



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



DINARA RAQUEL ARAÚJO SILVA

**MATURIDADE DA GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SEGUNDO O
MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO PÚBLICA**

**TERESINA
2020**

DINARA RAQUEL ARAÚJO SILVA

**MATURIDADE DA GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SEGUNDO O
MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO PÚBLICA**

Relatório de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko Nogueira

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas de Enfermagem

**TERESINA
2020**

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

S586m Silva, Dinara Raquel Araújo.
Maturidade da gestão em serviços públicos de saúde segundo o modelo de excelência em gestão pública / Dinara Raquel Araújo Silva. -- Teresina, 2020.
82 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko Nogueira.

Bibliografia

1. Saúde Pública - Gestão. 2. Excelência em Gestão. 3. Modelo de Excelência de Gestão. I. Título.

CDD 614

DINARA RAQUEL ARAÚJO SILVA

**MATURIDADE DA GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE SEGUNDO O
MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO PÚBLICA**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ____/____/2020

Prof^a. Dr^a. Lidya Tolstenko Nogueira
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Presidente

Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Júnior
Universidade Estadual do Ceará (UECE) – 1^a Examinador

Prof^a. Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – 2^a Examinadora

Prof^a. Dr^a. Ana Roberta Vilarouca da Silva
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Suplente

À minha família, em especial à minha mãe e a meu esposo, pelo apoio fornecido de modo tão espontâneo durante a elaboração deste trabalho, maiores incentivadores na realização de um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por todas as bênçãos e maravilhas que Ele tem feito em minha vida e por ter guiado os meus passos em todo momento e ter concedido esta vitória. Agradeço a Ele também pela minha família, meu maior tesouro, que muito me ajudou nessa jornada.

Ao meu pai, Antônio da Cunha Silva que desde cedo me ensinou a ser forte e a enfrentar os meus medos, que esteve sempre presente em todos os momentos da minha vida me aconselhando e amando como o bom pai que é.

À minha mãe, Diana Barbosa Araújo Silva que me ensinou o valor do amor e sempre me apoiou nos momentos difíceis, acompanhou cada passo da minha formação e mais que uma mãe é uma amiga e espelho para mim.

Aos meus irmãos, Dakson Dayllon e Dayara Ruthy que foram cúmplices e fieis companheiros na diversão e nas tempestades da vida, por sempre me fazerem rir e seguir em frente.

Ao meu esposo Vitor Hugo Oliveira Melo, que sempre me apoiou acreditou em mim. Quando tudo parecia impossível e eu quis desistir, ele estava do meu lado dizendo que eu era capaz e que Deus iria nos ajudar.

A minha orientadora Lidya Tolstenko Nogueira, pela orientação competente, sugestões valiosas e estímulos dados.

Agradeço às professoras do Programa de Pós-Graduação pelas contribuições para minha formação.

A todos os funcionários do Programa de Pós-Graduação.

Agradeço a todos meus amigos e colegas de turma que me apoiara, me incentivaram e me deram suporte nessa caminhada.

Ao Conselho de Secretários Municipais de Saúde e aos secretários de saúde dos territórios Entre Rios e Cocais.

A todos que me ajudaram direta e indiretamente para a realização deste trabalho, muito obrigada.

“Escolha dentre todo o povo homens capazes, tementes a Deus, dignos de confiança que aborreçam a avareza; e põe-nos com chefes de mil, de cem de cinquenta e de dez”

(Exôdo 18:21)

SILVA, D. R. A. **Maturidade da gestão em serviços públicos de saúde segundo o Modelo de Excelência em Gestão Pública**. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2020.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Maturidade da gestão refere-se ao desempenho geral da organização diante das atividades administrativas desenvolvidas e os resultados obtidos. O serviço público de saúde exibe múltiplas composições organizacionais, cercadas por um ambiente de transformações rápidas, diante da complexidade do setor o planejamento e a avaliação das ações são primordiais. **OBJETIVO:** Avaliar a maturidade da gestão em serviços públicos de saúde segundo o Modelo de Excelência em Gestão Pública. **MATERIAL E MÉTODOS:** Delineamento transversal analítico, realizado com gestores municipais de saúde do território Entre Rios e Cocais do estado do Piauí. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e outubro de 2019 por ocasião das reuniões da Comissão Intergestora Regional, utilizando-se de questionário de caracterização da rede de saúde do município, perfil dos gestores e do Instrumento de Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos, criado pelo Ministério do Planejamento. Participaram da pesquisa 28 gestores que estavam no cargo em período superior a seis meses. Os dados foram processados no IBM® SPSS® e foram calculadas estatísticas uni e bivariadas. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa obtendo parecer favorável com o número: 2.817.519. **RESULTADOS:** Os profissionais de enfermagem representaram 53,5% da amostra de gestores municipais. O escore global de maturidade de gestão dos municípios apresentou média de 38,28 ($\pm 16,58$) pontos, variando de 18,35 a 73,90 pontos. Portanto a maioria estava no nível inicial a intermediário de maturidade da gestão. Municípios com número maior de habitantes, maior número de profissionais da saúde, que possuíam nível de atenção de média complexidade, com Plano Municipal de Saúde atualizado tiveram escore global de maturidade significativamente maior ($p < 0,05$), bem como quando os gestores possuíam especialização na área de gestão em saúde e experiência anterior em cargo de gestão ($p < 0,05$). As dimensões com menor desempenho foram “Resultados” e “Governança”, refletindo as dificuldades do planejamento em saúde e a necessidade de capacitação dos gestores para maior compreensão dos mecanismos de liderança. **CONCLUSÃO:** O nível de maturidade da gestão municipal de saúde nos municípios, sofreu influência das características locais e do perfil dos gestores. Houve aderência entre as características do modelo de excelência em gestão e os processos gerenciais realizados nos municípios.

Palavras-chave: Modelo de Excelência de Gestão. Gestão em Saúde Pública. Excelência em Gestão.

SILVA, D. R. A. **Management maturity in public health services according to the Public Management Excellence Model.** 82 f. Dissertation (Master in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Piauí, Teresina, 2020.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Management maturity refers to the overall performance of the organization in view of the administrative activities developed and the results obtained. The public health service exhibits multiple organizational compositions, surrounded by an environment of rapid changes, given the complexity of the sector, planning and evaluating actions is paramount. **OBJECTIVE:** To assess the maturity of management in public health services according to the Public Management Excellence Model. **MATERIAL AND METHODS:** Analytical cross-sectional design, carried out with municipal health managers in the Entre Rios and Cocais territory of the state of Piauí, from January to October 2019, at the meetings of the Regional Intergovernmental Commission, with data collection through a questionnaire to characterize the municipal health network, profile of managers and the Instrument for Diagnosis of Maturity in Public Services, created by the Ministry of Planning. Twenty-eight managers who had been in the position for more than six months participated in the survey. The data were processed in IBM® SPSS® and univariate and bivariate statistics were calculated. The study was approved by the Research Ethics Committee, obtaining a favorable opinion with the number: 2,817,519. **RESULTS:** Nursing professionals represented 53.5% of the sample of municipal managers. The global management maturity score of the municipalities averaged 38.28 (\pm 16.58) points, ranging from 18.35 to 73.90 points, so most were at the initial to intermediate level of management maturity. Municipalities with a larger number of inhabitants, a greater number of health professionals, who had a medium complexity level of care, with updated Municipal Health Plan had a significantly higher global score ($p < 0.05$), as well as when managers had specialization in the area of health management and previous experience in a management position ($p < 0.05$). The dimensions with the lowest performance were “Results” and “Governance”, reflecting the difficulties of health planning and the need for training managers to better understand the leadership mechanisms **CONCLUSION:** The level of maturity of municipal health management in the cities, suffered influence of local characteristics and the profile of managers. There was adherence between the characteristics of the management excellence model and the management processes carried out in the municipalities.

Keywords: Management Excellence Model. Public Health Management. Excellence in Management..

SILVA, D. R. A. **Madurez de gestión en los servicios de salud pública según el Modelo de Excelencia en Gestión Pública.** 82 f. Disertación (Máster en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Piauí, Teresina, 2020.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La madurez de la gerencia se refiere al desempeño general de la organización en vista de las actividades administrativas desarrolladas y los resultados obtenidos. El servicio de salud pública exhibe múltiples composiciones organizativas, rodeado de un entorno de cambios rápidos, dada la complejidad del sector, por lo que la planificación y evaluación de las acciones es primordial. **OBJETIVO:** Evaluar la madurez de la gestión en los servicios de salud pública de acuerdo con el Modelo de excelencia en la gestión pública. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Diseño transversal analítico, llevado a cabo con los gerentes de salud municipales en el territorio de Entre Ríos y Cocais del estado de Piauí, de enero a octubre de 2019, en las reuniones de la Comisión Regional Intergubernamental, con la recopilación de datos a través de un cuestionario para caracterizar el red municipal de salud, perfil de gerentes e Instrumento de Diagnóstico de Madurez en Servicios Públicos, creado por el Ministerio de Planificación. Veintiocho gerentes que habían estado en el puesto durante más de seis meses participaron en la encuesta. Los datos se procesaron en IBM® SPSS® y se calcularon estadísticas univariadas y bivariadas. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, obteniendo una opinión favorable con el número: 2,817,519. **RESULTADOS:** Los profesionales de enfermería representaron el 53.5% de la muestra de gerentes municipales. El puntaje de madurez de gestión global de los municipios promedió 38,28 (\pm 16,58) puntos, que van desde 18,35 a 73,90 puntos, por lo que la mayoría se encontraba en el nivel inicial a intermedio de madurez de gestión. Los municipios con un mayor número de habitantes, un mayor número de profesionales de la salud, que tenían un nivel de atención de complejidad media, con un Plan de Salud Municipal actualizado tenían una puntuación global significativamente más alta ($p < 0.05$), así como cuando los gerentes tenían especialización en el área de gestión de la salud y experiencia previa en un puesto de gestión ($p < 0.05$). Las dimensiones con el rendimiento más bajo fueron "Resultados" y "Gobernanza", lo que refleja las dificultades de la planificación de la salud y la necesidad de capacitar a los gerentes para comprender mejor los mecanismos de liderazgo. **CONCLUSIÓN:** El nivel de madurez de la gestión sanitaria municipal en las ciudades sufrió influencia de las características locales y el perfil de los gerentes. Hubo adherencia entre las características del modelo de excelencia gerencial y los procesos de gestión llevados a cabo en los municipios.

Palabras clave: Modelo de excelencia gerencial. Gestión de salud pública. Excelencia en la gestión.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Variáveis dependentes do estudo	40
Quadro 2 -	Variáveis independentes do estudo relacionadas aos municípios e gestores	40

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Representação gráfica do Modelo de Excelência em Gestão Pública	19
Figura 2 -	Divisão dos territórios de saúde no Estado do Piauí	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características dos municípios (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	45
Tabela 2 -	Características dos gestores municipais de saúde (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	46
Tabela 3 -	Relações entre o escore global de maturidade da gestão e as características dos municípios (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	47
Tabela 4 -	Relações entre o escore global de maturidade da gestão e as características dos participantes (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	48
Tabela 5 -	Classificação do nível de maturidade da gestão no Piauí nos territórios Entre Rios e Cocais (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	49
Tabela 6 -	Médias, mínimos e máximos dos escores das dimensões e resultado global da avaliação de maturidade da gestão dos municípios de saúde (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	49
Tabela 7 -	Média, desvio padrão, mínimo, máximo e relação dos escores das dimensões entre os territórios de saúde estudados (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019	50

LISTA DE ABREVIATURAS

3R	Reduzir, Reutilizar e Reciclar
5S	Seiri/utilização, Seiton/arrumação, Seiso/limpeza, Seiktesu/saúde, Shitsuke/autodisciplina
8D	Oito disciplinas
BE	Excelência empresarial
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CIR	Comissão Intergestora Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNM	Confederação Nacional de Municípios
COAPs	Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde
COSEMS-PI	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Piauí
CQH	Controle da Qualidade Hospitalar
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EQA	<i>European Quality Award</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
GESPUBLICA	Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JICCHSA	<i>Joint Commission International, Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
MBNQA	<i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i>
MEG	Modelo de Excelência de Gestão
MEGP	Modelo de Excelência em Gestão Pública
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAS	Programação Anual de Saúde
PDCA	<i>Plan, Do, Check, Act</i>
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNGS	Prêmio Nacional da Gestão em Saúde
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
RAG	Relatório Anual de Gestão
SUS	Sistema Único de Saúde

TCU

Tribunal de Contas da União

TQM

Total Quality Management

UFPI

Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização do problema	16
1.2	Justificativa e relevância	20
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo geral	21
2.2	Objetivos específicos	21
3	REFERENCIAL TEMÁTICO	22
3.1	Gestão em Saúde	22
3.1.1	Enfermagem e gestão em saúde	25
3.2	Qualidade e avaliação dos serviços de saúde	27
3.2.1	Modelos de Gestão e Prêmios de Qualidade de Gestão	29
3.3	Percurso brasileiro na busca pela excelência	31
3.4	Avaliação da maturidade de gestão segundo modelo de excelência de gestão pública	33
4	MATERIAL E MÉTODOS	38
4.1	Tipo de estudo	38
4.2	Local do estudo	38
4.3	População e amostra	39
4.4	Variáveis do estudo	39
4.5	Instrumento para a coleta de dados	41
4.6	Coleta de dados	42
4.7	Análise de dados	43
4.8	Aspectos éticos	43
5	RESUTADOS	45
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÃO	61
8	RECOMENDAÇÕES	62
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	70
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	71
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	73

ANEXOS	75
ANEXO A - INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA MATURIDADE DA GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS	76
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PEQUISA	79

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Maturidade da gestão refere-se ao desempenho geral da organização diante das atividades administrativas desenvolvidas e os resultados obtidos. Portanto, o nível de maturidade da gestão compreende a metodologia de avaliação da adequação dos processos internos em relação aos objetivos da organização e está diretamente relacionado à qualidade em gestão (HORVAT; FILIPOVIC, 2017). O construto envolvido expressa um conjunto de métricas que apresentam o percurso para avanço da organização de um estágio inicial a outro mais avançado, em geral, pautado em um modelo de gestão (GROSSMAN, 2018).

O serviço público de saúde exhibe múltiplas composições organizacionais, cercadas por um ambiente de transformações rápidas, reformas constantes e imprevisíveis. Para atingir seu principal objetivo, precisa buscar melhorias na gestão, o que implica adoção de novas práticas na forma de desenvolver os processos de trabalho (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018). Existem metodologias que auxiliam na qualidade dos serviços de saúde, em especial, os modelos de gestão, que compreendem um conjunto de estratégias que têm como objetivo contribuir com a captação de resultados e gerar conhecimento e um ciclo contínuo de melhorias na instituição. Entretanto, a compreensão e a adoção dos modelos de gestão na saúde pública são escassas (ARRUDA, 2017).

A partir de 1980, o conceito “qualidade” passou a circular nos meios de comunicação impulsionando mudanças nas diversas organizações ao redor do mundo. O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de melhorias dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados. Esse movimento refletiu mudanças na gestão das organizações, incluindo as de saúde, cujo olhar dirigiu-se à reestruturação, inovação e para a busca de excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos clientes (BENTO et al., 2014; BONATO, 2011).

Há pressões para mais e melhores serviços e uma expectativa de solução imediata de problemas urgentes. O público espera da Administração Pública o melhor atendimento de suas demandas sociais, pelo uso eficiente de recursos e transparência dos atos. Busca-se, portanto, a excelência da gestão pública que implica adoção de métodos e instrumentos de gestão adequados que favoreçam o alcance de padrões elevados de desempenho e qualidade

em cada uma das dimensões dos serviços (BRASIL, 2014a; MORAES et al., 2017; MOTTA, 2013).

A compreensão e busca pela qualidade na gestão dos serviços de saúde é um exercício significativo para prover eficiência, eficácia e efetividade das ações implantadas. Ainda que uma instituição conte com o que há de melhor em tecnologias e recursos humanos, fragilidades no gerenciamento podem comprometer os resultados esperados no empenho desses recursos. Para promover melhorias na assistência de saúde, a constante busca pela excelência deve estar inserida na rotina da instituição (BASSAN; MARTINS, 2016; HORVAT; FILIPOVIC, 2017).

Diante da importância da qualidade nos serviços, diversos organismos criaram modelos de gestão baseados em práticas gerenciais de instituições de sucesso. Para fomentar a adoção desses modelos, foram firmadas premiações para organizações que conseguem atingir a excelência em termos da qualidade alcançada, como o Prêmio *Deming* (japonês), o *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA - americano) e o *European Foundation for Quality Management (EFQM)*. O prêmio norteamericano influenciou a criação do Modelo de Excelência de Gestão (MEG) pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), no Brasil (BASSAN; MARTINS, 2016; TOMAZEVIC; TEKAVCICB; PELJHANB, 2015).

O Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (Gespública), do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, formulou o Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP) para contrapor um dos maiores desafios do setor público que é de natureza gerencial. O modelo foi elaborado respeitando os princípios e fundamentos da administração pública e permite que órgãos e entidades públicas possam identificar e atuar na implementação de ciclos contínuos de avaliação de gestão, oportunizando o conhecimento das práticas, dos resultados atuais e seu alinhamento aos requisitos do MEGP com vistas à excelência dos serviços prestados (BEZERRA; CARVALHO; LYRA, 2019; VIAPINA; CASTRO; KROEFF, 2018).

O MEGP engloba a avaliação do nível de desenvolvimento e desempenho de práticas, bem como o planejamento de melhorias, de instituições públicas, partindo da premissa que são regidas pela hegemonia do interesse público e pelo compromisso com a continuidade da prestação de serviços com igualdade e com qualidade (BRASIL, 2014a).

