autores, com as informações fornecidas pelo SMDO, os tomadores de decisão podem questionar pressupostos e avaliar se as teorias com que estão trabalhando continuam coerentes com as evidências, observações e experiências reais. Outra característica é a análise crítica. Para uma organização poder melhorar continuamente seu desempenho, deve ter um sistema que forneça informações propiciadoras de avaliação do seu desempenho global (KAPLAN e NORTON, 1997; FIGUEIREDO et al.; 2005).

Além disso, o SMDO deve medir não somente o desempenho financeiro, mas também a satisfação dos clientes, a qualidade dos produtos e serviços, a satisfação do funcionário e o clima organizacional, a imagem que a sociedade tem da organização, o impacto ambiental de seus produtos, o desempenho dos seus fornecedores, a inovação e o aprendizado organizacional, bem como a eficácia e eficiência dos processos de negócios. Concluindo, o SMDO deve ser um sistema de informação que faz parte da gestão do desempenho global, alinhado com as estratégias e os objetivos corporativos e funcionais, além de claros e dinâmicos; e E tornar explícitas as relações causais entre os indicadores para que elas possam ser gerenciadas e validadas (KAPLAN e NORTON, 1997).

Segundo Gonçalves et al (2006), a característica essencial para uma organização é a capacidade de aplicar com sucesso seus indicadores para medição de seu desempenho, possibilitando maior conhecimento de seus processos, relacionados com os pontos críticos de sucesso, permitindo uma avaliação contínua da eficiência dos processos e das pessoas. Portanto, faz-se necessário debater sobre os principais modelos de avaliação de desempenho organizacional.

Na revisão de literatura, foram encontrados diversos modelos de avaliação de desempenho, elaborados por autores, com enfoques distintos, representando visões analíticas sobre a melhor maneira de mensurar o desempenho de uma organização, na visão específica de cada autor. Para os propósitos deste estudo, não são considerados todos os métodos de

avaliação de desempenho organizacional disponíveis, apenas os mais recentes, ou seja, com origem na década de 1990. Serão delineados os seguintes métodos: Rummler e Brache, Sink e Tuttle, Hronec, BSC, Modelo SIGMA, além do método da Fundação Nacional da Qualidade e o GESPÚBLICA, porque serviram de base para o modelo diagnóstico utilizado.

<b>Data de origem</b>	<b>Método</b>	<b>Autor (es)</b>
Início do séc. XX	Tableau de Bord	Engenheiros franceses
1950	Método de Martindell	J. Martindell
1951	Prêmio Deming	Union of Japanese Scientists and Engineers
1954	Administração por objetivos	P. Drucker
1970	Método de Buchele	R. Buchele
1987	Prêmio Malcom Baldrige	Foundation for the Malcom Baldrige National Quality Award
1990	Balanced Scorecard	R. Kaplan e D. Norton
1992	Prêmio Nacional da Qualidade	Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade
1994	Método de Rummler e Brache	G. Rummler e A. P Bruche
1997	Skandia Navigator	L. Edvinson
1999	SIGMA Sustainability Scorecard	British Standards Institution Forum for the future Accountability UK Department of Trade and Industry

Quadro 1 - Evolução histórica dos métodos de avaliação de desempenho organizacional  
Fonte: adaptado de Hourneaux (2005).

No quadro 1, Hourneaux (2005) expressa uma evolução histórica dos principais métodos de avaliação de desempenho organizacional vigentes com o início do século XX. Desde o modelo de indicadores que é o *Tableau de Bord* precursor do BSC, até o método SIGMA, que visa a asseverar a criação de valor para uma organização mediante os resultados econômico, da contribuição social e o das ações ecológicas em ambientais.

### 3.4.1 O modelo de Rummler e Brache

Seguindo a tendência que surgia nos anos 1990, com a reengenharia e os conceitos da reestruturação de processos, Rummler e Brache (1994) propõem a existência de duas dimensões – nível e necessidade de desempenho - que, combinadas, resultarão no

desempenho global da organização. Cada uma dessas dimensões, por sua vez, se divide em três. O nível de desempenho está relacionado com a amplitude da ação aos níveis: da organização, do processo e do trabalho/executor. A necessidade de desempenho diz respeito aos aspectos objetivos, projetos e gerenciamento. Dessa forma, a combinação de cada dimensão significa um diferente estágio de desempenho dentro da organização, ocasionando as nove possíveis variáveis de desempenho.

Assim, a combinação e a inter-relação dos três níveis com as necessidades de desempenho representam um conjunto completo de alavancas que possibilita o aperfeiçoamento e pode ser usado pelo gestor em qualquer nível. Cada uma das nove variáveis apresentará características e objetivos diversos, mas que todos contribuem para o desempenho da organização. Cada variável poderá interferir nas demais e delas depender, pretendendo-se chegar a uma visão sistêmica do desempenho organizacional (RUMMLER e BRACHE, 1994).

Holanda e Ferraz (2007) ressaltam que, para a proposição do modelo dessa pesquisa, foi considerada a afirmação destes autores de que é preciso desenvolver medidas sólidas que garantam o monitoramento dos processos, com medidas inter-relacionadas e que permitam converter os dados fornecidos pelo sistema de medição, obtendo assim o resultado planejado.

#### 3.4.2 O modelo de Sink & Tuttle

Este foi criado em 1993. Considera a medição como principal instrumento, estabelecendo um conjunto de sete critérios de desempenho: eficácia, eficiência, qualidade, produtividade, qualidade de vida no trabalho, inovação e lucratividade. Os sistemas gerenciais devem ser desenvolvidos e integrados à medição de desempenho; além de privilegiar os clientes, fornecedores e vendedores, bem como os clientes internos e externos. Deve ser simples e flexível, para adaptar-se às mudanças contingenciais impostas pelo ambiente, além de precisar ser bem entendido por todas as pessoas que o utilizarão, para que não haja entraves (SINK e TUTTLE, 1993).

Holanda e Ferraz (2007) explicam que os sete critérios do modelo de desempenho de Sink & Tuttle (1993) possuem aspectos relevantes para o modelo diagnóstico utilizado por esta pesquisa. A qualidade de vida no trabalho na dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas constitui item de verificação na dimensão alinhamento com a estratégia.

### 3.4.3 O modelo QUANTUM

Atualmente as empresas necessitam aperfeiçoar continuamente seus processos e agregar cada vez mais valor aos seus produtos e serviços. O desempenho QUANTUM pode ser definido como o nível de realização que otimiza o valor e o serviço da organização para seus interessados – clientes, empregados, acionistas e ambientalistas - tem o objetivo de analisar a medição sob três dimensões – qualidade, tempo e custo. A qualidade quantifica a excelência do produto ou serviço, o tempo quantifica a excelência do processo e o custo é o lado econômico da excelência (HRONEC, 1994).

A figura 1 demonstra a interação das três dimensões, além de valor e serviço como componentes essenciais ao desempenho QUANTUM.

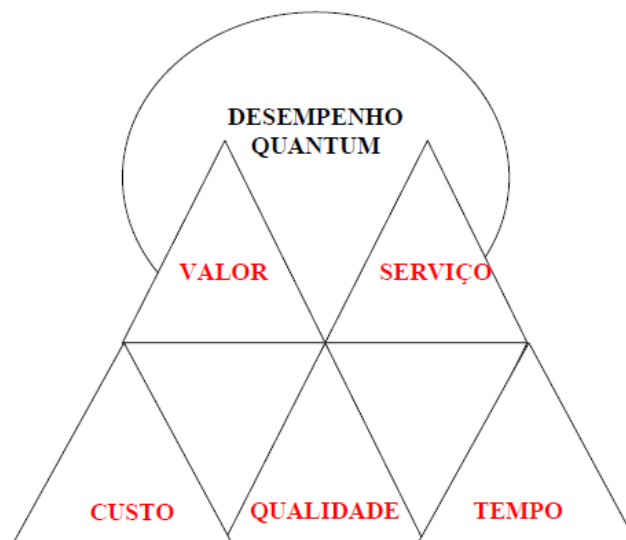


Figura 1 – Família de medidas do desempenho QUANTUM

Fonte: Hronec (1993)

Hronec (1994) ressalta que cada categoria deve ser relacionada a uma parte interessada no negócio. O autor esclarece que, para aprimorar os resultados dos processos críticos de uma organização, o tempo, a qualidade e os custos devem ser focados simultaneamente para que a organização obtenha êxito e se perpetue no mercado, maximizando os seus resultados.

Os processos comunicação, treinamento, as recompensas e o *benchmarking* são elementos facilitadores e explorados no modelo diagnóstico, principalmente a comunicação e o sistema de recompensas que aparecem como subdimensões do modelo. Acrescentam-se o treinamento e o *feedback* (HRONEC, 1994).

Na figura 2, encontra-se um esquema que representa o modelo QUANTUM. O esboço representa a estratégia como base, com a presença da melhoria contínua nas diferentes partes do modelo e tem como foco o desempenho dos processos da organização.

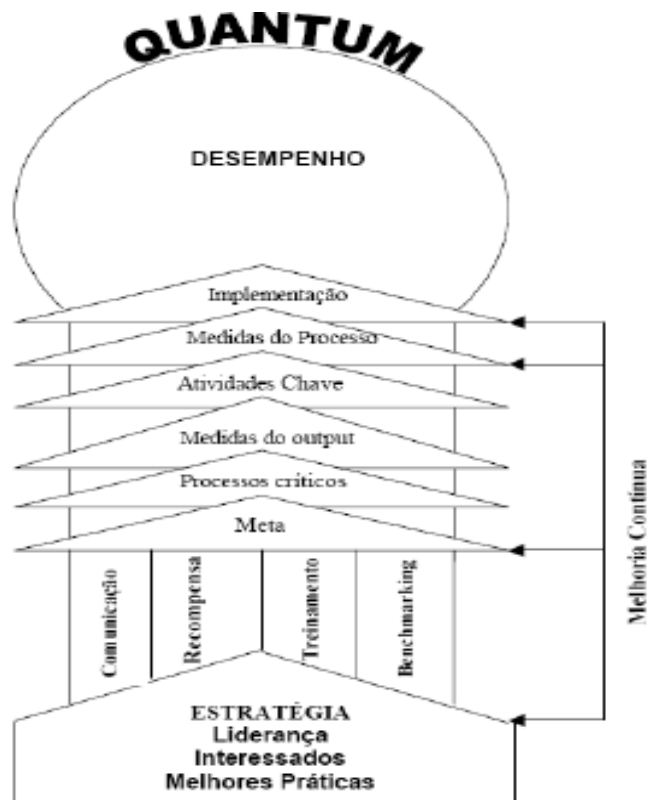


Figura 2 – Modelo QUANTUM  
Fonte: Hronec (1994)

#### 3.4.4 O modelo da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ)

O modelo FNQ de excelência da gestão foi implantado no Brasil em 1992, juntamente com o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Atualmente é denominado Modelo de Excelência da Gestão (MEG), baseado em 11 fundamentos e oito critérios. Os fundamentos são: pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, cultura de inovação, liderança e constância de propósitos, orientação por processos e informações, visão de futuro, geração de valor, valorização de pessoas, conhecimento sobre o cliente e o mercado, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social. E os critérios: liderança, estratégias e planos, clientes, sociedade, informações e conhecimento, pessoas, processos e resultados.

Consoante Hourneaux (2005), este modelo pode ser usado para avaliação, diagnóstico e orientação de qualquer tipo de organização, no setor público ou privado, com ou sem finalidade de lucro e de porte pequeno, médio ou grande, em função de descrever ferramentas e práticas da gestão.

O Modelo FNQ (2009) é representado pela figura 3, que simboliza a organização, considerada como um sistema orgânico e adaptável ao ambiente externo. Segundo a FNQ (2009), o sucesso de uma organização está diretamente relacionado à necessidade da empresa em identificar, entender e satisfazer as necessidades e expectativas da [sociedade](#) e das comunidades com as quais interage de forma ética e preservando o ambiente.

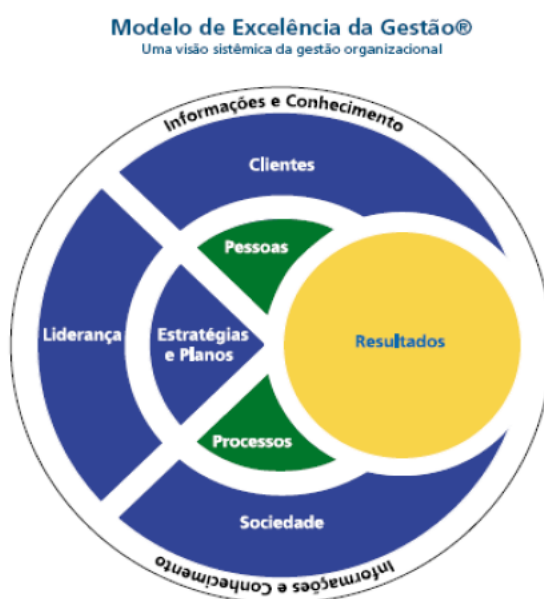


Figura 3 – Modelo FNQ  
Fonte: fnpq.org.br

Consoante a FNQ (2009), a [liderança](#), de posse das informações dos clientes e da sociedade, analisa o desempenho e executa, sempre que necessário, as ações requeridas, consolidando o aprendizado organizacional. As [estratégias](#) são formuladas pelos líderes para direcionar a organização e o seu desempenho, determinando sua posição competitiva. Elas são desdobradas em todos os níveis da organização, com planos de ação de curto e longo prazo. Recursos adequados são alocados para assegurar sua implantação. A organização avalia permanentemente a implementação das estratégias, monitora os respectivos planos e responde rapidamente às mudanças nos ambientes interno e externo.

Considerando os quatro critérios apresentados, tem-se a etapa de planejamento (P) do ciclo PDCA. As [pessoas](#) que compõem a força de trabalho devem estar capacitadas e satisfeitas, atuando em um ambiente propício à consolidação da cultura da excelência. Com isso, é possível executar e gerenciar adequadamente os [processos](#), criando valor para os clientes e aperfeiçoando o relacionamento com os fornecedores. A organização planeja e controla os seus custos e investimentos. Os riscos financeiros são quantificados e



monitorados. Conclui-se, neste momento, a etapa referente à execução (D) no PDCA. Para efetivar a etapa do controle (C), são mensurados os [resultados](#) relativos à situação econômico-financeira, clientes e mercado, pessoas, sociedade, processos principais do negócio e processos de apoio, e fornecedores.

Segundo a FNQ (2009), os efeitos produzidos pela implantação sinérgica das práticas da gestão e pela dinâmica externa à organização podem ser comparados às metas estabelecidas para eventuais correções de rumo ou reforços das ações implementadas. Esses resultados, apresentados sob a forma de [informações e conhecimento](#), retornam a toda organização, complementando o ciclo PDCA com a etapa referente à ação (A). Essas informações representam a inteligência da organização, viabilizando a análise do desempenho e a execução das ações necessárias em todos os níveis. A gestão das informações e dos ativos intangíveis é um elemento essencial à jornada em busca da excelência.

No instrumento de coleta modelo diagnóstico, dimensão alinhamento com estratégia – perspectiva quantitativa está presente a subdimensão aprendizado organizacional, tanto embasado pelo BSC de Kaplan e Norton (1997) quanto pela FNQ (2009), tendo sido denominada “capacidades de pessoas e clima”. Como fundamento da FNQ (2009), o aprendizado organizacional refere-se à busca e alcance de um novo patamar de conhecimento para a organização por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de informações.

Outros fundamentos presentes na mesma dimensão, na forma de itens de verificação ou como subdimensões, são a valorização das pessoas, satisfação do cliente e a responsabilidade social.

#### 3.4.5 O modelo GESPÚBLICA

Grande parte das contribuições da literatura, nos campos teórico e empírico, é feita tendo as empresas privadas como referência ou objeto de estudo e, portanto, ocorrem no contexto dos mercados e presididas por noções de concorrência e competitividade. As contribuições e experiências de avaliação no setor público, portanto, são escassas.

As organizações públicas focam a avaliação da gestão, quase que exclusivamente, nas funções de controle com ênfase no cumprimento dos requisitos legais, principalmente aos que dizem respeito ao uso dos recursos financeiros. O objetivo dessa avaliação praticamente se resume na análise dos resultados obtidos entre o orçamento previsto e o executado. A dificuldade em avaliar a gestão pública decorre da existência de muitos fatores intangíveis, peculiares às organizações públicas, que dificultam a identificação de indicadores para aferição. Isso faz com que a natureza da avaliação neste setor se diferencie do privado, tornando-se necessária a utilização de modelos distintos (ROCHA et al, 2009; OLIVEIRA, 2009).

Oliveira (2009) acrescenta que as empresas públicas são organizações movidas por missão e propósitos sociais, não tendo retroação dos resultados. Na ausência de uma visão clara desses resultados e da avaliação do grau em que são obtidos, não gozam do benefício de serem orientadas pela dinâmica do mercado e de objetivos simples de lucratividade.

Em vista disso, um esforço de avaliação da gestão pública é feito em todo o mundo. Rocha et al (2009) ressaltam que no Brasil essa experiência ocorreu pela aplicação dos princípios da excelência, fundamentados no Programa Nacional de Qualidade para o Setor Privado – PNQ. Surgiu, por essa via, o Modelo de Excelência da Gestão Pública, desenvolvido no âmbito do Programa Nacional da Gestão Pública e Desburocratização – GESPÚBLICA, que produziu um sistema de avaliação aplicado em organizações públicas de todo o País, em todos os setores, e buscou ter como referência um modelo da gestão focado em resultados e orientado para o cidadão.

Esses autores ainda ensinam que esse modelo de excelência em gestão se baseou em modelos de padrão internacional, expressando o entendimento vigente sobre o estado da arte da gestão contemporânea. O Modelo de Excelência da Gestão Pública – MEGP (2009) é um sistema gerencial constituído por oito partes interligadas, organizadas em quatro blocos, que se relacionam de forma harmônica e integrada, para orientar a adoção de práticas de excelência em gestão e produzir resultados para a melhoria organizacional, representado pela figura 4.

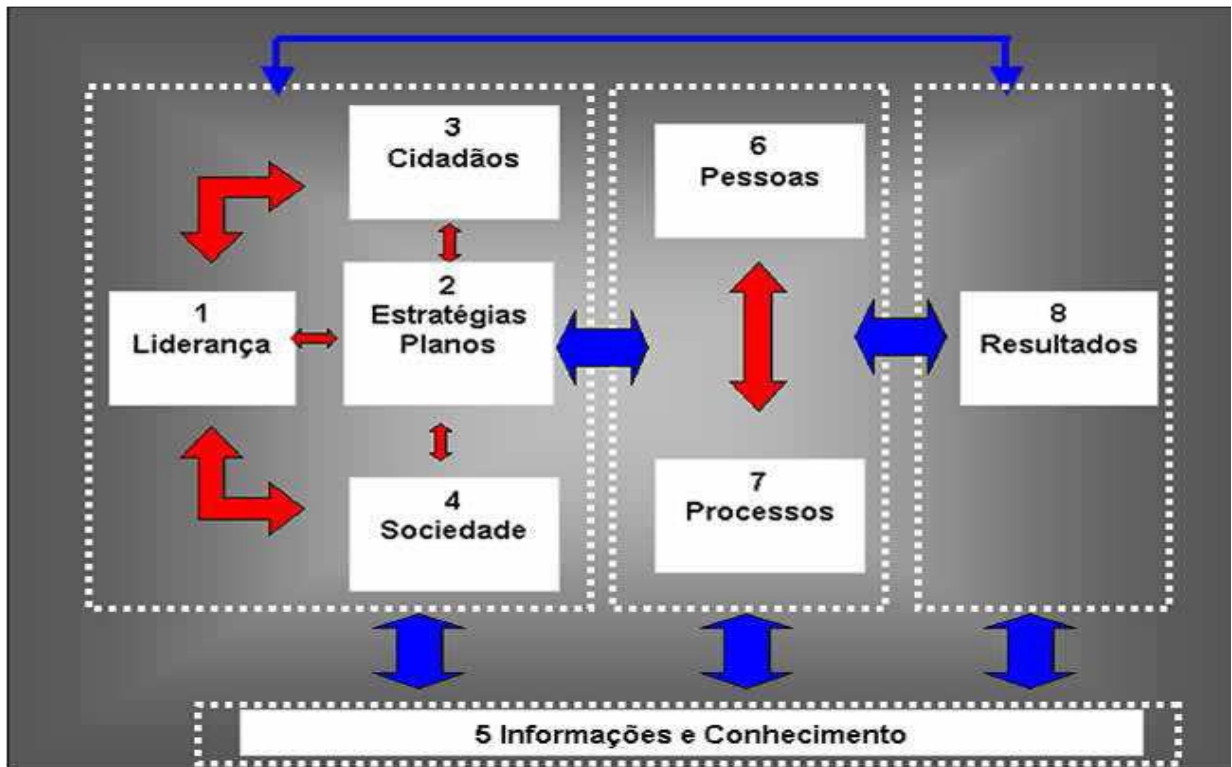


Figura 4 - Representação do modelo de excelência em gestão pública, em blocos.

Fonte: GESPÚBLICA (2010)

Oliveira (2009) demonstra que este sistema tem o ciclo PDCA como referência teórica. O primeiro bloco é constituído pelos fundamentos de liderança, estratégias e planos, cidadãos e sociedade e corresponde à ação de planejar. O segundo bloco dos fundamentos de pessoas e processos representa a ação de executar o planejamento. Nessa fase, acontecem as ações que transformam objetivos e metas em resultados.

O terceiro bloco que, corresponde ao resultado, representa o controle no PDCA, pois serve para acompanhar o atendimento à satisfação dos destinatários dos serviços e da ação do Estado, o orçamento e as finanças, a gestão das pessoas, a gestão de suprimento e das parcerias institucionais, assim como o desempenho dos serviços/produtos e dos processos organizacionais. O quarto bloco, o fundamento das informações e conhecimento, possibilita à organização a capacidade de ajustar suas práticas da gestão, obtendo como consequência a melhoria de seu desempenho. O modelo baseia-se ainda em cinco princípios e 13 fundamentos da excelência gerencial.

Em seu conjunto, as oito partes que formam os quatro blocos estruturantes do modelo e os critérios que incorporam os requisitos orientadores das práticas da gestão possibilitam os três instrumentos que sugerem um caminho progressivo do processo de autoavaliação, ou seja, tem-se a pontuação – 250, 500 e 1000 pontos – para aferir o grau de maturidade da gestão, conforme apresentado na figura 5.



Figura 5 - Documento de referência do GESPÚBLICA.

Fonte: GESPÚBLICA (2010).

Portanto, a avaliação do GESPÚBLICA determina o estágio de maturidade da gestão da organização, considerando os requisitos baseados nos fundamentos do MEGP, levantados na análise dos processos gerenciais e dos resultados organizacionais, e enseja uma pontuação que, quando comparada às faixas de pontuação global (IAPG, 2009) da tabela do MEGP, permite identificar o perfil da gestão da organizacional.

O método de mensuração por pontos do GESPÚBLICA é utilizado nesta pesquisa como teoria de suporte para tratamento e análise dos dados do modelo diagnóstico organizacional de Holanda e Ferraz (2007), visto que o modelo original foi aplicado em instituições bancárias que, por sua natureza, são muito diferentes das instituições hospitalares.

### 3.4.6 O modelo *Balanced Scorecard* (BSC)

Buscando aprimorar os mecanismos tradicionais de avaliação de desempenho, Kaplan e Norton (1997) desenvolveram o *Balanced Scorecard* (BSC). Este modelo é uma ferramenta completa que traduz a visão e a estratégia da empresa em um conjunto coerente de medidas de desempenho. Além de preservar as medidas financeiras tradicionais, enfoca outras três perspectivas de desempenho – clientes, processos internos e aprendizagem.

Os autores agruparam essas medidas em quatro perspectivas diferentes – a perspectiva financeira, a do cliente, a dos processos internos, a do aprendizado e crescimento, que procuram equilibrar os objetivos de curto e longo prazo, resultados desejados. Dessa forma, estabelecem relações de causa e efeito entre os indicadores dentro das quatro perspectivas.

A perspectiva financeira está relacionada à estratégia para o crescimento, lucro e risco percebido pela perspectiva dos acionistas. São medidas valiosas porque mostram as consequências econômicas de ações realizadas, afirmando que, por seu intermédio, é possível verificar se a estratégia da organização, sua implementação e execução encontram-se, de fato, contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros. A segunda perspectiva diz respeito à estratégia para criação de valor e diferenciação pela perspectiva do cliente. É fundamental que as empresas identifiquem os segmentos de mercados em sua população atual, potenciais de clientes e selecionem os segmentos nos quais querem atuar (KAPLAN e NORTON, 1997).

A perspectiva dos processos internos, de acordo com seus criadores, deriva-se das estratégias da perspectiva financeira e dos clientes. Trata-se das prioridades estratégicas para vários processos de negócios que levam à satisfação do cliente e do acionista. Portanto, nesta perspectiva, é importante identificar os processos críticos, indispensáveis para alcançar os objetivos propostos nas perspectivas anteriores. E, finalmente, a perspectiva do aprendizado e do crescimento, na qual estão as prioridades para criar uma atmosfera que dê apoio ao crescimento, à inovação e às mudanças organizacionais. A figura 6 demonstra a inter-relação das quatro perspectivas.

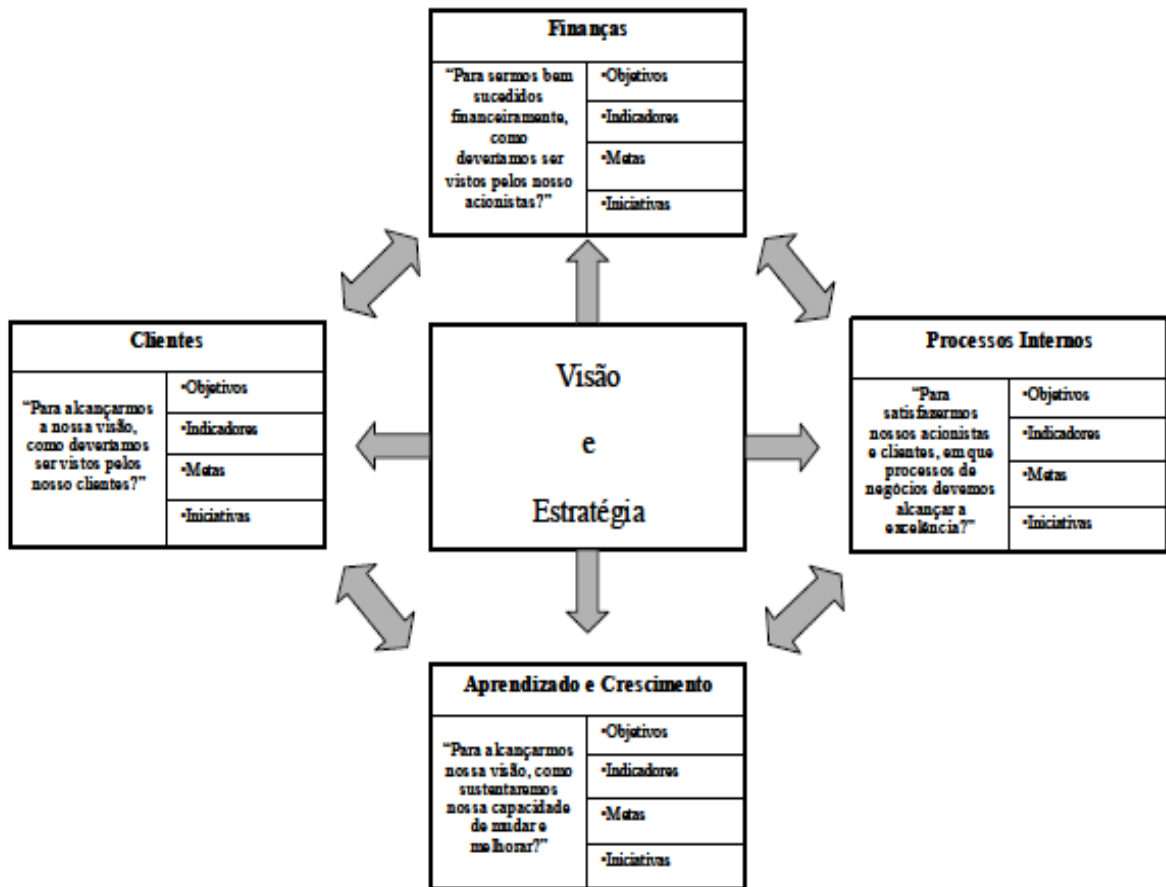


Figura 6 - As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard*  
 Fonte: Kaplan e Norton (1997)

Segundo Hourneaux (2005), a utilização do BSC como método de mensuração é vantajosa para a organização, à medida que busca o alinhamento dos processos administrativos à estratégia. Além disso, sugere que seja utilizado simultaneamente a outras ferramentas que ajudam na melhoria do desempenho organizacional.