Nesse contexto, os modelos de excelência visam avaliar uma organização em relação às práticas gerenciais utilizadas e seus resultados e gerar conhecimento e informação. O MEGP preconiza as peculiaridades inerentes ao poder público no tocante ao cidadão, alinhando com importante fundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) o controle social,

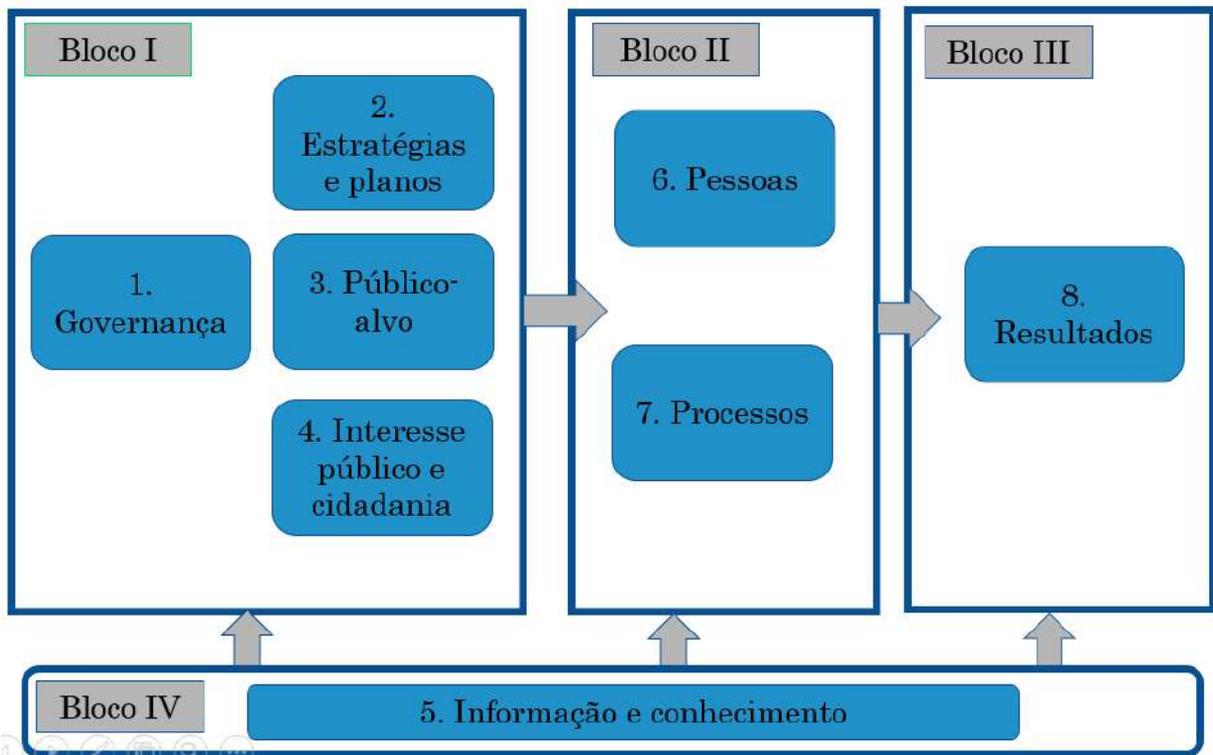
aspirando a geração de valor para a sociedade, com conseqüente melhoria na execução do orçamento público. Trata-se de um modelo sistêmico que pode ser aplicado em pequenas e grandes organizações públicas para obtenção de bons resultados para a maturidade da gestão por um ciclo de autoavaliação diagnóstica (ALENCAR; FONSECA, 2016; MOTTA et al., 2016).

O MEGP foi elaborado de acordo com os fundamentos constitucionais de gestão: legalidade; separação dos poderes; orientação fundamental à consecução dos objetivos da república do Brasil; princípio da centralidade dos direitos individuais e sociais; princípio da descentralização federativa; e, princípio da participação social e governança das instituições. Nesse processo, foram somados os Fundamentos da Excelência em Gestão Pública: Pensamento sistêmico, Aprendizado organizacional, Cultura da Inovação, Liderança e constância de propósitos, Orientação por processos e informações, Visão de Futuro, Geração de Valor, Comprometimento com as pessoas, Foco no cidadão e na sociedade, Desenvolvimento de parcerias e Gestão participativa (BRASIL, 2014a; MATTES; CAMARGO; BRAGA, 2017).

A organização estratégica do modelo pode ser representada como um sistema constituído por oito dimensões integradas e interativas, a saber: Governança, Estratégia e Planos, Cidadão-usuário, Interesse público e cidadania, Informação e conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados. As sete primeiras correspondem aos processos gerenciais e a última aos resultados e podem ser compreendidas pela ótica do PDCA (*Plan* – planejar, *Do* – executar, *Check* – verificar, *Action* – agir), que é um importante método de solução de problemas (BRASIL, 2017; RODRIGUES, 2014).

Ao dividir as dimensões do modelo em quadro blocos. O primeiro: Governança, Estratégia e Planos, Público Alvo e Interesse Público e Cidadania – corresponde ao planejamento. O segundo: Pessoas e Processos – representa a execução. O terceiro: Resultado – representa o controle, pois apenas pelos resultados produzidos pela organização é possível analisar a qualidade do sistema de gestão e o nível de desempenho institucional. O quarto bloco – Informação e Conhecimento. Este último bloco dá ao órgão/entidade capacidade de corrigir, melhorar ou inovar suas práticas de gestão e, conseqüentemente, seu desempenho. Mediante a realização contínua desse ciclo, as instituições públicas devem galgar seus objetivos, possibilitando intervir corretamente no ciclo, desde que necessário (SANTOS, 2016).

Figura 1 – Representação gráfica do Modelo de Excelência em Gestão Pública



Fonte:BRASIL, 2014

Nesse sentido, o diagnóstico da gestão proporciona uma visão global da organização, fornecendo *feedback* para seu contínuo aprimoramento. Apresenta, ainda, o atual estágio da gestão ou nível de maturidade, sinalizando a medida de resultados que os processos gerenciais estão produzindo e se esses resultados serão sustentados no futuro, bem como os pontos fortes que firmam a gestão e as oportunidades para melhoria que limitam ou impedem a obtenção de resultados melhores (GROSSMAN, 2018).

Dentre os métodos de avaliação da qualidade em saúde, o MEGP destaca-se por ser flexível e abrangente, divergindo de modelos prescritivos, como os programas de acreditação, ao demonstrarem maior eficácia para promover cultura de qualidade e melhoria contínua (BERSSANETI et al., 2016).

É fundamental que os gestores estejam preparados e qualificados para enfrentar os problemas e os desafios que se apresentam nos processos de gestão em saúde. Especialmente no contexto da gestão municipal de saúde, que a cada dia tem maiores responsabilidades, sofre dificuldades com outras esferas do governo, financiamento insuficiente e com a distância geográfica da capital, que concentra boa parte dos recursos humanos. Conhecer o estado atual da maturidade da gestão apontará os domínios que necessitam de maior atenção,

sinalizará a medida de resultados que os processos gerenciais estão produzindo e os pontos fortes que firmam a gestão.

Frente ao exposto, este estudo apresenta como objeto de estudo a maturidade da gestão em serviços públicos municipais de saúde segundo o Modelo de Excelência em Gestão Pública. Para nortear a investigação, estabeleceram-se as seguintes questões de pesquisa: Qual o nível da maturidade de gestão dos serviços públicos de saúde? Há relação entre o nível de maturidade e as características dos municípios e dos gestores?

1.2 Justificativa e relevância

No exercício da profissão abrangendo a coordenação de programas de saúde, o contato com gestores de diferentes municípios do estado do Piauí, a participação em reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR) e em eventos da Confederação Nacional de Municípios (CNM), suscitou o interesse em avaliar a excelência gerencial da saúde nos municípios.

Diante da complexidade da gestão pública, em especial dos serviços de saúde, existem ferramentas diversas para auxílio do gestor, entretanto o uso dos métodos de avaliação ainda é incipiente, embora de fundamental importância (PINHEIRO et al, 2015). Especialmente no contexto atual de incertezas e transição de modelos, os gestores têm como aliada a adoção de novas práticas de planejamento para superar os desafios de gestão na saúde. É necessário que o uso desses instrumentos seja estimulado e que os gestores estejam preparados e qualificados para enfrentar os problemas e os desafios que se apresentam no processo de trabalho.

Nessa conjuntura de transformações destacam-se as mudanças na Atenção Primária à Saúde, como o novo modelo de financiamento estabelecido na Portaria 2.979 de novembro de 2019, que tem como objetivo prover eficiência orçamentária para os recursos da saúde, distribuídos com base na capitação ponderada, desempenho e incentivos para ações estratégicas (BRASIL, 2019a). Quanto mais e melhores serviços, maior será o repasse financeiro destinado. Assim, os gestores precisarão aprimorar o planejamento para produzir com qualidade. O modelo de gestão e suas bases teóricas podem auxiliar os gestores a obter melhores resultados, tendo em vista que evidências denotam que a adoção de modelo de gestão gera impactos positivos nos resultados de instituições diversas.

Assim, o presente estudo torna-se relevante ao aplicar uma metodologia de avaliação que poderá contribuir para a melhoria dos serviços de saúde ao servir de norte para tomada de decisões e desenvolvimento organizacional, além de abrir caminho para a enfermagem protagonizar tais avanços.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a maturidade da gestão em serviços públicos de saúde segundo o Modelo de Excelência em Gestão Pública.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os municípios e os gestores municipais de saúde quanto aos aspectos sociodemográficos.
- Analisar os processos gerenciais desenvolvidos pela gestão nos serviços públicos de saúde.
- Analisar a dimensão resultados das atividades desenvolvidas pela gestão nos serviços públicos de saúde.
- Comparar as dimensões gerenciais entre os territórios de saúde.
- Verificar relações entre a maturidade da gestão e o perfil dos municípios e dos gestores.

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

Esse capítulo está estruturado em cinco seções e duas subseções, a saber “Gestão em saúde no Brasil”, que trata da gestão pública no âmbito do SUS, com a subseção “Enfermagem e gestão em saúde no Brasil” que aborda a categoria profissional e sua inserção na gestão, seção “Qualidade e avaliação dos serviços de saúde” com um panorama geral dos conceitos de qualidade e a incorporação da avaliação da qualidade nos serviços de saúde, com a subseção “Modelos de Gestão e Prêmios de Qualidade de Gestão” indicando os principais programas de qualidade, metodologias de avaliação dos serviços de saúde, seguido da seção “Percurso brasileiro na busca pela excelência” que apresenta os marcos históricos da avaliação de qualidade nos serviços públicos e a seção “Avaliação da maturidade de gestão segundo modelo de excelência de gestão pública” que demonstra a criação, princípios e benefícios do MEGP.

3.1 Gestão em saúde no Brasil

A gestão em saúde compreende às ações de formulação e execução das políticas de saúde, na perspectiva de a implementação dessas ações serem mediadas por atividades gestoras de condução dos sistemas e serviços de saúde. Nas esferas locais, refere-se à coordenação dos processos de trabalho (BARSAGLINI; KEHRIG; ARRUDA, 2015).

Pode ser definida como o manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, hospitais, laboratórios, clínicas e demais instituições e serviços de saúde. Abrange três grandes dimensões altamente complexas: os espaços dos cuidados diretos - singulares e multiprofissionais; as diversas instituições de saúde; e a exigência da formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal, integral, equânime, de qualidade e eficiente para as necessidades de saúde da população (LOREZETTI et al., 2014).

Gestão Pública ou Administração Pública refere-se à direção, ordenação (planejamento e organização) e controle dos serviços do governo em todas as esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal). Estes atos de ordenamento, direção e controle seguem os preceitos do direito e da moral, tendo como objetivo o bem comum (MARTINS; WACLAWOVSKYY, 2015).

A administração pública é complexa por tem o poder de regular e gerar obrigações e deveres para a sociedade, assim, as suas decisões e ações normalmente geram efeitos em larga

escala para a sociedade e em áreas sensíveis. O Estado é a única organização que, de forma legítima, pode definir unilateralmente obrigações em relação a terceiros (FATIMA; NASTASI, LIMA, 2015).

A tomada de decisão é responsabilidade e competência formal do gestor que se vale de informações para tal, inclusive do conhecimento pessoal que possui e a percepção que tem do problema, para formar uma opinião e agir. Portanto, é fundamental o papel da avaliação no processo de gestão, que fornece elementos de conhecimento para subsidiar a tomada de decisão, propiciando o aumento da eficiência, eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização (TANAKA; TAMAKI, 2012).

É preciso destacar que a gestão pública carrega princípios e práticas centrais de ordem, uniformidade e equidade, além de objetivos múltiplos para garantir consenso e apoio político. A Administração Pública é pública, e, portanto, dissociá-la da política é praticamente impossível e democraticamente indesejável. Ademais, o poder político é superior ao administrativo, sendo impossível ou inocente tentar contorná-lo, o que gera um desafio para o gestor (MOTTA, 2013).

Muitas funções de gerenciamento em saúde são semelhantes aos de indústrias, entretanto existem detalhes no setor de saúde que devem ser considerados na tomada de decisão. Assim, para gerenciamento e administração aprimorados é necessário que o gestor possua um bom conhecimento sobre a população, as necessidades de saúde, compreensão da avaliação de tecnologias em saúde para monitorar e controlar os resultados, além de outras competências gerenciais. É necessário um bom gerenciamento dos recursos para obter qualidade nos serviços de saúde (OBERMANN et al., 2018).

Assim, a gestão envolve melhoria do funcionamento das organizações e para isso ela tem que encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos. Nos serviços públicos de saúde é preciso levar em consideração tanto questões internas – organização e funcionamento do serviço – como questões externas – o seu papel no sistema de saúde e o impacto na saúde da população (ARAKAWA et al., 2013).

Nesse contexto de gestão pública temos o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado com a Constituição de 1988, e implicou mudança da estrutura e do processo de gestão, regulamentado pela Lei n.º 8.080/90, chamada de Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Estabeleceu os princípios doutrinários do SUS e as diretrizes: Participação da comunidade, Atendimento integral e Descentralização (BRASIL, 1990a; CUNHA; SOUZA, 2015).

Estes princípios dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e consolidam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos (regionalização, hierarquização, participação do cidadão e descentralização) orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo como eixo norteador os princípios doutrinários: Equidade, Universalidade e Integralidade (MENDES; VASCONSELLOS, 2015).

Equidade, com fins de assegurar como direito social do cidadão mais que o acesso a serviços, representa a garantia do suprimento das necessidades humanas na singularidade existencial de cada indivíduo, de modo que aquele que mais precisa, mais receberá na perspectiva dos cuidados de saúde (MORAES et al., 2017).

Baseado no modelo do bem-estar social o princípio da universalidade encara a saúde como um direito ampliado de cidadania para todos, ao apontar para um modelo que pressupõe uma lógica de seguridade social, representa o fim do modelo excludente anterior, em que somente os contribuintes da previdência social tinham direito a uma assistência à saúde mais qualificada. Portanto, considerando a política assistencial proposta pelo SUS, garantir acesso universal e equitativo é uma das estratégias redistributivas contempladas em uma política de proteção e inclusão social (MENDES; VASCONSELLOS, 2015).

O princípio da integralidade relaciona-se diretamente a forma organizacional dos serviços, envolvendo os saberes dos profissionais, usuários e da comunidade buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Desde a criação do sistema de saúde a descentralização dos serviços é um desafio, a consolidação da municipalização tem ocorrido de forma gradual e com diferenças significativas entre regiões e municípios. A política nacional visa o fortalecimento e a independência dos municípios, ao procurar fornecer autonomia para que estes sejam responsáveis por gerir maior número de programas e instituições (FERREIRA, 2018).

Os princípios e diretrizes do sistema de saúde devem nortear o planejamento e a gestão em saúde pública, ao tratar dos processos de produção de políticas (formulação), dos modos de organização das práticas (programação) e das formas de gestão (operacionalização) de planos, programas e projetos de ação (TEIXEIRA et al., 2014).

O foco da administração pública deve ser o valor entregue ao cidadão, para tanto o controle social e a participação dos usuários é imprescindível. A participação popular no SUS vem avançando para um sistema de controle social mais qualificado, deliberativo, inde-

pendente e representativo desde a criação da Lei nº 8.142/90. E em seu processo de consolidação no âmbito das políticas públicas, a população, por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde, passa a exercer o controle social, participando do planejamento e da fiscalização das ações governamentais no âmbito da saúde (BRASIL, 1990b; LIMA; LIMA, 2017).

É um desafio garantir que os princípios sejam efetivados para o cidadão. Cobertura universal de saúde é o conceito mais poderoso que a saúde pública tem para oferecer. Significa que todas as pessoas têm acesso aos serviços de saúde de que necessitam (prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) sem pagar diretamente por eles. Portanto, os sistemas de saúde representam um dos campos mais importantes da economia mundial. (HORVAT; FILIPOVIC, 2017).

A produção científica sobre gestão dos serviços de saúde no Brasil tem tratado da orientação da gestão de hospitais e unidades públicas, das práticas de gestores, da natureza e controle dos convênios, dos processos de trabalho e da percepção de usuários, principalmente por meio de relatos, ensaios, estudos de caso e pesquisas avaliativas. Quanto à gestão do sistema de saúde, os estudos até agora abordaram, dentre outros temas, a gestão participativa, o financiamento, a regulação e a avaliação de serviços. Há, no entanto, uma importante lacuna sobre as características, o funcionamento e a eficácia dos arranjos e modelos em curso no interior do sistema público de saúde (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

A situação de saúde do país e dos profissionais de saúde é influenciada pelo modelo de atenção e de gestão que o SUS fornece, portanto, é preciso conhecer a realidade dos gestores e do SUS nas diferentes esferas administrativas. Além disso, é importante compreender as dificuldades da administração em gerir adequadamente serviços de saúde, devido à falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, baixos controles de qualidade, influência política externa e burocracias excessivas.