A contribuição do BSC para o modelo diagnóstico é a ideia de alinhamento que justifica a criação de uma dimensão chamada alinhamento com a estratégia. Suas subdimensões também estão embasadas nas quatro perspectivas inventariadas no BSC, com denominações diferentes, mas com o mesmo princípio teórico.

A perspectiva “clientes” está denominada como subdimensão usuário/paciente; enquanto a perspectiva “aprendizagem e motivação” está como subdimensão capacitação e clima. Continuam as perspectivas “processos internos” e “econômico-financeira”.

Kaplan e Norton continuam evoluindo com as ferramentas do BSC. Os autores incluíram, como exemplo desta evolução, o conceito de mapa estratégico, que é uma representação visual das relações de causa e efeito entre os componentes da estratégia de uma organização (HOURNEAUX, 2005).

Apesar deste esforço no aperfeiçoamento contínuo do modelo, Kaplan e Norton (2001) sugerem que o BSC seja utilizado simultaneamente a outras ferramentas que ajudam na melhoria do desempenho organizacional, como o EVA (*Economic-Value Added*) e a Administração da Qualidade Total (*Total Quality Management – TQM*).

#### 3.4.7 O modelo SIGMA *Sustainability Scorecard*

O modelo SIGMA *Sustainability Scorecard* tem por objetivo garantir a criação de valor para uma empresa por meio do *triple bottom line*, ou seja, o resultado econômico, da contribuição social e o resultado das ações ecológicas e ambientais. Com origem nesses pressupostos, o *British Standards Institution*, o *Forum for the future* e a organização *Accountability*, instituições britânicas, ao lado do *Department of Trade and Industry* do Reino Unido, criaram, por meio do chamado projeto SIGMA, um *framework* para mensuração e avaliação de desempenho das organizações do mundo inteiro (SIGMA, 2003).

Hourneaux (2005) ressalta que, neste método, há duas grandes mudanças em relação aos tradicionais *scorecards*. A primeira é o enfoque de sustentabilidade, em vez do financeiro; a segunda é o enfoque dos *stakeholders* no lugar dos clientes.

A figura 7 apresenta o SIGMA *Sustainability Scorecard* que, à semelhança do *Balanced Scorecard*, também composto por quatro perspectivas básicas de avaliação de

desempenho: a perspectiva da sustentabilidade, do *stakeholder* externo, *stakeholder* interno e a perspectiva do conhecimento e habilidade.

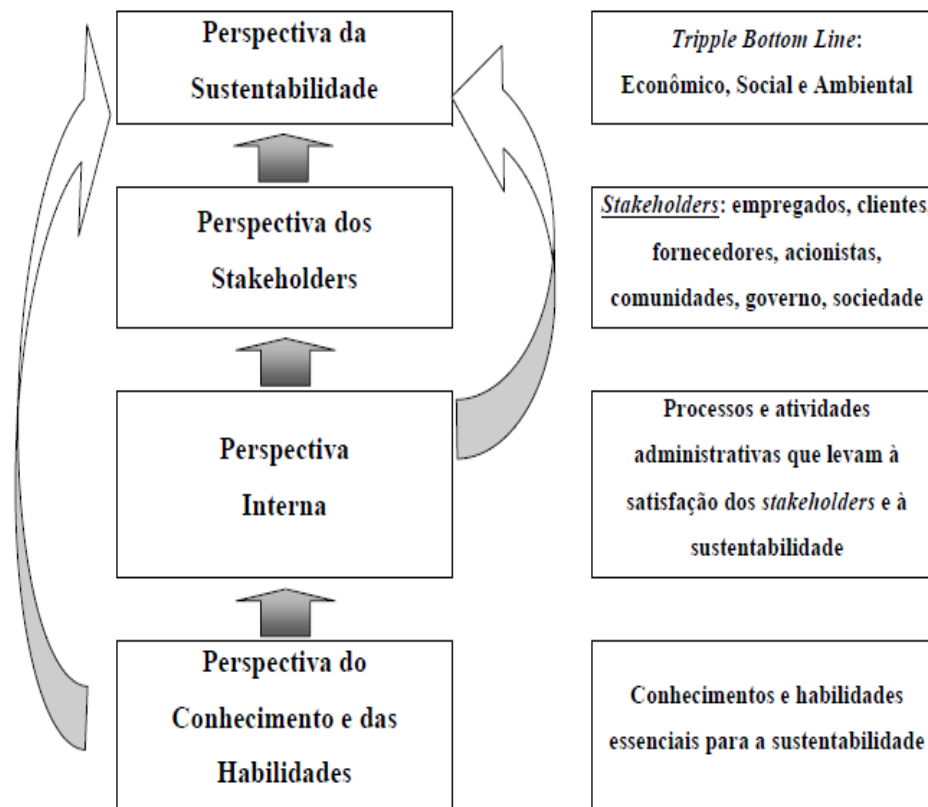


Figura 7 – As perspectivas do modelo SIGMA  
Fonte: SIGMA (2003)

Segundo o projeto SIGMA (2003), suas perspectivas devem responder a alguns questionamentos. Em relação à sustentabilidade: que indicadores de desempenho sociais, econômicos e ambientais são relevantes, de acordo com a missão, a visão e os valores da organização? Na perspectiva do *stakeholder* externo: quanto deve a organização se comprometer com, e ser responsável por, seus *stakeholders*, a fim de alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável? Na perspectiva do *stakeholder* interno: como devem ser realizadas as atividades da administração e os processos da organização, a fim satisfazer seus *stakeholders* e alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável? E a perspectiva do conhecimento e habilidade: como a organização aprende,



inova e melhora, com o objetivo de obter excelência em suas atividades e processos administrativos para alcançar suas contribuições para o desenvolvimento sustentável?

Conforme Hourneaux, o modelo SIGMA (2003) deve ser implementado juntamente com outras ferramentas e conceitos de sustentabilidade, como relatórios de responsabilidade social, relatórios de impactos ambientais, dentre outros, e deve ser o grande responsável pelo monitoramento das ações da organização na busca do equilíbrio nos três eixos.

A contribuição do modelo SIGMA ao modelo diagnóstico organizacional é referente ao aspecto da responsabilidade socioambiental, presente na dimensão alinhamento com a estratégia, abordando aspectos do desperdício de recursos naturais, tratamento de resíduos hospitalares, educação continuada para pacientes e inovação. Este modelo também embasa o conceito de sustentabilidade, pautado nos aspectos econômicos, sociais e ambientais.

Após a explanação sobre estes modelos de mensuração do desempenho organizacional, pode-se concluir que a avaliação do desempenho deve ser capaz de subsidiar os gestores com informações importantes que assegurem a gestão eficaz dos recursos disponíveis na organização. Estas informações devem corresponder à realidade e fazer parte da rotina do gestor, contribuindo para obtenção de resultados satisfatórios que garantam a sobrevivência da organização.

Esta pesquisa compreende um estudo sobre o alinhamento entre o desempenho organizacional e de pessoas nas instituições hospitalares. Após explanarmos sobre o desempenho organizacional, mais especificamente, no contexto hospitalar, faz-se relevante apresentar, a seguir, a avaliação do desempenho de pessoas e seus métodos.

### 3 GESTÃO DO DESEMPENHO DE PESSOAS

Nesta seção, procura-se conceituar a avaliação do desempenho de pessoas, apresentar os principais objetivos desta função, bem como os métodos de avaliação utilizados, que, de acordo com o seu foco, podem pertencer a uma perspectiva subjetiva ou objetiva. Posteriormente serão abordados os principais responsáveis pelas avaliações no contexto organizacional, bem como as aplicações da avaliação de desempenho para gestão de pessoas.

#### 4.1 Conceitos e objetivos

A avaliação acontece com o ser humano desde os primórdios. É uma forma básica do comportamento humano, às vezes, completa, estruturada e formal, outras, subjetiva, informal. A avaliação formal se baseia em esforços sistemáticos para definir critérios explícitos e obter informações acuradas sobre as opções. Enquanto isso, a informal ocorre sempre que uma pessoa opta por uma entre várias opções existentes sem antes ter coletado evidência formal do mérito relativo dessas opções (WORTHEN et al, 2004).

Neste estudo, tratar-se-á da avaliação relacionada ao desempenho humano. É fundamental, portanto, conceituá-lo. Lucena (1992) refere-se ao desempenho como a atuação do empregado em face de um cargo que ocupa na organização, cujo conteúdo especifica as responsabilidades, tarefas, desafios que lhe foram atribuídos. Pode ser reconhecido como a manifestação concreta e objetiva do que o empregado é capaz de fazer. É algo que pode ser definido, acompanhado e mensurado.

Lima (2004) define o desempenho humano como uma esfera do desempenho da organização, com base no qual se obtém do comportamento de um funcionário ou equipe de trabalho na execução de uma tarefa e comparada com o padrão esperado.

Então, como avaliar este desempenho? Worthen et al. (2004) ensinam que avaliação usa métodos de pesquisa e julgamento, entre os quais: determinação de padrões para

julgar a qualidade, definição dos padrões como relativos ou absolutos, coleta de informações relevantes; e aplicações dos padrões para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância. Em todos os casos, porém, o objetivo central do ato de avaliar é determinar o mérito ou valor de alguma coisa.

O acompanhamento sistemático do desempenho garante à empresa a utilização adequada dos seus recursos e a condução eficaz do desempenho do seu pessoal para resultados positivos. Nesse sentido, fala-se em gestão do desempenho como um mecanismo que, aliado a outras tecnologias da gestão, permite à organização administrar estrategicamente seus recursos humanos para a consecução dos objetivos organizacionais (LUCENA, 1992).

As organizações estão utilizando modelos da gestão do desempenho que permitam avaliar concomitantemente os aspectos comportamentos e resultados. Isto porque avaliar somente o comportamento não garante a consecução do resultado esperado e mensurar apenas os resultados pode induzir as pessoas a adotarem comportamentos inadequados na tentativa de alcançar a meta desejada (BRANDÃO et al., 2008).

Os sistemas de avaliação de desempenho têm o intuito de promover a comunicação das expectativas de desempenho aos funcionários, tornando conhecidos os indicadores de desempenho organizacional e de pessoas. A preocupação permanente com o desempenho humano, e como torná-lo mais eficaz, é o ponto de atenção máxima, uma vez que a qualidade e a efetividade dos resultados organizacionais são consequências do desempenho. Portanto, desenvolver a qualificação e o potencial das pessoas, com foco no alto desempenho e comprometimento com os resultados pretendidos é o grande desafio organizacional (PHILADELPHO e MACEDO, 2007; LUCENA, 1992).

Observa-se na literatura que a maneira como alguma coisa é medida é tão importante quanto o que é medido. Leite et al. (1999) explicam que avaliar o desempenho depende da pertinência do método e instrumento utilizados para julgar a adaptabilidade do indivíduo à função que lhe é atribuída e avaliar as probabilidades que ele tem de obter êxito na formação ou carreira. É algo complexo, uma vez que o desempenho humano resulta de vários fatores, como qualidades individuais, situações de trabalho, política de pessoal e até o ambiente exterior à organização.

Ao se falar de instrumento, Leite et al. (1999) esclarecem que o instrumento de avaliação é visualizado como um dos componentes mais polêmicos dos programas de avaliação, uma vez que registra definitivamente o desempenho e assim representa de forma concreta os resultados da avaliação. Vários modelos são construídos de acordo com concepções e definições diferentes da avaliação, e o resultado é que os praticantes são levados a tomar direções muito diversas, dependendo do modelo que seguem.

Worthen et al. (2004) explicam que os diferentes pressupostos filosóficos relativos ao saber e ao valor produziram naturalmente diversos modos de avaliação. Epistemologicamente, as abordagens da avaliação podem ser classificadas em duas categorias – objetivismo e subjetivismo. A primeira requer que as informações da avaliação sejam “cientificamente” objetivas, isto é, que usem técnicas de coleta e análise de dados que deem resultados reproduzíveis. O subjetivismo, por sua vez, baseia suas pretensões na legitimidade, mais num apelo à experiência do que ao método científico. A validade de uma avaliação subjetivista depende da relevância da formação e das qualidades do avaliador, bem como da clareza de suas percepções.

Portanto, é útil examinarmos a questão metodológica que influencia a realização dos estudos avaliativos. A seguir, apresentar-se-ão os métodos de acordo com os fatores de avaliação, se objetivos ou subjetivos, e, ao final, as principais vantagens e desvantagens.

#### **4.2 Fatores de desempenho objetivos – Avaliação por objetivos (APO)**

Os programas de avaliação sustentados pelos métodos tradicionais falharam por não terem atingido os enunciados propostos inicialmente. Este fato decorre, principalmente, da subjetividade. Os instrumentos de avaliação na metodologia tradicional contêm características da personalidade do indivíduo, como iniciativa, adaptabilidade, autoconfiança, criatividade, entre outras, e esta metodologia leva o líder ao papel natural de fazer julgamento dessas características do avaliado (PONTES, 2008).

É prática muito comum nas organizações a tentativa de quantificação dos fatores subjetivos, conforme explicado anteriormente. As avaliações de natureza e características tipicamente objetivas, contudo, são as avaliações de resultados e a mais conhecida é a APO (Avaliação por Objetivos).

Worthen et al (2004) ensinam que o traço distintivo de uma abordagem centrada em objetivos é o fato de que os propósitos de uma atividade são especificados e, nesse caso, a avaliação concentra-se na medida em que esses propósitos foram alcançados. As informações obtidas com uma avaliação centrada em objetivos podem ser usadas para formular as metas de uma atividade, a atividade em si ou os procedimentos e mecanismos de avaliação empregados para determinar a avaliação das metas.

A análise quantitativa mensura os resultados em termos de objetivos. Neste caso, Pontes (2008) expõe que o ciclo da avaliação de desempenho obedece aos seguintes passos: planejamento estratégico, definição dos objetivos das unidades, combinação dos objetivos, indicadores e padrões de desempenho esperados com a equipe de trabalho ou de forma individual e acompanhamento dos resultados, culminando com a avaliação dos resultados conquistados em relação aos objetivos propostos.

A avaliação por objetivos (APO) é um método integrante da administração por objetivos, que procura o comprometimento das pessoas em relação aos objetivos organizacionais, por meio de um processo participativo, motivador, e que torne o ambiente de trabalho mais comunicativo e produtivo.

Neste tipo de avaliação, os objetivos são definidos como os alvos que os indivíduos ou as organizações procuram alcançar em determinado período e devem ser individuais, departamentais ou organizacionais. Existem duas formas de estabelecimento de objetivos: a diretiva e a participativa. Por meio da forma diretiva, o líder impõe ao funcionário quais serão seus objetivos, sem qualquer negociação. Entrementes, na forma participativa, o funcionário e o líder formulam em conjunto os objetivos a serem cumpridos, levando-se em conta os objetivos departamentais e estratégicos. Essas metas têm que ser mensuráveis e observáveis (PONTES, 2008).

Milkovich et al (2006) ratificam a ideia de que o desempenho é medido avaliando-se o alcance das metas. APO aumenta a produtividade tanto para os indivíduos como para os grupos e fornece informações para o sistema de remuneração variável baseado no desempenho.

Conforme ensina Pontes (2008), a APO parte do pressuposto de que, uma vez definidos os objetivos de cada indivíduo, estes irão se empenhar para atingi-los, não necessitando de supervisão estreita. Este pressuposto segue o princípio de que as pessoas são maduras e competentes para a realização dos processos pelos quais se comprometeram.

Rabaglio (2004) acrescenta que a APO atende essencialmente a três objetivos: o alcance dos resultados, a apreciação do comportamento das pessoas e avaliação do potencial de cada funcionário. Os objetivos são, portanto, hierarquizados em organizacionais, de unidades, de equipes e individuais. Com base nos objetivos organizacionais estratégicos, são definidos os objetivos das unidades, das equipes e, após a definição destes, se identificam os objetivos individuais.

As vantagens da APO são inerentes ao fato de que o método melhora o planejamento da empresa de forma geral, aumenta o trabalho participativo, define claramente os objetivos, acresce a motivação dos funcionários e avalia o desempenho baseado em resultados. Não depende de um conjunto fixo de comportamentos ou resultados (PONTES, 2008; MILKOVICH et al, 2006).

A flexibilidade da APO, entretanto, pode ser também seu ponto fraco, pois os padrões de desempenho podem mudar tanto que perdem a ligação com os propósitos originais. Além disso, como desvantagens estão a necessidade de um tempo maior para negociar objetivos com sua equipe, acompanhar os resultados e avaliar o desempenho, o emprego de coerção pelo líder quando da combinação dos objetivos, do acompanhamento e da avaliação final, e a avaliação centrada unicamente nos resultados e não nas causas que os provocaram (MILKOVICH et al, 2006; PONTES, 2008).

### 4.3 Fatores de desempenho subjetivos

De acordo com Milkovich et al (2006), as características individuais, os comportamentos e os resultados podem ser utilizados para determinar o desempenho. Alguns exemplos de características individuais são as habilidades, capacidades, necessidades, conhecimento da tarefa, força, coordenação motora, confiabilidade, lealdade, liderança e necessidades sociais. Essas características se combinam com as tarefas e os fatores organizacionais, produzindo comportamentos, tais como: obedecer a instruções, reportar problemas, seguir regras etc. Os comportamentos, por sua vez, conduzem a resultados que refletem o esforço conjunto de vários indivíduos. Os resultados podem ser as vendas, os níveis de produção, clientes atendidos e satisfeitos.

Com base nesta reflexão pode-se observar que, ao se avaliar pessoas, se trabalha com fatores subjetivos. Primeiro, pelo fato de o objeto de estudo desta avaliação ser o desempenho, formado por características individuais e pelo comportamento. Segundo, quem realiza a avaliação é sempre uma pessoa, que pode exercer alguma influência na avaliação.

Worthen et al. (2004) corroboram este pensamento, ao exprimirem a ideia de que, na literatura, a avaliação está como sinônimo de juízo profissional em que a visão da qualidade de um programa ou serviço se baseia nas opiniões dos especialistas.

As diversas abordagens de avaliação vão desde simples listas de verificação até prescrições abrangentes. Surgiram como métodos que utilizam pesos e gradações, para quantificar os fatores subjetivos e minimizar os vieses da subjetividade. As organizações também buscam comparar os desempenhos. Segundo Milkovich et al (2006), o comportamento pode ser comparado com os objetivos previamente negociados. Neste caso, o método utilizado é a Avaliação por Objetivos (APO). Comparando-se com padrões de funções, podem ser utilizados as listas de verificação, as escalas de classificação, os incidentes críticos, entre outros, e, por fim, há comparação entre indivíduos na qual são utilizadas a classificação e a distribuição.

Independentemente de a análise dos dados das avaliações ser feita numa perspectiva quantitativa ou qualitativa, ainda assim, os fatores a serem trabalhados são

subjetivos. Worthen et al (2004) esclarecem que os métodos de avaliação, com base na análise qualitativa em geral, utilizam o pesquisador como o principal “instrumento”, tanto para coleta quanto para análise dos dados. Tendem a se concentrar mais nos processos sociais do que exclusivamente nos resultados, empregando múltiplos métodos de coleta de dados, especialmente observações dos participantes e entrevistas.

Os métodos de avaliação exibidos por Pontes (2008) como clássicos (incidentes críticos, escalas gráficas, listas de verificação e escolha forçada) e contemporâneos (avaliação por competências) estão no âmbito desta perspectiva subjetiva e são expressos a seguir.

#### **4.3.1 Incidentes críticos**

Os incidentes críticos são frases que descrevem comportamentos muito eficazes ou não eficazes para o desempenho. Podem ser incluídos em praticamente qualquer técnica de avaliação de desempenho, como a escala comportamental. Esse método se baseia nas características extremas que representam desempenhos altamente positivos ou elevadamente negativos. Pressupõe observação e registro sistemático, tanto dos fatos positivos quanto dos negativos, por parte do líder, sobre o comportamento das pessoas da sua equipe, nas situações de trabalho (MILKOVICH et al, 2006).

Segundo esse autor, as vantagens atribuídas ao método se referem à montagem do sistema avaliativo, tido como bastante simples, que requer apenas duas séries de afirmações - uma positiva e outra negativa - em que o avaliador deve assinalar apenas uma. Além disso, é um método cuja preocupação central está no comportamento calcado em fatos reais e não em fatores de desempenho que avaliam aspectos pessoais do funcionário.

Como desvantagem, destaca-se a dificuldade, por parte do avaliador, em registrar todos os fatos ocorridos para que não passem despercebidos ao longo do tempo. Além disso, como o método registra apenas os fatos excepcionalmente positivos ou negativos com relação ao desempenho, deixa de lado as características situadas no campo da normalidade e informações importantes sobre os funcionários.



### 4.3.2 Escalas gráficas

Milkovich et al (2006) exprimem que neste método o desempenho das pessoas é avaliado mediante fatores previamente definidos e graduados que constituem os comportamentos e atitudes valorizados pela organização e podem variar entre desempenho fraco ou insuficiente até um desempenho ótimo ou excelente. Estas escalas podem aparecer na forma de gráfico ou quadros ao longo dos quais os níveis de desempenho são marcados.

Neste método, há a possibilidade de se atribuir números aos níveis, como cinco para excelente e um para insatisfatório, de acordo com sua importância. A avaliação de cada pessoa pode ser expressa como a soma desses pesos multiplicados pela nota atribuída a cada critério. São utilizados métodos estatísticos sofisticados para atribuir pesos a cada item (MILKOVICH et al, 2006).

O método traz como vantagens, segundo Pontes (2008), a facilidade do entendimento por parte das pessoas da organização; a simplicidade da aplicação e por permitir a avaliação do desempenho dos funcionários em face das características mais preconizadas pela empresa.

Como desvantagens, o autor cita a falta de flexibilidade na aplicação, o fato de ser um método muito subjetivo, propício a distorções e inferências dos avaliadores, o que pode provocar o efeito *halo*. Muitos dos defeitos imputados ao método decorrem de falhas na elaboração dos formulários de avaliação, na comunicação e no treinamento dos avaliadores. Além disso, Pontes (2008) explica que, na prática, esta metodologia se tornou subjetiva, e, em vez de avaliar o desempenho das pessoas, avaliam-se as próprias pessoas.

### 4.3.3 Listas de verificação (*checklists*)

A lista de verificação funciona como um modo de lembrar o gerente de avaliar todas as características principais de um funcionário. Na prática, é uma simplificação do

método das escalas gráficas. É um conjunto de comportamentos, adjetivos ou descrições. Quando o avaliador acha que a pessoa possui a característica listada, faz uma marca ao lado; caso contrário, deixa em branco. Cada item conta pontos para refletir seu impacto positivo ou negativo no desempenho do trabalho. A nota final é a soma dos pontos dos itens verificados (MILKOVICH et al, 2006).

Embora este método utilize a análise quantitativa por haver atribuição de pontos, os dados avaliados, conforme Milkovich et al (2006), são as características dos funcionários, ou seja, os fatores subjetivos.

#### 4.3.4 Escolha forçada

Neste tipo de avaliação, supõe-se que deve existir, em uma empresa, uma curva normal de desempenho. Portanto, certo número de pessoas na organização tem o desempenho abaixo do esperado, outras correspondem ao aguardado e algumas superam as expectativas. A premissa mais moderna do método é a de que as pessoas, por serem sujeitas ao *ranking*, terão maior preocupação com seu desenvolvimento. Desta forma, a empresa ganha e aqueles que conseguem se desenvolver também (PONTES, 2008).

Consoante, ainda, Pontes (2008), suas desvantagens consistem na necessidade de um planejamento detalhado para elaborar o instrumento avaliativo, de possuir um caráter discriminativo e de não obter informações mais claras e detalhadas sobre o funcionário, faltando aos avaliadores informações mais precisas sobre seus subordinados.

#### 4.3.5 Avaliação por competências

A avaliação de desempenho por competências estabelece um *feedback*, em que tanto o indivíduo como a organização identifiquem, avaliem e analisem as competências essenciais para que ambos evoluam. Seu objetivo é projetar um desempenho ascendente em

que os objetivos individuais estejam alinhados às estratégias da organização. Pode mensurar tanto as competências técnicas quanto as comportamentais e verificar o quanto às pessoas possuem as competências exigidas e estabelece planos de ação para seu desenvolvimento (PONTES, 2008).

Avaliação de competências é a coleta de evidências sobre o desempenho profissional de um trabalhador com o objetivo de se formar um juízo sobre sua competência baseado em uma referência padronizada, identificando as áreas de desempenho que requerem reforço, para alcançar o nível de competência exigido. Neste tipo de avaliação, o funcionário conhece de antemão o que se espera dele no desempenho cotidiano e tem elementos para comparar com o desempenho esperado. Este método utiliza como princípio avaliar um desempenho observável e plenamente definido, com suporte em critérios de desempenho e da demonstração das competências em ação (IRIGOIN e VARGAS, 2004).

A gestão do desempenho prevê a mensuração dos resultados por meio de ferramentas e metodologias específicas. Brandão et al. (2006) esclarecem que é por intermédio da avaliação das performances individuais que o gerente verifica a evolução ou involução no desempenho das pessoas de sua equipe, obtendo nova base de informações. A verificação do desempenho mantém o foco nas competências definidas nos perfis, agregadas a atitudes e comportamentos que só podem ser observados no cotidiano de trabalho.

De acordo com Pontes (2008), o formato ideal deste modelo requer, além do conceito, o mapeamento de indicadores de desempenho para cada competência escolhida. Posteriormente, são definidos os aspectos importantes, denominados indicadores de desempenho, para poder avaliar e concluir que a pessoa tem ou não a competência estabelecida.

Esse método de avaliação traz como vantagem para a organização o aumento do seu capital intelectual, pois, uma vez trabalhadas as competências pessoais, há a transferência dessas competências à empresa. Uma desvantagem decorre do fato de a avaliação por competência não ter conexão direta com os resultados quantitativos (metas) da organização. Para suprir esta falha, o autor sugere que a organização possua um sistema de avaliação por competência e outro envolvendo os objetivos (PONTES, 2008).

Finalizada a discussão sobre os fatores de avaliação de desempenho e os métodos existentes na literatura, verifica-se que estes somente terão resultados satisfatórios à medida que a organização se prepara adequadamente para a avaliação, o que inclui a definição e o treinamento dos avaliadores. A responsabilidade pela avaliação contribui efetivamente para o sucesso do processo implantado. Portanto, requer comprometimento de todos os que fazem parte desse contexto. Essa responsabilidade será analisada no tópico a seguir.

#### **4.4 A responsabilidade pela avaliação do desempenho**

Segundo Perazollo (2008), todos precisam ser preparados tecnicamente para efetuar a avaliação e, também, passar por ela. É imprescindível o estabelecimento de critérios claros para que a ferramenta de avaliação esteja alinhada com os objetivos de desenvolvimento das pessoas e com o alcance dos resultados empresariais.

As instituições podem cometer um equívoco ao suporem que, para desenvolver o avaliador, é suficiente ensinar o ritual do preenchimento do formulário de avaliação, acrescentado de alguns conselhos sobre habilidades gerenciais necessárias para aplicar o processo. Este preparo configura-se numa ação mais ampla, que significa o desenvolvimento do avaliador como um todo, tendo com clareza a natureza dos objetivos do processo de avaliação de desempenho dentro da organização (LUCENA, 1992).

É uma ferramenta para administrar o trabalho e o trabalhador, e vai muito além da responsabilidade do gestor. Os resultados consistentes exigem uma preparação tanto dos gestores, no papel de avaliadores, como dos funcionários, no papel de avaliados, além de ser necessária uma mudança de cultura, na qual se tenha claro a ideia de que, do resultado dessa avaliação, dependem o futuro e a continuidade da empresa (LUCENA, 2004).

A realidade da avaliação é social e um reflexo das crenças pessoais do avaliador, bem como um complexo de inter-relações pessoais, financeiras e organizacionais do avaliador com inúmeros outros sujeitos do contexto em estudo (WORTHEN et al, 2004; MILKOVICH et al, 2006).

Assim, nas organizações modernas, a responsabilidade pela avaliação de desempenho deve ser igualmente compartilhada entre avaliador e avaliado. Podem ser atores deste processo: o gestor, o próprio avaliado, a equipe e até os clientes e *stakeholders*. A seguir, apresentam-se concepções sobre a participação dos diversos atores no processo de avaliação.

a) Do gestor

Na maior parte das organizações, cabe ao gestor a responsabilidade de linha pelo desempenho dos seus subordinados e pela constante avaliação e comunicação dos resultados. Segundo Pontes (2008), a avaliação pelo gestor é a mais comum e fornece elementos confiáveis quando o líder tem a oportunidade de trabalhar próximo do avaliado.

Quando a tarefa de avaliar o desempenho cabe aos gestores, normalmente forma-se uma comissão com membros efetivos e transitórios. Os primeiros, geralmente, são pessoas que têm poder de decisão sobre aumentos, promoções, desligamentos e capacitações. Os membros transitórios são gestores da área do avaliado, desde o mais alto escalão até o gestor imediato (GIL, 2001).

Verifica-se, portanto, que a avaliação de desempenho não deve ser vista como um julgamento unilateral do gestor a respeito do desempenho do empregado. É necessário envolver outros agentes. Não há como negar que o papel do gestor imediato é imprescindível, expressando não só o desempenho do subordinado, mas também descobrindo as causas dos problemas e sugerindo meios para suprir as dificuldades. O gestor imediato é o responsável direto pelo desempenho e resultado de sua equipe.

Gil (2001) ressalta que a circunstância de mensuração de desempenho mais frequente nas empresas é aquela em que o próprio gerente tem a incumbência de avaliar seus subordinados. Como vantagem, o autor explica que o gerente é o mais indicado para fazer esse papel, em virtude da convivência ser mais próxima no dia a dia, porém a avaliação feita apenas com a percepção de uma só pessoa favorece o subjetivismo, o que não é aconselhável.

Como desvantagem, existe a grande proximidade entre avaliador e avaliado, que pode causar percepções que contaminem o julgamento. Quando uma avaliação é realizada por uma só pessoa, por sua vez, é comum a ocorrência de distorções, como o exercício de pressão e controle psicossocial no trabalho (BRANDÃO et al. 2008; RABAGLIO; 2004).

#### b) Do avaliado

Pontes (2008) explica que a autoavaliação aumenta a participação do funcionário no processo. É consistente quando a empresa pratica valores como autogerenciamento, autonomia e confiança. Produz reflexão do desempenho pela pessoa, facilita a condução da entrevista, uma vez que passam a existir a troca de observações e a concordância quanto ao final da avaliação.

As organizações que atribuem a responsabilidade da avaliação de desempenho ao próprio empregado necessitam ter um grau de maturidade muito grande relativo à avaliação. Estas empresas, entretanto, obtêm bons resultados, graças ao desenvolvimento de esquemas de autoavaliação criteriosamente produzidos (GIL, 2001).

Rabaglio (2004) expõe como benefícios resultantes dessa prática a possibilidade de entendimento e esclarecimentos entre as partes, cujas distorções de percepção podem ser ajustadas. O avaliado pode fornecer sugestões e esclarecer pendências.

Vale ressaltar que a responsabilidade do avaliado não é necessariamente proveniente apenas da autoavaliação. Refere-se a sua participação na avaliação de uma maneira macro, devendo saber exatamente o seu papel nesse contexto e se preparar para exercê-lo da melhor maneira possível. Para tanto, Holanda e Ferraz (2007) sugerem que o empregado seja treinado e capaz de compreender todas as etapas da avaliação de desempenho, conhecendo o que a organização espera dele e qual o papel dos outros agentes.

#### c) Da equipe

Esta avaliação ocorre quando o funcionário é avaliado por sua equipe de trabalho, também chamada de avaliação de pares. Como leciona Pontes (2008), consiste na avaliação mútua de pessoas do mesmo nível hierárquico. Os pares podem ser da mesma equipe ou de equipes diferentes.

Para Gil (2001), nessa modalidade de avaliação, a própria equipe de trabalho avalia o desempenho de cada um dos seus componentes, definindo objetivos e metas que deverão ser atingidos.

Rabaglio (2004) sugere a inserção do próprio avaliado nesse âmbito avaliativo feito pela equipe, em que a avaliação conjunta é realizada simultaneamente pelo avaliador e avaliado, analisando-se a ferramenta de forma compartilhada, discutindo-se a avaliação e chegando a um consenso.

#### d) Avaliação 360 Graus

Nos últimos anos, com vistas a reduzir as distorções e os vieses da subjetividade, começou a ser mais disseminada a avaliação 360 graus. Este modelo visa a obter o maior número de informações sobre o desempenho de um funcionário, desde a ampliação da quantidade de pessoas que o avaliam.

A avaliação 360 graus procura reunir em ato único todos os tipos de avaliação. Tem como objetivo tornar a avaliação e o *feedback* um processo mais completo, uma vez que as informações são oriundas de várias fontes. Esta modalidade tem como premissa a coleta de informações de fontes diversas, tanto do ambiente interno quanto no externo (clientes). (PONTES, 2008)

Brandão et al (2006) ressaltam que, neste modelo, o funcionário é avaliado não apenas pelo seu superior hierárquico, mas também por outros elementos que interagem com ele no seu trabalho, como colegas da equipe, subordinados, clientes e, em alguns casos, até

por fornecedores e pelo próprio funcionário. O pressuposto é de que a avaliação feita por diversos atores é mais rica e fidedigna do que a feita por uma só pessoa.

Independentemente da terminologia utilizada ou da quantidade de avaliadores, a avaliação 360 graus expressa vantagens e desvantagens em relação aos outros métodos. Este método possibilita a obtenção de avaliações mais ricas e precisas, bem como a possibilidade de ensejar maior comprometimento dos envolvidos, à medida que auxilia na formação de uma cultura de aprendizado permanente e os resultados se revertem em aumento da motivação, melhoria do clima organizacional e crescimento da produtividade. Para o avaliado, as vantagens estão ligadas ao fato de que o resultado proporciona um mapa pessoal de orientação, baseado no qual ele poderá montar um plano de desenvolvimento para o seu crescimento na organização (BRANDÃO et al., 2006; GRAMIGNA, 2002).

Como desvantagem, Rabaglio (2004) cita o grau de subjetividade das avaliações, além da diferença nos ângulos de visão dos avaliadores. Alguns podem ter uma visão mais privilegiada, obtendo julgamentos mais precisos do que outros, o que é minimizado no conjunto das avaliações.

Brandão et al. (2006) complementam trazendo, como desvantagem a complexidade operacional do modelo (pela ampliação do número de avaliadores) e a possibilidade de, na autoavaliação, os funcionários se superavaliarem em benefício próprio.

Consoante Pontes (2008), por melhor que seja a definição dos fatores de avaliação e dos indicadores de desempenho, a dificuldade é tornar a avaliação objetiva, uma vez que as definições podem levar o avaliador a interpretá-las de forma dúbia. As principais tendências do avaliador são: o efeito *halo*, tendência central, complacência ou rigor, preconceito pessoal e efeito dos dados recentes.

O efeito *halo* ocorre quando o superior gosta ou não do indivíduo a ser avaliado e sua opinião é distorcida, no momento de julgar o desempenho. A tendência central acontece quando o líder não gosta de avaliar sua equipe com desempenhos extremados – excelentes ou péssimos – e sua avaliação tende a média. O efeito complacência ou rigor tem lugar quando o líder acredita que todos os membros da sua equipe tem um ótimo ou um péssimo



desempenho, e, assim, ao avaliá-los, os indicadores serão extremados. O efeito preconceito pessoal tem curso quando a avaliação é distorcida por preconceito em relação à pessoa avaliada. E, por fim, o efeito “fatos recentes” sucede quando o líder avalia as ações mais recentes e não as ações de todo o período correspondente à avaliação (PONTES, 2008; MILKOVICH et al, 2006; PONTES; 2008).

#### **4.5 Aplicações da avaliação do desempenho de pessoas**

A gestão do desempenho humano é um dos focos de atenção da gestão de recursos humanos. Leite et al. (1999) acrescentam que são os resultados da gestão do desempenho que influenciam as demais fases, isto é, recrutamento, seleção, treinamento e supervisão dos trabalhadores. Portanto, é um recurso utilizado nas empresas para dimensionamento da qualidade dos seus profissionais, cuja finalidade é identificar o nível de capacitação ou qualificação profissional e o potencial dos seus elementos, analisando esses dados em face dos objetivos organizacionais.

Pontes (2008) ressalta que a avaliação está intimamente relacionada a outros importantes programas da gestão de pessoal, treinamento e desenvolvimento, qualidade e gestão econômico-financeira, e ainda sustenta o programa de participação nos lucros e de resultados, conforme seus propósitos.

Apesar dessa preocupação com o desenvolvimento humano, as avaliações existem para atender ao interesse das organizações. Lima (2008) explica que sua elaboração deve ter como suporte a visão sistêmica e a aplicação, e o propósito desta avaliação deve se relacionar com outros produtos da organização.

Na óptica de Reis (2003), os processos de recursos humanos, como seleção, desenvolvimento e gerenciamento de desempenho, devem ser integrados e orientados para a consecução da estratégia e objetivos organizacionais, operando em sintonia.

Concluindo, a avaliação de desempenho possui caráter estratégico, principalmente no processo de atrair, desenvolver e manter o pessoal necessário à consecução dos objetivos organizacionais. Hoje, se expressa como um instrumento gerencial capaz de integrar diferentes níveis organizacionais e promover a melhoria da *performance* de indivíduos, equipes de trabalho e organização como um todo (BRANDÃO et al, 2008).

Nesta pesquisa, buscou-se classificar epistemologicamente as abordagens das avaliações quanto a objetividade e subjetividade, trazendo os respectivos métodos, processos de avaliação, responsáveis, aspectos positivos e a serem aprimorados.

O modelo diagnóstico aplicado nas organizações procurou investigar os processos de avaliação de pessoas utilizados nos hospitais pesquisados, bem como o impacto da avaliação de desempenho na vida das pessoas. Por ser um instrumento complexo, com uma nova proposta adaptada ao contexto hospitalar, faz-se necessário detalhar sua elaboração e composição item por item, o que será feito na seção a seguir.

## 4 O MODELO DIAGNÓSTICO ORGANIZACIONAL

Nesta seção, demonstra-se o modelo diagnóstico organizacional criado por Holanda e Ferraz (2007) para utilização em organizações bancárias e, para esta pesquisa, adaptado ao contexto hospitalar. Primeiramente, há o detalhamento dos cinco níveis de análise, desde a dimensão até cada desdobramento. Em seguida, a atribuição de pesos a cada item, assim como as justificativas para cada valor. Finalmente, o método para mensuração dos resultados e as categorias do modelo proposto.

### 5.1 Estrutura geral do modelo

O diagnóstico organizacional é composto por cinco níveis de análise: as dimensões, as perspectivas quantitativa e qualitativa, as subdimensões, os itens de verificação e os desdobramentos, conforme representado na figura 8.

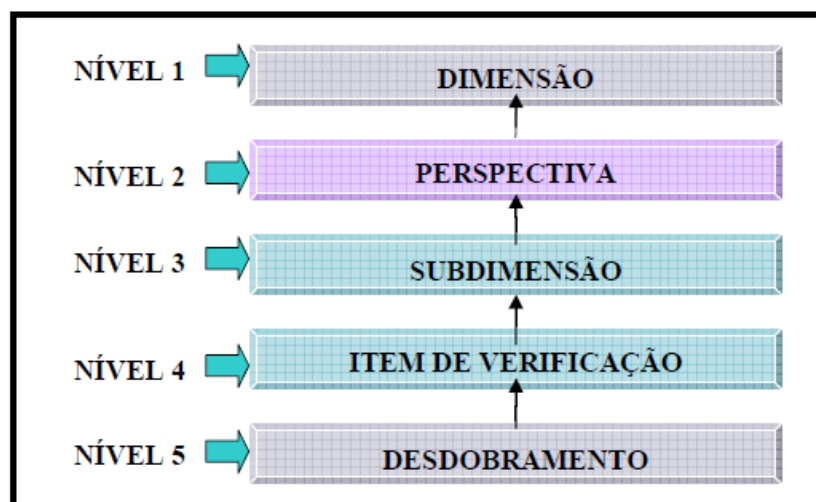


Figura 8– Estrutura e hierarquia do modelo diagnóstico organizacional

Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

O primeiro nível é chamado “dimensões do modelo” e permite mensurar o alinhamento em relação à estratégia organizacional (primeira dimensão), à gestão dos processos de avaliação (segunda dimensão) e aos desdobramentos na vida profissional das pessoas (terceira dimensão).

O segundo nível possibilita a análise em perspectivas diferentes, denominadas quantitativa e qualitativa. Está presente nas dimensões alinhamento com a estratégia e gestão dos processos de avaliação.

O terceiro nível é composto pelas subdimensões do modelo. São os fatores a serem abordados e estão relacionados a cada dimensão. Na primeira dimensão: usuário/paciente, socioambiental, processos internos, capacidade de pessoal e clima e, por último, econômico-financeiro. Estas subdimensões foram adaptadas ao contexto hospitalar. Na segunda dimensão: competências e motivação, na terceira, comunicação, periodicidade, análise comparativa e participação; na quarta, *feedback*, periodicidade, análise comparativa e participação; finalmente, na última dimensão, sistemas de incentivo, avaliação de desempenho e recursos de aplicação.

No quarto nível, há o detalhamento das subdimensões, os itens de verificação, ou seja, as questões utilizadas como roteiro para entrevista. O número de itens depende de cada subdimensão, podendo ser apresentados em forma de metas ou de questionamentos.

Finalmente, o quinto nível é formado pelos desdobramentos que permitem verificar a existência do indicador na organização, no setor e indivíduo, possibilitando, assim, o grau de maturidade da organização relativo aos conceitos abordados. Está privilegiado somente na primeira dimensão.

O quadro 2 representa os cinco níveis de análise na dimensão alinhamento com a estratégia – perspectivas quantitativa e qualitativa que foi adaptado à realidade das organizações hospitalares públicas.

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4	Nível 5
Dimensão	Perspectivas	Subdimensões	Itens de verificação	Desdobramentos
Alinhamento com a estratégia	Quantitativa	Usuário/ paciente	Satisfação do usuário	Organização Unidade (setor) Individual
		Responsabilidade socioambiental	Responsabilidade socioambiental	Organização Unidade (setor) Individual
		Processos internos	Produtividade Qualidade	Organização Unidade (setor) Individual
		Capacidades de pessoal e clima	Educação continuada Clima organizacional	Organização Unidade (setor) Individual
		Econômico-financeira	Execução orçamentária Liquidez	Organização Unidade (setor) Individual
	Qualitativa	Competências	Competências organizacionais Competências individuais Perfil de competências	Não há desdobramentos
		Motivações	Bem-estar das pessoas Melhoria da qualidade de vida Capacidade motivacional dos gestores Reconhecimento de performance	Não há desdobramentos

Quadro 2- Dimensão alinhamento com a estratégia

Fonte: elaboração própria

Holanda e Ferraz (2007) esclarecem que o alinhamento máximo ocorre quando a organização possui todos os níveis de análise. Segundo o método de análise, o modelo matemático, a organização pode ser classificada como possuindo alinhamento “baixo”, “moderado”, “em consolidação” ou “avançado”.

Segundo os autores, o modelo proposto deve ser adaptado para cada tipo de organização e de cargo da empresa, exprimindo critérios flexíveis e relativos a cada realidade. Esta adaptação tem reflexos no sistema de pesos que o sustenta. Entre as dimensões citadas o “alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa” foi adaptado à realidade hospitalar. As demais, por suas subdimensões não pertencerem especificamente ao contexto bancário, mas de quaisquer instituições, permaneceram conforme modelo diagnóstico original.

A correlação entre desempenho organizacional e de pessoas baseia-se na proposta de Rummler e Brache (1992). Para esses autores, os sistemas de medição devem ser

constituídos e gerenciados de modo a cobrir os níveis organização, processos e pessoas. Ressaltam a necessidade de haver correlação entre os indicadores de desempenho organizacionais e os indicadores de desempenho de pessoas, pois a organização se relaciona com o mercado por meio de seus processos que, por sua vez, são executados pelas pessoas. Concluem que o resultado final será satisfatório se o desempenho em todos os níveis estiver alinhado.

A FNQ (2005) ratifica a importância do alinhamento entre resultados organizacionais e de pessoas para o crescimento sustentável da organização, pois, de acordo com o programa, a gestão do desempenho de pessoas e de equipes e a análise do desempenho da organização constituem instrumentos que permitem à organização monitorar o cumprimento das estratégias e o grau de alinhamento com seus objetivos.

Do modelo de Sink & Tuttle (1993), vem a distinção entre medição e avaliação. A medição está ligada ao aspecto quantitativo de informações e a avaliação é a análise qualitativa feita pelo tratamento desses dados. Esses dois aspectos, tanto quantitativo como qualitativo, formam as perspectivas do modelo proposto.

As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard* (BSC) – financeira, clientes, processos e aprendizado organizacional – também fazem parte do modelo original e foram mantidas no modelo diagnóstico adaptado à realidade hospitalar, porém com algumas modificações na nomenclatura a ser explicada na sequência.

## **5.2 Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa**

A FNQ (2005) descreve o termo alinhamento com a estratégia como sendo “a consistência entre planos, processos, ações, informações e decisões para apoiar as estratégias, objetivos e metas globais da organização”.

Sink & Tuttle (1993) exprimem a necessidade de se ter um sistema de medição alinhado à estratégia organizacional. Com o amparo nesta premissa, surge a dimensão “alinhamento com a estratégia”, que possui duas perspectivas distintas – a quantitativa e a

qualitativa. A perspectiva quantitativa é inerente às metas objetivamente mensuráveis e a qualitativa identifica as competências e motivações.

As cinco subdimensões inerentes ao alinhamento com a estratégia, perspectiva quantitativa, bem como os respectivos itens de verificação, estão relacionados no quadro 3.

SUBDIMENSÕES	ITENS DE VERIFICAÇÃO
USUÁRIO/PACIENTE	Satisfação do usuário
RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL	Responsabilidade socioambiental
PROCESSOS INTERNOS	Produtividade Qualidade
CAPACIDADES DE PESSOAL E CLIMA	Educação continuada Clima organizacional
ECONÔMICO-FINANCEIRA	Execução orçamentária Liquidez

Quadro 3 – Itens de verificação da primeira dimensão perspectiva quantitativa

Fonte: elaboração própria

#### a) Subdimensão usuário/paciente

Esta subdimensão no modelo diagnóstico original é denominada subdimensão clientes. Visando à realidade hospitalar pública, entretanto, destinada aos cidadãos que pagam seus impostos e são usuários de um sistema de saúde, passou-se a chamar subdimensão usuário/paciente. Segundo Borba (2006), os clientes do serviço de saúde são os usuários dos serviços disponibilizados pelos hospitais sediados na região.

Na adaptação do instrumento para a realidade hospitalar, essa subdimensão assume primordial relevância, pois a Administração Pública tem o dever de garantir o atendimento aos cidadãos, principalmente no que se refere aos serviços assistenciais.

Esta perspectiva está embasada no GESPÚBLICA (2009) que, neste critério, examina como a organização, no cumprimento de suas competências institucionais, identifica os cidadãos-usuários dos seus serviços e produtos, conhece suas necessidades e avalia a sua capacidade de atendê-las, antecipando-se a elas. Aborda também como a organização estreita o relacionamento com seus usuários, medindo a sua satisfação, implementando e promovendo ações de melhoria.

A FNQ (2009) também fornece suporte teórico a esta subdimensão, à medida que considera o relacionamento com os clientes, fruto da implantação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a satisfação dos clientes.

Por isso, esta perspectiva de clientes, oriunda do BSC, permanece no instrumento. Os itens de verificação, contudo, estão focados na satisfação dos usuários, mediante a verificação dos processos de identificação das suas necessidades e a resolutividade ao atendê-las. No pensamento de Bittar (1996), a qualidade dos serviços pode ser avaliada por meio de pesquisas com os usuários, como pacientes, familiares e médicos, levantando-se o índice de reclamações dos clientes.

De acordo com Borba (2006), a satisfação dos pacientes será grande quando as suas necessidades forem atendidas, seja na resolução do problema, na qualidade do atendimento ou tempo despendido. As expectativas são as grandes variáveis no aspecto de satisfação do paciente, sendo, dentre muitas, duas consideradas primordiais: resolutividade e rapidez.

#### b) Subdimensão socioambiental

Esta se refere aos impactos da ação organizacional sobre a realidade ambiental e social, à maneira de contribuir efetivamente para a sustentabilidade do negócio e para a excelência do desempenho da organização.



Holanda e Ferraz (2007) justificam a presença do conceito de responsabilidade socioambiental no instrumento alinhamento com a estratégia. Apesar de não ser contemplado no BSC, modelo que serve de suporte para esta dimensão, este conceito está sendo visto pela sociedade como um diferencial para as empresas que se comprometem com essa intenção. Para as organizações hospitalares, este quesito é exigido pelos órgãos responsáveis por alvarás de funcionamento, para que seus resíduos sejam tratados devidamente.

Na FNQ (2009), este item aborda a implantação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a geração de produtos, processos e instalações seguros aos usuários, à população e ao meio ambiente, promovendo o desenvolvimento sustentável.

O método SIGMA contribui com o modelo proposto por meio do *triple bottom line*, no qual deve haver uma preocupação com os resultados econômicos, sociais e ambientais. A subdimensão responsabilidade socioambiental do modelo proposto é baseada no conceito de que a sustentabilidade deve ser buscada, como forma de equilibrar o resultado organizacional.

Consoante Schommer e Rocha (2007), a gestão socialmente responsável abrange temas e práticas da gestão que vão desde os códigos de ética, boa governança corporativa, compromissos públicos assumidos pela empresa, cumprimento às leis e regulamentações, gestão e prevenção de riscos ambientais até mecanismos anticorrupção e diversidade. Compreende, ainda, ações sociais internas e externas que a empresa gerencia, envolvendo os públicos impactados pela empresa.

Borba (2006) explica que a perspectiva social busca este enfoque da mantenedora do hospital, visando a atender às necessidades da comunidade assistida. Sendo assim, são estabelecidos indicadores para monitorar a contribuição social produzida pela entidade, criadas com base em sua missão: os projetos sociais, diagnóstico e tratamento e prevenção e educação. Este último está presente no instrumento de coleta.

Os itens de verificação responsabilidade socioambiental foram mantidos, contudo, o conteúdo foi adaptado ao contexto em estudo. Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (2002), é necessário que os hospitais tenham serviços de manutenção de toda a

infraestrutura física, de equipamentos da instituição e controle de qualidade da água e do sistema de gerenciamento de resíduos.

A gestão dos resíduos hospitalares, de acordo com o manual há pouco citado, é a forma como são gerenciados os resíduos gerados nos serviços de saúde em estado sólido, semissólido e líquido, cuja particularidade torne inviável seu lançamento em rede pública de coleta e tratamento de esgoto. Por isso, no instrumento de coleta, há um item de verificação referente aos programas de reciclagem e tratamento de resíduos e sua reutilização.

Schommer e Rocha (2007) esclarecem que o investimento em projetos sociais ou iniciativas de desenvolvimento comunitário representa uma das áreas de preocupação do social das organizações. A ação das empresas na comunidade está, prioritariamente, vinculada ao negócio e às estratégias da empresa. Esta premissa justifica a presença do indicador metas de desenvolvimento de ações educativas para o usuário.

#### c) Subdimensão processos internos

Holanda e Ferraz (2007) explicam que esta subdimensão visa a identificar os processos internos críticos, nos quais a organização deve obter o máximo de eficiência, com o propósito de atender aos objetivos financeiros e dos clientes. A organização precisa se preocupar com seu processo operacional, objetivando oferecer produtos e serviços de qualidade superior. Produz indicadores relativos à conformidade dos processos, em termos de tempo de execução e qualidade.

De acordo com o GESPÚBLICA (2009), este critério examina como a organização gerencia, analisa e melhora os processos finalísticos e de apoio. Também aborda como a organização gerencia os seus processos orçamentários e financeiros, visando ao seu suporte.

Para a FNQ (2009), esta subdimensão refere-se aos processos gerenciais relativos aos processos principais do negócio e aos de apoio, cujas atividades operacionais contribuem

diretamente para assegurar a geração de produtos excelentes aos clientes, atendendo às necessidades e expectativas de todas as partes interessadas.

A escolha da produtividade como item de verificação decorre da sua importância. Entende Bittar (1996) que um programa de produtividade permite o estabelecimento de metas gerenciais, melhoria de pessoal, melhor relação com os empregados e, sobretudo, operações mais eficientes. Existem dois tipos de indicadores de produtividade: os setoriais e os corporativos. Os setoriais correspondem ao quanto de produto foi obtido com a utilização de uma unidade de mão de obra empregada no processo produtivo. Quanto os corporativos, medem o desempenho global, com vistas à obtenção dos melhores resultados, melhor desempenho.

Em virtude da complexidade do hospital e da diversificação das áreas de produção, torna-se impossível a utilização de apenas um indicador para medir produtividade. Partindo-se da produção, pode-se agregar uma série de indicadores de produtividade que também se fazem imprescindíveis nas perspectivas dos negócios internos, na utilização do BSC. Os indicadores utilizados no instrumento de coleta foram: as metas de intervalo de substituição, metas de permanência pacientes-dia, metas de giro de rotatividade e metas de funcionário leito/cama.

De acordo com Bittar (1996), eis a definição destes indicadores:

- A Média de Permanência (MP) é a relação numérica entre o total de pacientes-dia em um determinado período e o total de doentes saídos (altas e óbitos) no mesmo período.
- O Giro de Rotatividade (GR) é a relação entre o número de pacientes saídos (altas e óbitos) durante determinado período, no hospital, e o número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Representa a utilização do leito hospitalar durante o período considerado.
- Índice de Intervalo de Substituição (IIS) assinala o tempo médio que o leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e admissão de outro. Esta medida relaciona a taxa de ocupação com a média de permanência.