3.1.2 Enfermagem e gestão em saúde no Brasil

A enfermagem destaca-se como profissão majoritária na composição do sistema de saúde em todas as áreas de atuação, pois compreende um conjunto de componentes próprios de conhecimentos científicos e técnicos reproduzidos por um grupo de práticas sociais, éticas e políticas na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida.

Apresenta-se como profissão apta a atuar na gestão em saúde, por sua formação técnica generalista que compreende competências gerenciais (PEREIRA et al., 2015).

Na atuação profissional o enfermeiro está inserido nas dimensões assistencial e gerencial. A primeira tendo como objeto as necessidades de cuidado de enfermagem e por finalidade o cuidado integral. A dimensão gerencial articula a organização do trabalho e dos recursos com o objetivo de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de desempenho dos trabalhadores. É crescente a complexidade no cenário gerencial, visto que inovações tecnológicas, as transformações na saúde e nas relações pessoais são contínuas, o desenvolvimento do conhecimento em gestão no setor saúde é imprescindível (MORADI, 2016).

A evolução das práticas da enfermagem no âmbito da gestão das políticas públicas envolve elementos subjetivos relacionados à cultura de realização de ações de planejamento, monitoramento e avaliação. É reconhecido que, a implantação de práticas embasadas no monitoramento e avaliação depende de conhecimentos técnicos específicos e alinhamento conceitual. Neste sentido, a enfermagem tem muito a contribuir, tendo em vista as competências gerenciais da formação do Enfermeiro voltada às ações em saúde nas unidades de gestão mais próximas das pessoas, como as assistenciais, e das organizacionais mais amplas, como os cargos de gestão hospitalar e do próprio sistema de saúde (ROUTER et al, 2016).

O enfermeiro que desempenha a dimensão gerencial no âmbito assistencial desenvolve ações voltadas para organização do trabalho e de recursos humanos cujo propósito é o de viabilizar as condições adequadas para a oferta do cuidado ao paciente e para a atuação da equipe de enfermagem, também conhecida como gestão do cuidado (MORORÓ et al., 2017).

Ressalta-se a presença do enfermeiro na gestão das organizações de saúde. Estudo realizado em 19 regiões de saúde do Estado do Ceará no ano de 2011, apontou que 23% dos profissionais que exerciam cargo de gestão nas Regiões de Saúde eram enfermeiros, sendo a segunda profissão com maior índice de atuação nessa área. Dado que evidencia a enfermagem como categoria profissional que tem a gestão como foco de práticas (MOURA; PINTO; ARAGÃO, 2016).

No contexto piauiense são poucos estudos sobre caracterização da gestão do SUS, levantamento feito pelo Conselho das Secretarias Municipais de Saúde no Piauí (COSEMS - PI), apontou que 124 dos 224 secretários que participaram da pesquisa, a maioria era do sexo feminino, com nível superior, com média de idade de 38 anos e com formação em área da saúde, especialmente em enfermagem (COSEMS, 2018).

Embora o enfermeiro esteja presente na gestão pública de saúde nos mais diversos níveis, são poucos os estudos que versam sobre a participação na gestão do sistema de saúde. O reconhecimento do enfermeiro na gestão é relevante para o fortalecimento da profissão considerando o contexto atual das práticas em saúde, voltada para as inovações, e diretrizes curriculares nacionais que incentivam a formação crítica e reflexa, com o objetivo de despertar os profissionais para o desenvolvimento de um perfil sintonizado e convergente com o cenário atual dos serviços em saúde e da gestão pública do SUS (ANDRADE et al., 2016).

3.2 Qualidade e avaliação dos serviços de saúde

A definição de qualidade é um exercício desafiador. É mais fácil perceber a qualidade do que propriamente definir o que é qualidade. Não existe uma definição global e diferentes definições de qualidade podem surgir de acordo com diferentes contextos e circunstâncias, tornando-o um fenômeno complexo. A qualidade pode estar associada ao valor percebido pelo indivíduo, ou cidadão, no caso do serviço público, ou à melhoria de processos (DEMING, 1990), ou à ausência de defeitos (JURAN, 2004), ou, ainda, conformação às especificações (CROSBY, 1979; FILARDI et al., 2016).

O conceito de qualidade e sua gestão evoluíram em conjunto com o modelo de produção vigente. Nos séculos XVIII e XIX predominava a produção artesanal onde um indivíduo conhecia e tinha domínio completo das etapas de produção sendo o controle de qualidade realizado de maneira informal. No século XX a revolução industrial trouxe uma nova ordem produtiva focada na produção em massa de produtos padronizados por meio de máquinas e da intensa divisão do trabalho (Taylorismo). A qualidade como uma etapa distinta na produção, ficava a cargo de um pequeno grupo de especialistas que realizavam inspeções para garantir que o produto estava de acordo com o padrão (conformidade), buscando reduzir o custo unitário. Nessa fase interna a qualidade não era pensada como uma área que deveria se preocupar com o consumidor e não constituía objetivo estratégico das organizações (ALBUQUERQUE; BONACELLI, 2011).

Nas décadas de 40 e 50 do século passado especialistas americanos – Deming e Juran – desenvolveram uma abordagem diferente para a qualidade, suas considerações ganharam espaço no cenário japonês e posteriormente foram difundidas para o ocidente incorporando a lógica japonesa. Nesse modelo a qualidade é definida do ponto de vista do cliente, suas necessidades como foco, e a conformidade com o padrão passou para segundo plano. A abordagem voltada para o mercado ampliou o escopo da qualidade surgindo um conjunto de

decisões gerenciais diferentes das guiadas para a simples redução de custo (BENTO et al., 2014).

Dessa forma, a receptividade do consumidor aos produtos ou serviços é a principal referência a orientar novas atividades de melhoria da qualidade em todas as funções e níveis organizacionais. O que, de forma contínua, intensifica a comunicação e aceitação de novas metodologias para solução, aumento da capacidade de aprendizado individual e organizacional, uma vez que todos estão envolvidos na melhoria contínua de seus processos de trabalho (ALBUQUERQUE; BONACELLI, 2011).

A partir da década de 80 do século passado o conceito “qualidade” passou a circular nos meios de comunicação impulsionando mudanças nas diversas organizações ao redor do mundo. O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, passaram a ser vitais. Sistemas de Qualidade foram adotados na busca de melhorias dos processos e dos altos índices de desempenho com resultados. Esse movimento refletiu mudanças na gestão das organizações, incluindo as de saúde, cujo olhar dirigiu-se à reestruturação, inovação e para a busca de excelência, por meio de práticas mais racionais e focadas nas demandas dos usuários (BONATO, 2011; BENTO et al., 2014).

Dentre as mudanças requeridas destacam-se: a visão sistêmica da organização dos seus processos institucionais, a transformação dos indivíduos, com ações dirigidas por novos paradigmas, buscando autorrealização e inovação, estímulo ao desenvolvimento de novas capacidades, da criatividade e alta produtividade, mobilizando sujeitos mais capazes, criativos e produtivos. Verifica-se, por parte das organizações, tendência à valorização dos talentos humanos para atuarem como agentes participativos do replanejamento e da ressignificação do contexto do trabalho vigente (BONATO, 2011; DOUGLAS, 2016).

A necessidade de se implementar padrões de controle e gestão da qualidade em serviços de assistência à saúde tem apresentado um significativo crescimento nas últimas décadas, caracterizando-se como um aspecto importante para organizações que atuam neste segmento. As organizações têm deparado com exigências maiores em termos de atendimento da legislação vigente, adequada gestão de custos e satisfação dos usuários destes serviços (BERSSANETI et al., 2016).

Os precursores da temática da melhoria da qualidade em serviços de saúde mencionam que a sua garantia implica modificar o desempenho e o comportamento dos profissionais, das instituições e dos sistemas em direção a práticas mais apropriadas e aceitáveis no tocante a resultados e custos para a saúde, utilizando-se estratégias avaliativas. Uma avaliação eficaz dos serviços de saúde somente poderá ser conduzida se estiver apoiada em programas que

estabeleçam critérios, padrões e indicadores com a finalidade de instrumentalizar o processo de avaliação dos serviços (CALDANA et al., 2018).

3.2.1 Modelos de gestão e prêmios de qualidade de gestão

Existem muitos programas de qualidade possíveis de serem empregados nas organizações de saúde, tais como: métodos estruturados de melhoria de processos (PDCA, oito disciplinas - 8D, Ferramenta 5S – Seiri/utilização, Seiton/arrumação, Seiso/limpeza, Seiktesu/saúde, Shitsuke/autodisciplina e Princípio dos três 3R – Reduzir, Reutilizar e Reciclar); acreditação (Organização Nacional de Acreditação, *Joint Commission International, Canadian Council on Health Services Accreditation*) modelos de excelência organizacional (Modelo de Excelência de Gestão, *Malcolm Baldrige National Quality Award*) e normas *International Organization for Standardization - ISO* (ISO 9001:2008; ISO 14000, ISO 26000), dentre outros, cada um deles com metodologias e objetivos distintos (BONATO, 2011; CALDANA et al., 2018)

Esses programas não competem entre si e há sobreposição entre os modelos de acreditação, de visitação, modelos de excelência organizacional e ISO. A diferença consiste em que os modelos de gestão são mais flexíveis, abrangentes e representam os aspectos estratégicos, gerais e de resultados da gestão da qualidade. A acreditação está mais diretamente relacionada aos cuidados de saúde e é considerado um modelo mais específico, administrativo e prescritivo. Visitação e acreditação são o mais próximo da execução real dos cuidados de saúde, enquanto ISO e modelos de gestão abordam principalmente as condições gerenciais e organizacionais nas quais os processos de atendimento são executados. Parece que os modelos são complementares e não excludentes, a integração deles pode levar à excelência em cuidados de saúde (BESSANETI et al., 2016).

A união de teorias e práticas voltadas para a operacionalização das atividades de uma empresa, tanto internamente, quanto externamente é chamada de modelo de gestão, definido por adotar experiências exitosas de organizações bem-sucedidas, adaptando-as a realidade e objetivos de cada instituição (BENTO et al., 2014). Em meados da década de 1980, um grupo de especialistas norte-americanos analisou várias organizações que se destacavam entre as demais com o objetivo de encontrar nelas características diferenciadoras para tal desempenho. Dessa forma, os prêmios de excelência em qualidade e negócios surgiram. Eles reconhecem o desempenho organizacional excelente, um componente significativo das estratégias de produtividade e promoção da qualidade em muitos países (BASSAN; MARTINS, 2016).

Existem vários modelos de gestão por excelência com fundamentos similares, porém, com adaptações para a realidade de cada país. Para fomentar a adoção desses modelos surgiram premiações para organizações que conseguem atingir a excelência em termos da qualidade alcançada (EVANGELISTA et al., 2015; FILARDI et al., 2016).

O precursor desses prêmios foi o prêmio japonês (*Deming Prize*), instituído no Japão, na década de 1950. Nomeado em homenagem a Edwards Deming, norte americano que difundiu o ideal de qualidade no Japão, embora ele não defendesse a ideia de premiação, que poderia gerar interpretação de um máximo para a excelência, mas que a busca pela excelência deve ser contínua, o fato de existir uma premiação pode encorajar as organizações a não buscar melhorias após conquistar o prêmio. Em 1987, nos Estados Unidos da América desenvolveram o *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA). Em 1991, foi estabelecido o *European Quality Award* (EQA) (ALBUQUERQUE; BONACELLI, 2011).

A criação do *Malcolm Baldrige National Quality* (MBNQA) foi impulsionada pela perda de competitividade no mercado diante do crescimento das empresas japonesas. Em 1987 pela Lei Pública *Malcolm Baldrige National Quality Improvement Act*, o MBNQA foi instituído para identificar e difundir boas práticas em qualidade, como resultado da cooperação entre governo e iniciativa privada. E tinha como proposta promover a conscientização de que excelência em desempenho é um elemento importante para a competitividade e promover o compartilhamento de informação sobre estratégias de desempenho bem sucedidas. Foi inspirado no Deming Prize japonês guardando semelhanças com seus princípios e critérios de avaliação, ficou conhecido mundialmente e é o mais utilizado para autoavaliações (LISMONT et al., 2017).

O modelo *European Foundation for Quality Management*, usualmente conhecido como EFQM, foi fundado pelos presidentes de 14 empresas europeias, em 1988, definido como uma estrutura holística que pode ser aplicada a qualquer organização, independentemente do tamanho ou setor. Foi utilizado pela primeira vez para apoiar a avaliação das organizações no Prêmio Europeu de Qualidade em 1992, sendo revisado ao longo das últimas décadas. Seu principal objetivo é o aumento da competitividade das organizações, e pode ser empregado tanto como um instrumento de autoavaliação quanto como de auditoria para o Prêmio de Qualidade (BERSANATI et al., 2016).

Os modelos de gestão por excelência existentes, na maioria dos casos foram desenvolvidos ou apoiados por organismos nacionais, como base para programas de prêmios e para a adaptação generalizada dos princípios e métodos da Gestão da Qualidade Total (*Total Quality Management* - TQM) e excelência empresarial (BE). Foram desenvolvidos em torno

de 90 prêmios de qualidade ou excelência em negócios em pelo menos 75 países, todos eles referentes à busca de melhores níveis de qualidade e produtividade, com muitos temas e elementos em comum. o movimento de prêmios nacionais de qualidade pelo mundo inteiro é, ainda, relativamente jovem, com grande parte deles tendo menos de uma década de existência e muitos outros se encontrando em distintos estágios de desenvolvimento (DAHLGAARD et al., 2013).

De forma geral, todos os modelos dos prêmios apresentam um conjunto de princípios, métodos e ferramentas que possibilitam a identificação das necessidades das partes interessadas. Visam avaliar uma organização em relação às práticas gerenciais por ela utilizadas, bem como seus resultados organizacionais auxiliar o desenvolvimento de práticas de melhoria do desempenho das organizações; disseminar boas práticas para outras organizações; e servir como ferramenta para transmitir conhecimentos em desempenho gerencial, planejamento, treinamento e avaliação (BASSAN; MARTINS, 2016).

A aplicação de modelos de excelência de gestão, pode assim, trazer várias possibilidades às organizações que o utilizam como a ampliação de seus níveis de eficiência operacional, constituição de referenciais para outras organizações, bem como especialização de seu corpo funcional. Em essência, tais modelos representam uma ferramenta para medição e avaliação do desempenho das organizações, ajudando-as a focar seus esforços de melhoria sobre áreas pré-estabelecidas (ALBUQUERQUE; BONACELLI, 2011).

3.3 Percurso brasileiro na busca pela excelência

No que diz respeito à administração pública brasileira, esses prêmios inspiraram o desenvolvimento de programas que estimulassem a busca pela excelência em termos de qualidade e produtividade. O governo federal, acompanhando a tendência internacional de desburocratização da gestão pública, iniciou em 1995 a reforma gerencial do Estado. Em decorrência disto, com vistas à concretização de tal reforma, foram criados programas de qualidade na administração pública que culminaram com a implantação de um modelo de excelência em gestão (ALENCAR; FONSECA, 2016).

As últimas duas décadas do último século foram marcadas por mudanças significativas dos modelos de administração pública, os quais eram alvo de pesadas críticas por suas ineficiências e burocracias. As propostas de um novo modelo mais enxuto ficaram conhecidas como *New Public Management* (Nova Gestão Pública), em que se busca uma maior eficiência dos processos públicos, que foi implantado no Brasil. O modelo da Nova Gestão Pública

espalhou-se pelo mundo com a promessa de atacar dois males burocráticos: o excesso de procedimentos e a baixa responsabilização dos burocratas em face do sistema político e da sociedade. Essa nova fase aponta para um Estado mais regulador, em linha com o cenário do gerencialismo que vem substituindo o Estado Intervencionista, em que as instituições vêm sendo submetidas a novas formas de controle e responsabilização (BASSAN; MARTINS, 2016).

De 1990 a 2005, quatro marcos caracterizaram a evolução dos programas de qualidade e produtividade da administração pública brasileira. O primeiro grande marco foi a criação em 1990 do Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade, que gerou o Subcomitê da Administração Pública, iniciando a era dos Programas de Qualidade no Serviço Público. Na sequência, em 1996, foi lançado o Programa da Qualidade e Participação na Administração Pública, aproveitando a nascente Reforma do Estado, mas ainda com foco nos mecanismos voltados para a qualidade como instrumento de modernização do Estado (FERREIRA, 2012).

No início do novo milênio, em 2000, foi criado o Programa da Qualidade no Serviço Público, no âmbito do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, somando todo o aprendizado das experiências anteriores, porém agora com foco na qualidade do atendimento ao cidadão. Assim, esse processo de mudança evoluiu na direção da gestão por resultados orientada ao cidadão, culminando em 2005 com o lançamento do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (Gespública), cujo objetivo era simplificar os processos organizacionais das instituições públicas brasileiras, objetivando aumentar a produtividade desses órgãos (FILARDI et al., 2016).

O que se percebe é que, para a mensuração do desempenho organizacional na administração pública gerencial, o enfoque tem sido deslocado dos processos para os resultados, o que leva à necessidade de uma mudança na cultura do setor público para uma missão voltada mais para a sociedade, em que se busca criar uma estrutura flexível e de liberdade para que os objetivos sejam alcançados. O resultado são produtos e serviços de qualidade. Particularmente, no que tange à administração pública, o gerenciamento da qualidade busca, por meio da mudança da cultura organizacional, modificar as relações institucionais, transformando chefes e subordinados em parceiros que busquem atingir as metas da organização (OBERMANN, 2018).

No que diz respeito a premiações brasileiras baseadas em modelos de gestão há o Prêmio Nacional de Qualidade que foi criado com influência do *Malcolm Baldrige National Quality*, em 1992. O prêmio está a cargo da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade. Existe também o Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS), criado em 2003, a partir da

iniciativa dessa fundação e do Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), com o objetivo de incentivar as organizações da área da saúde a avaliarem e buscarem melhorias contínuas de seus sistemas de gestão (EVANGELISTA et al., 2015; FERREIRA, 2012).