- O último indicador refere-se à relação funcionário por leito. É o número de funcionários em relação à soma do número de leitos e de camas existentes em operação num determinado período. Vale ressaltar a definição de leito hospitalar – a cama destinada à internação de um paciente no hospital. Não são considerados leitos os seguintes: cama destinada a acompanhante, cama transitoriamente utilizada nos serviços de diagnóstico e tratamento, camas de pré-parto e recuperação pós-operatória ou pós-anestésica, camas de unidade de tratamento intensivo, berços destinados a recém-nascidos saudáveis e camas instaladas nos alojamentos de médicos e pessoal do hospital.

Para esta pesquisa, foram escolhidos os indicadores Taxa de Infecção Hospitalar, Mortalidade Geral Hospitalar e Renovação Tecnológica de Equipamentos e Métodos. A Taxa de Infecção Hospitalar refere-se à relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelo paciente durante sua permanência no hospital em determinado período e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período. A relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados durante um determinado período e o número de pacientes saídos (altas e óbitos) no mesmo período é a Mortalidade Geral Hospitalar (BITTAR, 1996).

A cultura da inovação está presente na GESPÚBLICA (2009), na qual a instituição que trabalha este critério promove um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias que possam ensejar um diferencial para a atuação da organização.

Bittar (1996) exprime a ideia de que a inovação passa pela busca contínua da obtenção do melhor cuidado para o paciente, do melhor ambiente de trabalho, do aumento da produtividade e da redução de custos. Expressa a noção de que a revisão constante dos procedimentos quer sejam administrativos, quer sejam técnicos, é uma maneira de inovar. Por isso, a inovação é o outro item de verificação, desta subdimensão – refere-se às metas de renovação tecnológica de equipamentos e processos.

Neste item de verificação, busca-se, segundo a GESPÚBLICA (2009), averiguar se a instituição desenvolve continuamente ideias originais para incorporá-las aos seus processos, produtos, serviços e relacionamentos, associados ao rompimento das barreiras do

serviço público antiquado e burocrático, para otimizar o uso dos recursos públicos e produzir resultados efetivos para a sociedade.

d) Subdimensão capacidades de pessoal e clima

Esta subdimensão identifica as contribuições de melhoria em relação aos produtos, serviços e processos, correlacionando-as com as competências individuais e/ou coletivas. Para isso, as empresas estabelecem metas de capacitação, aperfeiçoamento da tecnologia, além de metas de melhoria do clima organizacional e comprometimento dos colaboradores (HOLANDA e FERRAZ, 2007).

No modelo diagnóstico original, é denominada aprendizado organizacional e embasada tanto no BSC, de Kaplan e Norton (2004), quanto na FNQ. Nesta adaptação ao contexto hospitalar, está com a nomenclatura de capacidades de pessoal e clima. Como fundamento da FNQ (2009), o aprendizado organizacional refere-se à busca e alcance de um novo patamar de conhecimento para a organização por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de informações.

Para a GESPÚBLICA (2009), na medida em que a organização busca, de maneira estruturada, específica e proativa, o conhecimento compartilhado, incentiva à experimentação, utiliza o erro como instrumento pedagógico, dissemina suas melhores práticas, desenvolve soluções e implementa refinamentos e inovações de forma sustentável, está colocando em prática o aprendizado organizacional.

Holanda e Ferraz (2007) justificam ainda a escolha desta subdimensão, pois, para a FNQ (2005), o aprendizado organizacional deve ser uma intenção estratégica e estar internalizado na sua cultura. Desta forma, a capacitação e a qualificação dos colaboradores tornam-se itens essenciais para que o aprendizado organizacional se estabeleça.

Busca-se no modelo adaptado à realidade hospitalar, de acordo com a FNQ (2010), abordar a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a

capacitação e o desenvolvimento dos seus profissionais. Este item é relevante, pois a organização que investe em seus profissionais é aquela que passa a compreender que o seu desempenho está relacionado ao desempenho das pessoas e, que este último depende de capacitação, motivação e bem-estar da força de trabalho.

Por isso, o primeiro item de verificação é a educação continuada, que, de acordo com a GESPÚBLICA (2009), examina os processos relativos à capacitação e ao desenvolvimento das pessoas. A qualificação profissional, segundo Irigoien e Vargas (2004), reúne conhecimentos, capacidades, habilidades e modelos de comportamentos necessários ao exercício de uma atividade.

Estes autores ensinam que o trabalho é o espaço com base no qual se definem e configuram as demandas educativas e onde se identificam os problemas cuja reflexão e análise favorecem a geração de conhecimentos e o crescimento da equipe de saúde, por meio de processos de reflexão e ação. Ressaltam que a educação permanente do pessoal da saúde é uma estratégia para reorientar a educação profissional dos trabalhadores da saúde, apresentando-a como um processo permanente, de natureza participativa, no qual a aprendizagem se produz em torno de um eixo central, constituído pelo trabalho habitual desenvolvido no setor de saúde.

O segundo item de verificação refere-se ao clima organizacional. Este item examina a implementação de processos gerenciais, que tem por objetivo criar um ambiente de trabalho humanizado, seguro e saudável, e promover o bem-estar, a satisfação e a motivação das pessoas.

Clima organizacional é definido por Pinheiro (2002) como a qualidade de um ambiente interno de uma organização, que resulta do comportamento e conduta dos seus membros. Serve como base para interpretar a situação e age, também, como uma fonte de pressão, direcionando atividades. Embora o clima seja percebido por indivíduos de dentro do ambiente de trabalho, ele existe independentemente destas percepções e é considerado um atributo da organização. Assim, como um atributo da organização, o clima é identificado como variável importante nos diagnósticos que pretendem entender e interferir no desempenho e nos esforços para inovação.

e) Subdimensão econômico-financeira

A subdimensão econômico-financeira, na compreensão de Holanda e Ferraz (2007), representa as medidas financeiras fundamentais para a determinação da estratégia de uma empresa, presente na maioria dos instrumentos pesquisados e, sobretudo, no BSC. Essas medidas estão relacionadas à lucratividade organizacional, item de verificação desta subdimensão no modelo original.

Esta subdimensão será mantida na adaptação às instituições hospitalares, mas com outros indicadores econômicos. Embora se trate de instituições públicas, a sustentabilidade financeira é um item de consenso entre os diversos autores e condição *sine qua non* para a sobrevivência organizacional.

Este item de verificação examina, de acordo com a GESPÚBLICA (2009), a implementação de processos gerenciais, que tem por objetivo o suporte orçamentário e financeiro da organização.

Nas razões de Amaral (2005), independentemente do tipo de hospital ou serviço de saúde que um gestor coordene, este tem a obrigação de medir os resultados e o desempenho dos serviços prestados. Em uma instituição de saúde, seja ela pública ou privada, os resultados são mensurados utilizando-se de indicadores econômico-financeiros, de produtividade e de qualidade dos serviços prestados.

Embora grande parte das instituições de saúde esteja enquadrada como entidade filantrópica (sem fins lucrativos), não se pode negar que os resultados são efetivamente necessários à melhoria da qualidade, ao crescimento, ao desenvolvimento de novos serviços, ao financiamento do capital de giro e à reposição de investimentos na infraestrutura instalada (PEREIRA et al, 2005).

Os itens de verificação, contudo, foram alterados para a realidade hospitalar pública. O item lucratividade foi substituído pelos itens: execução orçamentária e liquidez. Os

demais tópicos relacionados ao crescimento do faturamento e redução de inadimplência foram retirados.

A execução orçamentária justifica-se pela sua importância. De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), a rigidez da legislação e da estrutura orçamentária reduz a flexibilidade do processo orçamentário. Mudanças consideráveis ocorrem entre a alocação orçamentária inicial e a disponibilidade final de recursos, reduzindo a utilidade dos orçamentos como instrumento da gestão.

Neste item, procura-se investigar, conforme a GESPÚBLICA (2009), se a elaboração e o gerenciamento do orçamento têm a finalidade de viabilizar o planejamento, a responsabilização, controle e análise integrada e segmentada das receitas, despesas e investimentos, proporcionando elementos para projeção de resultados financeiros da organização. Justifica-se, desta forma, a presença do item de verificação execução orçamentária (metas de custos sobre recurso financeiros/ingressos/receitas/previsão orçamentária), na subdimensão econômico-financeira.

Pereira et al (2005) acrescentam que a análise das demonstrações financeiras constitui importante instrumento de avaliação de desempenho de empresas de todos os ramos, inclusive os hospitais. Pode-se conhecer a situação econômico-financeira de uma empresa por meio da análise dos seguintes pontos fundamentais: liquidez (situação financeira), endividamento (estrutura de capital), atividades (rotatividade) e rentabilidade (situação econômica).

O item de verificação relacionado à liquidez está embasado na conceituação de Borba (2006) como sendo a capacidade de pagamento das dívidas, e a liquidez geral, que mede a capacidade de pagamento das dívidas a curto e longo prazos, utilizando-se os recursos disponíveis. Este indicador, segundo Pereira et al (2005), é de enorme relevância, visto que grande parte das dificuldades financeiras das empresas se encontra intimamente relacionada ao seu grau de liquidez.



### 5.3 Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa

Holanda e Ferraz (2007) propõem a perspectiva qualitativa para complementar a perspectiva quantitativa da dimensão alinhamento com a estratégia. Nesta perspectiva, procurou-se verificar se as competências organizacionais e individuais estão atreladas às estratégias organizacionais, bem como se os gestores estão motivando suas equipes de forma a obter resultados satisfatórios.

Nesta dimensão, há duas subdimensões: as competências e as motivações, representadas no quadro 4.

SUBDIMENSÕES	ITENS DE VERIFICAÇÃO
COMPETÊNCIAS	Competências organizacionais Competências individuais Perfil de competências
MOTIVAÇÕES	Avaliação do bem estar das pessoas Melhoria da qualidade de vida Capacidade motivacional dos gestores Reconhecimento de performance

Quadro 4 – Itens de verificação da primeira dimensão perspectiva qualitativa  
Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

Foram mantidos os itens de verificação do modelo diagnóstico original. Estes itens procuram analisar as competências essenciais à organização e como as pessoas percebem tais características, buscando desenvolver as habilidades requeridas para desempenhar suas funções de acordo com o esperado pela empresa.

A motivação também é fundamental, pois permite analisar se os gestores estão conseguindo obter resultados satisfatórios e geradores de significado para a organização por meio da motivação dos seus colaboradores. Essa subdimensão possui papel fundamental para que as metas traçadas sejam atingidas.

Holanda e Ferraz (2007) explicam que a subdimensão competências verifica se a empresa possui competências corporativas e individuais que conduzam até o alcance dos

objetivos estratégicos. A subdimensão motivações verifica se os gestores estão assumindo as novas responsabilidades impostas àqueles que lidam com equipes e pessoas. Dentre essas responsabilidades, encontra-se a capacidade de motivar a equipe a obter o melhor desempenho possível, promovendo ações para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, compartilhando informações, interpondo objetivos desafiadores e, sobretudo, reconhecendo a *performance* dos colaboradores.

#### **5.4 Dimensão gestão dos processos de avaliação**

Esta dimensão decompõe-se em duas perspectivas – a quantitativa, que trata dos aspectos organizacionais, e a qualitativa, ligada aos aspectos relativos às equipes e pessoas. Tem como propósito garantir que os objetivos pretendidos sejam alcançados.

##### **5.4.1 Dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional**

Conforme Holanda e Ferraz (2007), a importância de se ter uma boa gestão dos processos de avaliação, tanto organizacional como de equipes e pessoas, ocorre em virtude de que um bom sistema de mensuração do desempenho produz dois resultados: o primeiro refere-se à melhoria do processo decisório, ajudando a concentrar o foco nos aspectos da organização que criam valor, fornecendo *feedback* útil para a avaliação da atual estratégia e para previsão do impacto de futuras decisões; o segundo proporciona justificativas válidas e sistemáticas para as decisões sobre as alocações de recursos.

O quadro 5 traz os itens de verificação, na perspectiva quantitativa, relativos a cada uma das subdimensões. Vale ressaltar que os itens não foram alterados.

SUBDIMENSÕES	ITENS DE VERIFICAÇÃO
COMUNICAÇÃO	Diferenciais competitivos Acessibilidade dos sistemas de medição Mecanismos de comunicação interna
PERIODICIDADE	Periodicidade da avaliação Revisão dos processos
ANÁLISE COMPARATIVA	Existência dos indicadores-padrão Análise histórica e dados
PARTICIPAÇÃO	Negociação de metas Capacitação dos avaliadores para entendimento do processo avaliativo Capacitação dos avaliadores para usar as ferramentas de avaliação

Quadro 5- Itens de verificação da segunda dimensão perspectiva quantitativa

Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

Holanda e Ferraz (2007) citam Rummler e Brache (1992), Pontes (1996) e FNQ (2005), para ressaltar a relevância da subdimensão comunicação. Rummler e Brache (1992) ressaltam que, antes de gerenciar o desempenho, em qualquer nível, as expectativas em relação àquele desempenho devem ser estabelecidas e comunicadas a todos os que participarão da avaliação, sendo essa condição fundamental para o seu êxito.

Um dos pontos relevantes do modelo de desempenho QUANTUM, desenvolvido por Hronec (1994) e trabalhado por Holanda e Ferraz (2007), é a comunicação, ressaltando a importância da uniformização de definições e regras em benefício da coesão e da direção que favorecem o desempenho organizacional. Além da comunicação, o mesmo estudo ressalta a importância do treinamento, do sistema de recompensas e da necessidade de fazer análise comparativa da organização, tanto no âmbito interno como externo. Esses fatores foram trazidos para o modelo proposto sob a forma de subdimensões e de itens de verificação.

De acordo com Holanda e Ferraz (2007), a comunicação é essencial no contexto da avaliação de desempenho, tanto para a organização, como para as pessoas e equipes. É indispensável que a organização deixe claro o que espera de seus colaboradores e o que o sistema de avaliação mensura em termos de desempenho individual e organizacional. Um dos objetivos da avaliação de desempenho é melhorar a comunicação entre gestor e equipe. Por isso, a presença deste indicador no instrumento gestão de processos.

A análise comparativa prevê que, para se chegar a uma conclusão adequada, é necessário comparar os resultados com referenciais apropriados, buscando um modelo estabelecido de excelência. Como lecionam Holanda e Ferraz (2007), a escolha deste critério fundamenta-se na FNQ:

Processo *continuum* de comparação de práticas da gestão, que pode incluir a comparação de estratégias, procedimentos, operações, sistemas, processos, produtos e serviços. Essa comparação é feita com organizações líderes reconhecidas no mercado, inclusive com líderes de ramos de atividade diferentes dos da organização, para identificar oportunidades de melhoria do desempenho. (FNQ, 2005, p. 67).

A análise comparativa para a GESPÚBLICA (2009) possibilita obter dados externos à organização que se transformam em informações e subsidiam a tomada de decisão e alimentam a produção de conhecimentos. Esses conhecimentos dão à organização pública a capacidade para gerir e poder para inovar.

Para a GESPÚBLICA (2009), as informações e dados definem tendências, projeções, causas e efeitos e, devem, portanto, subsidiar o planejamento, a avaliação, a tomada de decisão e a implementação de melhorias. A excelência em gestão pressupõe: obtenção e tratamento sistemático de dados e informações de qualidade, alinhados às suas necessidades, sistemas de informações estruturados e adequados; e obtenção e uso sistemático de informações comparativas.

Holanda e Ferraz (2007) justificam a escolha do indicador participação: “[...] é a capacidade que um sistema de medição de desempenho organizacional tem de permitir que diferentes grupos de usuários e interessados, tais como fornecedores, controladores, acionistas e comunidade, façam parte de todas as fases do ciclo de vida organizacional”.

Assim, a participação de todos os que fazem o ambiente organizacional, tanto interno como externo, é primordial para obter os resultados esperados, pois cada qual, com visão própria e diferenciada do sistema, tem muito a contribuir para um resultado positivo.

#### 5.4.2 Dimensão gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas

Conforme explicado anteriormente, esta dimensão trata dos aspectos da avaliação relacionados às equipes e pessoas. Nesta perspectiva, estão as subdimensões: *feedback*, periodicidade, análise comparativa e participação. O quadro 6 demonstra esta subdimensão e os itens de verificação.

SUBDIMENSÕES	ITENS DE VERIFICAÇÃO
FEEDBACK	Análise compartilhada Análise dos resultados das avaliações entre gestores e colaboradores
PERIODICIDADE	Periodicidade da avaliação
ANÁLISE COMPARATIVA	Análise evolutiva dos dados
PARTICIPAÇÃO	Engajamento das equipes na avaliação dos pares Análise de metas, indicadores e prazos

Quadro 6 – Itens de verificação da segunda dimensão perspectiva qualitativa  
Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

O *feedback* é um item vital no instrumento gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas, pois, conforme Pontes (2008), na avaliação, o *feedback*, tanto formal, como é o caso de uma entrevista para a discussão de desempenho, quanto informal, no dia a dia, tem a finalidade de revisar o desempenho passado com vistas ao desempenho futuro, bem como para possibilitar o maior aproveitamento do potencial do funcionário.

Checar a periodicidade é de relevância para avaliação de desempenho, haja vista a presença deste quesito como item de verificação do modelo proposto. Para Pontes (2008), a periodicidade deve ser reduzida para o menor tempo possível, podendo ser feita mensal, trimestral ou semestralmente, variando de acordo com as necessidades apresentadas pela organização. A avaliação deve ocorrer num período menor, para que não haja um intervalo muito grande entre os fatos observados e a sua constatação formal pelo avaliador.

Como penúltimo indicador do instrumento gestão de processos de avaliação organizacional, está a análise comparativa ou comparabilidade. A análise comparativa na avaliação de pessoas, segundo Milkovich e Boudreau (2006), pode ser feita em relação aos

objetivos negociados pela organização, em relação aos padrões de funções e entre indivíduos. Neste item, verifica-se se há algum tipo de comparação e se é feita uma análise dentro de uma perspectiva histórica.

O último item de verificação desta subdimensão refere-se à participação dos funcionários na melhoria dos processos de avaliação do desempenho. Averigua-se a existência de algum mecanismo que recolha sugestões ou promova a discussão do sistema.

### **5.5 Dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas**

A dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas foi inserida no modelo, consoante Holanda e Ferraz (2007), para vislumbrar a integração da medição do desempenho organizacional com o desempenho das pessoas. Para esses autores, integrar as políticas de Recursos Humanos ao sistema de mensuração do desempenho da empresa requer, por parte dos gestores, a identificação dos pontos de inserção entre a gestão desta área e o plano de implementação da estratégia.

Assim, cada organização, baseada em características próprias, verifica o impacto que as duas primeiras dimensões exercem na terceira, tendo ciência de que as alterações promovidas nos itens de verificação de uma dimensão, provavelmente, afetarão a outra. Holanda e Ferraz (2007) expõem que a dimensão “desdobramentos na vida profissional das pessoas” tem o propósito de verificar como os resultados da avaliação de desempenho impactam na trajetória profissional dos funcionários da organização.

Nesta subdimensão, investiga-se de que modo o resultado da avaliação de desempenho impacta nos sistemas de incentivos da empresa, analisando-se também de que fontes provêm às informações para a avaliação de desempenho e se existem recursos de apelação para os resultados apresentados, quando há discordância de opinião com relação ao resultado desse processo avaliativo, entre avaliador e avaliado.

O quadro 7 relaciona os itens de verificação relativos a cada uma das subdimensões que compõem a dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.

SUBDIMENSÕES	ITENS DE VERIFICAÇÃO
SISTEMAS DE INCENTIVO	Impactos dos resultados da AD nos sistemas de capacitação, na carreira e na remuneração
FONTES DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	Verificação das fontes da AD (superior, subordinado, pares e clientes)
RECURSOS DE APELAÇÃO	Existência de recursos de apelação, quando da discordância do resultado da AD

Quadro 7 – Itens de verificação da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas  
Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

A subdimensão sistemas de incentivos parte da satisfação dos funcionários, associada aos efeitos dos resultados da avaliação sobre a movimentação, carreira, capacitação e remuneração. Milkovich et al (2006) acrescentam que a avaliação fornece base para importantes decisões, como promoções, demissões e recompensas. As informações sobre desempenho podem servir para quatro propósitos gerais: retornar informações sobre pontos fortes e fracos; diferenciar os indivíduos, visando a recompensas; avaliar e manter o sistema de recursos humanos da organização e ensejar um arquivo documental para apoiar determinadas ações, como a demissão de um funcionário.

De qualquer forma, os resultados da avaliação de desempenho repercutem na vida profissional dos funcionários. Dessa maneira, tem-se como benefício para a organização a dinamização da política de RH, que oferece oportunidades aos empregados, estimulando a produtividade e melhorando o relacionamento no trabalho. Esta colocação justifica a presença deste indicador no instrumento.

A subdimensão fontes de avaliação de desempenho verifica de onde provêm as avaliações que podem ser provenientes de múltiplas fontes, como o superior hierárquico, subordinado, pares, e agentes externos, como clientes.

A investigação das fontes da avaliação de desempenho está presente neste instrumento por sua importância no processo de avaliação. Para Pontes (2008), os indivíduos por intermédio desta metodologia, podem comparar os resultados das avaliações feitas pelo

líder, colegas e clientes com a autoavaliação, que deve levar à reflexão, resultando em um nível maior de consciência de suas ações e os reflexos dos seus atos sobre os outros.

E, finalmente, a escolha do indicador recursos de apelação. Refere-se à discordância entre avaliador e avaliado com relação ao resultado da avaliação. De acordo com Pontes (2008), a avaliação pelo gestor fornece elementos confiáveis quando o líder tem a oportunidade de trabalhar próximo do avaliado, exige maturidade e confiança. Quando, porém a avaliação é inerente a apenas um avaliador, o risco de insatisfação aumenta, além do nível de subjetividade ser bem maior.

Esta subdimensão tem por objetivo verificar se a organização dispõe de instâncias normativas, que possam rever ou reavaliar os resultados e desdobramentos esperados, quando há contestação em relação ao resultado.

## **5.6 Teoria de suporte ao instrumento diagnóstico**

Holanda e Ferraz (2007) consideram que vários critérios e aspectos foram levados em consideração, em virtude da sua relevância, para a escolha dos itens de verificação, das subdimensões e dimensões que compõem o modelo diagnóstico. Os pontos abordados em todo o referencial teórico, relativos à de avaliação de desempenho organizacional, avaliação de pessoas e avaliação no contexto hospitalar contribuíram para a elaboração do modelo diagnóstico utilizado neste estudo. Este modelo, há pouco detalhado, possui uma teoria de suporte que buscou inter-relacionar os três temas e, assim, propor um instrumento que aponte o nível de alinhamento organizacional.

A dimensão alinhamento com a estratégia, além de Holanda e Ferraz (2007) e todos os autores já citados, para adequação ao contexto hospitalar, encontrou suporte na literatura da qualidade por via da FNQ (2009), Fundação Nacional da Qualidade, bem como no Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, no modelo da GESPÚBLICA (2009) e em autores reconhecidos no tema produtividade, indicadores e desempenho hospitalar, como Bittar (2001) e Borba (2006).



No quadro 8, observa-se a dimensão alinhamento com a estratégia adaptada.

Subdimensão	Itens de verificação	Teoria de suporte
Usuário/paciente	Satisfação do usuário	Holanda e Ferraz (2007) FNQ (2009) Bittar (1996) Gespública (2009)
Responsabilidade socioambiental	Responsabilidade socioambiental	Holanda e Ferraz (2007) MBAH (2003) FNQ (2009) SIGMA (2009) Gespública (2009)
Processos internos	Produtividade Qualidade	Holanda e Ferraz (2007) Bittar (2001) Borba (2006) Gespública (2009)
Pessoal e clima organizacional	Educação continuada Clima organizacional	Holanda e Ferraz (2007) FNQ (2009) Bittar (1996) Gespública (2009)
Econômico-financeira	Execução orçamentária Liquidez	Holanda e Ferraz (2007) Borba (2006) Amaral (2005) Pereira (2005) Gespública (2009) La Forgia e Couttolenc (2009)

Quadro 8 - Alinhamento com a estratégia – principais contribuições

Fonte: elaboração própria

No quadro 9, observa-se a dimensão gestão dos processos de avaliação, mantida conforme modelo de Holanda e Ferraz (2007).

Subdimensão	Teoria de suporte
Comunicação	Hronec (2004)
Periodicidade	Lucena (1992) e Pontes (1996)
Análise comparativa	FNQ (2005), Hronec (2004), Milkovich et al (2006)
Participação	Holanda e Ferraz (2007)

Quadro 9 – Gestão dos processos de avaliação – principais contribuições

Fonte: elaboração própria

A segunda dimensão possui, como suporte ao indicador comunicação, o método QUANTUM de Hronec (2004), a periodicidade dos processos de avaliação, por Lucena (1992) e Pontes (1996), a análise comparativa em relação a séries históricas ou ao mercado abordado, por Hronec (2004), pela FNQ (2005) e Milkovich et al (2006) e participação no processo avaliativo lecionado por Holanda e Ferraz (2007).

No quadro 10, observa-se a dimensão desdobramentos na vida profissional e das pessoas, que também continua conforme modelo proposto por Holanda e Ferraz (2007).

Subdimensão	Teoria de suporte
Sistemas de incentivo	Becker, Huselid e Ulrich (2001), Hronec (2004)
Fontes de avaliação do desempenho	Pontes (2008)
Recursos de apelação	Holanda (2004)

Quadro 10 - Desdobramentos na vida profissional e das pessoas – principais contribuições  
Fonte: elaboração própria

### 5.7 O sistema de pesos em nível de dimensões e perspectivas

O modelo tem a sua estrutura representada pelo sistema de pesos (P1, P2, P3, P4, P5), cada um correspondendo ao peso de um dos cinco níveis do modelo, conforme figura 9.

Nível 1 Dimensão	P1= Peso da Dimensão						
	Nível 2 Perspectiva	P2= Peso da Perspectiva					
		Nível 3 Subdimensão	P3= Peso da Subdimensão				
			Nível 4 Item de verificação	P4= Peso do item de verificação			
				Nível 5 Desdobramento	O*	U*	I*
			P5= Peso do desdobramento				

Figura 9 – Representação, por pontos, do modelo diagnóstico organizacional  
Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

Onde:

O\* – nível de organização

U\* – nível de unidade

I\* – nível de indivíduo

O modelo tem como valor máximo da sua escala o total de 1000 pontos. Para calcular a pontuação de cada item, multiplica-se o valor máximo da escala pelo peso da dimensão, da perspectiva, da subdimensão, do item de verificação e do desdobramento, se houver.

$$\text{PONTOS} = \text{VALOR MÁXIMO DA ESCALA} \times \text{P1} \times \text{P2} \times \text{P3} \times \text{P4} \times \text{P5}$$

Nas dimensões “alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa”, “gestão dos processos de avaliação organizacional”, “gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas” e “desdobramentos na vida profissional” (apêndices B, C, D e E), existe a seguinte escala: não possui (0,0); pouco frequente (0,25); algumas vezes (0,50); na maioria das vezes (0,75) e sempre (1,0). Há, ainda, a escala de frequência, na qual se verifica se a organização não pratica (0,0) ou pratica mensalmente (1,0) o indicador.

No modelo original de Holanda e Ferraz (2007), a dimensão alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa é preponderante, por abrigar os desdobramentos em níveis, que vão desde o topo até a base (da organização até o indivíduo), atribuindo-se às metas quantitativas uma função de objetivação e de unificação de perspectiva, que, segundo os autores, não pode ser exercida pela perspectiva qualitativa ou subjetiva.

A perspectiva qualitativa, contudo, precisa ser considerada, haja vista a necessidade da organização em sistematizar padrões compatíveis com o modelo da gestão que sustente o desenvolvimento em uma perspectiva de longo prazo, que pode ser trabalhado por competências e motivações de fundamentação qualitativa, ou seja, subjetiva.

Em vista disso, o modelo original de Holanda e Ferraz (2007) atribui peso maior para a dimensão “alinhamento com a estratégia”, com 60% dos pontos, divididos em 66,7% para a perspectiva quantitativa e 33,3% para a perspectiva qualitativa. A autora respalda essa escolha nas pesquisas de Martins (1999) e Bond (2002), nas quais o alinhamento com a estratégia constitui-se numa das principais citações dos autores pesquisados na literatura, como critério fundamental para a elaboração de um sistema de medição de desempenho.

Holanda e Ferraz (2007) atribuem importância capital à maneira como se desenvolve a gestão da avaliação de desempenho organizacional e de pessoas. Assim, optou-se por distribuir 20% dos pontos a essa dimensão, sendo que 50% deste percentual foram divididos para cada perspectiva, quantitativa e qualitativa. E consideram que os resultados da avaliação de desempenho precisam ter impactos objetivos sobre a vida profissional das pessoas. Portanto, os restantes 20% dos pontos do modelo proposto estão na dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.

O sistema de pesos e pontuação, no plano das dimensões e perspectivas, está representado na tabela 1.

Tabela 1 – Sistema de peso e pontuação das dimensões e perspectivas do modelo

<b>DIMENSÕES/PERSPECTIVAS DO MODELO</b>	<b>SIMBOLOGIA</b>	<b>PESO</b>	<b>PONTOS</b>
1 DIMENSÃO ALINHAMENTO COM A ESTRATÉGIA	DAE	60%	600
a) Alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa	DAEPQT	66,67%	400
b) Alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa	DAEPQL	33,33%	200
2 DIMENSÃO GESTÃO DE PROCESSOS DE AVALIAÇÃO	DGPA	20%	200
a) Gestão de processos de avaliação organizacional	DGPAO	50%	100
b) Gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas	DGPAEP	50%	100
3 DIMENSÃO DESDOBRAMENTOS NA VIDA PROFISSIONAL DAS PESSOAS	DDVPP	20%	200

Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

O modelo proposto por esta pesquisa, visando à fidedignidade ao modelo diagnóstico organizacional de Holanda e Ferraz (2007), mantém peso maior, para a dimensão alinhamento com a estratégia e pesos iguais para as demais dimensões.

O alcance da pontuação máxima, 1000 pontos, traduz no modelo descrito o fato de que a organização obtém o nível máximo de alinhamento entre os indicadores de resultado organizacionais e indicadores de desempenho individuais, pontuando em todas as dimensões, perspectivas, subdimensões, itens de verificação e desdobramentos.

O sistema de pontuação permite aos gestores identificar o resultado da avaliação de desempenho nas três dimensões do modelo, vislumbrando em quais delas obteve pontuação satisfatória ou insatisfatória, permitindo analisar os pontos que precisam ser melhorados, possibilitando assim um diagnóstico mais preciso sobre o desempenho organizacional.

a) Dimensão alinhamento com a estratégia

Na dimensão alinhamento com a estratégia, a análise é feita em duas perspectivas: a quantitativa e a qualitativa. A primeira possui cinco subdimensões (usuário/paciente, responsabilidade socioambiental, processos internos, capacidades de pessoal e clima organizacional, econômico-financeira) e a qualitativa possui duas dimensões (competências e motivações).

Analisando-se a organização na perspectiva quantitativa, há os pesos inerentes a cada subdimensão que devem ser atribuídos em função dos aspectos que a organização pretende valorizar no seu processo avaliativo. Para melhor adequação à realidade hospitalar pública, utilizou-se, como embasamento para a atribuição de pesos às subdimensões, os critérios e os itens de avaliação da Gestão Pública, a GESPÚBLICA. Segundo o manual para avaliação de 1000 pontos, dentre as dimensões tem peso menor.

Desta forma, atribui-se 30% à subdimensão processos internos, 20% à subdimensão usuário/paciente, 20% para capacidades de pessoal e clima, 20% para responsabilidade socioambiental e 10% para subdimensão econômico-financeira.

Cada uma das subdimensões possui itens de verificação próprios. Os pesos atribuídos referem-se à quantidade de itens da subdimensão. Por exemplo, se a subdimensão possuir quatro itens de verificação, o peso inerente a cada um deles será de 25%, decorrentes do peso máximo 100% dividido pelo número de itens.

Caso na entrevista se perceba que a organização não possui o item, não pontuará, tendo assim valor atribuído igual a zero. Ao contrário, se possui o item, será necessário observar em que nível o possui, em termos de desdobramentos, tendo-se os seguintes valores percentuais: organizacional (40%), unidade (30%) e individual (30%). Se a organização possuir o item nos três níveis, terá um percentual de 100%. Retirou-se do modelo original o desdobramento equipe, por entender-se que unidade já contemplaria o setor e sua equipe.

Portanto, o modelo possui pesos que originam pontos, desde uma escala. O instrumento de coleta de dados permite a quantificação desses valores, cujo propósito é verificar se a organização possui ou não os itens de verificação relativos a cada subdimensão e se há desdobramento nos níveis organizacional, de unidade e de indivíduos.

Nível 1	P1= Peso da Dimensão - 60%			
Dimensão alinhamento com estratégia	Nível 2	P2= Peso da Perspectiva- 66,6%		
	Perspectiva quantitativa	Nível 3	P3= Peso da subdimensão	
			Usuário/paciente – 20%	
			Socioambiental – 20%	
			Processos internos – 30%	
			Capacidades de pessoal e clima – 20%	
		Econômico-financeira – 10%		
	Nível 4	P4= Peso do item de verificação - de acordo com a quantidade de itens de verificação		
	Nível 5	O - 40%	U - 30%	I - 30%
		P5= Peso do desdobramento		

Figura 10 – Representação, por pontos, da dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa  
Fonte: adaptado Holanda e Ferraz (2007)

Verifica-se, de acordo com a figura 10, que a dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa possui todos os cinco níveis do modelo.

Na dimensão alinhamento com a estratégia perspectiva qualitativa, a subdimensão competências obteve 60% e motivações 40% da pontuação desta dimensão. Holanda e Ferraz (2007) realizam esta distribuição dos pesos por entenderem que as competências, tanto organizacionais como individuais, são fundamentais para que a gestão se configure de

maneira adequada. As competências requeridas pela organização indicam o caminho que ela deve seguir, em termos estratégicos. Não menos importante é a motivação que a organização consegue despertar em seus colaboradores para o alcance das metas, sendo essa a justificativa dos pesos atribuídos.

Nível 1	P1= 60%		
Dimensão alinhamento com estratégia	Nível 2	P2 = 33,3%	
	Perspectiva qualitativa	Nível 3 subdimensão competências	P3 = 60%
		Nível 3 subdimensão motivação	P3= 40%
			Nível 4 item de verificação

Figura 11 – Representação, por pontos, da dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa  
Fonte: adaptado de Holanda e Ferraz (2007)

Observa-se na figura 11 que, na perspectiva qualitativa da dimensão alinhamento com a estratégia, não há níveis de desdobramentos, restringindo-se esta a quatro níveis. Caso a organização não possua o item, o valor zero é atribuído. Ao contrário, o peso do item de verificação é distribuído de acordo com a frequência da resposta. Atribui-se uma pontuação intermediária de 0,25, quando o item é pouco frequente, de 0,50, quando existe algumas vezes, de 0,75, quando é verificado na maioria das vezes, e 1,00, quando sempre identificado.

#### b) Dimensão gestão dos processos de avaliação

Esta dimensão possui duas perspectivas: a quantitativa, que se refere à gestão dos processos de avaliação organizacional, e a qualitativa, relativa a equipes e pessoas. A primeira perspectiva tem quatro subdimensões: a comunicação, a periodicidade, a análise comparativa e a participação. Optou-se por utilizar a mesma atribuição de pesos de Holanda e Ferraz (2007), comunicação e participação, com o peso de 30% cada qual e as demais com 20% cada uma.

As subdimensões são compostas pelos respectivos itens de verificação, analisando-se, por meio de *checklist*, se a organização possui ou não o item de verificação mencionado. Neste modelo, houve a distribuição percentual igual para cada um deles, modificando apenas o peso das subdimensões. As diferenças de pesos entre as subdimensões variarão de acordo com o que a organização espera em termos de resultado final e podem ser modificados.

Nível 1 Gestão dos processos de avaliação organizacional	P1= 20%			
	Nível 2	P2 = 50%		
	Perspectiva quantitativa	Nível 3	P3 = 30%	
		Subdimensão comunicação		
		Nível 3	P3 = 20%	
		Subdimensão periodicidade		
Nível 3	P3 = 20%			
Subdimensão análise comparativa				
Nível 3	P3 = 30%			
Subdimensão participação				
		Nível 4 Item de verificação	P4 = (de acordo com a quantidade de itens)	

Figura 12 – Representação, por pontos, da dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional perspectiva quantitativa

Fonte: adaptado de Holanda e Ferraz (2007)

A figura 12 representa o sistema de pesos/pontuação da dimensão gestão de processos de avaliação organizacional (perspectiva quantitativa), que permite verificar o peso, de forma percentual, atribuído a cada nível do modelo. Verifica-se que, na dimensão gestão de processos de avaliação organizacional, perspectiva quantitativa, não há níveis de desdobramentos, restringindo-se esta a quatro níveis.

A perspectiva qualitativa possui quatro subdimensões: *feedback*, periodicidade, análise comparativa e participação. A lógica da pontuação é a mesma apresentada na perspectiva quantitativa, atribuindo-se pesos diferenciados às subdimensões que se pretende



valorizar. As subdimensões *feedback* e participação terão peso de 30% cada uma e as subdimensões periodicidade e análise comparativa com peso de 20% cada qual.

Observa-se na figura 13 que na dimensão gestão de processos de avaliação organizacional, perspectiva qualitativa, não há níveis de desdobramentos, restringindo-se aos quatro níveis.

Nível 1 Gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas	P1= 20%			
	Nível 2	P2 = 50%		
	Perspectiva qualitativa	Nível 3	P3 = 30%	
		Subdimensão <i>feedback</i>		
		Nível 3	P3 = 20%	
		Subdimensão periodicidade		
	Nível 3	P3 = 20%		
Subdimensão análise comparativa				
Nível 3	P3 = 30%			
Subdimensão participação				
		Nível 4 item de verificação	P4 = (de acordo com a quantidade de itens)	

Figura 13 – Representação, por pontos, da dimensão gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas - perspectiva qualitativa

Fonte: adaptado de Holanda e Ferraz (2007)

### c) Desdobramentos na vida profissional das pessoas

Na dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas, o modelo proposto expressa três subdimensões: sistemas de incentivos, fontes da avaliação de desempenho e recursos de apelação. Holanda e Ferraz (2007) atribuíram à subdimensão sistemas de incentivos, 50% dos pontos, à subdimensão fontes da avaliação de desempenho outros 30% e à subdimensão recursos de apelação os 20% restantes. Ressalta-se que os pesos foram atribuídos em função da importância que cada um representa para a natureza das organizações pesquisadas.

Nível 1 - Desdobramentos na vida profissional das pessoas	P1 = 20%
Nível 3 - Subdimensão sistemas de incentivo	P2 = 50%
Nível 3 - Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	P3 = 30%
Nível 3 - Subdimensão recursos de apelação	P3 = 20%
Nível 4 - Item de verificação	P4 (de acordo com a quantidade de itens)

Figura 14 – Representação, por pontos, da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas  
Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

Observa-se na figura 14 que, na dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas, não há perspectivas, nem níveis de desdobramentos, restringindo-se esta a três níveis de avaliação. Os pesos atribuídos aos itens de verificação também são referentes à quantidade de itens da subdimensão.

#### 5.8 As categorias do modelo proposto

Com base na pontuação obtida, a organização será enquadrada em categorias, de acordo com cada faixa de pontuação, que lhe atribuirão um nível de alinhamento distinto, descrito na tabela 2.

Tabela 2 – Categorias do modelo proposto

CATEGORIAS	FAIXAS DE PONTUAÇÃO	PERCENTUAL	NÍVEL DE ALINHAMENTO
1	0- 250	0,00 a 25,00%	BAIXO
2	251- 500	25,01 a 50,00%	MODERADO
3	501- 750	50,01 a 75,00%	EM CONSOLIDAÇÃO
4	751- 1000	75,01 a 100,00%	AVANÇADO

Fonte: Holanda e Ferraz (2007)

A tabela 2 traduz as categorias no modelo, onde a categoria 1, cuja faixa de pontuação é de 0 a 250 pontos, retrata as organizações que se encontram em um nível de

alinhamento baixo, situação em que as práticas da gestão ainda são imaturas ou não existem na maioria das dimensões do modelo.

A categoria 2, faixa de pontuação que vai de 251 a 500 pontos, retrata um nível um pouco mais elaborado, moderado, em que a organização possui práticas nas três dimensões do modelo, mas esse desenvolvimento ainda acontece moderadamente.

A categoria 3 (pontuação de 501 a 750 pontos) abriga as organizações que estão com suas práticas da gestão em consolidação, buscando um aprimoramento maior do desempenho. Essas organizações possuem grau de desenvolvimento superior aos anteriores, porém ainda não atingiram grau de maturidade suficiente para serem consideradas como empresas com o nível de alinhamento avançado.

Finalmente, tem-se a categoria 4, na qual a pontuação abrange os resultados obtidos entre 751 e 1000 pontos, revelando um nível de alinhamento avançado, possuindo práticas da gestão mais sedimentadas em todas as dimensões do modelo. Essas organizações possuem a maioria dos itens de verificações e os desdobramentos em nível de organização, de unidade e indivíduo.

Dessa forma, o modelo deve ter pesos que produzem pontos, desde uma escala que vai de 0 a 1000 pontos, onde os intervalos são de 250 pontos, distribuídos de acordo com quatro categorias distintas. Holanda e Ferraz (2007) embasaram esta escala em Oliveira (1996), que teve como objetivo a formulação do método para avaliação de indicadores de sustentabilidade organizacional (M.A.I.S.). As faixas de pontuação no modelo de Oliveira (1996) são: de 0 a 149 pontos (insustentável), de 150 a 249 pontos (em busca de sustentabilidade) e de 250 a 360 pontos (sustentável).

Com este exemplo, Holanda e Ferraz (2007) ressaltam a necessidade de preparação do avaliador para interpretar os dados provenientes do modelo proposto, utilizando as categorias do modelo como forma de ter um parâmetro de mensuração, mas devendo levar em conta fatores subjetivos verificados na coleta de dados.

Finalmente, nesta seção, buscou-se detalhar a elaboração do modelo diagnóstico, para demonstrar a flexibilidade deste instrumento em se adaptar a quaisquer ramos organizacionais, assim como a teoria de suporte que embasou a adaptação ao contexto hospitalar e o modelo matemático criado para mensuração dos pontos e classificação destas organizações.

A elaboração deste instrumento possibilita o diagnóstico da gestão atual das organizações, sua classificação e a possibilidade de indicar pontos de melhoria nos processos de avaliação de desempenho. Na próxima seção, descreve-se todo o processo metodológico utilizado nesta pesquisa.

## 5 METODOLOGIA

Este capítulo tem como objetivo descrever a pesquisa e os procedimentos metodológicos adotados. Richardson (2008) apresenta o método como o caminho ou maneira para chegar a um determinado fim ou objetivo. A metodologia, por sua vez, diz respeito às regras estabelecidas pelo método científico.

Ao descrever o procedimento metodológico, faz-se relevante indicar o método utilizado para coletar os dados, identificar a população e a amostra do estudo, o instrumento de coleta e esclarecer sobre o método para tratamento e análise dos dados.

### 5.1 Tipologias da pesquisa

Este estudo pode ser classificado como avaliativo, pois o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos a serem atingidos diz respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas. Ainda que passíveis de ser formulados de modo mais direto, o estabelecimento de nexos entre uma ação, ou ações, e determinadas alterações observadas na realidade orienta fortemente as questões formuladas; ou seja, de acordo com Novaes (2000), pode-se considerar como característica importante na pesquisa de avaliação a identificação de relações de causalidade, ainda que as concepções que as orientam possam ser diversificadas.

“A metodologia dominante nas pesquisas avaliativas ainda é a de natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, ambas, porém orientadas para a busca de objetividade e de uma possibilidade de generalização do observado” (NOVAES, 2000).

O método quantitativo, no modelo diagnóstico de Holanda e Ferraz (2007), é utilizado no sistema de pontos, embasado no modelo matemático proposto pelos acima citados, que permite observar a categoria de pontuação na qual a organização se encontra,

para verificar seu nível de alinhamento, podendo ser baixo, moderado, em consolidação ou avançado.

Acerca da relevância da pesquisa quantitativa, Richardson (2008, p. 70) comenta que

[...] o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitarem distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências. É frequentemente aplicado nos estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como, nos que investigam a relação de causalidade entre os fenômenos.

Esta pesquisa foi realizada mediante um corte transversal, metodologia positivista projetada para obter informações sobre variáveis em diferentes contextos, mas simultaneamente. É um instantâneo de uma situação em andamento. Neste tipo de estudo, os dados são coletados somente uma vez, em um período curto antes de serem analisados e relatados. Não tem por objetivo explicar por que uma correlação existe, apenas indicar se ela existe ou não (COLLIS e HUSSEY, 2005).

## 5.2 Coleta de dados

Os dados são primários, portanto, tomados na própria fonte, pois a coleta de dados foi efetuada no ambiente dos próprios hospitais estudados. O método foi a entrevista estruturada e individual com os gestores hospitalares. Na lição de Collis e Russey (2005), este método justifica-se por ser necessário entender o construto que o entrevistado usa como base para suas opiniões e visões acerca de determinado ponto.

Foram realizadas pelo menos duas entrevistas em cada organização pesquisada, sendo uma com o gestor administrativo-financeiro, que respondeu às questões dos instrumentos “alinhamento com a estratégia – perspectiva quantitativa” e “gestão dos processos de avaliação organizacional” (Apêndices A e C), e a outra entrevista com o gestor da área de recursos humanos, que respondeu aos instrumentos “alinhamento com a

estratégia”, “gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas – perspectiva qualitativa” e “desdobramentos na vida profissional das pessoas”. (Apêndices B, D e E)

### **5.3 População e amostra**

O universo desta pesquisa é composto por três organizações hospitalares similares, com características de homogeneidade. Para minimizar os vieses, procura-se adequar as condições de teste às utilizadas anteriormente por Holanda e Ferraz (2007).

Como critério de inclusão, optou-se por hospitais públicos do Município de Fortaleza–CE, independentemente do modelo da gestão, se organização social ou administração direta, de médio ou de grande porte, que possuam setor de recursos humanos, e que este tenha implantado um sistema de avaliação de desempenho de funcionários. Foram excluídos os hospitais privados e filantrópicos, de pequeno porte, e que não possuam setor de recursos humanos ou que este não tenha implantado o sistema de avaliação de desempenho de funcionários.

Seguindo estes critérios, foram contatados os seguintes hospitais: Instituto Dr. José Frota, que não estava recebendo projetos de pesquisa na época. O Hospital Geral César Carls cuja avaliação de desempenho dos servidores é realizada somente pela Secretaria de Saúde. O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), do qual não se obteve resposta em tempo hábil para a realização da pesquisa. Finalmente, os hospitais que permitiram que a pesquisa fosse realizada após aprovação dos comitês de ética e pesquisa científica foram: Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Waldemar de Alcantara e Hospital Universitário Walter Cantídio.

A população é composta por sete gestores hospitalares, sendo três gerentes administrativo-financeiros e quatro de recursos humanos. A unidade de análise é formada pelos gestores de recursos humanos e gestores hospitalares. Unidade de análise é o tipo de caso que se refere às variáveis ou fenômenos em estudo, bem como o problema de pesquisa, e sobre os quais são analisados e coletados os dados. “É um tipo de amostragem natural que ocorre quando o pesquisador tem pouca influência na composição da amostra, ou seja, são

determinados profissionais que estão envolvidos no fenômeno que está sendo investigado.” (COLLIS; HUSSEY, 2005, p.152).

#### **5.4 Instrumento de pesquisa**

O instrumento de pesquisa utilizado foi aplicado anteriormente em instituições bancárias, elaborado por Holanda e Ferraz (2007) e, para esta pesquisa, parcialmente adaptado ao contexto hospitalar.

O detalhamento do instrumento de pesquisa foi apresentado no item 5 - modelo diagnóstico organizacional. Sua escolha decorre da necessidade de utilizar um instrumento que tenha sido anteriormente validado e avalie o alinhamento entre os indicadores de gestão organizacional e de desempenho de pessoas, classificando as organizações.

#### **5.5 Tratamento e análise dos dados**

Para tratamento e análise dos dados, foi utilizado por Holanda e Ferraz (2007) um modelo matemático. Este consiste em um conjunto de equações que representa, de forma quantitativa, as hipóteses usadas na construção deste modelo, as quais se apoiam sobre o sistema real. O objetivo principal é possibilitar entendimento do próprio modelo de uma forma simples, ou então descrevê-lo o mais completamente de modo que possa ser tão preciso quanto o mundo real. (SODRÉ, 2007)

As equações matemáticas de um modelo simplesmente interpretam as hipóteses de um ponto de vista quantitativo, concedendo a condição de deduzir consequências e mostra onde estão os detalhes que deverão ser aceitos ou recusados. Tais equações são resolvidas em função de alguns valores conhecidos ou previstos pelo modelo real e podem ser testadas mediante a comparação com os dados conhecidos ou previstos com as medidas realizadas no mundo real (SODRÉ, 2007).



Holanda e Ferraz (2007) utilizaram uma escala numérica de 1000 pontos, que representa o resultado das diferentes dimensões, permitindo verificar o alinhamento entre os indicadores da gestão organizacional e de pessoas. A pontuação final permite identificar o nível de alinhamento, bem como classificar a organização como no nível de alinhamento “baixo”, “moderado”, “em consolidação” ou “avançado”. Essa classificação possibilita que o gestor observe em que dimensão a organização obteve uma pontuação considerada baixa, podendo assim verificar onde precisa concentrar esforços para melhorar o desempenho, tanto organizacional como de cada funcionário.

É baseado em pesos que se distribuem por dimensão, perspectiva, subdimensão, item de verificação e por desdobramento. A distribuição de pesos procura traduzir, em linhas gerais, os consensos percebidos na revisão bibliográfica.

Quando os itens de verificação não têm o mesmo grau de importância, há a necessidade de atribuir pesos diferentes a itens que possuem graus de contribuição distintos para o resultado organizacional e individual das pessoas. Os pesos têm como função principal comunicar as ênfases que conduzem a um estado desejável a cada momento. O balanceamento de pesos entre perspectivas de desempenho deve ser moldado de acordo com as necessidades de desempenho apresentadas pela organização em determinada circunstância (MULLER, 2003; DONDONI, 2004 e BRANDÃO et al, 2005).

Segundo Holanda e Ferraz (2007), o sistema de pesos opera no decorrer do tempo, analisando as mudanças de foco, operacional ou estratégico, requeridas pela organização. Dessa maneira, se a organização objetivar elevar a satisfação do usuário, o modelo valorizará o peso da subdimensão usuário/paciente. Se o objetivo, no entanto, maior for a melhoria dos processos, a valorização ocorrerá no peso da subdimensão processos internos, em detrimento de outras subdimensões que compõem o modelo.

Finalmente, a exposição dos procedimentos metodológicos adotados permite classificar este estudo como avaliativo, pois busca estabelecer relações de causa entre os sistemas de desempenho. A amostra é composta pelos três maiores hospitais do Município de Fortaleza, que utilizam como ferramenta da gestão a avaliação de desempenho organizacional

e de pessoas. É quantitativa, no entanto, em virtude do método de mensuração dos resultados baseado em pontos, o que possibilita a classificação das organizações em categorias.

## **6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Esta seção avalia o nível de alinhamento dos indicadores da gestão organizacional em relação aos indicadores de desempenho de pessoas em unidades hospitalares públicas do Município de Fortaleza – CE, com base nos dados da pesquisa de campo.

Expressa os resultados, inicialmente, promovendo a caracterização de cada unidade hospitalar. Em seguida, avalia-se o nível de alinhamento em cada uma das dimensões: alinhamento com a estratégia, gestão dos processos de avaliação e desdobramentos na vida profissional das pessoas. Após discorrer sobre o estado geral de cada hospital, busca-se a análise cruzada dos dados destas três organizações.

### **6.1 Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC**

#### **7.1.1 Caracterização da unidade de análise**

O hospital é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde - SUS. Como centro de referência para ensino, serve como campo de estágio para os alunos de graduação e pós-graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal do Ceará (UFC), assim como recebe os alunos da área da saúde de outras academias do Estado.

Atualmente é uma unidade que presta assistência de alta complexidade, realizando desde transplante renal e hepático de forma rotineira, até pesquisas clínicas vinculadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais, além de participação em estudos multicêntricos em protocolos de pesquisa clínica avançada.

Passa por uma grande reestruturação, visto que houve um processo de fusão com a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, ensejando a reorganização de áreas/setores, de processos de trabalho etc. Possui 2600 funcionários e 242 leitos. Os tipos de contratação de pessoal são os mais diversos: há servidor público federal, profissionais sob regime de CLT, terceirizados e cooperados.

Permanece diretamente subordinado à Reitoria da Universidade Federal do Ceará - UFC para efeito de supervisão e controle administrativo. No âmbito do ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação e no plano da assistência insere-se na rede de estabelecimentos de saúde vinculada ao SUS.

#### 7.1.2 Análise das três dimensões – HUWC

Na tabela 3, estão expressos o resultado geral de todas as dimensões do modelo diagnóstico, bem como a classificação do nível de alinhamento de acordo com as categorias de Holanda e Ferraz (2007).

**TABELA 3 – ANÁLISE DAS DIMENSÕES – HUWC**

<b>Dimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>	<b>Nível de alinhamento</b>
Alinhamento com estratégia	80	600	13,3	Baixo
Gestão de processos de avaliação	46,5	200	23,2	Baixo
Desdobramentos na vida profissional das pessoas	82,25	200	41,25	Moderado
<b>TOTAL</b>	209	1000	20,9	Baixo

Fonte: elaboração própria

O resultado desta tabela demonstra que o HUWC está em um nível de alinhamento considerado baixo. O detalhamento dos resultados deste hospital está organizado pela ordem das dimensões: alinhamento com a estratégia, gestão dos processos de avaliação e desdobramentos na vida profissional das pessoas.

### 7.1.3 Análise da dimensão alinhamento com a estratégia

Conforme exposto anteriormente, esta dimensão compõe-se de duas perspectivas - quantitativa e qualitativa.

#### a) Perspectiva quantitativa

**TABELA 4 – ALINHAMENTO COM A ESTRATÉGIA (PERSPECTIVA QUANTITATIVA) – HUWC**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão usuário/paciente	32	80	40
Subdimensão socioambiental	0	80	0
Subdimensão processos internos	0	120	0
Subdimensão capacidades de pessoal e clima	16	80	20
Subdimensão econômico-financeira	0	40	0
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>400</b>	<b>12</b>

Fonte: entrevistas

Compreende-se, com suporte na tabela 4, que apenas as subdimensões usuário/paciente e capacidades de pessoal e clima obtiveram pontuações.

A subdimensão usuário-paciente demonstrou o melhor resultado dentre as subdimensões reunidas, pois existe na organização um setor de ouvidoria que recebe as queixas dos pacientes e possui metas de tempo e resolutividade. Não há, porém, metas de satisfação do usuário para os setores e pessoas, bem como não existe pesquisa de satisfação. Por isso, não atingiu pontuação em todos os desdobramentos.

A segunda maior pontuação está na subdimensão capacidades de pessoal e clima. Embora não atrelada à avaliação de desempenho, há na organização o cuidado em realizar o levantamento das necessidades de capacitação e treinamento. Procura incentivar a formação, pois, juntamente com o tempo de serviço, é um dos critérios para a progressão funcional.