É um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a autoavaliação e contém um componente educacional muito importante, que é incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares no aprimoramento dos processos de atendimento. A avaliação da premiação é realizada com base nos fundamentos do Modelo de Excelência de Gestão (BONATO, 2011).

Atualmente, no Brasil, nenhum programa de avaliação da qualidade dos serviços hospitalares é obrigatório, contudo tem sido discutido pelos órgãos governamentais a possibilidade de acrescentar à Lei Orgânica da Saúde um artigo para dispor sobre a obrigatoriedade de avaliação e certificação da qualidade dos serviços. O processo de avaliação a ser adotado não foi fixado no Projeto de Lei, mas pressupõe a existência de um sistema de qualidade, envolvendo a adoção de padrões para procedimentos operacionais, qualidade técnica, gestão e atendimento humanizado (BERSSANETI et al., 2016).

3.4 Avaliação da maturidade de gestão segundo modelo de excelência de gestão pública

Com o intuito de auxiliar os gestores surgem diversas ferramentas, dentre elas as de avaliação de maturidade e qualidade de gestão, que tiveram início com o Aferidor de Maturidade de Gestão da Qualidade, também conhecido como *Grid* de Maturidade de Crosby (1979), considerado precursor dos modelos atuais, cuja finalidade teria sido a de criar uma metodologia de avaliação ou um aferidor do grau de maturidade na gestão dos diversos processos de qualidade (NASCIMENTO et al., 2016).

Instituído em 1991 pela Fundação Nacional da Qualidade, o Programa Nacional de Qualidade reconhece os resultados obtidos pelas empresas que implantaram um programa permanente de melhoria em busca da excelência em gestão a partir da utilização do Modelo de Excelência da Gestão - MEG. Neste cenário atual, ao aplicar a ferramenta MEG que avalia o grau de maturidade da gestão estratégica e evidencia os pontos que necessitam de melhorias, o gestor terá em mãos informações tangíveis, onde conseguirá medir resultados quantitativamente ou qualitativamente, gerando sugestões de ações gerenciais para uma melhoria contínua, também o reconhecimento do mercado e da sociedade e a visão sistêmica da organização (EVANGELISTA et al., 2015).

O MEG, possui como finalidade maior alinhar a organização, relacionando seus processos segundo padrões de excelência. Ele proporciona às organizações que o aplicam uma visão coordenada e sistematizada de seus sistemas e soluções de gestão, em face do que é previsto como “estado da arte” preconizado pelo Modelo de Excelência, orientando assim a avaliação do nível de desenvolvimento e desempenho de suas práticas e o planejamento de melhorias (RODRIGUES, 2014).

A implantação do modelo deve partir da autoavaliação e incorporação dos Fundamentos da Excelência pela organização e, depois disso, o uso das práticas para atender aos critérios. O modelo baseia-se em um conjunto de fundamentos da excelência que expressam conceitos atuais que se traduzem em práticas encontradas em organizações de elevado desempenho que refletem valores e conhecidos internacionalmente (EVANGELISTA et al., 2015).

Os fundamentos da excelência são expressos em características tangíveis, mensuráveis quantitativa ou qualitativamente, por meio de ações gerenciais propostas na forma de questões e de solicitações de resultados São eles: pensamento sistêmico; aprendizado organizacional; cultura de inovação; liderança e constância de propósitos; orientação por processos e informações; visão de futuro; geração de valor; valorização das pessoas; conhecimento sobre o cliente e o mercado; desenvolvimento de parcerias; e responsabilidade social (FNQ, 2016).

Com o intuito de contribuir para a qualidade dos serviços públicos foi criado pelo Gespública o Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP), referencial construído especificamente para avaliação da qualidade da gestão de órgãos e instituições públicas nacionais. Usa os conceitos teóricos de *Total Quality Management*, em uma construção específica para o caso brasileiro público, bastante influenciado pelo modelo do Prêmio Malcolm Baldrige (EUA) e guardando alta correlação com as versões do Modelo de Excelência em Gestão editado pela Fundação Nacional da Qualidade. Esse modelo, preconiza todas as peculiaridades inerentes ao poder público no tocante ao cidadão, tal como a geração de valor para a sociedade, em vez do lucro financeiro (ALENCAR; FONSECA, 2016; BRASIL, 2017).

Está inserido em um conjunto de ferramentas e métodos chamado “Kit de Transformações de Serviços Públicos”, que, distribuídos em seis fases de aplicação independentes entre si, dão suporte aos órgãos e entidades do governo federal para que promovam a transformação dos serviços públicos, orientados pela perspectiva dos cidadãos e empresas, buscando a simplificação e melhor oferta de serviços (BRASIL, 2017).

O MEGP reúne os elementos necessários à obtenção de um padrão de gerenciamento de classe mundial. Têm como base os cinco princípios constitucionais da administração Pública (publicidade, impessoalidade, moralidade, legalidade e eficiência), os fundamentos constitucionais de gestão: legalidade; separação dos poderes; orientação fundamental à consecução dos objetivos da república do Brasil; princípio da centralidade dos direitos individuais e sociais; princípio da descentralização federativa; e, princípio da participação social e governança das instituições. Nesse processo, foram somados os Fundamentos da Excelência em Gestão Pública: Pensamento sistêmico, Aprendizado organizacional, Cultura da Inovação, Liderança e constância de propósitos, Orientação por processos e informações, Visão de Futuro, Geração de Valor, Comprometimento com as pessoas, Foco no cidadão e na sociedade, Desenvolvimento de parcerias, Responsabilidade social, Controle social e Gestão participativa (BRASIL, 2014a; MATTES; CAMARGO; BRAGA, 2017).

Voltado à avaliação e melhoria das práticas gerenciais, favorece um “aprendizado organizacional” pelo conhecimento de seus pontos fortes e oportunidades de melhorias através da avaliação do nível de desenvolvimento e desempenho de práticas gerenciais, orienta o planejamento institucional para alcançar resultados organizacionais, gerando valor positivo das políticas públicas para os cidadãos (BEZERRA; CARVALHO; LYRA, 2019)

Por gerar informação e conhecimento sobre o funcionamento da instituição e seus processos o MEGP oferece uma vantagem para a instituição frente ao mundo repleto de transformações tecnológicas, econômicas e sociais. É preciso conhecer e entender as mudanças atuais nos diferentes âmbitos: social, econômico, organizacional e psicológico, para poder administrá-las. Esse é o caminho para a construção de uma organização que evolui em paralelo com o desenvolvimento social e estimula seus trabalhadores rumo à cidadania (BONATO, 2011).

A adoção desse modelo fomentou melhorias na execução do orçamento público, destacando-se a reestruturação dos controles na administração pública, reforçou do papel do Tribunal de Contas da União (TCU), Poder Legislativo e Congresso Nacional. Nesse contexto, ocorreu reestruturação do poder político – passagem de administração burocrática para administração gerencial – juntamente com novo processo de fiscalização para administração pública, o controle social, representando amadurecimento da democracia e valorização do cidadão (BEZERRA; CARVALHO; LYRA, 2019)

O controle social justifica-se pela modificação da característica da atividade de fiscalização na administração pública que passa a ser mais abrangente revestida de atributos da prevenção e orientação, antes - no modelo burocrático - caracterizada pela repressão.

Configura-se instrumento extremamente importante na busca pela excelência em gestão pública, sendo um dos fundamentos do MEGP e um dos princípios do SUS (ALENCAR; FONSECA, 2016).

Enquanto as organizações do mercado são conduzidas pela autonomia da vontade privada, os órgãos ou entidades públicas são regidos pela supremacia do interesse público e pela obrigação da continuidade da prestação do serviço público, com equidade e qualidade (BRASIL, 2014b). As organizações privadas buscam o lucro financeiro e formas de garantir a sustentabilidade do negócio. A administração pública busca gerar valor para a sociedade e formas de garantir o desenvolvimento sustentável, sem perder de vista a obrigação de utilizar os recursos de forma eficiente (LOREZETTI et al., 2014). As organizações públicas não sofrem com ameaças de sobrevivência e competitividade como nas organizações privadas, no entanto as organizações disputam entre si para a obtenção de recursos orçamentários, principalmente para o desenvolvimento de grandes projetos (ALENCAR; FONSECA, 2016).

Os modelos de maturidade são utilizados como ferramentas de melhoria, descrevendo o processo em estágios ou níveis de evolução, permitindo que sejam claramente definidos, gerenciados e controlados ao longo do tempo. Têm como objetivo definir em que nível uma determinada organização se encontra e assim constatar o que deve ser feito para assegurar a continuidade de desenvolvimento e a melhorias (NASCIMENTO et al., 2016).

A avaliação baseada no MEGP é feita através do Instrumento de Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos, cujo resultado varia em escores que são distribuídos em categorias/níveis de maturidade da seguinte forma: 0 a 25 pontos (Bronze – estágio inicial), 26 a 50 pontos (Prata – estágio intermediário), 51 a 75 pontos (Ouro – estágio avançado) 76 a 100 pontos (Diamante – estágio avançado a excelente). O nível de maturidade da gestão não compreende um objetivo, mas sim um meio de avaliação da adequação dos processos internos diante dos objetivos da organização que comparará a prática adotada com os aspectos de um cenário ideal de gestão com vistas a estimular a busca por melhorias contínuas (HORVAT; FILIPOVIC, 2017).

A implantação de um modelo de maturidade implica esforços e uma forma adequada de atuação organizacional. Por sua vez, qualquer modelo de maturidade está relacionado com a mensuração dos níveis de gestão, em busca do aperfeiçoamento de suas capacitações, padrões e práticas, dando suporte a uma disciplina consistente em longo prazo (RODRIGUES, 2014).

Nesse sentido, o diagnóstico da gestão proporciona uma visão sistêmica da organização, fornecendo *feedback* para seu contínuo aprimoramento. Apresenta, ainda, o atual

estágio da gestão, sinalizando a medida de resultados que os processos gerenciais estão produzindo e se esses resultados serão sustentados no futuro, bem como os pontos fortes que firmam a gestão e as oportunidades para melhoria que limitam ou impedem a obtenção de resultados melhores (GROSSMAN, 2018).

Entre os benefícios da utilização do MEGP estão: melhorias em processos e produtos, redução de custos, ampliação do grau de maturidade, aumento da produtividade e melhores condições de atingir e manter o desempenho desejado. Tendo como um dos aspectos importantes a melhoria contínua, a utilização desse modelo, portanto, faz com que as organizações estejam prontas para adaptar-se ao ambiente e manter-se sempre atualizadas aos novos desafios, por isso é considerado um poderoso guia na busca pela melhoria dos processos e resultados organizacionais (ANDRADE; VIEIRA, 2016).

A avaliação da administração pública brasileira se encontra institucionalizada basicamente na função do controle, com ênfase no cumprimento dos requisitos legais, principalmente, os ligados aos recursos financeiros, que são limitados, já que transitam no curto caminho entre o previsto e o realizado. Entretanto, não considera resultados em longo prazo, caminho que deveria percorrer, e há uma prática de avaliação ainda rara na administração pública brasileira: a avaliação do sistema de gestão (FILARDI et al., 2016).

Nesse sentido, a adoção de modelos de gestão de qualidade como o MEGP deve ser fomentada, em especial para a gestão em saúde, pois fornece uma visão de futuro para a organização. Por ser um modelo abrangente pode ser adotado em diferentes níveis de gestão desde secretarias de saúde à hospitais e clínicas. Em saúde a qualidade não é apenas um diferencial das instituições e sim uma obrigação, devendo ser buscada de maneira contínua através do aprofundamento do controle de qualidade e da capacidade de detecção de erros, tendo como princípio norteador o cidadão (SILVA et al., 2016).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Delineamento transversal analítico.

4.2 Local do estudo

O estado do Piauí dispõe de 223 municípios distribuídos em 11 territórios, os quais constituem as unidades de planejamento da ação governamental para a promoção do desenvolvimento sustentável, a redução das desigualdades e a melhoria da qualidade de vida da população, através da democratização dos programas, das ações e da regionalização do orçamento. São eles: Planície Litorânea, Cocais, Carnaubais, Entre-Rios, Vale do Sambito, Vale do Rio Guaribas, Vale do Canindé, Serra da Capivara, Vale dos Rios Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba e Chapada das Mangabeiras. Posteriormente, foi acrescentado o território Chapada do Vale do Rio Itaim, em junho de 2016, entretanto, este último ainda não consta nas bases de dados oficiais (PIAUÍ, 2007; PIAUÍ, 2018).

O estudo foi realizado nos territórios Entre Rios e Cocais, destacados na figura 1. Para a seleção destes territórios foi considerado: o território que contempla a capital do estado e o território vizinho que possibilitou acesso através do apoiador do Conselho de Secretários Municipais de Saúde, com o objetivo de proporcionar maior variabilidade das informações obtidas.

Figura 1 - Divisão dos territórios de saúde no Estado do Piauí



Fonte: adaptado de IBGE (2010)

O território Entre Rios encontra-se situado na macrorregião meio-norte, com aproximadamente 19.952 km² com uma população residente de cerca de 1.167.710 habitantes. Possui densidade demográfica de 58,52 habitantes/km², constituindo, com isso, a maior densidade do estado (IBGE, 2010). Nesse território, encontra-se a capital Teresina e sua diversificada dinâmica econômica, social e cultural. Compõem o território 31 municípios.

O território dos Cocais encontra-se também na macrorregião meio-norte, composto por 22 municípios com grande potencial econômico em recursos naturais, com área de aproximadamente 17.513,17 km² e com população residente de cerca de 347.600 habitantes (IBGE, 2010). Nesse território encontra-se Piripiri, a quarta maior cidade do estado, que está incluída na rede de saúde do território como referência.

4.3 População e amostra

A população de estudo compreendeu os gestores municipais, secretário municipal de saúde ou assessor técnico responsável dos 53 municípios que compõem os dois territórios selecionados. O assessor foi escolhido como participante pois, atua ativamente de todos os processos gerenciais dando auxílio ao secretário, tem ainda como função substituir o secretário quando este se ausenta do município para tratar de assuntos da secretaria e representa-o em alguns eventos formais, conhecendo a fundo a realidade da gestão local. Na amostra, foram incluídos os gestores municipais com, no mínimo, seis meses de atuação regular no cargo e foram excluídos os que se encontravam de licença ou interinos. Utilizou-se uma amostragem não probabilística e, ao final, a amostra ficou composta por 28 gestores municipais de saúde. O percentual de recusas para participação do estudo foi de 43,4%.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis do estudo compreendem o escore global do Instrumento de Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos como variável dependente principal, e suas oito dimensões como variáveis dependentes secundárias (Quadro 1). As variáveis independentes foram aquelas relacionadas às características dos municípios e dos gestores participantes (Quadro 2).

Quadro 1 - Variáveis dependentes do estudo

Variável	Classificação	Categoria de Mensuração
Nível global de maturidade da Gestão	Contínua	Entre 0 e 100
Classificação geral de maturidade da gestão	Ordinal	Bronze (0 a 25): estágio inicial Prata (26 a 50): estágio intermediário Ouro (51 a 75): estágio avançado Diamante (76 a 100): estágio avançado a excelente
Dimensão 1 - Governança	Contínua	Entre 0 e 10
Dimensão 2 - Estratégia e Planos	Contínua	Entre 0 e 10
Dimensão 3 - Cidadão-usuário	Contínua	Entre 0 e 20
Dimensão 4 - Interesse Público e Cidadania	Contínua	Entre 0 e 08
Dimensão 5 - Informação e Conhecimento	Contínua	Entre 0 e 10
Dimensão 6 - Pessoas	Contínua	Entre 0 e 12
Dimensão 7 - Processos	Contínua	Entre 0 e 10
Dimensão 8 - Resultados	Contínua	Entre 0 e 25

Quadro 2 - Variáveis independentes do estudo relacionadas aos municípios e gestores

Variável	Classificação	Descrição
Características dos municípios		
Território	Nominal	Entre Rios Cocais
Número de habitantes	Discreta	n>0
Nível de Atenção à Saúde	Ordinal	Atenção Básica Média Complexidade Alta Complexidade
Esfera administrativa dos Serviços de Saúde	Ordinal	Municipal Estadual Federal Mista
Serviços ofertados ao Sistema Único de Saúde pela rede privada	Nominal	Sim/Não
Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Nominal	Sim/Não
Plano Municipal de Saúde (PMS) atualizado	Nominal	Sim/Não
Programação Anual de Saúde (PAS) atualizada	Nominal	Sim/Não
Relatório Anual de Gestão (RAG) atualizado	Nominal	Sim/Não
Ano do último relatório de gestão apresentado	Discreta	Ano
Número de profissionais vinculados à Secretaria de Saúde	Discreta	n>0
Características dos gestores		
Tipo de cargo do representante	Nominal	Secretário/assessor
Sexo	Nominal	Feminino Masculino
Idade	Contínua	Anos
Escolaridade	Ordinal	Fundamental completo Fundamental incompleto Médio completo

		Médio incompleto Superior incompleto Superior completo Pós-graduação
Formação Profissional	Nominal	Curso de formação
Formação em gestão	Nominal	Sim/Não
Formação em gestão em saúde	Nominal	Sim/Não
Tempo no cargo atual (em anos)	Contínua	n>0,5
Experiência anterior em cargos de gestão	Nominal	Sim/Não
Experiência em cargo de gestão na área da saúde	Nominal	Sim/Não

4.5 Instrumento para a coleta de dados

Foi utilizado um formulário constituído de duas partes. A primeira contém características relacionadas ao município (território onde está localizado, número de habitantes, nível de atenção à saúde, esfera administrativa dos serviços de saúde, serviços ofertados ao Sistema Único de Saúde pela rede privada, conselho municipal de saúde, ferramentas de gestão, ano do último relatório de gestão apresentado e número de profissionais vinculados à secretaria de saúde). A segunda parte apresenta características do gestor municipal (tipo de cargo do representante, sexo, idade, escolaridade, formação profissional, formação em gestão, formação em gestão em saúde, tempo no cargo atual, experiência anterior em cargos de gestão e experiência em cargo de gestão na área da saúde) (APÊNDICE A).