Mesmo tendo obtido pontuação nas dimensões retrocitadas, estas podem ser aperfeiçoadas. Sugere-se, com relação aos usuários/pacientes, a implantação de pesquisa de satisfação, mediante a qual serão levantados pontos de aperfeiçoamento de rotinas e processos. E na subdimensão capacidades de pessoal e clima, o setor de recursos humanos poderia solicitar à UFC a inserção deste item na avaliação de desempenho do servidor para que ele possa sugerir atividades de capacitação mais focadas em suas deficiências.

Em contrapartida, nas demais subdimensões – responsabilidade socioambiental, processos internos e a econômico-financeira – não houve pontuação. Com relação à responsabilidade socioambiental, há o tratamento de resíduos exigido para manutenção de licenças de funcionamento, porém, não há metas para aperfeiçoamento deste processo e sensibilização de pessoal.

Há também, no hospital, o setor de qualidade, que mensura os indicadores de produtividade e qualidade da subdimensão processos internos. Estes, no entanto, não foram pontuados, pois os indicadores não são integrados ao sistema aos setores ambulatoriais, de exames etc. Além disso, os usuários não possuem a rotina de digitar as informações corretas e em tempo hábil, por isso, muitas informações são perdidas.

Finalmente, a última subdimensão, a econômico-financeira, está na mesma situação da subdimensão anterior, também não existem metas, porque o setor financeiro está se reorganizando. Os processos gerenciais estão sendo revistos, com a implantação de um sistema integrado e a contratação de uma consultoria. A tomada de decisão acontece com base em relatórios gerenciais do sistema anterior e dados contingenciais. Inexiste avaliação de desempenho organizacional estruturada. A organização tem uma previsão orçamentária revista anualmente pela superintendência e direção do hospital.

No resultado geral da perspectiva quantitativa da dimensão alinhamento com a estratégia foram obtidos 48 pontos, perfazendo 12% do total. É um percentual bem inferior, que demonstra um estágio primário de organização dos processos de trabalho e a necessidade de um planejamento ao nível de organização. Consta-se que, neste hospital, melhorias devem ser implementadas em quase todas as subdimensões.

Vale ressaltar que, por ser uma instituição de saúde, deve estar atenta aos seus processos internos, pois, com base nos seus indicadores, as ações da organização podem ser direcionadas para entregar o melhor produto ou serviço ao cliente e aprimorar o desempenho na busca constante pela excelência.

Sugere-se, ainda, um investimento maior do hospital na implantação de programas ambientais que promovam o entendimento de todos os funcionários sobre a importância dos cuidados com os resíduos hospitalares, além de promover ações educativas para os usuários.

Finalmente, a subdimensão econômico-financeira é importante e precisa ter seus processos bem definidos. Sabe-se que, mesmo nas instituições de saúde enquadradas como entidades filantrópicas (sem fins lucrativos), os resultados são efetivamente necessários à melhoria da qualidade, ao crescimento, ao desenvolvimento de novos serviços, ao financiamento do capital de giro e à reposição de investimentos na infraestrutura instalada.

#### b) Perspectiva qualitativa

A tabela 5 resume os resultados da avaliação na perspectiva qualitativa, da dimensão alinhamento com a estratégia.

**TABELA 5 – ALINHAMENTO COM A ESTRATÉGIA (PERSPECTIVA QUALITATIVA) – HUWC**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão competências	0	120	0
Subdimensão motivações	32	80	16
TOTAL	32	200	16

Fonte: entrevistas

A subdimensão “competências” não conseguiu pontuação, visto que não foram definidas as competências organizacionais e tampouco as individuais. Havia um planejamento estratégico, mas não foi divulgado, nem posto em prática, entrando em desuso.

Com relação à subdimensão “motivações”, a pontuação atingida decorre da existência, na organização, de ações isoladas que buscam promover a melhoria do ambiente de trabalho, a qualidade de vida dos profissionais e a motivação da equipe. Há realização da pesquisa de clima organizacional, com origem na qual os dados são coletados, posteriormente divulgados e impactam em ações. O setor de Segurança e Medicina do Trabalho está sendo implantado para acompanhar de perto as condições de trabalho e auxiliar nos programas de humanização.

A organização, no entanto, não atingiu pontuação máxima, porque estas ações não estão vinculadas à estratégia organizacional. Além disso, não há programas de premiação como forma de incentivar o aperfeiçoamento do desempenho.

O resultado geral indicado pela perspectiva qualitativa da dimensão alinhamento com a estratégia foi de 32 pontos, correspondendo a 16% da pontuação total. A perspectiva quantitativa obteve resultado melhor do que a perspectiva qualitativa, embora ainda seja uma classificação baixa.

Assim, a avaliação final da dimensão alinhamento com a estratégia obteve 80 pontos, perfazendo 13,3% da pontuação total. Esta pontuação reflete a existência de ações pontuais realizadas por gestores, mas não relacionadas à visão de futuro do hospital.

#### 7.1.4 Análise da dimensão gestão dos processos de avaliação

Conforme exposto anteriormente, esta dimensão compõe-se da perspectiva quantitativa (gestão dos processos de avaliação organizacional) e a perspectiva qualitativa (gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas).

##### a) Perspectiva quantitativa



A tabela 6 sintetiza os resultados da dimensão gestão dos processos de avaliação na perspectiva quantitativa, inerentes à organização.

**TABELA 6 – GESTÃO DOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL – HUWC**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão comunicação	0	30	0
Subdimensão periodicidade	0	20	0
Subdimensão análise comparativa	0	30	0
Subdimensão participação	2	20	10
<b>TOTAL</b>	2	100	2

Fonte: entrevistas

Constata-se na tabela 6 que apenas a subdimensão participação obteve uma pequena pontuação. A ausência de pontos na subdimensão comunicação decorre do fato de a organização não possuir um canal que divulgue seus diferenciais competitivos, as metas, ou que sensibilize as pessoas para o alcance dos resultados.

Como inexistente uma avaliação de desempenho organizacional estruturada, as subdimensões periodicidade e análise comparativa não obtiverem pontuação. Os processos de trabalho estão sendo revistos para adequação ao novo sistema. Os controles de desempenho realizados na forma de controle de custos, fluxo de caixa etc. estão com fórmulas simples e mais acessíveis. Por isso, os pontos atribuídos na subdimensão participação.

O resultado geral da perspectiva quantitativa, da dimensão gestão de processos de avaliação organizacional, obteve dois pontos. Pode-se considerar um resultado insuficiente, que indica a necessidade de implantação de um sistema de medição de desempenho.

#### b) Perspectiva qualitativa

A tabela 7 sintetiza os resultados da dimensão gestão dos processos de avaliação na perspectiva qualitativa, inerentes às equipes e pessoas.

**TABELA 7 – GESTÃO DOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE EQUIPES E PESSOAS – HUWC**

Dimensões/subdimensões	Pontuação obtida	Pontuação máxima	Percentual realizado
Subdimensão <i>feedback</i>	30	30	100
Subdimensão periodicidade	12,5	20	62,5
Subdimensão análise comparativa	0	20	0
Subdimensão participação	2	30	6
TOTAL	44,5	100	44,5

Fonte: entrevistas

Observa-se na tabela 7 que houve pontuação em todas as dimensões, exceto da subdimensão análise comparativa. Isto porque a avaliação de desempenho de pessoas acontece apenas para os servidores públicos, anualmente. As informações coletadas voltam para UFC e o setor de recursos humanos deste hospital não tem retorno dos dados. É um processo isolado, realizado por obrigatoriedade legal para progressão funcional. Por isso, não gera informações para capacitação, premiações por produtividade ou uma análise histórica do desempenho profissional.

Na subdimensão *feedback*, no entanto, a organização obteve pontuação máxima, visto que é um processo estruturado com três fases bem distintas. A primeira, em que a chefia preenche o instrumento, avaliando seus servidores; a segunda em que o servidor se avalia; e a terceira, que é a reunião de *feedback*, na qual os dois conversam sobre suas análises e chegam a um parecer comum que deve ser registrado em forma de ata com a assinatura de ambos. Desta forma, o funcionário toma ciência do teor da sua avaliação.

O setor de recursos humanos atua na divulgação e incentivo à participação do servidor. A elaboração do instrumento de avaliação é feita pela UFC de acordo com as classes: nível básico, nível médio ou nível superior (classes A, B ou C, D ou E); e no instrumento não há um campo para sugestões de aperfeiçoamento do processo de avaliação por parte dos servidores. Neste último período de avaliação, no entanto, os profissionais do RH puderam contribuir para o aperfeiçoamento do instrumento. Por isso, a subdimensão participação obteve pontuação.

O resultado da dimensão gestão dos processos de avaliação de equipes e pessoas, perspectiva qualitativa, foi de 44,5 % da pontuação total. Observa-se que é um processo de

trabalho realizado no hospital que poderia ensejar dados para a tomada de decisão, tornar-se estratégico, mas que possui muitas limitações.

Assim, a avaliação final da dimensão gestão dos processos de avaliação obteve 23,2% da pontuação total. A perspectiva qualitativa foi melhor do que a quantitativa. Este fato explica-se, fundamentalmente, pela existência do processo de avaliação de pessoas.

#### 7.1.5 Análise da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas

Esta dimensão compõe-se da subdimensão sistemas de incentivo, fontes de avaliação de desempenho e recursos de apelação.

**TABELA 8 – DESDOBRAMENTOS NA VIDA PROFISSIONAL DAS PESSOAS – HUWC**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão sistemas de incentivo	6,25	100	6,2%
Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	36	60	60%
Subdimensão recursos de apelação	40	40	100%
<b>TOTAL</b>	<b>82,25</b>	<b>200</b>	<b>41,25%</b>

Fonte: entrevistas

A tabela 8 traduz os itens de verificação relativos aos impactos que as outras dimensões trazem para a vida profissional.

A subdimensão sistemas de incentivo atingiu a menor pontuação entre os itens. A avaliação de desempenho não tem impacto na capacitação dos profissionais, porque este levantamento é feito por meio do Levantamento das Necessidades de Desenvolvimento - LND e não há local no instrumento de avaliação para este fim. Também não impacta na progressão funcional. Neste caso, são avaliados critérios como tempo de serviço e formação profissional, itens não atrelados à avaliação. E, como não há premiações por desempenho na instituição, este item também não pode ser pontuado.

O único item pontuado diz respeito ao impacto da avaliação no desligamento dos profissionais. Isto porque, mesmo sendo uma instituição pública, já aconteceram casos de desligamento por desempenho insatisfatório, embora sejam muito raros.

A subdimensão “fontes de avaliação de desempenho” teve percentual de 60% dos itens verificados, no qual se observou a participação de mais de um avaliador: a chefia e o próprio funcionário. Há uma reunião em que os dois chegam a um consenso e devem registrá-lo em uma ata, porém ninguém mais participa deste processo.

A subdimensão recursos de apelação foi a única que obteve a integralidade dos pontos nesta dimensão, demonstrando, assim, o cuidado da organização em promover a lisura do processo de avaliação. O setor de ouvidoria existe também para aquele funcionário que se sentiu prejudicado poder recorrer ao parecer e obter a nova avaliação.

A avaliação final desta dimensão sugere potencial de melhoria para a qualidade das práticas da gestão desde que haja a conexão dos resultados da avaliação funcional com as funções de RH, como treinamento e desenvolvimento, promoção e premiação. Acrescenta-se o crescimento da quantidade das fontes de avaliação, incluindo a avaliação dos pares, dos próprios usuários.

Como resultado geral das dimensões do HUWC, tem-se 209 pontos, que correspondem a 20% da pontuação total. Essa pontuação enquadra a organização na categoria 1 do modelo matemático, que vai de 0 – 250 pontos, traduzindo assim que a organização possui um nível de alinhamento baixo, situação em que as práticas da gestão ainda são imaturas ou não existem na maioria das dimensões do modelo.

## **6.2 Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS**

### **7.2.1 Caracterização da unidade de análise**

Este hospital é órgão da Administração Pública Estadual, subordinado à Secretaria da Saúde do Ceará. Foi inaugurado em 1952 para atender crianças doentes provenientes de todo o Estado. Ao longo dos anos, o hospital foi credenciado para realizar procedimentos de alta complexidade em Oncologia, Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e Cirurgia Craniofacial. Hoje, com nível de atenção terciária, expandiu sua atuação para privilegiar a emergência clínica e cirúrgica em Pediatria, UTI infantil e neonatal, constituindo-se um verdadeiro complexo hospitalar, com 287 leitos credenciados ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 237 hospitalares e 50 domiciliares.

Em 2006 foi certificado pelos Ministérios da Educação e da Saúde como hospital de ensino. Atualmente é reconhecido como centro de referência nacional para a promoção da saúde da criança e do adolescente.

#### 7.2.2 Análise das três dimensões – HIAS

Na tabela 9, são exibidos o resultado geral de todas as dimensões do modelo diagnóstico, bem como a classificação do nível de alinhamento de acordo com as categorias de Holanda e Ferraz (2007).

**TABELA 9 – ANÁLISE DAS DIMENSÕES – HIAS**

<b>Dimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>	<b>Nível de alinhamento</b>
Alinhamento com estratégia	365,5	600	60,9	Em consolidação
Gestão de processos de avaliação	103,5	200	51,7	Em consolidação
Desdobramentos na vida profissional das pessoas	94,7	200	47,3	Moderado
<b>TOTAL</b>	<b>563,7</b>	<b>1000</b>	<b>56,3</b>	<b>Em consolidação</b>

Fonte: elaboração própria

A análise dos dados da tabela 9 demonstra que o HIAS está em um nível de alinhamento em consolidação. O detalhamento dos resultados deste hospital está organizado pela ordem das dimensões que constituem o modelo diagnóstico: alinhamento com a

estratégia, gestão dos processos de avaliação e desdobramentos na vida profissional das pessoas.

### 7.2.3 Análise da dimensão alinhamento com a estratégia

Conforme exposto anteriormente, esta dimensão compõe-se de duas perspectivas – quantitativa e qualitativa.

#### a) Perspectiva quantitativa

A tabela 10 sintetiza os resultados da avaliação, na perspectiva quantitativa, da dimensão alinhamento com a estratégia.

**TABELA 10 – ALINHAMENTO COM A ESTRATÉGIA PERSPECTIVA QUANTITATIVA – HIAS**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão usuário/paciente	56	80	70%
Subdimensão socioambiental	56	80	70%
Subdimensão processos internos	83,5	120	69,5%
Subdimensão capacidades de pessoal e clima	68	80	85%
Subdimensão econômico-financeira	40	40	100%
<b>TOTAL</b>	<b>303,5</b>	<b>400</b>	<b>75,8%</b>

Fonte: entrevistas

Compreende-se, na tabela 10, que a subdimensão econômico-financeira apontou o melhor resultado entre todas as dimensões inventariadas, perfazendo um percentual de 100%. As demais subdimensões obtiveram pontuações parciais e equivalentes.

A subdimensão econômico-financeira foi pontuada em todos os desdobramentos, organização, setor e indivíduo, pois, ao nível de organização, existem um plano diretor no hospital e uma previsão orçamentária para quatro anos. Com base neste plano, o orçamento é revisto anualmente, os indicadores de custos são acompanhados sistematicamente pela

Secretaria de Saúde, visto que o sistema de custos hospitalar está vinculado a esta secretaria Unidade do Estado.

Possui um sistema contábil e financeiro vinculado à Secretaria da Fazenda do Ceará, além de um sistema de acompanhamento de contratos e controle de pagamentos. As metas de custos sobre ingressos, receitas, liquidez etc. são discutidas com os gestores nas reuniões do planejamento estratégico e desdobradas em metas setoriais e individuais, fato este que justifica a pontuação integral.

As subdimensões usuário/paciente, socioambiental e processos internos obtiveram percentuais equivalentes. Observa-se que, por ser um hospital “acreditado – nível 1”, os processos de trabalho foram definidos e padronizados.

A subdimensão usuário/paciente foi pontuada em razão da existência da pesquisa de satisfação do usuário aplicada aos pacientes que passaram pela internação. Os resultados desta avaliação, porém, são trabalhados nos níveis de organização e setores, as questões individuais são muito contingenciais e não impactam na avaliação de desempenho do funcionário. Além disso, não há pesquisa de satisfação com usuários de outros setores, como a emergência, por exemplo. Por esses motivos, esta subdimensão não atingiu pontuação máxima.

Existe no hospital o tratamento dos resíduos hospitalares, por exigência do órgão acreditador. Há um profissional responsável e capacitado no setor, além de processos e rotinas estabelecidas. Em relação às metas de desenvolvimento de ações educativas, são realizadas algumas campanhas eventuais com os usuários, mas estas também não estão desdobradas nos indicadores de desempenho dos profissionais. Por isso, a subdimensão socioambiental obteve pontuação parcial.

O escritório da qualidade analisa os índices de produtividade e qualidade, acompanha mensalmente os indicadores e fornece relatórios para os diretores como suporte para as reuniões gerenciais com as lideranças dos setores, onde as metas podem ou não ser revistas. Mais uma vez, não existem metas relacionadas à produtividade e qualidade na avaliação do desempenho do servidor. Por isso, a subdimensão processos internos não obteve a integralidade dos pontos.

O hospital estabeleceu metas para renovação de equipamentos. Todos os computadores foram recentemente trocados por modelos novos, porém esta rotina não acontece com os processos de trabalho. É uma iniciativa isolada de alguns gestores que procuram melhorar a produtividade do setor. Portanto, o item referente às metas de renovação tecnológica e de métodos da subdimensão processos internos foi pontuado nos desdobramentos organização e setor.

A subdimensão capacidades de pessoal e clima atingiu 85% da pontuação total. O setor de recursos humanos e o centro de estudos realizam o levantamento das necessidades de capacitação e treinamento anualmente e durante o ano estabelecem ações para atendê-las. Este levantamento, contudo, não faz parte da avaliação de desempenho do servidor e está baseado apenas na opinião da liderança.

A organização realiza uma pesquisa de clima organizacional, anualmente, dividida por setores, cujos dados são divulgados na intranet e todos os funcionários do setor têm acesso. O resultado é repassado às lideranças e há reuniões para acompanhamento das ações. Neste item de verificação, o hospital obteve a integralidade dos pontos.

O resultado geral mostrado pela perspectiva quantitativa da dimensão alinhamento com a estratégia foi de 303,5 pontos, perfazendo um total de 75,8%. As subdimensões que merecem maior atenção são a usuário/paciente e socioambiental. Melhorias parecem possíveis, particularmente na subdimensão usuário/paciente, em razão da natureza da organização pesquisada, como prestadora de serviços na área da saúde.

#### b) Perspectiva qualitativa

A tabela 11 sintetiza os resultados da avaliação, na perspectiva qualitativa, da dimensão alinhamento com a estratégia.



**TABELA 11 – ALINHAMENTO COM A ESTRATÉGIA – PERSPECTIVA QUALITATIVA – HIAS**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão competências	30	120	25%
Subdimensão motivações	56	80	70%
TOTAL	86	200	43%

Fonte: entrevistas

Como se pode observar na tabela 11, a subdimensão competências atingiu pontuação inferior em comparação à subdimensão motivações. Dos seis itens verificados, apenas dois foram pontuados, referentes à definição das competências organizacionais e a disseminação das competências entre a equipe de trabalho. Como a organização não possui um perfil de cargos delineado com base em competências, os itens de verificação voltados para o detalhamento das competências individuais não foram pontuados.

As competências organizacionais foram definidas com suporte no planejamento estratégico e disseminadas para os colaboradores em momentos específicos. Observa-se, entretanto, que a divulgação destas competências se restringe às lideranças, pois não há um trabalho de comunicação efetivo para as equipes, por isso, obteve pontuação parcial. Também não foram identificados vínculos entre os programas de desenvolvimento e capacitação dos empregados e os *gaps* identificados no processo avaliativo.

Complementando-se a análise da dimensão, tem-se a subdimensão motivações. Ressalta-se que, embora esta subdimensão tenha sido pontuada em todos os itens, três deles o foram de forma parcial ou na maioria das vezes.

O hospital realiza uma pesquisa de clima que busca identificar fatores motivadores dos profissionais e os pontos necessários à melhoria do ambiente de trabalho. Nem todos os gestores, no entanto, promovem ações para seus funcionários e as condições de trabalho (estrutura física) precisam ser melhores.

Existe um programa de premiação por produtividade. Uma comissão formada de representantes de várias categorias profissionais avalia os empregados com base em indicadores, como assiduidade, número de atendimentos, total de internações, entre outros. É

uma avaliação diferente da avaliação de desempenho e não tem qualquer relação com esta função.

O resultado indicado pela perspectiva qualitativa da dimensão alinhamento com a estratégia foi de 86 pontos, correspondendo a 43%. A perspectiva quantitativa obteve melhor resultado do que a perspectiva qualitativa; esta última expressa potencial de melhoria, principalmente na subdimensão competências.

Assim, a pontuação final da dimensão alinhamento com a estratégia obteve 64,9% da pontuação total. Este percentual indica um nível de alinhamento moderado, no qual a organização possui práticas em gestão definidas e alinhadas a estratégia. Para chegar, porém, ao nível consolidado, é necessário que o hospital divulgue de maneira mais efetiva entre seus funcionários as competências organizacionais e que o setor de recursos humanos possa fazer um delineamento de cargos baseado em competências e focado no planejamento estratégico.

#### 7.2.4 Análise da dimensão gestão dos processos de avaliação

A dimensão gestão dos processos de avaliação também possui duas perspectivas – a quantitativa, que se refere ao aspecto organizacional, e a qualitativa, inerente a equipes e pessoas.

##### a) Perspectiva quantitativa

A tabela 12 sintetiza os resultados da avaliação, na perspectiva quantitativa, da dimensão gestão dos processos de avaliação.

**TABELA 12 - GESTÃO DOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL – HIAS**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão comunicação	19,5	30	65%
Subdimensão periodicidade	18	20	90%
Subdimensão análise comparativa	30	30	100%
Subdimensão participação	9	20	45%
<b>TOTAL</b>	<b>76,5</b>	<b>100</b>	<b>76,5%</b>

Fonte: entrevistas

Comprova-se na tabela 12 que a integralidade dos pontos foi atingida na subdimensão análise comparativa e parcialmente nas demais subdimensões. Isto porque o hospital possui indicadores acompanhados pelos diretores e pela Secretaria de Saúde e, se necessário, podem ser utilizados para comparação com outras instituições. Por isso, foram pontuados todos os itens desta subdimensão. A análise comparativa não acontece, pois não há no Estado do Ceará outro hospital público infantil em igualdade de condições para comparação.

Na subdimensão periodicidade, a organização atingiu 90% dos pontos possíveis. Concorre para esta pontuação o período trimestral das avaliações, quando os indicadores são analisados, o que favorece a correção de rumos e a implantação de mudanças, dado este que justifica a pontuação do segundo item de verificação.

Na subdimensão comunicação, observou-se que, apesar de a instituição possuir um setor responsável pela comunicação interna, alguns dados não são divulgados a todos os funcionários, como o sistema de avaliação de desempenho organizacional utilizado e os resultados desta. Os pontos obtidos são referentes à comunicação dos diferenciais competitivos, das metas e da existência de mecanismos de sensibilização dos avaliados.

Finalmente, na subdimensão participação, ocorreu a menor pontuação entre os itens. A organização possui índices previamente definidos e de cálculos simples, negocia as metas com os líderes de determinados setores, por isso, a pontuação destes itens de verificação ficou entre na maioria das vezes e sempre.

Os itens referentes à explicação sobre a metodologia de cálculo e a capacitação dos avaliadores para utilização dos instrumentos de avaliação não foram pontuados. Ocorrem assim porque, este tipo de informação se restringe à direção do hospital, ao gestor administrativo-financeiro e a alguns funcionários do setor.

O resultado geral da perspectiva quantitativa, da dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional, obteve 76,5% do total. Esta pontuação parcial indica a necessidade de informar melhor a metodologia de cálculo das fórmulas que traduzirão o desempenho organizacional, bem como a inclusão de um maior número de profissionais na negociação das metas organizacionais.

#### b) Perspectiva qualitativa

A tabela 13 sintetiza os resultados da avaliação, na perspectiva qualitativa, da dimensão gestão dos processos de avaliação.

**TABELA 13 - GESTÃO DOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE EQUIPES E PESSOAS – HIAS**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão <i>feedback</i>	15	30	50%
Subdimensão periodicidade	12,5	20	62,5%
Subdimensão análise comparativa	0	20	0%
Subdimensão participação	0	30	0%
<b>TOTAL</b>	<b>27,5</b>	<b>100</b>	<b>27,5%</b>

Fonte: entrevistas

Ressalta-se na tabela 13 a não pontuação das subdimensões análise comparativa e participação. A subdimensão *feedback* foi pontuada parcialmente nos itens referentes à discussão dos resultados e à promoção de *feedback* aos funcionários. Esta pontuação decorre do processo de avaliação de desempenho existente na organização.

Existem duas formas de avaliação: uma para o servidor em período probatório e outra para o servidor efetivado. No primeiro caso, a avaliação é elaborada e realizada pelo

próprio Departamento de Recursos Humanos do hospital, que promove o *feedback* entre o servidor e a liderança. No segundo caso, com o servidor nomeado, o processo de avaliação é de responsabilidade da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, que elabora o instrumento, envia para o setor de pessoal do hospital e este se encarrega de devolver à Secretaria para análise dos resultados. Não há devolução da avaliação ao servidor, somente a informação da possível ascensão funcional.

As avaliações citadas anteriormente acontecem anualmente, justificando-se a pontuação na subdimensão periodicidade. Não houve pontuação nas subdimensões análise comparativa e participação. Em primeiro lugar, porque o setor de recursos humanos não recebe os resultados das avaliações dos servidores, que ficam com a Secretaria de Saúde. Portanto, não consegue acompanhar a evolução ou involução do desempenho. Em segundo lugar, porque não há espaço no formulário para sugestões e participação do funcionário na melhoria do processo de avaliação.

O resultado final expresso pela perspectiva qualitativa da dimensão gestão dos processos de avaliação foi de 27,5 % da pontuação total. Um ponto importante para melhoria desta dimensão seria a obtenção dos resultados da avaliação de desempenho de cada servidor, para que o hospital pudesse acompanhá-los numa perspectiva histórica e traçar ações de desenvolvimento e capacitação.

Assim, a avaliação final da dimensão gestão dos processos de avaliação obteve 52% da pontuação total. A perspectiva quantitativa obteve melhor resultado do que a qualitativa. Observa-se, no entanto, que, nas duas perspectivas analisadas, melhorias devem ser implementadas, principalmente no que diz respeito à participação dos funcionários nos processos de avaliação.

#### 7.2.5 Análise da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas

A dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas possui três subdimensões: sistemas de incentivos, fontes de avaliação de desempenho e recursos de

apelação. A tabela 14 sintetiza os resultados da avaliação da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas.

**TABELA 14 – DESDOBRAMENTOS NA VIDA PROFISSIONAL DAS PESSOAS – HIAS**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão sistemas de incentivo	18,7	100	18,7%
Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	36	60	60%
Subdimensão recursos de apelação	40	40	100%
<b>TOTAL</b>	<b>94,7</b>	<b>200</b>	<b>47,3%</b>

Fonte: entrevistas

A subdimensão recursos de apelação atingiu a integralidade dos pontos, pois o servidor que se sentir injustiçado pode recorrer a uma instância de apelação da Secretaria de Saúde para rever sua avaliação.

Na subdimensão fontes de avaliação de desempenho, o hospital atingiu pontuação parcial, visto que participam do processo de avaliação o gestor e o subordinado; não há avaliação de pares ou de clientes.

Finalmente, a subdimensão sistemas de incentivo atingiu 18,7 % dos pontos, o que reflete a pontuação apenas no item referente ao impacto da avaliação no sistema de promoção. Isto porque a avaliação de desempenho do servidor fornece dados para a progressão funcional. Esta decisão, contudo, advém da Secretaria de Saúde e não tem a participação das lideranças da organização no processo decisório.

Os demais itens de verificação não obtiveram pontuação, porque a avaliação de desempenho não impacta nas demais funções de recursos humanos, como capacitação, premiação ou desligamento.

Assim, a avaliação final da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas obteve 47,3% da pontuação total. Observa-se, então, que a melhoria das práticas da gestão dessa dimensão pode ser focada na ligação entre o resultado da avaliação de desempenho e as funções capacitação e premiação, pois, em razão da natureza de instituição pública, o desligamento possui entraves que não permitem que o resultado do desempenho

tenha tal finalidade. Além disso, para minimizar os vieses da subjetividade, propõe-se aumentar o número de participantes no processo de avaliação, como a avaliação dos pares e até dos usuários.

O resultado geral da análise das dimensões do HIAS, tem-se 58,8% da pontuação total. Essa pontuação enquadra a organização na categoria 3 do modelo diagnóstico, que vai de 501 – 750 pontos, traduzindo assim o fato de que a organização possui práticas de alinhamento em consolidação, ainda num estágio inicial. O hospital possui profissionais habilitados, procedimentos estabelecidos e está reformando suas instalações para maior conforto do paciente. Necessita, no entanto, aprimorar os seus processos, de modo que estejam integrados e possa avaliar o impacto de seus serviços junto à comunidade.

### **6.3 Hospital Geral Waldemar de Alcântara – HGWA**

#### 7.3.1 Caracterização da unidade de análise

No ano de 2002, inaugurou-se este hospital. Naquela ocasião, o Governo estadual resolveu qualificar o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar como organização social, optando por um novo modelo gerencial, materializado em contrato de gestão. O Hospital Geral Waldemar de Alcântara (HGWA) é estabelecimento assistencial público, funcionando sob o modelo da gestão de organização social, atendendo exclusivamente à clientela do SUS e custeado unicamente com recursos públicos. Atende, em nível secundário, aos usuários do SUS referenciados pelas centrais de leitos do Estado do Ceará e do Município de Fortaleza - CE.

#### 7.3.2 Análise das três dimensões – HGWA

Na tabela 15 encontram-se o resultado geral de todas as dimensões do modelo diagnóstico e a classificação do nível de alinhamento de acordo com as categorias de Holanda e Ferraz (2007).

**TABELA 15 – ANÁLISE DAS DIMENSÕES – HGWA**

<b>Dimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>	<b>Nível de alinhamento</b>
1 Alinhamento com estratégia	528	600	88%	Avançado
2 Gestão de processos de avaliação	146	200	73%	Avançado
3 Desdobramentos na vida profissional das pessoas	157	200	78,5%	Avançado
TOTAL	831	1000	83,1%	Avançado

Fonte: elaborado pela autora

A análise dos dados da tabela 15 demonstra que o HGWA está em um nível de alinhamento avançado em todas as dimensões do modelo. O detalhamento dos resultados deste hospital está organizado pela ordem das dimensões que constituem o modelo: alinhamento com a estratégia, gestão dos processos de avaliação e desdobramentos na vida profissional das pessoas.

### 7.3.3 Análise da dimensão alinhamento com a estratégia

Conforme exposto anteriormente, esta dimensão compõe-se de duas perspectivas – quantitativa e qualitativa.

#### a) Perspectiva quantitativa

**TABELA 16 - ALINHAMENTO COM ESTRATÉGIA (PERSPECTIVA QUANTITATIVA) – HGWA**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão usuário/paciente	68	80	85%
Subdimensão socioambiental	80	80	100%
Subdimensão processos internos	120	120	100%
Subdimensão capacidades de pessoal e clima	80	80	100%
Subdimensão econômico-financeira	16	40	40%
TOTAL	364	400	91%

Fonte: entrevistas



Compreende-se na tabela 16, que o hospital obteve a integralidade dos pontos nas subdimensões processos internos, capacidades de pessoal e clima e socioambiental. As demais subdimensões obtiveram pontuações parciais.

Existe no hospital o Setor da Qualidade, responsável por analisar os índices de produtividade e qualidade. Este setor acompanha mensalmente os indicadores e fornece relatórios para a Diretoria. As metas são desdobradas para os demais setores e para os funcionários, visto que há na avaliação do desempenho funcional indicadores relacionados aos processos. Por isso, a subdimensão processos internos obteve a pontuação integral.

Da mesma forma, a subdimensão capacidades de pessoal e clima. O Setor de Recursos Humanos realiza o levantamento das necessidades de capacitação e treinamento anualmente e, durante o ano, estabelece ações para atendê-las. Este levantamento é um item da avaliação de desempenho e pode ser uma necessidade do indivíduo ou do setor, sempre focado no planejamento estratégico.

Há pesquisa de clima organizacional, anualmente, na qual se avalia a satisfação do funcionário com a instituição, ambiente de trabalho e com a política de benefícios e salários. O resultado é repassado às lideranças e há reuniões para acompanhamento das ações. Neste item de verificação, o hospital também obteve a integralidade dos pontos.

E, finalmente, a última dimensão que atingiu a integralidade dos pontos foi a subdimensão socioambiental. Por ter o hospital um prédio relativamente novo, todas as questões referentes ao tratamento dos resíduos hospitalares foram consideradas. Além disso, é um hospital “acreditado” no nível 2, ou seja, as rotinas e os procedimentos relacionados à gestão dos resíduos, bem como ações de educação continuada relacionadas ao tema são desenvolvidas.

Na subdimensão usuário/paciente, a organização obteve pontuação parcial. Existe o Setor de Ouvidoria onde as queixas são analisadas por uma comissão de desempenho que tem por objetivo resolver os problemas do paciente e verificar se o desempenho do funcionário está condizente com os padrões institucionais. Não existe, no entanto, pesquisa de satisfação do usuário, por isso, a pontuação parcial.

A subdimensão econômico-financeira obteve a menor pontuação entre todos os itens da dimensão. Este hospital é uma organização social, possui autonomia da gestão e uma previsão orçamentária anual, prevista em contrato da gestão com o Governo Estadual, que mensura seus custos e controla seu fluxo de caixa. Existem, entretanto, metas apenas no nível organizacional e não desdobramentos para os setores e indivíduos.

O resultado geral apresentado pela perspectiva quantitativa da dimensão alinhamento com a estratégia é de 91% da pontuação. A subdimensão que merece maior atenção é a econômico-financeira. Embora se trate de organização pública, a questão financeira é relevante, porquanto a instituição precisa cumprir com as metas do contrato da gestão, para manter a dotação orçamentária.

#### b) Perspectiva qualitativa

**TABELA 17 - ALINHAMENTO COM A ESTRATÉGIA (PERSPECTIVA QUALITATIVA) – HGWA**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação média</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação média</b>
Subdimensão competências	120	120	100%
Subdimensão motivações	44	80	55%
<b>TOTAL</b>	164	200	82%

Fonte: entrevistas

Observa-se, na tabela 17, que a subdimensão competências obteve a integralidade dos pontos, perfazendo 100% da pontuação total. Isto pode ser fruto de um dos modelos utilizados para compor o sistema avaliativo desta unidade hospitalar, que é a gestão por competências.

As competências organizacionais foram definidas com suporte no planejamento estratégico e disseminadas para os colaboradores em reuniões e comunicados internos. O setor de recursos humanos está concluindo a análise dos cargos, traçando o perfil com base em competências, também considerando a estratégia organizacional. Na avaliação de desempenho, cada competência tem um peso diferente. E, para finalizar, os programas de avaliação e capacitação fazem parte do processo avaliativo, por isso, a obtenção de pontos.

Em contrapartida, a subdimensão motivações atingiu apenas 55% da pontuação. Realiza-se pesquisa de clima organizacional, na qual o ambiente de trabalho é considerado satisfatório. As ações promovidas, no entanto, para melhoria da qualidade de vida são eventuais e alguns gestores se preocupam com o tema.

O resultado mostrado pela perspectiva qualitativa da dimensão alinhamento com a estratégia foi de 82% da pontuação. Melhorias de práticas da gestão podem ser implementadas principalmente na subdimensão motivacional, com estabelecimento de programas de reconhecimento de desempenho e motivação de equipes.

Assim, a pontuação final da dimensão alinhamento com a estratégia obteve 88% do total. A perspectiva quantitativa obteve melhor resultado do que a perspectiva qualitativa. O HGWA tem “acreditação nível 2”, por isso, exhibe rotinas e procedimentos de trabalho organizados e integração dos processos com o planejamento estratégico e entre si.

#### 7.3.4 Análise da dimensão gestão dos processos de avaliação

##### a) Perspectiva quantitativa

**TABELA 18 - GESTÃO DOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL – HGWA**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Percentual realizado</b>
Subdimensão comunicação	27	30	90%
Subdimensão periodicidade	12,5	20	62,5%
Subdimensão análise comparativa	27	30	90%
Subdimensão participação	12	20	60%
<b>TOTAL</b>	<b>78,5</b>	<b>100</b>	<b>78,5%</b>

Fonte: entrevistas

Pode-se constatar na tabela 18 que as subdimensões comunicação e análise comparativa obtiveram pontuações semelhantes de 90%, e as subdimensões periodicidade e participação também, embora com percentual inferior, aproximadamente 60%.

O hospital realiza a avaliação de desempenho, comunica suas metas aos funcionários e divulga seus diferenciais competitivos na maioria das vezes. Possui indicadores de desempenho organizacional estabelecidos e que podem ser utilizados para comparação em uma perspectiva histórica. Estas informações justificam a alta pontuação nas subdimensões comunicação e análise comparativa.

A avaliação de desempenho é revista anualmente em reuniões de diretoria. Os índices de cálculos, as metas organizacionais e a capacitação dos avaliadores acontecem eventualmente. Por isso, a pontuação mais baixa nas subdimensões periodicidade e participação.

O resultado apontado pela perspectiva quantitativa da dimensão gestão dos processos de avaliação foi de 78,5% da pontuação. Indica-se, como pontos a serem desenvolvidos nessa dimensão, a melhoria do entendimento das fórmulas que traduzirão o desempenho, facilitando maior participação dos funcionários no processo.

b) Perspectiva qualitativa

**TABELA 19 - GESTÃO DOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO DE EQUIPES E PESSOAS – HGWA**

Dimensões/subdimensões	Pontuação obtida	Pontuação máxima	Percentual realizado
Subdimensão <i>feedback</i>	30	30	100%
Subdimensão periodicidade	12,5	20	62,5%
Subdimensão análise comparativa	0	20	0%
Subdimensão participação	25	30	83,3%
TOTAL	67,5	100	67,5%

Fonte: entrevistas

Ao analisar a tabela 19, pode-se constatar duas situações opostas: a subdimensão que atingiu a integralidade dos pontos e a outra que sequer pontuou. A subdimensão *feedback*, que atingiu 100%, decorre da avaliação de pessoas, que inclui a liderança, o funcionário e, em alguns casos, os pares. É um processo recente na organização, fato que justifica a inexistência de dados para análise comparativa.

A subdimensão periodicidade obteve pontuação parcial, por ser a avaliação anual; mas, sempre que o funcionário se sentir prejudicado, pode recorrer ao comitê de desempenho e solicitar a revisão do parecer.

Finalmente, por ser um processo planejado e elaborado pelo Setor de Recursos Humanos do próprio hospital, os profissionais estão engajados no aperfeiçoamento da prática. É tanto que o instrumento resguarda um espaço para sugestões de melhoria. Somente não atingiu 100% dos pontos na subdimensão participação, porque a avaliação de pares não está estabelecida para todos os cargos.

A pontuação da perspectiva quantitativa está inferior à qualitativa, porém em um nível de alinhamento moderado, o que denota a existência de ambos os processos de avaliação, no nível de organização, setores e indivíduos, ainda por serem aprimorados.

Por conseguinte, a avaliação final da dimensão gestão dos processos de avaliação atingiu 73% dos pontos. Observa-se que, apesar de o índice obtido nas duas perspectivas ter sido satisfatório, a subdimensão participação possui pontos a serem desenvolvidos, tanto na perspectiva quantitativa como na qualitativa.

### 7.3.5 Análise da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas

A dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas é composta por três subdimensões distintas, que são os sistemas de incentivo, as fontes de avaliação de desempenho e recursos de apelação.

**TABELA 20 - DESDOBRAMENTOS NA VIDA PROFISSIONAL DAS PESSOAS – HGWA**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação obtida</b>	<b>Pontuação máxima</b>	<b>Pontuação realizada</b>
Subdimensão sistemas de incentivo	75	100	75%
Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	42	60	70%
Subdimensão recursos de apelação	40	40	100%
<b>TOTAL</b>	<b>157</b>	<b>200</b>	<b>78,5%</b>

Fonte: entrevistas

Compreende-se da tabela 20 que a subdimensão recursos de apelação obteve pontuação máxima e as demais subdimensões parcialmente. Tal fato se justifica pelo fato de o hospital demonstrar preocupação com o processo de avaliação dos profissionais, pois mantém um comitê para analisar possíveis solicitações de revisão.

A subdimensão sistemas de incentivo somente não atingiu pontuação máxima porque não existe premiação para os melhores desempenhos. Em contrapartida, a avaliação impacta na capacitação, promoção e desligamento dos funcionários.

Participam do processo de avaliação a liderança, o subordinado e, em alguns casos, os pares. A avaliação está sendo informatizada e no processo serão inclusos os pares. Por isso, a pontuação parcial da subdimensão fontes de avaliação de desempenho.

Assim, a avaliação final da dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas obteve 78,5% do total. Observa-se, então, que a melhoria das práticas da gestão dessa dimensão pode estar focada no aumento do número de participantes no processo de avaliação, como a avaliação dos pares e até dos usuários; e em ações de incentivo aos melhores desempenhos.

Como resultado geral das dimensões do HGWA, tem-se 83,1% da pontuação total. Essa pontuação enquadra a organização na categoria 4 do modelo matemático, que vai de 751 – 1000 pontos, classificando a organização em um nível de alinhamento avançado; nível em que as práticas da gestão estão mais sedimentadas, tanto no nível organizacional, quanto de setores e pessoas.

Este hospital possui instalações adequadas, profissionais habilitados e processos de trabalho estabelecidos. Dispõe de sistema integrado de informações e indicadores que permitem a avaliação do serviço e comparações com referenciais externos. Apesar de ser uma organização relativamente nova, suas práticas indicam maturidade.

#### 7.4 Análise cruzada das três unidades hospitalares pesquisadas

Este estudo tem como objetivo específico realizar uma análise cruzada dos resultados das três organizações pesquisadas. A exposição dos dados visa apenas a demonstrar que os níveis diferentes de maturidade na gestão do desempenho organizacional e de pessoas impactaram diretamente nos resultados da pesquisa e não classificar as instituições em termos de qualidade nos serviços prestados à comunidade.

A melhor pontuação obtida pelo HUWC, em termos percentuais, foi referente à dimensão desdobramentos na vida profissional das pessoas. Constatou-se, por meio das entrevistas, que as práticas da gestão nesta organização estão muito incipientes, em fase de organização de processos, principalmente nas questões de desempenho organizacional e estratégia. Este fato contribuiu para que as práticas, mesmo que ainda imaturas, se sobressaíssem.

O HIAS apresenta suas melhores pontuações em duas dimensões: alinhamento com a estratégia e gestão dos processos de avaliação. Verificaram-se práticas organizadas e em fase de consolidação.

E o HGWA nas dimensões alinhamento com a estratégia e desdobramentos na vida profissional das pessoas possui práticas em gestão consolidadas, por meio de processos de análise comparativa com outras instituições, preocupação com a comunicação clara dentro da empresa e estímulo à participação dos colaboradores na gestão dos processos.

**TABELA 21 – ANÁLISE GERAL DAS DIMENSÕES NOS TRÊS HOSPITAIS**

<b>Organização</b>	<b>Percentual atingido</b>	<b>Categoria</b>
HUWC	20,9%	Baixo
HAS	56,3%	Em consolidação
HGWA	83,1%	Avançado

Fonte: entrevistas

De acordo com a tabela 21, comprova-se que o nível de alinhamento entre os indicadores de gestão e desempenho de cada hospital pesquisado representa uma categoria do modelo proposto. O HGWA apresentou a melhor pontuação entre os hospitais pesquisados,

classificando-se em um estágio avançado, reflexo da gestão eficaz que utiliza ferramentas como a estratégia organizacional, a gestão do desempenho, tanto organizacional quanto de pessoas, e o impacto desses subsistemas na vida dos profissionais da instituição.

O HIAS está em um nível intermediário nas suas práticas. Em alguns pontos, buscando a consolidação dos processos como no alinhamento com a estratégia organizacional e, em outros, em fase de alinhamento moderado, procurando implantar e/ou aperfeiçoar os modelos de avaliação.

E, finalmente, o HUWC exibiu um nível de alinhamento baixo na média final das dimensões – fruto de um período de reestruturação dos processos, mudança de gestores em áreas estratégicas e da não continuidade de modelos de gestão implantados anteriormente.



## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão hospitalar tem como objetivo a manutenção do equilíbrio entre custos, despesas e receitas, para que ele sobreviva numa economia de mercado e possa oferecer serviços médicos de excelência. Ocorre que a função administrativa em um hospital é de suma importância para planejar, organizar, controlar e determinar o conjunto de ações que viabilizem a prestação do serviço.

Com efeito, a avaliação do desempenho organizacional é um instrumento que visa a contribuir para identificação dos problemas e antecipação de ações corretivas, por meio das análises oriundas dos sistemas de avaliação. Existe aqui um desafio que é a capacidade de implementar sistemas integrados da gestão de desempenho que deem conta do conjunto de fatores formadores dos resultados, como também dos desdobramentos destes em todos os níveis da organização.

Outro ponto relevante é a conexão entre o desempenho organizacional e a avaliação de desempenho das pessoas. As empresas precisam de resultados e da excelência no desempenho das que nela trabalham. Estas necessitam ser produtivas, com serviço de qualidade, sem desperdícios e que deixem o cliente satisfeito. É de suma importância para a gestão saber se avaliação das pessoas está obtendo o melhor de cada funcionário e contribuindo para os resultados almejados pela organização.

Esta pesquisa busca responder ao seguinte questionamento: qual o nível de alinhamento dos indicadores da gestão organizacional em relação aos indicadores de desempenho de pessoas em unidades hospitalares públicas do Município de Fortaleza – CE? A investigação tem como instrumento de coleta um modelo diagnóstico já validado, que permita oferecer às organizações dados que contribuam para o processo decisório e possibilitam a reflexão para a melhoria das práticas.

Dessa forma, os resultados da pesquisa foram convertidos em escala numérica, por meio do modelo matemático, baseado em pesos, que permite classificar as organizações pesquisadas em categorias, conforme o nível de alinhamento identificado por intermédio das entrevistas realizadas com os gestores dos hospitais.

Parte-se da hipótese de que, no contexto em estudo, o alinhamento está em fase de consolidação entre os indicadores de desempenho organizacional e os indicadores da gestão de pessoas, ou seja, os hospitais públicos atingirão uma pontuação entre 501 – 750 em uma escala de 1000 pontos. Esta hipótese não se confirmou, visto que apenas o HGWA está nesta categoria. Dois hospitais ratificaram, no entanto, a ideia de que a relação positiva se mostra de maneira mais intensa na dimensão desdobramentos na vida das pessoas, em comparação com as dimensões alinhamento com a estratégia e processos de avaliação.

O primeiro objetivo específico busca aferir o nível de alinhamento entre o desempenho da instituição e a estratégia organizacional. Verificou-se que o HUWC obteve um percentual de 13,3% da pontuação máxima, sendo classificado no limite inferior do modelo matemático, com nível de alinhamento “baixo”. Esta pontuação reflete a inexistência do planejamento estratégico, que para qualquer organização é importante, pois é a linha mestra para se traçar objetivos de curto, médio e longo prazo, norteando o trabalho dos gestores.

O HIAS atingiu 64,9 % da pontuação na dimensão estratégia, pertencendo à categoria com o nível de alinhamento “em consolidação”. É uma pontuação que demonstra um resultado condizente com os dados coletados. Trata-se de uma organização que planeja suas ações e se reúne para rever estratégias organizacionais. O item mais baixo da dimensão para este hospital, no entanto, se refere à competência, com 25% dos pontos. Reflete a falta de divulgação e delineamento das competências.

Concluindo a análise do primeiro objetivo, verifica-se que o HGWA obteve pontuação que corresponde ao nível de alinhamento “avançado”, 88% dos pontos. É uma organização que possui planejamento estratégico, realiza análise de ambiente e revê estratégias organizacionais com o foco nos resultados.

O segundo objetivo específico visa a estabelecer o nível de alinhamento entre o desempenho da instituição e a dimensão de processos de avaliação organizacional, de equipes e pessoas. É nesta dimensão que o instrumento se propõe investigar o grau de maturidade dos processos de avaliação.

Constata-se que o HUWC está um nível “baixo” de alinhamento nesta dimensão, tendo atingido 23,2% da pontuação. Esta classificação decorre, principalmente, da inexistência de um processo de avaliação organizacional. Esta organização foca a avaliação da gestão, quase que exclusivamente, nas funções de controle, com ênfase nos requisitos legais. O objetivo da avaliação realizada nesta organização se resume à análise dos resultados entre o orçamento previsto e o executado.

Em contrapartida, o HIAS e o HGWA obtiveram pontuações que os classificaram como possuindo o nível avançado de alinhamento. Este resultado aponta, mais uma vez, para a pertinência do modelo diagnóstico utilizado, pois os dados demonstram que estas instituições se preocupam em medir seu desempenho, para que possam identificar as atividades que reúnem valor ao serviço, realizar comparações de desempenho com seus concorrentes e rever ações para o alcance dos resultados.

O terceiro objetivo específico visa a estimar o nível de alinhamento entre o desempenho da instituição e possíveis desdobramentos na vida profissional das pessoas. Esta dimensão tem por objetivo averiguar os impactos dos resultados das avaliações de desempenho na vida profissional dos servidores.

Neste objetivo, o HUWC e o HIAS atingiram pontuações aproximadas e foram categorizados em um nível de alinhamento “moderado”. Observou-se por meio das entrevistas que estas organizações estão procurando aperfeiçoar suas práticas de avaliação de pessoas, mediante a informatização do processo ou da inclusão de mais avaliadores.

O item de verificação com menor pontuação, no entanto, se refere aos sistemas de incentivo. Este dado requer preocupação, pois numa organização hospitalar em que a natureza do seu processo de produção se constitui de pessoas cuidando de pessoas, os sistemas de progressão funcional, promoções e capacitação precisam estar interligados aos resultados da avaliação de desempenho.

O HGWA obteve 78,5% da pontuação total, sendo classificado em um nível de alinhamento avançado. A estruturação do processo de avaliação de pessoas cobriu desde o início a elaboração do instrumento com base nas competências organizacionais definidas no

planejamento estratégico e a inter-relação com os demais sistemas – capacitação, promoção, progressão funcional, inclusive desligamento.

Com base nos resultados das entrevistas nos hospitais pesquisados, nas três dimensões do modelo diagnóstico, foram preparados os apêndices A, B e C, contendo a pontuação média dos resultados das três organizações. O objetivo dos apêndices é proporcionar análise comparativa entre a pontuação atingida por dimensão e subdimensão do modelo, com a pontuação máxima possível de ser atingida.

Finalmente, o quarto objetivo visa a realizar análise cruzada dos dados das três instituições pesquisadas. Desta forma, constata-se que o resultado apontado pelas organizações pesquisadas proporcionou o enquadramento de todas elas em categorias diferentes do modelo diagnóstico. Como resultado da pesquisa, conclui-se que o Hospital Geral Waldemar de Alcântara traz um alinhamento avançado dos indicadores de resultado organizacionais e de desempenho das pessoas, o Hospital Infantil Albert Sabin possui um alinhamento em consolidação e o Hospital Universitário Walter Cantídio um alinhamento baixo.

Verifica-se, então, que os quatro objetivos específicos propostos por esta investigação foram cumpridos. Quanto à problemática que dimensiona esta pesquisa, que é avaliar o nível de alinhamento entre os indicadores da gestão organizacional em relação aos indicadores de desempenho de pessoas, constatou-se que a avaliação foi possível, pois a adaptação realizada no modelo promove o diagnóstico da organização, incentiva reflexão sobre a gestão e o ambiente, proporciona aprendizagem e indica pontos de melhoria. Facilita, assim, o ato decisório dos gestores, permitindo que despendam mais tempo com a análise de dados do que o levantamento dos indicadores.

Ao analisar os resultados das organizações, ressalta-se a forma da gestão diferenciada entre os hospitais. A organização C, que obteve melhor desempenho, embora também pertencente ao SUS, é uma organização social, diferentemente dos demais hospitais, que possuem administração indireta.

Com suporte neste resultado, se expressa, como sugestão para estudos futuros, verificar a relação entre a forma da gestão administrativa, se administração direta ou indireta, e o desempenho organizacional.

Este trabalho foi submetido aos comitês de pesquisa científica dos hospitais pesquisados, e um dos fatores limitantes foi que, nestes comitês, não há profissionais com formação em Administração o que dificultou a análise do projeto.

Outro limitante está na dificuldade de acesso aos dados, por se tratarem de informações estratégicas, de modo que as organizações resistiam em receber a pesquisadora para entrevista, porém, no final, assertiam.

Assim sendo, acredita-se que as diversas análises e recomendações envidadas por este instrumento de pesquisa possam contribuir para facilitar o fenômeno decisório das organizações, por meio da tempestividade da correção de rumos, mediante identificação, no menor espaço de tempo, das possíveis discrepâncias entre os indicadores de resultado organizacionais e de pessoas, que possam causar distorções à consecução das estratégias organizacionais.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, M. B. Gestão dos serviços médicos: o desafio da qualidade do atendimento. In: PEREIRA, L. (Org.). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 6, p. 145 – 157.

\_\_\_\_\_ ; SALVADOR, V. F. M. Gestão de sistemas de informação hospitalar. In: PEREIRA, L. (Org.). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 19, p. 455 – 476.

AZEVEDO, D. L. et al. Gestão da mudança na saúde – a acreditação hospitalar. In: XXII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, ENEGEP, 2002. **Anais...** Curitiba: PR, 2002. p. 1 – 7.

BITTAR, O. J. N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 2 -11, fev. 1996.

\_\_\_\_\_. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n.12, p.21-28, jul./set. 2001.

\_\_\_\_\_. Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde. **Revista de Assistência Médica Brasil**, São Paulo, v.45, n.4, p. 357-63, 1999.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle da gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

\_\_\_\_\_ ; LISBOA, T. C.; ULHÔA, W. M. M. (orgs). **Gestão administrativa e financeira de organizações de saúde**. São Paulo: Atlas, 2009.

BRANDÃO, H. P. et al. Gestão do desempenho por competências: integrando a avaliação 360 graus, o Balanced Scorecard e a gestão por competências. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 42, n.5, p. 875-98, set/out. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Norma Operacional de Assistência à saúde**. Portaria n.373. Brasília. Diário Oficial de Brasília, 28 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2002. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02\\_0060\\_M.pdf](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/02_0060_M.pdf)>. Acesso em: 2 nov. 2010.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2003.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Estabelece concentração de hospitais de ensino no País. Portaria n. 375. Disponível em <<http://portalweb01.saude.gov.br/saude/aplicacoes/tabfusion>>. Acesso em 2 nov. 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria da Gestão. **Programa Nacional da gestão Pública e Desburocratização – GesPública**; Instrumento para avaliação da gestão pública - 1000 pontos; Brasília; MP, SEGES 2009.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras Providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1990. p. 18.055-18.059.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-geral. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: centro de documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 1985.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-geral. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: centro de documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 2004.

BURMESTER, H. Gestão da qualidade. In: Pereira, L. (Org.) **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 14. p.333-52.