Para a avaliação da maturidade da gestão, foi utilizado o Instrumento de Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos, desenvolvido pelo Ministério de Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (BRASIL, 2017). O instrumento contém 42 alíneas distribuídas em oito dimensões, que são compostas por requisitos para maturidade da gestão. Os requisitos são utilizados na tabela de pontuação para definir o estágio de maturidade atingido pela organização. O escore global do instrumento é obtido a partir do somatório dos escores das oito dimensões, podendo variar de 0 (zero) a 100 (cem) pontos (ANEXO A).

As dimensões são: Governança (5 itens; escore máximo 10 pontos) Estratégia e Planos (5 itens; escore máximo 10 pontos), Cidadão e Usuário (7 itens; escore máximo 21 pontos), Interesse Público e Cidadania (4 itens; escore máximo 8 pontos), informação e conhecimento (5 itens; escore máximo 10 pontos), Pessoas (6 itens; escore máximo 12 pontos) Processos (5 itens; escore máximo 10 pontos) e Resultados (5 itens; escore máximo 25 pontos). Cada item é respondido por meio de uma escala ordinal, cujos níveis variam de “não adota” (zero

pontos) a “adota com uso continuado” (de 2 a 5 pontos, a depender da dimensão), apresentando escores diferentes para os itens conforme a dimensão.

A interpretação da gestão da organização é realizada com base em dois domínios: processos gerenciais e resultados. As dimensões de 1 a 7 correspondem ao domínio processos gerenciais e, portanto, solicitam tanto as práticas de gestão empregadas pela organização para atender aos requisitos das Alíneas dos Critérios para Avaliação da Gestão Pública, quanto à extensão e à constância da aplicação dessas práticas pelas principais áreas, processos, serviços/produtos e/ou pelas partes interessadas pertinentes (BRASIL, 2017).

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a outubro de 2019. A pesquisadora utilizou o espaço das reuniões periódicas da (CIR) para aproximação com os gestores – secretário municipal de saúde ou assessor técnico responsável indicado pelo secretário. Para melhor compreensão e adesão ao estudo por parte dos participantes a pesquisadora realizou uma exposição dialogada sobre os objetivos da pesquisa, a importância e as contribuições que a pesquisa pode trazer para os territórios de saúde e como responder ao Instrumento de Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos.

Os gestores foram consultados sobre aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) ficando uma via com o gestor que seguiram, individualmente para uma sala reservada onde a pesquisadora realizou entrevista com uso do formulário para otimizar a coleta de dados.

Para aqueles gestores que não compareceram às reuniões a pesquisadora entrou em contato usando os meios de comunicação do COSEMS-PI e explanou sobre o objetivo do estudo e sua importância, consultando-os sobre a aceitação em participar da pesquisa, acordando um momento para encontro e assim assinatura do TCLE e aplicação dos instrumentos da pesquisa. Foi construído um cronograma para encontro com esses gestores ou nos espaços de discussão promovido pelo COSEMS-PI ou na sede da Secretaria Municipal de Saúde do Município, conforme disponibilidade de cada um dos gestores. Vale ressaltar que todos os gestores dos dois territórios foram contatados, porém 22 não aceitaram participar e 3 não se encaixavam nos critérios de inclusão.

Para garantir maior autenticidade aos dados coletados, a pesquisadora acessou os instrumentos de planejamento de cada município pesquisado e dados disponíveis em sites oficiais para confrontar a resposta dos itens dos instrumentos.

4.7 Análise de dados

Os dados do estudo foram inseridos em bancos de dados, com dupla entrada em planilha do *Microsoft Excel*®. Foram processados no *software IBM*® *SPSS*®, versão 23.0, e calculadas estatísticas descritivas, como média, desvio padrão, mínimo e máximo, e frequências. Para a análise inferencial, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade dos dados. Em seguida, foram realizados o teste t de Student independente e teste de Mann-Whitney (para variáveis independentes qualitativas dicotômicas) e o teste de correlação de Pearson (para as variáveis independentes quantitativas). Todas as análises foram realizadas com intervalo de confiança de 95% e significância de 5%.

4.8 Aspectos éticos

Em todas as etapas do estudo foram respeitados os princípios éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que reporta sobre os aspectos éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). O projeto foi encaminhado ao Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Piauí (COSEMS-PI) e obteve autorização institucional. Em seguida foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, via Plataforma Brasil e obteve parecer favorável com seguinte número: 2.817.519 (ANEXO B).

Os participantes tiveram conhecimento sobre a pesquisa no que diz respeito a seus objetivos, método, riscos e benefícios e, ao concordarem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias. Os participantes, também puderam retirar o consentimento a qualquer tempo sem nenhum ônus, e suas identidades serão mantidas em sigilo. Os gestores terão acesso ao resultado da pesquisa mediante relatório escrito.

Os participantes foram submetidos a riscos mínimos dentre eles a possibilidade de constrangimento e desconforto ao expor determinadas informações de sua atuação profissional. Foram encontradas dificuldades na adesão dos participantes à pesquisa, neste

caso a pesquisadora esteve atenta para dirimir todas as dúvidas que surgiram, ressaltando o caráter sigiloso e a importância do estudo.

Os benefícios compreendem obter um panorama da gestão atual ao responder o instrumento que destaca pontos fortes e fragilidades dos processos gerenciais segundo o Modelo de Excelência em Gestão Pública.

5 RESULTADOS

Os resultados desse estudo foram apresentados conforme os objetivos propostos, iniciando pela caracterização dos municípios e dos gestores, seguido da apresentação dos processos gerenciais desenvolvidos pela gestão através da análises das dimensões do MEGP, análise dos resultados das atividades desenvolvidas pela gestão expressos no nível da maturidade de gestão e a relação entre a maturidade da gestão e o perfil dos municípios e gestores.

Tabela 1 - Características dos municípios (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Característica	M	DP	n	%
Território de Saúde				
Entre Rios			10	35,7
Cocais			18	64,3
Número de habitantes por município	15.153,8	15.696,5		
Maior nível de Atenção à Saúde				
Atenção básica			17	60,7
Média Complexidade			11	39,3
Serviços prestados pela rede privada				
Sim			11	39,3
Não			17	60,7
Ferramentas de Gestão do SUS atualizadas*				
Plano Municipal de Saúde			25	89,3
Programação Anual de Saúde			27	96,4
Relatório Anual de Gestão			17	60,7
Ano do último relatório de gestão				
2016			1	3,6
2017			10	35,7
2018			17	60,7
Número de profissionais vinculados à SMS	162,1	180,3		
Total			28	100,0

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; *: considerou apenas frequências da categoria “sim”; SMS: Secretaria Municipal de Saúde

Os municípios que compuseram a amostra, possuem Conselho Municipal de Saúde instituído e localizam-se principalmente no Território dos Cocais 18 (64,3%), com número médio de habitantes 15.153,8 ($\pm 15.696,5$) com mínimo de 1.238 e máximo de 62.088. O número de funcionários vinculados a secretaria de saúde variou de 42 a 858, com média de 162,1 ($\pm 180,3$) funcionários.

Os municípios, em sua maioria, contam apenas com nível de Atenção Básica à Saúde 17 (60,7%), para os que apresentam média complexidade a gestão é do tipo mista 9 (32,1%) ou

da esfera estadual 2 (7,1%). Existe ainda a contratação de empresas privadas para prestarem serviços do tipo: ambulatorial 1 (3,6%), exames laboratoriais 8 (28,6%), exames de imagem 5 (17,9%), ortopedia 1 (3,6%), Ultrassonografia 2 (7,1%), Clínica ou Centro de Especialidades 1 (3,6%) (tabela 1).

Tabela 2 - Características dos gestores municipais de saúde (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Característica	M	DP	n	%
Participante				
Secretário			21	75,0
Assessor			7	25,0
Sexo				
Masculino			11	39,3
Feminino			17	60,7
Idade				
	41,0	9,7		
Escolaridade				
Médio completo			1	3,6
Superior incompleto			1	3,6
Superior completo			3	10,7
Pós-Graduação			23	82,1
Formação Profissional				
Enfermagem			15	53,5
Psicologia			2	7,14
Outras*			10	35,7
Especialização na área de gestão				
Sim			11	39,3
Não			17	60,7
Especialização na área de gestão em saúde				
Sim			9	32,1
Não			19	67,9
Experiências anteriores em cargos de gestão				
Sim			19	67,9
Não			9	32,1
Tempo no cargo de gestão atual (em anos)				
	3,5	2,2		
Total			28	100,0

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; *: frequências da categoria "sim" Outras* Fisioterapia, Pedagogia, Serviço Social, História, Direito, Contabilidade, Auxiliar de Enfermagem, Nutricionista, Educador Físico e Analista Internacional

A maioria dos gestores participantes foram secretários 21 (75%), sendo que os assessores 7 (25%) foram diretamente indicados pelos secretários dos respectivos municípios. Predominaram gestores do sexo feminino 17 (60,7%), com idade média de 41 ($\pm 9,7$), mínimo de 28 e máximo de 60 anos, possuindo pós-graduação 23 (82,1%). Porém, apenas 9 (32,1%) na área de gestão em saúde, prevalecendo os com experiência anterior em cargo de gestão 19 (67,9%) sendo a maioria foi cargo de gestão na área da saúde 14 (73,7%). O tempo no cargo

de gestão atual teve média de 3,5 (\pm 2,2) anos, com mínimo de um e máximo de oito anos. A formação profissional predominante foi enfermagem 15 (53,5%), seguida de psicologia 2 (7,14%), e outras profissões 10 (35,7%) (tabela 2).

Tabela 3 - Relações entre o escore global de maturidade da gestão e as características dos municípios (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Característica	Escore global		r_p	p
	M	DP		
Território de Saúde				
Entre Rios	42,19	20,80		0,422 ^t
Cocais	36,11	13,92		
Número de habitantes	15.153,8	15.696,5	0,379	0,047^r
Maior nível de Atenção à Saúde				0,024^t
Atenção básica	32,7	13,31		
Média Complexidade	46,91	17,99		
Serviços prestados pela rede privada				0,460 ^t
Sim	41,23	18,30		
Não	36,37	15,65		
Plano Municipal de Saúde atualizado				<0,001^t
Sim	39,95	16,78		
Não	24,40	2,70		
Programação Anual de Saúde atualizado				0,293 ^u
Sim	38,82	16,65		
Não	23,80	-		
Relatório Anual de Gestão atualizado				0,186 ^t
Sim	40,70	17,44		
Não	31,02	11,91		
Ano do último RAG apresentado				0,112 ^k
2016	22,05	-		
2017	31,38	10,35		
2018	43,29	18,19		
Número de profissionais vinculados à SMS	162,1	180,3	0,456	0,015^r

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; p : significância do teste; t : t de Student; u : Mann-Whitney; k : Kruskal-Wallis; r : correlação de Pearson; r_p : coeficiente de correlação

Houve correlação estatisticamente significativa e fraca ($r_p=0,379$) entre o escore global de maturidade e o número de habitantes dos municípios ($p=0,047$) e correlação moderada ($r_p=0,456$) entre o escore global e o número de profissionais vinculados às secretarias municipais de saúde ($p=0,015$).

Foram identificadas diferenças significativas entre as médias dos valores globais de maturidade da gestão quanto ao maior nível de atenção à saúde ($p=0,024$) e apresentação de Plano Municipal de Saúde atualizado ($p<0,001$), cujas diferenças foram de 14,21 e 15,55 pontos (na média global) respectivamente. Ter o plano municipal de saúde atualizado foi associado ao escore global médio de maturidade com diferença de 15,55 pontos.

Tabela 4 - Relações entre o escore global de maturidade da gestão e as características dos participantes (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Característica	Escore global		r_p	p
	M	DP		
Participante				0,626 ^t
Secretário	39,19	17,93		
Assessor	35,56	12,42		
Sexo				0,088 ^t
Masculino	44,93	18,19		
Feminino	33,98	14,39		
Idade			0,033	0,866 ^t
Escolaridade				0,747 ^k
Médio completo	24,70	-		
Superior incompleto	33,15	-		
Superior completo	29,92	7,73		
Pós-Graduação	40,18	17,58		
Especialização na área de gestão				<0,001 ^t
Sim	52,70	14,52		
Não	28,95	9,83		
Especialização na área de gestão em saúde				<0,001 ^t
Sim	56,33	10,90		
Não	29,73	10,94		
Experiências anteriores em cargos de gestão				0,002 ^t
Sim	43,40	17,47		
Não	27,47	6,88		
Experiências em cargos de gestão da saúde				0,117 ^t
Sim	43,24	18,88		
Não	33,32	12,71		
Tempo no cargo atual de gestão municipal de saúde	3,5	2,2	-0,263	0,176 ^t

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; p : significância do teste; t : t de Student; u : Mann-Whitney; k : Kruskal-Wallis; r : correlação de Pearson; r_p : coeficiente de correlação

Foram identificadas médias significativamente maiores de maturidade da gestão para os municípios cujos gestores apresentavam especialização em área de gestão ($p < 0,001$) especialmente na área da saúde ($p < 0,001$), bem como experiências anteriores em cargo de gestão ($p = 0,002$) independente de ser na área de saúde. As diferenças dos níveis de maturidade de gestão foram para especialização na área de gestão (23,75), quando na área de saúde (26,6), bem como experiência anterior em cargo de gestão (15,93 pontos) (tabela 4).

Tabela 5 - Classificação do nível de maturidade da gestão no Piauí nos territórios Entre Rios e Cocais (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Classificação de maturidade da gestão	Entre Rios		Cocais		Geral		p
	n	%	n	%	n	%	
Bonze – Inicial	4	14,3	5	17,9	9	32,1	0,400
Prata – Intermediário	2	7,1	9	31,2	11	39,3	
Ouro – Avançado	4	14,3	4	14,3	8	28,6	
Diamante – Avançado a Excelente	-	-	-	-	-	-	
Total	10	35,7	18	64,3	28	100	

Legenda: p: significância do Teste Exato de Fisher (bronze/prata vs. ouro)

O escore global de maturidade de gestão dos municípios apresentou média de 38,28 ($\pm 16,58$) pontos, variando de 18,35 a 73,90. Dentre os municípios, 9 (32,1%) foram classificados como estágio inicial da gestão (0 a 25 pontos), 11 (39,3%) estágio intermediário (26 a 50 pontos) e 8 (28,6%) estágio avançado da gestão (51 a 75 pontos), nenhum conseguiu a maior classificação que fica a cima de 75 pontos.

Tabela 6. Médias, mínimos e máximos dos escores das dimensões e resultado global da avaliação de maturidade da gestão dos municípios de saúde (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Dimensão	M	DP	Mín-Máx	%*
D1 – Governança	3,29	1,99	1-7,5	32,9
D2 – Estratégia e Planos	4,29	1,80	2-8	42,9
D3 – Cidadão-usuário	7,58	3,50	2,25-15	37,9
D4 – Interesse Público e Cidadania	3,5	1,44	1,5-6,5	43,75
D5 – Informação e Conhecimento	4,75	1,99	2-8	47,5
D6 – Pessoas	4,63	3,00	0,6-11,4	38,5
D7 – Processos	3,38	1,58	1-6,5	33,8
D8 - Resultados	6,88	3,29	2,5-13,75	27,52

Legenda: M(\pm DP): média e desvio padrão; Mín-Máx: escore mínimo e máximo; * do escore máximo possível para a dimensão.

De modo geral as dimensões que os municípios tiveram menor desempenho foram: “Resultados” 6,88 ($\pm 3,29$), que correspondeu a 27,52% do escore máximo para esta dimensão, e “Governança” 3,29 ($\pm 1,99$), correspondendo a 32,9% do valor máximo. A dimensão “Processos” também obteve baixo desempenho 3,38 ($\pm 1,58$) correspondendo a 33,8% do valor máximo.

As dimensões com melhor desempenho foram “Informação e Conhecimento” 4,75 ($\pm 1,99$), que correspondeu a 47,5% do escore máximo, e “Interesse Público e Cidadania” 3,5 ($\pm 1,44$), que compreendeu 43,75% da pontuação máxima do item. A dimensão “Pessoas” obteve desempenho intermediário 4,63 ($\pm 3,00$) 38,5% do escore máximo. A dimensão que

teve maior variação nas respostas foi Cidadão-usuário, com mínimo de 2,25 e máxima de 15 pontos, com média de 7,58 ($\pm 3,50$) (tabela 6).

Tabela 7 - Média, desvio padrão, mínimo, máximo e relação dos escores das dimensões entre os territórios de saúde estudados (n=28). Teresina, PI, Brasil, 2019

Dimensão	Entre Rios				Cocais				p
	M	DP	Mín-Máx	%*	M	DP	Mín-Máx	%*	
D1 – Governança	4,0	2,1	2,0-7,5	40,0	2,9	1,9	1,0-7,5	29,0	0,161
D2 – Estratégia e Planos	4,5	1,9	2,5-8,0	45,0	4,2	1,7	2,0-7,5	42,0	0,647
D3 – Cidadão-usuário	7,6	4,2	2,3-15,0	38,0	7,6	3,2	3,8-13,5	38,0	0,995
D4 – Interesse Público e Cidadania	3,8	1,8	1,5-6,5	47,5	3,4	1,3	1,5-5,5	42,5	0,504
D5 – Informação e Conhecimento	4,9	2,4	2,0-8,0	49,0	4,6	1,8	2,5-8,0	46,0	0,699
D6 – Pessoas	6,2	3,5	1,8-11,4	51,7	3,7	2,3	0,6-8,4	30,8	0,031
D7 – Processos	3,5	2,0	1,0-6,5	35,0	3,3	1,3	1,5-6,0	33,0	0,670
D8 - Resultados	7,6	3,9	2,5-12,5	30,4	6,4	2,9	2,5-13,8	25,6	0,379
Global	42,2	20,8	18,5-73,9	42,2	36,1	13,9	18,4-59,7	36,1	0,422

Legenda: M: média; DP: desvio padrão; Mín-Máx: mínimo e máximo; *: % do escore máximo possível para a dimensão; p: significância do Teste t de Student

Foi verificada diferença estatisticamente significativa entre as médias da dimensão “Pessoas” (p=0,031), em que o território Cocais apresentou média inferior, em 2,5 pontos, assim como menor desvio padrão, com diferença em 1,2 unidades representando maior concentração de médias baixas para o território.