CHERUBIN, A. N. **Administração hospitalar: fundamentos**. São Paulo, Cedas, 1997.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação.** Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliando a institucionalização da avaliação.** Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Quebec: Canadá, 2000.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Business research methods.** New York: McGraw-Hill, 2003.

CORRÊA, H. L. **O estado da arte da avaliação de empresas estatais.** 1986. 251 p. Tese. Universidade de São Paulo.

FEDERIGHI, W. J. P. O enfoque do planejamento estratégico na gestão hospitalar. In: PEREIRA, L (Org.). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional.** São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 4, p. 73 – 118.

FERRARI, M. A. C.; GONÇALVES, M. J. ; DAMASCENO, M. C. P. Gestão do serviço de reabilitação. In: PEREIRA, L. (Org). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional.** São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 8, p. 179 – 197.

FIGUEIREDO, M. A. D et al. Definição de atributos desejáveis para auxiliar a auto-avaliação dos novos sistemas de medição de desempenho organizacional. **Revista Gestão & Produção**, v.12, n.2, p.305-315, mai-ago. 2005.

FNQ. **Rumo à excelência 2006: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional.** São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2005.

FNQ. **Critérios de excelência.** São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2009.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1981. p. 99-111.

GIL, A. C. **Gestão de pessoas: enfoque nos papéis profissionais.** São Paulo: Atlas, 2001.

GONÇALVES, V.L.M. ; LIMA, A.F.C.; ORTIZD.C.F.; MINAMI, L. F. Aspectos culturais da avaliação de desempenho profissional da equipe de enfermagem do hospital universitário da Universidade de São Paulo – USP. **Revista o mundo da saúde.** São Paulo, v. 30, n.2, p. 256-262, abr/jun, 2006.



GRAMIGNA, M. R. **Modelo de competências e gestão de talentos**. São Paulo: Makron Books, 2002.

HOLANDA, M. S.; FERRAZ, S. F. Alinhamento entre indicadores de resultados organizacionais e de pessoas: proposição de um modelo diagnóstico. In: XXXI ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: 2007, CD-ROM.

HOURNEAUX, R. F.; RUIZ, F. M.; CORRÊA, H. L. A evolução dos métodos de mensuração e avaliação de desempenho das organizações. In: XXIX ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 2005, Brasília. **Anais ...** Brasília: 2005. CD-ROM.

HRONEC, S. M. **Sinais Vitais**: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custo para traçar a rota para o futuro da empresa. São Paulo, Makron Books, 1994.

IRIGOIN, M. E; VARGAS ZUNIGA, F. **Competência profissional**: manual de conceitos, métodos e aplicações no setor de saúde. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2004.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The balanced scorecard: measures that drive performance. *Harvard Business Review*. v.70, n.1, p.71-79, jan- fev, 1992.

\_\_\_\_\_. **A estratégia em ação**: balanced scorecard. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

\_\_\_\_\_. Transforming the Balanced Scorecard from Performance Measurement to Strategic Management: part II. **Accounting Horizons**: June 2001; 15, 2, p. 147 – 160.

KENNERLEY, N. M.; NEELY, A. A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems. **International Journal of Operations & Productions Management**. 2002, 22,11, p.1222-1245.

LABBADIA, L. L. et al. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.

LA FORGIA G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LEITE, J. M. M. et. al. (Org.) Análise do instrumento utilizado no processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do hospital universitário da USP. **Revista da Escola Enfermagem**. USP, v.33, n.3, p.265 – 78, set.1999.

LIANZA, S. (Org.) **Medicina de reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 1, n. 2, jul-dez. 2002.

\_\_\_\_\_. O hospital-empresa: do planejamento à conquista de mercado. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 39, n. 1, p.84-97, jan./mar.1999.

LIMA-GONÇALVES, E. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar.1998.

LIMA, M. A. M.(Org.). **Educação, competências e desempenho**: chaves humanas para auto-sustentabilidade organizacional. Fortaleza: Fundação Universidade Estadual do Ceará, 2004.

\_\_\_\_\_. **Avaliação, gestão e estratégias educacionais**: projetos e processos inovadores em organizações. Fortaleza: Edições UFC, 2008.

LIMA, C. M. H. Avaliação de desempenho e coaching: estratégias para o desempenho humano. In: LIMA, M. A. M. (Org). **Avaliação, gestão e estratégias educacionais**: projetos e processos inovadores em organizações. Fortaleza: Edições UFC, 2008.

LORANGE, P.; VANCIL, R. F. **Como projetar um sistema de planejamento estratégico**. São Paulo: Nova Cultura, 1986.

LORENCETTE, D. A. C.; BOHOMOL, E. Gestão em serviços de enfermagem. In: PEREIRA, L. (Org.). **Administração hospitalar**: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 5, p. 119 – 145.

LUCENA, M. D. S. **Avaliação de Desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992.

MAIA, A. C.; GIL, A. C. Perfil do administrador hospitalar: competências, formação e conhecimento do negócio. In: PEREIRA, L. (Org). **Administração hospitalar**: instrumentos para a gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 1, p. 9 – 35.

MARTINS, G. A.; THEÓPILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MILKOVICH, G. T.; BOUDREAU, J. W. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2006.

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

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **El hospital público: tendencias y perspectivas**. Washington: OPAS, 1994.

NOVAES, H. M. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, USP, v. 34, n. 5, p.547 -59, out. 2000.

OLIVEIRA, S. C. **Avaliação da qualidade dos serviços de saúde em estudo de caso**. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, S. K. **Modelo de avaliação de desempenho para hospitais secundários no setor público brasileiro**. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, UECE.

OLSON, E. M.; SLATER, S. F. The balanced scorecard, competitive strategy and performance. **Business Horizons**. v.45, n.3, p. 11-17, maio-junho 2002.

PERAZOLO, E. **Análise de avaliação de desempenho em hospital público**. 2008. 126 p. Tese (Doutorado em saúde pública). Universidade de São Paulo.

PEREIRA, A. C. Gestão financeira em instituições hospitalares. In: PEREIRA, L.(Org.). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 17, p. 405 – 428.

PEREIRA, L.; GALVÃO, C. R.; CHANES, M. Organizações hospitalares e modelos da gestão. In: PEREIRA, L. (Org). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005. Cap. 3, p. 55 – 74.

PEREIRA, M. F. Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.40, n.3, p.83-96, jul./set. 2000.

PEREIRA, L.; GALVÃO, C. R.; CHANES, M. (Org.). **Administração hospitalar: instrumentos para a gestão profissional**. São Paulo: Loyola, 2005.

PINHEIRO, I. A. Fatores do clima organizacional que são motivadores para inovação tecnológica em um centro de tecnologia. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.8, Ed. 29, n.5, p.2-22, set./out. 2002.

PHILADELPHO, P. B. G.; MACEDO, K. B. Avaliação de desempenho como um instrumento de poder na gestão de pessoas. **Revista Aletheia**, n.26, p.27 – 40. jul./dez. 2007.

PONTES, B. R. **Avaliação de desempenho: uma nova abordagem**. São Paulo: LTR, 1996.

\_\_\_\_\_. **Avaliação de desempenho: métodos clássicos e contemporâneos, avaliação por objetivos, competências e equipes**. 10 ed. São Paulo: LTR, 2008.

RABAGLIO, M. O. **Ferramentas de avaliação de performance com foco em competências**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

REIS, G. G. **Avaliação 360 Graus: um instrumento de desenvolvimento gerencial**. São Paulo: Atlas, 2003.

REINSEGER, H.; CRAVENS, K.S.; TELL, N. Prioritizing performance measures within the balanced scorecard framework. **Management International Review**. Fourth Quarter, 2003; 43, 4, p. 429-437.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2008.

ROBBINS, S. P. **O processo administrativo: integrando teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1978.

ROCHA, M.M.C; OLIVEIRA, S. K.; BATISTA, P.C.S; WEERSMA, L.A. Aplicação do Modelo de Excelência em Gestão Pública em hospitais da rede estadual do Ceará. In: XIV CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 2009, Salvador. **Anais...**Bahia: 2009.

ROESCH, S. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudo de caso.** São Paulo: Atlas, 2006.

ROTTA, C. S. G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial.** Tese (doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo: São Paulo, 2004.

RUMMLER, G. A.; BRACHE, A. P. **Melhores desempenhos das empresas: ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade.** São Paulo: Makron Books, 1992.

\_\_\_\_\_. **Melhores desempenhos das empresas.** São Paulo: Makron Books, 1994.

RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 9, n.36, p. 93-100, jul./set. 2007.

SCHOMMER, P.C.; ROCHA F.C.C. As três ondas da gestão socialmente responsável no Brasil: dilemas, oportunidades e limites. In: XXI ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Rio de Janeiro, **anais...**, ENANPAD, 2007. CD-ROM.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** São Paulo: Cortez, 2002.

SIGMA. Setembro 2003. Acesso em 13/09/2010. Disponível em [http://www.forumforthefuture.org.uk/uploadstore/sigma\\_brochure\\_1.pdf](http://www.forumforthefuture.org.uk/uploadstore/sigma_brochure_1.pdf)

SINK, D. S.; TUTTLE, T.C. **Planejamento e medição para a performance.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.

SLACK, N. **Vantagem competitiva em manufatura.** São Paulo: Atlas, 1993.

SODRÉ, U. **Modelos matemáticos.** Monografia (graduação). Londrina, 2007.

TAKASHINA, N. T.; FLORES, M. C. X. **Indicadores da qualidade e do desempenho: como estabelecer metas e medir resultados.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

VENKATRAMAN, N.; RAMANUJAN, V. Measurement of business performance in strategic research: a comparison of approaches. **Academic Management Review**, 1986, 11, p. 801 – 814.

VOLBERDA, H.W. Crise em estratégia: fragmentação, integração ou síntese. **Revista de Administração de Empresas**, v.44, n.4, p. 32-43, out./dez.2004.

WEBER, L.; GRISCI, C. L. I. Trabalho, gestão e subjetividade: dilemas de chefias intermediárias em contexto hospitalar. In: XXIX ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, Rio de Janeiro, **Anais...**, ENANPAD, 2008. CD-ROM.

WOLFF, L. D. G. **Um modelo para avaliar o impacto do ambiente operacional na produtividade de hospitais brasileiros**. Tese (doutorado em engenharia de produção) – Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis, 2005.

WHORTEN, B.R.S.; FITZPATRICK, J.R.; JODY, L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Editora Gente, 2004.

**APÊNDICES**

**APÊNDICE A RESULTADOS DAS TRÊS DIMENSÕES DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - HUWC**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação média</b>	<b>Pontuação média</b>	<b>Pontuação máxima</b>
<b>1 Dimensão alinhamento com estratégia</b>	<b>80</b>	<b>13,3%</b>	<b>600</b>
a) Dimensão alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa	48	12%	400
Subdimensão usuário/paciente	32	40%	80
Subdimensão socioambiental	0	0%	80
Subdimensão processos internos	0	0%	120
Subdimensão capacidades de pessoal e clima	16	20%	80
Subdimensão econômico-financeira	0	0%	40
b) Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa	32	16%	200
Subdimensão competências	0	0%	120
Subdimensão motivações	32	16%	80
<b>1 Dimensão gestão de processos de avaliação</b>	<b>46,5</b>	<b>23,2%</b>	<b>200</b>
a) Dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional perspectiva quantitativa	2	2%	100
Subdimensão comunicação	0	0%	30
Subdimensão periodicidade	0	0%	20
Subdimensão análise comparativa	0	0%	30
Subdimensão participação	2	10%	20
b) Dimensão gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas perspectiva qualitativa	44,5	44,5%	100
Subdimensão <i>feedback</i>	30	100%	30
Subdimensão periodicidade	12,5	62,5%	20
Subdimensão análise comparativa	0	0%	20
Subdimensão participação	2	6%	30
<b>2 Desdobramentos na vida profissional das pessoas</b>	<b>82,25</b>	<b>41,25%</b>	<b>200</b>
Subdimensão sistemas de incentivo	6,25	6,2%	100
Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	36	60%	60
Subdimensão recursos de apelação	40	100%	40
<b>Pontuação total</b>	<b>209</b>	<b>20%</b>	<b>1000</b>

Fonte: elaboração própria



## APÊNDICE B RESULTADOS DAS TRÊS DIMENSÕES DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - HIAS

Dimensões/subdimensões	Pontuação média	Pontuação média	Pontuação máxima
<b>1 Dimensão alinhamento com estratégia</b>	<b>365,5</b>	<b>60,9%</b>	<b>600</b>
a) Dimensão alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa	279,5	69,8%	400
Subdimensão usuário/paciente	56	70%	80
Subdimensão socioambiental	56	70%	80
Subdimensão processos internos	83,5	69,5%	120
Subdimensão capacidades de pessoal e clima	44	55%	80
Subdimensão econômico-financeira	40	100%	40
b) Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa	86	43%	200
Subdimensão competências	30	25%	120
Subdimensão motivações	56	70%	80
<b>2 Dimensão gestão de processos de avaliação</b>	<b>103,5</b>	<b>51,7%</b>	<b>200</b>
c) Dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional perspectiva quantitativa	76	76%	100
Subdimensão comunicação	19,5	65%	30
Subdimensão periodicidade	18	90%	20
Subdimensão análise comparativa	30	100%	30
Subdimensão participação	9	45%	20
d) Dimensão gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas perspectiva qualitativa	27,5	27,5%	100
Subdimensão <i>feedback</i>	15	50%	30
Subdimensão periodicidade	12,5	62,5%	20
Subdimensão análise comparativa	0	0%	20
Subdimensão participação	0	0%	30
<b>3 Desdobramentos na vida profissional das pessoas</b>	<b>94,7</b>	<b>47,3%</b>	<b>200</b>
Subdimensão sistemas de incentivo	18,7	18,7%	100
Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	36	60%	60
Subdimensão recursos de apelação	40	100%	40
<b>Pontuação total</b>	<b>563,2</b>	<b>56,3%</b>	<b>1000</b>

Fonte: elaboração própria

**APÊNDICE C RESULTADOS DAS TRÊS DIMENSÕES DO HOSPITAL GERAL  
WALDEMAR DE ALCÂNTARA - HGWA**

<b>Dimensões/subdimensões</b>	<b>Pontuação média</b>	<b>Pontuação média</b>	<b>Pontuação máxima</b>
<b>1 Dimensão alinhamento com estratégia</b>	<b>528</b>	<b>88%</b>	<b>600</b>
e) Dimensão alinhamento com a estratégia perspectiva quantitativa	364	91%	400
Subdimensão usuário/paciente	68	85%	80
Subdimensão socioambiental	80	100%	80
Subdimensão processos internos	120	100%	120
Subdimensão capacidades de pessoal e clima	80	100%	80
Subdimensão econômico-financeira	16	40%	40
f) Dimensão alinhamento com a estratégia – perspectiva qualitativa	164	82%	200
Subdimensão competências	120	100%	120
Subdimensão motivações	44	55%	80
<b>2 Dimensão gestão de processos de avaliação</b>	<b>146</b>	<b>73%</b>	<b>200</b>
g) Dimensão gestão dos processos de avaliação organizacional perspectiva quantitativa	78,5	78,5%	100
Subdimensão comunicação	27	90%	30
Subdimensão periodicidade	12,5	62,5%	20
Subdimensão análise comparativa	27	90%	30
Subdimensão participação	12	60%	20
h) Dimensão gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas perspectiva qualitativa	67,5	67,5%	100
Subdimensão <i>feedback</i>	30	100%	30
Subdimensão periodicidade	12,5	62,5%	20
Subdimensão análise comparativa	0	0%	20
Subdimensão participação	25	83,3%	30
<b>3 Desdobramentos na vida profissional das pessoas</b>	<b>157</b>	<b>78,5%</b>	<b>200</b>
Subdimensão sistemas de incentivo	75	75%	100
Subdimensão fontes de avaliação de desempenho	42	70%	60
Subdimensão recursos de apelação	40	100%	40
<b>Pontuação total</b>	<b>831</b>	<b>83,1%</b>	<b>1000</b>

Fonte: elaboração própria

**ANEXOS**

## ANEXO A – Dimensão “Alinhamento com a estratégia”

Perspectiva quantitativa	NÃO POSSUI	NÃO SE APLICA	DESDOBRAMENTOS			TOTAL DE PONTOS DO MODELO	PESODADIMENSÃO	PESODAPERPECTIVA	PESODASUBDIMENSÃO	PESODOITEM VERIFICAÇÃO	PESODODESDOBRAMENTO	PONTUAÇÃO TOTAL OBTIDA	PONTUAÇÃO MÁXIMA DO ITEM
			ORGANIZAÇÃO	UNIDADE	INDIVIDUAL								
SUBDIMENSÃO USUÁRIO/ PACIENTE	<b>SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>												
	Metas de identificação das necessidades/satisfação dos usuários												
	Metas de resolubilidade e redução de reinternamentos												
SUBDIMENSÃO SOCIOAMBIENTAL	<b>RESPONSABILIDADE SÓCIOAMBIENTAL</b>												
	Metas de combate ao desperdício de recursos naturais (água, energia, etc) e tratamento de resíduos												
	Metas de desenvolvimento de ações educativas para o usuário												
SUBDIMENSÃO PROCESSOS INTERNOS	<b>PRODUTIVIDADE</b>												
	Metas de intervalo de substituição												
	Metas de permanência												
	Metas de rotatividade												
	Metas de funcionário/leito												
	<b>QUALIDADE</b>												
	Metas de controle de infecção hospitalar												
	Metas de redução de mortalidade geral hospitalar												
	Metas de renovação tecnológica e métodos												
SUBDIMENSÃO CAPACIDADES DE	<b>EDUCAÇÃO CONTINUADA</b>												
	Metas de desenvolvimento de atividades voltadas à qualificação profissional												
	<b>CLIMA ORGANIZACIONAL</b>												

<b>PESSOAL E CLIMA</b>	Metas de satisfação dos profissionais com o clima organizacional																		
<b>SUBDIMENSÃO ECONOMICO-FINANCEIRA</b>	<b>EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA</b>																		
	Metas de custos sobre recursos financeiros/ ingressos/ receitas/previsão orçamentária																		
	<b>LIQUIDEZ</b>																		
	Metas de liquidez/fluxo de caixa (ingressos e saídas)																		
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>																			
<b>TOTAL DA DIMENSÃO</b>																			

## ANEXO B – Dimensão “Alinhamento com a estratégia”

	PERSPECTIVA QUALITATIVA	N Â O  P O S S U I	P O S S U I ( * )	T O T A L D E P O N T O S D O  M O D E L O	PESO/PONTUAÇÃO					
					P E S O  D A  D I M E N S Ã O	P E S O  D A  P E R S P E C T I V A	P E S O  D A  S U B D I M E N S Ã O	P E S O D O I T E M D E V E R I F I C A Ç Ã O	P O N T U A Ç Ã O  T O T A L O B T I D A	P O N T U A Ç Ã O  M Á X I M O D O I T E M
<b>SUBDIMENSÃO COMPETÊNCIAS</b>	1.1 As competências organizacionais são definidas a partir das estratégias do hospital?		0,25							
			0,50							
			0,75							
			1,00							
	1.2 As competências organizacionais são disseminadas para a equipe?		0,25							
			0,50							
			0,75							
			1,00							
	1.3 Cada grupo de cargos possui seu próprio perfil de competências?		0,25							
			0,50							
			0,75							
			1,00							
	1.4 O processo de desenvolvimento e capacitação dos empregados está atrelado às necessidades de melhoria identificadas no processo avaliativo?		0,25							
			0,50							
			0,75							
			1,00							
	1.5 As competências individuais são definidas a partir das estratégias do hospital?		0,25							
			0,50							
			0,75							
			1,00							
	1.6 São atribuídos pesos distintos para cada competência, de acordo com o grau de importância da mesma para atingimento dos		0,25							
			0,50							
			0,75							



	funcionários?		0,75								
			1,00								
	1.5 A organização tem mecanismos de comunicação interna que sensibilizem os avaliados?		0,25								
			0,50								
			0,75								
			1,00								
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>											
<b>SUBDIMENSÃO PERIODICIDADE</b>	2.1 Os processos de avaliação de desempenho organizacional tem periodicidade definida? ( ) Mensal ( ) Trimestral ( ) Semestral ( ) Anual		0,25								
			0,50								
			0,75								
			1,00								
			0,25								
2.2 Os processos de revisão de desempenho organizacional são realizados quando necessários?			0,50								
			0,75								
			1,00								
	<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>										
<b>SUBDIMENSÃO ANÁLISE-COMPARATIVA</b>	3.1 A organização possui indicadores estabelecidos como “padrão” para alcançar os objetivos?		0,25								
			0,50								
			0,75								
			1,00								
	3.2 Os indicadores são comparados com os indicadores de outros hospitais considerados de excelência?			0,25							
				0,50							
				0,75							
				1,00							
	3.3 Os resultados das avaliações de desempenho organizacionais são analisados em uma perspectiva histórica?			0,25							
			0,50								
			0,75								
			1,00								
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>											
<b>SUBDIMENSÃO PARTICIPAÇÃO</b>	4.1 A organização tem índices calculados mediante fórmulas matemáticas previamente estabelecidas?		0,25								
			0,50								
			0,75								
			1,00								
	4.2 Os índices calculados são simples e de fácil acesso?			0,25							
				0,50							
				0,75							
				1,00							
	4.3 A organização explica a metodologia do cálculo dos índices aos funcionários?			0,25							
				0,50							
				0,75							
				1,00							
	4.4 A organização negocia as metas com os funcionários?			0,25							
				0,50							
				0,75							
				1,00							
	4.5 A organização capacita os avaliadores para utilizar as ferramentas de avaliação?			0,25							
			0,50								
			0,75								
			1,00								
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>											
<b>AL DA DIMENSÃO</b>											

**ANEXO D – Dimensão “Gestão de processos de avaliação de equipes e pessoas”**

	<b>N Ã</b>	<b>P O</b>	<b>TO TA</b>	<b>PESO/PONTUAÇÃO</b>
--	----------------	----------------	------------------	-----------------------





<b>TOTAL DA DIMENSÃO</b>									
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(\*) Níveis (0,25 – pouco frequente/ 0,50 algumas vezes/0,75 – na maioria das vezes/1,0 sempre) não são abordados na coleta de dados, mas incluídos no modelo proposto por ocasião da revisão dos resultados dos respondentes.

### ANEXO E – Dimensão “Desdobramentos na vida profissional das pessoas”

<b>Desdobramentos na vida profissional das pessoas</b>	<b>N Â O  P O S S U I</b>	<b>P O S S U I  ( * )</b>	<b>T O T A L  D E P O N T O S  D O M O D E L O</b>	<b>PESO/PONTUAÇÃO</b>					<b>P O N T U A Ç Ã O  M Á X I M O D O D E M</b>
				<b>P E S O  D A  D I M E N S Ã O</b>	<b>P E S O  D A  S U B D I M E N S Ã O</b>	<b>P E S O  D O I T E M  D E V E R I F I C A Ç Ã O</b>	<b>P O N T U A Ç Ã O  T O T A L O B T I D A</b>		
<b>SUBDIMENSÃO SISTEMAS DE INCENTIVO</b>	1.1 Os resultados das avaliações de desempenho das pessoas impactam no sistema de capacitação?	0,25							
		0,50							
		0,75							
		1,00							
	1.2 Os resultados das avaliações de desempenho das pessoas impactam no sistema de promoção?	0,25							
		0,50							
		0,75							
		1,00							
	1.3 Os resultados das avaliações de desempenho das pessoas impactam no sistema de premiação?	0,25							
		0,50							
		0,75							
		1,00							
	1.4 Os resultados das avaliações de desempenho das pessoas impactam no sistema de desligamento?	0,25							
		0,50							
		0,75							
		1,00							
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>									
<b>SUBDIMENSÃO FONTES DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO</b>	2.1 A avaliação de desempenho das pessoas possui informações de múltiplas fontes?								
	2.2 As informações provêm do superior?	1,00							
	2.3 As informações provêm do subordinado?	1,00							
	2.4 As informações provêm dos pares?	1,00							

	2.5 As informações provêm do cliente?		1,00						
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>									
<b>SUBDIMENSÃO RECURSOS DE APELAÇÃO</b>	3.1 Existem instâncias de apelação quando há discordância entre o resultado da avaliação de desempenho apresentado pelo avaliador e a opinião do avaliado?		1,00						
<b>TOTAL DA SUBDIMENSÃO</b>									
<b>TOTAL DA DIMENSÃO</b>									

(\*) Níveis (0,25 – pouco frequente/ 0,50 algumas vezes/0,75 – na maioria das vezes/1,0 sempre) não são abordados na coleta de dados, mas incluídos no modelo proposto por ocasião da revisão dos resultados dos respondentes.



**HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
Rua Tertuliano Sales 544 – Vila União Fortaleza – Ceará  
Fone/Fax: (85) 3101.4212 – 3101.4283  
E-mail: cep@hias.ce.gov.br



Fortaleza, 27 de Abril de 2011

**Registro no CEP:** 024/2011

**Data da Aprovação:** 27/04/2011

**Título do Projeto:** “Alinhamento entre indicadores de resultados organizacionais e desempenho de pessoas em organizações hospitalares públicas do município de Fortaleza-Ce”

**Pesquisador (a):** Najara de Sena Nunes

**Orientador(a):** Serafim Firmo de Souza Ferraz

**Instituição:** Universidade Estadual do Ceará - UECE

Levamos ao conhecimento de V. S<sup>a</sup>, que o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Hospital Infantil Albert Sabin – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, aprovou o projeto supracitado.

O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa do HIAS.

Regina Lúcia Ribeiro Moreno  
Coord<sup>a</sup>. do Comitê de Ética em Pesquisa



HUWC/UFC  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Cód CEP- 033.04.11


UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE  
FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613 E-MAIL: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

Protocolo nº: 033.04.11  
Pesquisadora Responsável: Najara de Sena Neri  
Departamento / Serviço:  
Título do Projeto: **“Alinhamento entre indicadores de resultados organizacionais e desempenho de pessoas em organizações hospitalares públicas do município de Fortaleza-CE”.**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO.**

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 24/05/12).

Fortaleza, 24 de maio de 2011.

  
Dra. Maria de Fátima de Souza  
Coordenadora do CEP - HUWC



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
 HOSPITAL GERAL DR. WALDEMAR ALCÂNTARA  
 ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

**MEMORANDO**

Nº 0141/2011 C.E.

Fortaleza (CE), 23 de Maio de 2011.

**DE:** Centro de Estudos

**PARA:** Dr<sup>a</sup>. Nátia Quezado – Diretoria Administrativo- Financeiro

**C/CÓPIA:** Sr<sup>a</sup>. Luana Figueiredo – Acessoria Técnica de Recursos Humanos

**REF:** PROJETO DE PESQUISA

Prezadas,

Apresento a psicóloga NAJARA DE SENA NUNES, pesquisadora do projeto intitulado "ALINHAMENTO ENTRE INDICADORES DE RESULTADOS ORGANIZACIONAIS E DESEMPENHO DE PESSOAS EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE". Seu Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e já é possível iniciar a coleta de dados.

Cordialmente,

*Adriana Oliveira*  
 Dr<sup>a</sup>. Adriana Oliveira  
 Comissão de Ética em Pesquisa  
 Tel: 3216.8321 / Fax: 3216.8344  
 e-mail:cehgwa@hotmail.com

*Virginia Silveira*  
 Dr<sup>a</sup> Virginia Silveira  
 Coordenação do Centro de Estudos  
 Tel: 3216.8508/ Fax: 3216.8344  
 e-mail:cehgwa@hotmail.com  
 centrodeestudos@isgh.org.br

*Finalizado*  
 27.05.11  
*[Assinatura]*

*Recebido*  
 por Clarice  
 em 27/05/11