6 DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em 28 municípios com número médio de 15.153,8 habitantes. Esse dado converge com a realidade nacional caracterizada por grande número de pequenos municípios, 61% destes apresentando menos de 15 mil habitantes (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Houve correlação significativa, embora fraca, entre o número de habitantes e o escore de maturidade e correlação significativa moderada entre o nível de maturidade e o número de profissionais vinculados às secretarias municipais de saúde. Municípios com maior número de habitantes possuem características e fluxos distintos ao abrigarem empresas e setor de serviços que geram empregos, renda e tributação e, assim, aumenta o orçamento municipal, o que reflete no número de profissionais que a secretaria do município pode contratar e serviços que podem oferecer. Destaca-se também o maior número e diversidade de serviços ofertados nos municípios maiores que permite maior independência e flexibilidade no planejamento das ações em saúde. Municípios pequenos porte apresentam dependência em relação a referências de média e alta complexidade.

A maioria dos municípios da amostra conta apenas com o nível de Atenção Primária a Saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) delega à esfera municipal a gestão dos serviços e ações da Atenção Básica, com financiamento tripartite. Os dados da amostra convergem com a realidade estadual que apresenta, na Atenção Básica, ampla cobertura de 99,36% da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Somente 65 municípios do Estado, ou seja, 28% apresentam cobertura da ESF menor que 100% (DATASUS, 2019).

Os municípios que possuíam média complexidade foram aqueles com pequenos hospitais de gestão municipal e apenas dois hospitais de gestão estadual. A diferença estatisticamente significativa de 14,21 pontos no escore de maturidade para os municípios que possuem média complexidade pode ser justificada pela maior independência a ofertar diversos serviços em saúde em seu território municipal retirando a necessidade de grandes deslocamentos para realizar a maioria dos procedimentos, o que reflete no planejamento e orçamento local. Os municípios pequenos apresentam maior dependência externa, o que denota uma tensão permanente na governança do sistema entre os diversos atores envolvidos. Embora, na realidade brasileira, esta tensão esteja presente também em municípios de porte médio e grande, esta se amplia no caso dos pequenos, devido à grande dependência intermunicipal. A gestão dos fluxos na rede convive constantemente com a dialética

cooperação/competição entre os entes federados e entre estes e os prestadores de serviço (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

A atual configuração de gestão da média complexidade é fruto do processo de municipalização, que descentraliza a gestão de unidades para os municípios. A responsabilidade dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde varia de acordo com o porte demográfico e desenvolvimento econômico-financeiro. A maioria dos municípios brasileiros tem baixo índice demográfico e financeiro, refletindo na concentração da atenção especializada nos grandes centros urbanos, além de vazios assistenciais nas áreas geográficas de abrangência das regiões de saúde em todo país (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2017).

A saúde é um dos setores que sofrem intensa pressão de demanda. As estruturas disponíveis no SUS e sua insuficiente capacidade de investimento têm comprometido a atenção prestada. Como forma de contornar as desigualdades e prover integralidade da assistência de saúde à população, a iniciativa privada participa da construção de alguns fluxos e redes de saúde considerando a capacidade instalada, identidade cultural, localização geográfica entre outros aspectos do município e regiões de saúde (BARBOSA; MALIK, 2015).

Na amostra ocorreu o predomínio de serviços do tipo: clínica ou centro de especialidades, exames laboratoriais e de imagem. De modo geral, as clínicas no Brasil são, em sua maioria, privadas (86,8%, em 2017) e o papel desempenhado pelo setor privado na atenção à saúde teve maior relevância desde a segunda metade do século XX. Apesar da institucionalização do SUS no final da década de 1980, para viabilizar algumas ações políticas públicas unidades privadas foram conveniadas, fortalecendo a necessidade de complementação dos serviços do SUS (BRASIL, 2018).

Essa relação complexa entre público e privado é um desafio na trajetória do SUS, fundamentada pelo histórico apoio público à expansão de serviços privados, cravada na estruturação de um sistema público de saúde criado com a possibilidade de participação privada complementar. Em algumas situações, essa configuração fragiliza a garantia e ampliação do acesso e da efetividade da atenção ao investir o orçamento da saúde na iniciativa privada, que muitas vezes depende de maneira significativa dos recursos públicos para sua manutenção e inclusive expansão. Ressalta-se que estes recursos sempre estiveram em disputa em função dos interesses de governos nas várias esferas administrativas ao longo dos anos (VIACAVA et al., 2018).

Os municípios têm a responsabilidade declarada normativamente de atuar em prol da gestão do sistema de saúde no que se refere a : planejar, organizar e avaliar serviços de saúde

locais; gerenciar as unidades públicas de saúde; executar serviços de vigilância epidemiológica e sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador; implementar a política de insumos e equipamentos em saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

Assim, executar as ações de saúde necessárias à população exige eficiência, portanto planejamento é fundamental. A portaria n.º 2.135 de setembro de 2013, com base Decreto n.º 7.508 de 2011 e na Lei n.º 141 de 2012, estabelece diretrizes para o planejamento do SUS e define como instrumentos de planejamento em saúde: o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. O PMS, que é elaborado para um período de quatro anos, norteia o orçamento municipal no tocante à saúde e explicita os compromissos do governo para com a saúde da população a partir da análise situacional, das necessidades de saúde e das peculiaridades locais. Constitui base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde, de modo a garantir a integralidade das ações. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PMS e tem por objetivo anualizar suas metas e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. O RAG permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013b; BARROS; ALMEIDA, 2017).

Dentre as ferramentas de planejamento gestão do SUS, o Plano Municipal de Saúde atualizado contribuiu para adicional de aproximadamente 15,55% no nível médio de maturidade de gestão da amostra estudada e houve ainda maiores médias no escore de maturidade para aqueles que apresentavam Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão atualizados e apresentados ao Conselho Municipal de Saúde. O planejamento permite a tomada de decisões sobre prioridades e investimentos que afetam diretamente a organização da rede de serviços públicos de saúde.

Entretanto, há ainda desafios no uso efetivo desses instrumentos obrigatórios, em que 40% dos gestores não apresentaram o RAG do último ano ao conselho e à secretaria do estado e municípios com plano e programação de saúde desatualizados. O grande número de RAG desatualizados deve-se a mudanças no sistema de elaboração dessa ferramenta pois a Portaria n.º 750 de abril de 2019 instituiu o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e alguns municípios enfrentam dificuldades em se adequar ao uso da ferramenta (BRASIL, 2019b).

Salienta-se que uma parcela dos gestores elabora os instrumentos para fins de comprovação documental, não realizando o exercício de análise situacional elaboração de

diretrizes, metas e objetivos compatíveis com a realidade local. Assim, o planejamento em saúde é colocado em segundo plano o que gera prejuízos e lacunas nas redes de atenção á saúde. É preciso que os gestores reconheçam os elementos estratégicos do planejamento para que, junto à equipe, atuem como atores sociais e trabalhem no enfrentamento de problemas e no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e expectativas da população e dos trabalhadores do SUS (FERREIRA, 2018).

O planejamento do SUS deve partir das necessidades de saúde da população, exigindo a sua participação no processo. Todos os municípios estudados possuíam Conselho Municipal de Saúde, órgão permanente do SUS em cada esfera de governo, deliberativo, fundamental para representar o controle social na saúde. Apesar da criação dos conselhos na década de 90, alguns municípios ainda têm dificuldades de garantir participação popular efetiva. A dimensão Estratégias e Planos continha o critério “considerar necessidades e opiniões dos usuários dos serviços na definição e/ou revisão do planejamento”, a maioria (35,7%) estava em adoção inicial. Na dimensão Interesse Público e Cidadania, o critério “possuir conselho de usuários e servidores que atue no controle e promoção de melhorias”, apenas 28,6% indicaram adoção integral. A fragilidade da participação do CMS na fiscalização de políticas públicas de saúde é evidenciada ao exercerem pouca influência no município e estabelecerem escassa articulação com outros agentes políticos locais. Os dados instigam sobre o quanto o cidadão ainda precisa garantir espaço nas discussões, haja vista a importância do Conselho Municipal de Saúde para o funcionamento do SUS (VENTURA; MIWA; TELINI, 2015).

Nessa perspectiva, o processo de avaliação em saúde parece ainda distante da realidade tendo em vista a desvalorização do planejamento na prática de gestão dos municípios de pequeno porte. Avaliação em saúde está associada ao desenvolvimento e ao exercício de competências e atributos de gestão, à formulação de políticas e programas, à tomada de decisões e planejamento de ações, à avaliação da situação de saúde da população; planejamento mais assertivo com relação aos recursos necessários; e o monitoramento da implementação das ações e o uso de recursos. Como desafios a serem superados restam a consolidação de uma cultura de avaliação e monitoramento que se perpetue do interior das organizações públicas de forma perene, sem que sejam descontinuadas em decorrência da troca de equipes de trabalho advindas da alternância política (REUTER et al, 2016).

Os gestores municipais de saúde têm a difícil missão de planejar e executar ações no âmbito do SUS. A amostra estudada, composta por secretários municipais e assessores técnicos caracterizou-se por maioria feminina, com idade média de 41 anos, que possuía pós-graduação, com experiência anterior em cargos de gestão, com média de 3,5 anos no cargo

atual, predominando a formação profissional de enfermeiros. Estudo realizado no estado de São Paulo, com amostra de 199 secretários, também apresentou maioria feminina, com média de 43 anos e de enfermeiros (29,7%) (POLLETO et al., 2016). Outra pesquisa realizada com 195 secretários de várias regiões do país apresentou maioria possuindo pós-graduação (63,5%), predominando o sexo masculino na amostra (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENERY, 2017). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre sexo, idade, tempo no cargo atual de gestão e o escore global de maturidade.

Não foi possível análise estatística que relacionasse a formação profissional dos gestores com o escore de maturidade da gestão pois não houve frequência necessária nas outras categorias além da enfermagem. Contudo, é importante destacar a presença majoritária da profissão na gestão municipal de saúde, tanto como secretário como assessor técnico, reforçando a importância das disciplinas que abordam gestão em saúde na formação desses profissionais.

Na perspectiva do cenário da gestão em saúde, a enfermagem se insere no âmbito do planejamento, monitoramento e avaliação em diferentes níveis do sistema. O profissional de enfermagem pode ocupar cargos técnicos ou de gestão que permitam a consolidação da tomada de decisão. O processo de avaliação das ações em saúde promove a inserção do enfermeiro na gestão do sistema, pois sua formação, centrada no cuidado, potencializa uma postura de gestão diferenciada, com possibilidade de posições decisórias e ser proponente de políticas de saúde. Apesar de o enfermeiro estar presente na gestão e do conhecimento técnico que possui sobre a temática, a inserção em níveis decisórios nos espaços de gestão ainda necessita ser construída e consolidada (ROUTER et al, 2016).

Salienta-se a expressiva participação do enfermeiro na construção dos instrumentos para o planejamento no SUS, especialmente na gestão municipal. Esses instrumentos interligam-se sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS (RIBEIRO et al, 2015).

Embora o enfermeiro esteja presente na gestão pública de saúde nos mais diversos níveis, são poucos os estudos que versam sobre a participação na gestão do sistema de saúde. Há ainda entraves no protagonismo do enfermeiro gestor, especialmente quando este atua no papel de assessor técnico municipal assume a responsabilidade da gestão contribui com sua experiência e força de trabalho porém, o (in)sucesso da gestão é atribuído a outro profissional que oficialmente ocupa o cargo de secretário. Desse modo o enfermeiro não é aclamado pelas ações desenvolvidas no âmbito da gestão municipal, o que prejudica o fortalecimento da enfermagem nessa área. O reconhecimento do enfermeiro na gestão é relevante para o

fortalecimento da profissão considerando o contexto atual das práticas em saúde, voltada para a formação crítica e reflexiva. A enfermagem deve despertar para consolidar seu espaço e na gestão do SUS (ANDRADE et al., 2016).

Possuir experiência em cargo anterior de gestão resultou em médias de maturidade significativamente maiores, com diferença de 15,93 pontos na média, independente de ter sido na área da saúde. A prática dos cargos anteriores conferiu conhecimentos que auxiliaram no domínio dos processos gerenciais. A experiência proporcionada pelo trabalho pode ser construtora de conhecimento e mudanças, por meio da discussão com a equipe sobre as dificuldades e vivências, estabelece redes de informações e gera aprendizado durante o processo de trabalho (PINAFO et al., 2016).

Embora a maioria possua pós-graduação, apenas 32,1% foram na área de gestão em saúde, o que influenciou significativamente no escore de maturidade, com diferenças para especialização na área de gestão de 23,75 pontos na média e para especialização de gestão em saúde de 26,6 pontos. Esses dados reforçam o caráter peculiar da gestão em saúde e que os gestores devem ser capacitados para atuarem na área, que sofre as dificuldades de encontrar-se associada à burocracia pública, em um contexto de predomínio de políticas contraditórias, com o desafio de garantir cuidado universal, integral e equânime sem um orçamento equivalente às ações necessárias (CUNHA; HORTALE, 2017).

A descentralização da gestão do sistema torna os municípios como centro das políticas de saúde, o que envolve mudanças nas relações intergovernamentais e alterações nas atribuições do gestor. Por outro lado, houve expansão do número de municípios no país, em 24%, no período de 1990 a 2016. A emancipação desses entes federativos desconsiderou a capacidade real de gerar renda, emprego, prover serviços de saúde e educação, assim, grande parte depende da União para sua manutenção. Ao considerar a heterogeneidade da configuração dos municípios brasileiros, com diferentes capacidades de ordem política, institucional e econômica, o desafio da gestão em saúde é ainda maior. Portanto, para o pleno desenvolvimento do SUS é preciso considerar o aprimoramento dos gestores de saúde e fortalecer o planejamento (CUNHA; HORTALE, 2017; MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017).

É importante compreender que o SUS universal, equitativo e integral nasceu, desenvolve-se e operacionaliza-se em um contexto de desigualdades e exclusão social. As controvérsias das políticas públicas dificultam a concretização dos ideais dispostos na criação do sistema (ARRUDA, 2017). A avaliação da maturidade da gestão de saúde dos municípios

proporcionou o reflexo da situação econômica e política nacional e das diferenças na gestão do SUS para cada município.

A gestão de saúde nos municípios estudados em sua maioria encontra-se em nível de maturidade inicial a intermediário, embora os critérios avaliados contenham requisitos previamente propostos pelas diretrizes e princípios do SUS. Como consequência da conjuntura exposta acima, a dimensão com menor desempenho foi a de Resultados, que contém critérios sobre a avaliação de indicadores de qualidade, custos e planejamento dos serviços. Essa dimensão representa a verificação periódica das ações do serviço. Diante de tantas dificuldades, é possível que o gestor, por vezes, negligencie a definição de estratégias de monitoramento interno, o que resulta no descumprimento das ações previstas.

A dimensão Governança teve baixo desempenho entre os municípios, correspondendo a 32,9% da pontuação máxima. O Decreto 9.203/2017 define governança pública como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução das políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (BRASIL, 2017).

Os critérios avaliados por essa dimensão versavam sobre a definição de prioridades e resultados esperados, monitoramento e avaliação de padrões de qualidade dos serviços, simplificar procedimentos e exigências para os usuários dos serviços e implantação e divulgação da Carta de Serviços ao Cidadão. As dimensões Governança, Estratégias e Planos, Cidadão-usuário e Interesse Público e Cidadania estão inseridas no bloco de planejamento. Assim, a baixa pontuação desse item reflete as dificuldades do planejamento em saúde, o qual requer melhorias, especialmente no quesito avaliação da qualidade dos serviços ofertados, bem como demonstra a necessidade de capacitação dos gestores para que tenham maior compreensão dos mecanismos de planejamento e liderança (BARROS; ALMEIDA, 2017; SANTOS, 2016).

A dimensão Interesse Público e Cidadania teve o segundo melhor desempenho, especialmente por conta da alínea “existência do conselho de usuários” e alínea “promover conscientização dos servidores quanto ao impacto de sua atuação na prestação dos serviços na vida do usuário”, que obtiveram maior frequência de “adoção parcial”, conferindo uma boa pontuação pra dimensão. Não indica necessariamente que os interesses do cidadão são assegurados, uma vez que a existência do conselho de usuários não garante a efetividade de sua atuação.

O serviço de saúde, especialmente a atenção primária, tem grande influência na vida dos usuários, é o local onde o cidadão recebe informações de como se prevenir de doenças e

como promover melhora em sua saúde, desenvolve hábitos de vida segundo as orientações que recebe no serviço de saúde, destacando a importância da conscientização dos servidores sobre esse aspecto para que assumam postura adequada durante sua atuação diante de tamanha responsabilidade (RAFAEL; LOPES, 2017).

Entretanto, há ainda alguns desafios a serem solucionados dentro dos itens da dimensão, como da alínea “atividade da ouvidoria ou unidade com competência similar é formalmente instituída e abrange os serviços prestados pela organização”. A maioria dos municípios (71,4%) não possui ouvidoria instituída e apenas 7,1% consideraram sua adoção integral. Outros possuíam, porém, o órgão não abrangia todos os serviços prestados pela organização (7,1) e outros estavam em fase de planejamento de adoção (14,3%), de modo que o serviço não estava formalmente inserido no planejamento de ações. Como os municípios estudados são de pequeno porte, por vezes, a população consegue contato direto com o secretário por conhecê-lo pessoalmente, não havendo formalização das reclamações ou sugestões dos usuários.

Desde a constituição de 1988, o Estado tornou-se responsável por instituir mecanismos de participação social, destacando-se a ouvidoria. A participação social ganhou relevância à medida que a população começou a exigir mais formas de comunicação direta e, principalmente, que reflitam a consideração de suas necessidades. Diante da importância da transparência na gestão pública, no sentido de justificar como são tomadas as decisões públicas, a ouvidoria busca estabelecer comunicação eficiente entre o cidadão e a instituição, por meio de espaço de diálogo com escuta qualificada, bem como priorização de questões estratégicas, muitas vezes advindas de situações conflitivas e que abarcam interações intra e interinstitucionais, a fim de promover a melhoria dos serviços ofertados à sociedade (BRASIL, 2014b; SILVA; PEDROSO; ZUCCHI, 2014).

Nesse contexto, compreende importante mecanismo por ser um canal de comunicação direta entre o cidadão e a administração que, juntamente com os conselhos e as conferências, tem o dever de promover a interação equilibrada entre legalidade e legitimidade e gerar melhorias contínuas nos serviços públicos a partir das manifestações do usuário. Para que isso seja possível, é preciso amadurecimento da consciência cidadã e, ainda, da vinculação do gestor aos ideais de Estado democrático e de transparência na gestão pública (BRASIL, 2012c; SILVA et al., 2016).

A dimensão Informação e Conhecimento foi a que teve melhor resultado entre os municípios estudados, apresentando o critério “as informações pessoais dos usuários são tratadas com o sigilo adequado” com maior frequência de adoção seguido por “as orientações

(guias, manuais, normas etc.) são produzidas e disseminadas entre a equipe de atendimento dos serviços”. Manuais e normas são instrumentos de gestão que possibilitam orientar a realização de atividades dentro da organização e, ao reunir informações sintetizadas, atuam como facilitadores do funcionamento da organização. Disseminar o uso desses instrumentos pode potencializar a coordenação dos processos de atendimento, a eficiência, além de subsidiar o crescimento da instituição (HELMANN et al., 2016).

O sigilo e a privacidade referem-se à maneira pela qual os profissionais devem tratar as informações colhidas no atendimento. Compreendem um direito fundamental do usuário, contudo, a frequência de “adoção parcial” (53,6%) evidencia a presença de dificuldades de garantir esse direito no ambiente onde há grande proximidade e intimidade entre usuário e servidor, em que, devido à influência cultural, algumas informações acabam tornando-se públicas. Os servidores possuem acesso a importantes informações sobre os usuários e, por isso, faz-se necessário também investir em formação ético-política e técnico-tecnológica para evitar manipulação indevida de dados pessoais (JUNGES et al., 2015; KEINERT; CORTIZO, 2018).

A comparação dos escores de cada dimensão entre os territórios evidenciou diferença significativa ($p=0,031$) para a “D6 - Pessoas” e território Cocais apresentou média inferior em relação ao Entre Rios, considerou-se como critérios o dimensionamento de pessoal, gerenciamento do desempenho individual com estímulo para engajamento e melhoria dos serviços, implantação de ações de qualidade de vida, ações de saúde ocupacional e segurança no trabalho das equipes. Os serviços de saúde necessitam de atenção especial sobre segurança no trabalho e qualidade de vida ocupacional que possibilita redução de gastos, motiva os funcionários e evita erros, entretanto, no cenário atual existe ainda muitas melhorias a serem realizadas (BELFORT et al., 2019).

A análise das dimensões do MEGP apontou os aspectos gerenciais bem-sucedidos e as fragilidades que necessitam ser sanadas. É preciso destacar o cenário político e econômico atual marcado por incertezas e importantes mudanças orçamentárias na saúde que, diante da Emenda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016), que marcou o desafio de sustentabilidade do sistema com os gastos crescentes e a proposta de mudanças no orçamento da Atenção Primária à Saúde.

A proposta visa estimular melhoria nos resultados e consiste no modelo misto de financiamento baseado na captação ponderada (considerando vulnerabilidades econômicas), pagamento por desempenho de indicadores com metas graduais e incentivos para ações específicas. O repasse torna-se proporcional à população cadastrada e aos serviços ofertados

pela instituição. Portanto, os gestores precisarão organizar-se e focar em produzir com qualidade atendendo o maior número de pessoas possíveis. O modelo de gestão e suas bases teóricas podem auxiliar os gestores a obter melhores resultados e financiamento, tendo em vista que há evidências que a adoção de modelos de gestão gera impactos positivos nos resultados de instituições diversas (GOMES, 2017; FILARDI et al., 2016; MATTES; CAMARGO; BRAGA, 2017).

Foi possível identificar boas práticas de gestão nos municípios estudados o esforço dos gestores em concretizar acesso a saúde para todos incentiva a acreditar em um sistema público de saúde de qualidade. Apesar de todas as dificuldades o Sistema Único de Saúde pode ser considerado a experiência brasileira mais bem-sucedida de implantação de uma política pública inspirada na democracia e voltada para valorizar e implicar o usuário do sistema de saúde na organização da proteção social e pública universal, integral e intersetorial (ARRUDA, 2017).

As limitações do estudo foram o tamanho da amostra, tendo em vista que um número reduzido de participantes restringe a segurança em generalizar os resultados. Os fatores limitantes podem influenciar a quantificação dos dados diante da possibilidade de obter respostas diferentes no decorrer do tempo.

Apesar das limitações amostrais, reforça-se que o estudo traz importante enfoque sobre a gestão municipal em saúde que está sob égide das mesmas normativas do sistema de saúde nacional, sendo responsável pelo gerenciamento da Atenção Primária à Saúde, cerne das atuais discussões em saúde.

7 CONCLUSÃO

O estado atual da maturidade de gestão dos serviços públicos de saúde nos territórios estudados encontra-se, de modo geral, no estágio inicial a intermediário variando de acordo com as características do município e com o perfil do gestor não ocorrendo diferença estatísticas entre os escores nos territórios estudados.

Os municípios em sua maioria são de pequeno porte e apresentam apenas Atenção Primária à Saúde. Os gestores em sua maioria são enfermeiros, com pós-graduação e experiência anterior em cargo de gestão. Os municípios com ferramentas de gestão do SUS atualizadas apresentaram maiores médias no escore global, bem como os que possuíam gestores com especialização e experiência na área de gestão em saúde.

Os processos gerenciais com maiores fragilidades estão no âmbito do planejamento refletindo o baixo desempenho na dimensão “Resultados” e “Governança”, o que evidencia a necessidade de fortalecimento do planejamento em saúde e de capacitação dos gestores municipais do SUS.

8 RECOMENDAÇÕES

O planejamento permite a tomada de decisões sobre prioridades, investimentos, definição e acompanhamento de metas, superar contingências e obter melhores resultados. Diante do desafio gerencial do SUS, sugere-se o fortalecimento do planejamento em saúde, considerando capacitação dos gestores para que reconheçam os elementos estratégicos do planejamento e junto com a equipe trabalhem no enfrentamento de problemas e no desenvolvimento de ações que atendam às necessidades e expectativas da população e dos trabalhadores do SUS. Destaca-se a necessidade do despertar da enfermagem para a busca de reconhecimento do papel que desempenha dentro da gestão pública de saúde, com o objetivo de consolidar e ampliar o seu espaço nos diversos níveis de gerência do sistema de saúde.

Também, recomenda-se o incentivo ao uso de ferramentas de gestão com o apoio das bases teóricas e orientações do Modelo de Excelência em Gestão Pública, realizar ciclos avaliativos com análise dos resultados para a consolidação de uma cultura de avaliação e monitoramento que se perpetue do interior das organizações públicas de forma perene. Encorpar na prática da gestão a busca da qualidade dos serviços orientada para o cidadão. Ademais, consolidar a participação social mediante ampliação dos espaços de discussão e da atuação efetiva do conselho de usuários na definição e revisão de estratégias e no controle e promoção de melhorias são medidas que podem favorecer o nível de maturidade da gestão dos serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. E.; BONACELLI, M. B. A introdução da concepção de excelência gerencial nos institutos e centros de pesquisa brasileiros. **REAd.**, v. 17, n. 3, pp. 592-616, 2011.
- ALENCAR, C. O.; FONSECA, A. C. Excelência na Gestão Pública: a contribuição do Controle Interno da Marinha do Brasil. **REGGE.** v. 23, n. 1, pp. 172-84, 2016.
- ANDRADE, I. C; VIEIRA, D. G. Utilização do modelo de excelência da gestão para melhoria organizacional. **Ciência Atual.**, v. 8, n. 2, pp. 2-14, 2016.
- ANDRADE L.D.F, et al. Avaliação das disciplinas que desenvolvem o tema gestão em serviços de saúde e enfermagem. **Ciênc Cuid Saúde.**, v.15, n. 2, pp. 275-81, 2016.
- ARAKAWA, A. M. et al. Gestão em saúde: o aprendizado e a formação acadêmica de estudantes de graduação. **Rev. CEFAC.**, v. 15, n. 4, pp. 947-56, 2013.
- ARRUDA, A. Percepções de gestores municipais de Saúde sobre o provimento e a atuação dos médicos do Programa Mais Médicos. **Int. Com. Saúde. Educ.**, v. 21, supl. 1, pp. 1269-80, 2017.
- BARBOSA, A.P; MALIK, A.M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. **Rev. Adm. Pública.**, v. 49, n. 5, pp. 1143-1165, 2015.
- BARROS, F.; ALMEIDA, L. O planejamento em saúde no Brasil. **An. Inst. Hig. Med. Trop.**, v. 16, supl. 1, pp. 43-50, 2017.
- BARSAGLINI, R.; KEHRIG, R.; ARRUDA, M. Análise da percepção de gestores sobre a gestão da política de saúde penitenciária em Mato Grosso, Brasil. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 4, pp. 1119-36, 2015.
- BASSAN, H.; MARTINS, R. Geração de riqueza em empresas vencedoras do PNQ: uma análise usando EVA. **Production.**, v. 26, n. 1, pp. 203-17, 2016.
- BELFORT, L. R. M. Gestão dos acidentes e incidentes de trabalho em serviços de saúde. **Res., Soc. Dev.**, v. 8, n. 9, pp. 100-112, 2019.
- BENTO, M. et al. Sistema integrado de gestão: compatibilização do modelo de excelência em gestão (M.E.G.) com o modelo de excelência em inovação (M.E.I.). **Revista Gesto.**, v. 2, n. 2, pp. 1-12, 2014.
- BERSSANETI, F. T. et al. Existe uma relação entre os programas de acreditação e os modelos de excelência organizacional? **Rev. Esc. Enferm. USP.**, n. 50, v. 4, pp. 650-7, 2016.
- BEZERRA, C. G.; CARVALHO, R. M.; LYRA, M. R. Modelo de excelência em gestão pública: o caso da Estação Ecológica de Caetés. **Amb. Soc.**, v. 21, n. 1, pp. 1-10, 2019.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **Mund. Saúde**, v. 35, n. 5, pp. 319-31, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 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, DF, 19 set, 1990a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 28 dez, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 12 ago, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, 13 jan, 2012b.

_____. Controladoria-Geral da União. Ouvidoria-Geral da União. **Orientações para implantação da lei de acesso à informação nas Ouvidorias Públicas: rumo ao sistema participativo**. 5. ed. Brasília, DF: Controladoria-Geral da União, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Lei complementar nº 143, de 17 de julho de 2013. Altera a Lei Complementar no 62, de 28 de dezembro de 1989, a Lei no 5.172, de 25 de outubro de 1966 (Código Tributário Nacional), e a Lei no 8.443, de 16 de julho de 1992 (Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União), para dispor sobre os critérios de rateio do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE); e revoga dispositivos da Lei no 5.172, de 25 de outubro de 1966. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 17 jul, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 25 set, 2013b.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Programa GESPÚBLICA. **Modelo de Excelência em Gestão Pública**. 1. ed. Brasília: MP, SEGEP, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 15 dez, 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Programa GESPÚBLICA. **Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos - Modelo do IDMS 100 pontos**. 1. ed. Brasília: MP, SEGEP, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, Brasília, Brasil. 2018. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br> Acesso em: 10 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 nov, 2019a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Sistema DigiSUS Gestor/Módulo de Planejamento - DGMP, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr, 2019b

CALDANA, G. et al. Instrumentos para avaliação de resultados de programas de melhoria da qualidade: revisão integrativa. **Rev. baiana enferm.**, v. 32, n. 1, pp. 22-9, 2018.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ (COSEMS). COSEMS/PI. **Rev. COSEMS.**, n. 3, pp. 1-40, 2018.

CROSBY, P. Quality is free. 1st Ed. New York: McGraw-Hill, 1979.

CUNHA, M.; HORTALE, V. Características dos cursos voltados para a formação em gestão em saúde no Brasil. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, pp. 425-40, 2017.

CUNHA, E.; SOUZA, M. A gestão em saúde no contexto da regionalização: caracterização e mapeamento da produção científica. **Rev. Elet. Gestão Saúde**, v. 6, n. 1, pp. 514-32, 2015.

DAHLGAARD, J. J. et al. Business excellence models: Limitations, reflections and further development. **TQM Bus. Excell.**, v. 24, n. 5-6, pp. 519-38, 2013.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Informações de Saúde (TABNET):** Assitência à saúde, 2019. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202&id=11639>> Acesso em: 10 jun. 2019

DEMING, E. **Qualidade: a revolução na administração**. 1. ed. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

- DOUGLAS, M. U. Finding the niche towards performance excellence. **Journal of Facilities Management.**, v. 14, n. 4, pp. 330-49, 2016.
- EVANGELISTA, M. et al. **Modelo De Excelência em Gestão:** um estudo de caso em uma empresa de fast food. XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão, n. 12. In: Anais do XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão, Rio de Janeiro, 2015.
- FATIMA, A.; NASTASI, E.; LIMA, F. Uma ferramenta para avaliação do nível de maturidade da gestão do conhecimento organizacional. **Rev. Elet. Gestão & Saúde.**, v. 6, supl. 2, pp. 873-90, 2015.
- FERREIRA, A. R. Modelo de excelência em gestão pública. **Revista Eixo**, v. 1, n. 1, pp. 31-43, 2012.
- FERREIRA, J. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde Soc. São Paulo.**, v. 27, n. 1. pp.69-79. 2018.
- FILARDI, F. et al. (Im)Possibilidades da aplicação do Modelo de Excelência em Gestão Pública (MEGP). **Rev. Adm. Pública.** n. 50, v. 1, pp. 81-106, 2016.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE (FNQ). **Modelo de Excelência da Gestão® (MEG):** guia de referência de excelência da gestão. 1. ed. São Paulo: FNQ, 2016.
- GOMES, N. **A relação do modelo de excelência em gestão pública (MEGP) e a gestão orçamentária dos municípios brasileiros**, 2017. 55 f. Monografia (Graduação em Ciências Contábeis) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.
- GROSSMAN, R. L. A framework for evaluating the analytic maturity of an organization. **Int. J. Inf. Manag.**, v. 38, pp. 45-51, 2018.
- HELMANN, C. et al. Gestão da inovação e gestão do conhecimento: Retenção de conhecimento técnico no processo de inovação. **Espacios.**, v. 37, n. 3, pp. 10-8, 2016.
- HORVAT, A.; FILIPOVIC, J. Service quality and maturity of health care organizations through the lens of Complexity Leadership Theory. **J. Eval. Clin. Pract.**, v. 12, pp. 1-7, 2017.
- JUNGES, J. et al. Sigilo e privacidade das informações sobre usuário nas equipes de atenção básica à saúde: revisão. **Rev. Bioética**, v. 23, n. 1, pp. 200-6, 2015.
- JURAN, J. **Architect of quality:** the autobiography of dr. Joseph M. Juran. 1st Ed. New York: McGraw-Hill, 2004.
- KALICHMAN, A. O, AYRES, J. R. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública.**, v. 32, n. 8, pp. 10-21, 2016.
- KEINERT, T.; CORTIZO, C. Issues in healthcare data privacy. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 7, pp. 1-4, 2018.

LIMA, D. F.; LIMA, L. A. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. **Saúde Debate.**, v. 41, n. 115, pp. 1168-76, 2017.

LISMONT, J. et al. Defining analytics maturity indicators: A survey approach. **Int. J. Inf. Manag.**, v. 37, pp. 114-24, 2017.

LOREZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 2, p. 417-25. 2014.

MARTINS, C.; WACLAWOVSKY, A. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. **Rev. Gestão Sist. Saúde – RGSS.**, v. 4, n. 1, pp. 100-9, 2015.

MATTES, L.; CAMARGO, P.; BRAGA, L. Excelência Em Gestão Pública: estudo aplicado no setor de atendimento da empresa municipal de desenvolvimento urbano de porto velho – EMDUR. **Rev. ENIAC Pesq.**, v. 6, n. 1, pp. 22-43, 2017.

MEDEIROS, C. R. G; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate.**, v. 39, n. espec., pp. 160-170, 2015.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate.**, v. 39, n. 106, pp. 881-92, 2015.

MIRANDA, G.; MENDES, A.; SILVA, A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Int. Com. Saúde. Educ.**, v. 21, n. 61, pp. 309-20, 2017.

MORADI, T. et al. Quality management systems implementation compared with organizational maturity in hospital. **Global J. Health Science**, v. 8, n. 3, pp. 174-82, 2016.

MORAES, G. et al. Gestão em saúde na fronteira: revisão integrativa da imbricância para a assistência hospitalar. **J. res.: fundam. care.**, v. 9, n. 3, pp. 867-74, 2017.

MOREIRA, M.; RIBEIRO, J.; OUVERNEY, A. Political Obstacles to Regionalization of the SUS: perceptions of Municipal Health Secretaries with seat in the Bipartite Interagency Commissions. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 4, pp. 1097-08, 2017.

MORORÓ, D. et al. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paul. Enferm.**, v. 30, n. 3, pp. 323-32, 2017.

MOTTA, P. R. O estado da arte da gestão pública. **RAE**, v. 53, n. 1, pp. 82-90, 2013.

MOTTA, K. et al. Excelência em gestão como agente promotor da competitividade nas MPE'S. **HOLOS**, v. 4, n. 32, pp. 1-15, 2016.

MOURA, D.; PINTO, J.; ARAGÃO, A. Perfil dos profissionais atuantes na Gestão em Saúde frente ao novo modelo de reorganização do SUS: A regionalização. **Actas saúde colet.**, v. 10, n. 1, pp. 75-93, 2016.

NASCIMENTO, A. P. et al. Pontos de transição: a escalada rumo à maturidade de Sistemas de Gestão da Qualidade. **Gest. Prod.**, v. 23, n. 2, pp. 250-66, 2016.

OBERMANN, K. et al. The shaded side of the UHC cube: a systematic review of human resources for health management and administration in social health protection schemes. **Health Econom. Rev.**, v. 8, n. 4, pp. 10-17, 2018.

PEREIRA, L. A. et al. Enfermagem e liderança: percepções de enfermeiros gestores de um hospital do sul do Brasil. **J. res.: fundam. care.**, v. 7, n. 1, pp. 1875-82, 2015.

PIAUÍ. Governo do Estado do Piauí. Lei complementar nº 87, de 22 de agosto de 2007. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas da União e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Teresina, PI, 22 ago, 2007.

_____. Secretaria do Planejamento do Estado do Piauí. **Planejamento Participativo**. Disponível em: <<http://www.seplan.pi.gov.br/pp.php>> Acesso em: 05 nov. 2018.

PINAFO, E. et al. Gestor do sus em município de pequeno porte no estado do Paraná: perfil, funções e conhecimento sobre os instrumentos de gestão. **Rev. Saúde Pub. PR.**, v. 17, n. 1, pp. 130-7, 2016.

PINHEIRO, ALS et al. Utilização dos sistemas de informação: desafios para a gestão da saúde. **Cienc Cuid Saude.**, v. 14, n. 3, pp. 1307-1314. 2015.

POLLETO, N. et al. Burnout Syndrome in municipal health managers. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 2, pp. 209-15, 2016.

RAFAEL, D.; LOPES, E. Validação de uma ferramenta estatística para mensurar a influência da responsabilidade social corporativa na lealdade e satisfação dos consumidores de operadoras de saúde da cidade de São Paulo. **RMS.**, v. 7, n. 3, pp. 47-62, 2017.

RAVIOLI, A. F.; SOARÉZ, P. C.; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, pp. 1-16, 2018.

REUTER, C.L.O. Práticas de monitoramento na gestão municipal em saúde e sua interface com a enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 37 n. esp., pp. 19-28, 2016.

RODRIGUES, W. C. Avaliação da maturidade de gestão de quatro unidades de proteção integral estaduais do Tocantins. **REGE**, v. 21, n. 3, pp. 325-41, 2014.

SANTOS, J. **Práticas de gestão administrativa: a visão dos gestores da Universidade Federal de Pernambuco à luz do modelo de excelência em gestão pública**, 2016. 133 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2016.

SILVA, R. C. C.; PEDROSO, M. C.; ZUCCHI, P. Ouvidorias públicas de saúde: estudo de caso em ouvidoria municipal de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 1, pp. 134-41, 2014.

SILVA, D. I. Desafios contemporâneos para a gestão em saúde: reflexões sobre as contribuições da enfermagem. **Rev. Elet. Gestão Saúde.**, v. 7, n. 1, pp. 441-532, 2016.

TANAKA, O.; TAMAKI, E. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência Saúde Colet.**, v. 17, n. 4, pp. 821-8, 2012.

TEIXEIRA, C. F. et al. **Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica.** Saúde Coletiva: teoria e prática. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

TOMAZEVIC, N.; TEKAVCIC, M.; PELJHANB, D. Towards excellence in public administration: organization theory-based performance management model. **Total Qual Manag**, v. 1, n.1, pp. 1-23, 2015.

VENTURA, C.; MIWA, M.; TELINI, F. A atuação de um conselho municipal de saúde na percepção dos conselheiros. **Braz. J. Forens. Sci.**, v. 5, n. 1, pp. 53-63, 2015.

VIACAVA, F. et al. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 6, pp. 1751-62, 2018.

VIAPINA, N.; CASTRO, A.; KROEFF, M. Modelo de avaliação da gestão para uma biblioteca pública. **Ci. Inf**, v. 47, n. 3, pp. 35-47, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



TÍTULO DA PESQUISA: Maturidade da gestão em serviços públicos de saúde

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Nº: _____

DATA: __/__/____

PARTE 1

A. DADOS DO MUNICÍPIO

1. Território de Saúde: _____

2. Número de Habitantes: _____

3. Maior Nível de Atenção à Saúde: []]

- (1) Atenção Básica
- (2) Média Complexidade
- (3) Alta Complexidade

5. Tipo de Gestão de cada serviço de saúde:

5.1 Atenção Básica []]

- (1) Municipal
- (2) Estadual
- (3) Mista

5.2 Média Complexidade []]

- (1) Municipal
- (2) Estadual
- (3) Mista
- (4) Não se aplica

5.3 Alta Complexidade []]

- (1) Municipal
- (2) Estadual
- (3) Federal
- (4) Mista
- (5) Não se aplica

6. Rede privada presta serviços de saúde ao SUS no município? []]

- (1) Sim
- (2) Não

6.1 Quais serviços são prestados pela rede privada?

7. O município possui Conselho Municipal de Saúde instituído? []]

- (1) Sim
- (2) Não

8. Ferramentas de Gestão do SUS atualizadas no município.

8.1 Plano Municipal de Saúde (PMS) []]

- (1) Sim
- (2) Não

8.2 Programação Anual de Saúde (PAS) []]

- (1) Sim
- (2) Não

8.3 Relatório Anual de Gestão (RAG) []]

- (1) Sim
- (2) Não

8.3.1 Qual o ano do último relatório de gestão apresentado ao Conselho Municipal de Saúde? _____

9. Número de profissionais vinculados à Secretaria Municipal de Saúde:

B. DADOS DO GESTOR (Secretário ou Assessor Técnico)

Secretário () Assessor ()

1. Sexo []

- (1) Feminino
- (2) Masculino

2. Idade: _____

3. Escolaridade []

- (1) Fundamental completo
- (2) Fundamental incompleto
- (3) Médio completo
- (4) Médio incompleto
- (5) Superior incompleto
- (6) Superior completo
- (7) Pós-Graduação

4. Formação profissional:

5. Possui algum curso ou especialização na área de gestão? []

- (1) Sim
- (2) Não

5.1 Qual? _____

6. Possui algum curso especialização na área de gestão em saúde? []

- (1) Sim
- (2) Não

6.1 Qual? _____

7. Quanto tempo está no cargo atual de gestão?

8. Possui experiências anteriores em cargos de gestão? []

- (1) Sim
- (2) Não

8.1 Essa experiência foi na área da saúde? []

- (1) Sim
- (2) Não

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Maturidade da gestão em serviços públicos de saúde

Pesquisador responsável: Prof^a.Dr^a Lidya Tolstenko Nogueira

Pesquisador colaborador (a): Dinara Raquel Araújo Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem.

Telefones para contato: (86) 3305-0615/ (86) 98129-6599

Local de coleta de dados: Território dos Cocais e Entre Rios - Piauí

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, de forma totalmente voluntária e para tal é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas a respeito da gestão.

Objetivo do Estudo: Maturidade da gestão em serviços públicos de saúde.

Riscos: Os possíveis riscos serão indiretos, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12/12/2012, capítulo II, artigo 22, podendo ser imediatos ou tardios, dentre eles a possibilidade de constrangimento e desconforto ao expor determinadas informações de sua atuação profissional. Caso ocorra tal situação, a pesquisadora irá tranquilizar o participante ressaltando o compromisso de sigilo e confidencialidade e que os dados obtidos a partir da pesquisa serão exclusivamente para os fins científicos, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou municípios. Será oferecida escuta ativa e esclarecimento de todas as dúvidas.

Benefícios: A possibilidade de obter um panorama da gestão atual e um guia para melhoria gerencial baseado no modelo de excelência de gestão preconizado pelo Ministério Público. Além disso, poderá gerar novos conhecimentos científicos acerca de tão importante temática, considerando-se a relevância e impacto da gestão em saúde para melhoria do SUS.

Sigilo: Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____

_____, Ident.Nº. _____

CPF nº: _____ estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante: _____

Teresina - PI, ____ de _____ de ____.

Declaro que obtive de forma voluntária e apropriada o consentimento livre e esclarecido deste participante para este estudo

Pesquisadora Responsável

Presenciamos a assinatura deste TCLE

Nome: _____ assinatura _____

RG: _____

Nome: _____ assinatura _____

RG: _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI.

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.

Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ.

CEP: 64.049-550 - Teresina - PI. tel.: (86) 3237-2332 - email: ep.ufpi@ufpi.edu.br web: leg.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DA MATURIDADE DA GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS



-Nas questões a seguir, marque com um “X” como você avalia a prática de gestão informada:

	Não adota	Plano aprovado	Início de adoção	Adoção parcial	Adoção integral
Dimensão 1 - Governança					
a) A secretaria avalia a coerência entre a missão da instituição e os serviços que oferece.					
b) A secretaria define as prioridades e os resultados esperados para os serviços prestados pela instituição.					
c) A secretaria monitora e avalia os padrões de qualidade (presteza no atendimento, custos, disponibilidade de horários entre outros) dos serviços prestados.					
d) A secretaria patrocina a implantação, atualização e divulgação da Carta de Serviços ao Cidadão.					
e) A secretaria promove melhorias nos processos gerenciais, com vistas a simplificar procedimentos e exigências para os usuários dos serviços.					
Dimensão 2 - Estratégia e Planos					
a) As estratégias e planos para os serviços levam em conta o valor público entregue aos usuários.					
b) Os planos são priorizados de acordo com métodos de aferição de custo/benefício para os usuários dos serviços.					
c) As necessidades e opiniões dos usuários dos serviços são consideradas na definição ou revisão das estratégias e planos para os serviços.					
d) A Ouvidoria do órgão ou unidade com competência similar é parte envolvida na definição das melhorias dos serviços públicos e do atendimento aos usuários.					
e) A programação orçamentária contempla as prioridades definidas para o atendimento dos serviços, inclusive: capacitação, canais de atendimento, comunicação, sistemas de gestão, monitoramento e avaliação dos serviços, entre outros.					
Dimensão 3 - Cidadão-usuário					
a) O perfil dos usuários é identificado e gera insumos para melhoria dos serviços.					

b) A jornada dos usuários é mapeada, inclusive com a identificação das etapas de maior insatisfação por parte dele.					
c) A Carta de Serviços ao Cidadão é divulgada e monitorada em relação ao cumprimento dos compromissos formalizados.					
d) A qualidade do atendimento é monitorada e avaliada, com base em padrões de desempenho preestabelecidos.					
e) As solicitações, reclamações ou sugestões dos usuários são tratadas e os seus resultados são informados aos interessados em tempo hábil.					
f) A organização oferece canais de atendimento compatíveis com o perfil dos usuários dos serviços.					
g) Para a prestação dos serviços, não são exigidas dos usuários informações ou comprovações que constem em bases de dados oficiais da administração pública.					
Dimensão 4 - Interesse Público e Cidadania					
a) A entidade promove a conscientização dos servidores quanto aos impactos de sua atuação na prestação dos serviços na vida do usuário (comportamentos/hábitos).					
b) A entidade dispõe de canais de transparência, inclusive pela internet, para divulgação de informações sobre o desempenho dos serviços e ações de melhoria.					
c) Existe conselho de usuários ou instância similar na organização com representantes de usuários dos serviços, que atue no controle e promoção de melhorias.					
d) A atividade da ouvidoria ou de unidade com competência similar é formalmente instituída e abrange os serviços prestados pela organização.					
Dimensão 5 - Informação e Conhecimento					
a) As orientações (guias, manuais, normas etc.) para a realização dos serviços são produzidas e disseminadas entre os usuários e equipes de atendimento dos serviços.					
b) As informações necessárias para a prestação dos serviços são identificadas, armazenadas e controladas observando o seu nível de criticidade.					
c) Os sistemas de informação atendem às necessidades dos serviços.					
d) As informações pessoais dos usuários são tratadas com o sigilo adequado.					
e) As necessidades de identificação dos usuários e informações requeridas para a prestação dos serviços estão definidas com vistas à simplificação e redução de exigências.					
Dimensão 6 - Pessoas					

a) A estrutura dos cargos e das funções é definida tendo como prioridade as atividades diretamente relacionadas à prestação dos serviços prestados pela organização.					
b) A organização prioriza conhecimentos afetos à prestação dos serviços, tais como: atendimento ao cidadão, inovação em serviços, metodologias de pesquisa de satisfação e outras.					
c) São identificadas as necessidades de capacitação considerando a satisfação dos usuários dos serviços e as necessidades de aprimoramento dos serviços prestados.					
d) A equipe envolvida no serviço é dimensionada e gerenciada de forma a atender a demanda pelos serviços.					
e) O desempenho das pessoas e das equipes é gerenciado de forma a estimular o seu engajamento na melhoria dos serviços prestados.					
f) São implementadas ações voltadas para a qualidade de vida, a saúde ocupacional e a segurança no trabalho das equipes de atendimento dos serviços.					
Dimensão 7 - Processos					
a) Os processos de atendimento dos serviços da organização são mapeados.					
b) Os processos de atendimento dos serviços são monitorados a partir de metas de desempenho.					
c) Os processos de atendimento são definidos e revisados com o envolvimento dos usuários dos serviços.					
d) Os processos de atendimento dos serviços permitem o acompanhamento por parte dos usuários dos serviços.					
e) Os custos dos usuários no recebimento dos serviços são conhecidos e avaliados.					
Dimensão 8 - Resultados					
a) Os resultados dos indicadores de desempenho para medir o atendimento dos serviços aos usuários estão definidos e são avaliados periodicamente.					
b) Os resultados dos indicadores de desempenho para medir os processos de apoio ao atendimento dos serviços ao usuários estão definidos e são avaliados periodicamente.					
c) Os resultados dos indicadores de desempenho para medir as despesas dos usuários no consumo dos serviços estão definidos e são avaliados periodicamente.					
d) Os resultados dos indicadores de desempenho para medir os custos dos serviços estão definidos e são avaliados periodicamente.					
e) Os resultados dos indicadores de desempenho para medir os investimentos na melhoria dos serviços estão definidos e são avaliados periodicamente.					

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MATURIDADE DA GESTÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Pesquisador: Lidya Tolstenko Nogueira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 95205818.1.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.817.519

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa será desenvolvido no Território do Entre Rios piauiense e no Território dos Cocais (PI), compostos por um total de 53 municípios. A população de estudo compreenderá os gestores municipais (secretário municipal de saúde ou assessor técnico responsável) de saúde dos 53 municípios. Serão incluídos gestores municipais que tenham no mínimo seis meses de atuação regular no cargo, serão excluídos os que estiverem de licença, férias ou substitutos. A pesquisa constituirá de um estudo censitário. Será utilizado um formulário constituído de duas partes, a primeira consistirá gestor. Para a avaliação da maturidade da gestão será utilizado o Instrumento de Diagnóstico da Maturidade em Serviços Públicos desenvolvido pelo Ministério de Planejamento, composto de 8 dimensões com uma escala de mensuração que varia de 0 a 100 pontos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a maturidade da gestão em serviços públicos de saúde.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os municípios e os gestores municipais de saúde quanto aspectos sociodemográficos; Analisar os processos gerenciais desenvolvidos pela gestão nos serviços públicos de saúde; Analisar os resultados das atividades desenvolvidas pela gestão nos serviços públicos de saúde; Verificar relações entre a maturidade da gestão e o perfil dos municípios e dos gestores.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.817.519

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os possíveis riscos serão indiretos dentre eles a possibilidade de constrangimento e desconforto ao expor determinadas informações de sua atuação profissional. Poderão ser encontradas dificuldades na adesão dos participantes à pesquisa, neste caso os pesquisadores estarão atentos para dirimir todas as dúvidas que, por ventura, venham surgir e a ressaltar o caráter sigiloso e a importância do estudo.

Benefícios:

Os Benefícios serão obter um panorama da gestão atual e um guia para melhoria gerencial baseado no modelo de excelência de gestão preconizado pelo Ministério Público. Além disso, poderá gerar novos conhecimentos científicos acerca de tão importante temática, considerando-se a relevância e impacto da gestão em saúde para melhoria do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1179561.pdf	06/08/2018 12:34:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	06/08/2018 12:33:23	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.617.519

Investigador	Projeto.pdf	06/08/2018 12:33:23	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	06/08/2018 12:25:04	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	CRONOGRAMA.pdf	13/07/2018 13:35:09	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Dinara.pdf	13/07/2018 13:34:48	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Curriculo_Lidya.pdf	13/07/2018 13:34:04	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Instrumento_de_Coleta_de_Dados_IDM GP.pdf	13/07/2018 13:33:21	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Formulario_de_Coleta_de_Dados.pdf	13/07/2018 13:32:15	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	13/07/2018 13:31:28	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Autorizacao_Institucional.pdf	13/07/2018 13:30:45	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/07/2018 13:30:00	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_dos_pesquisadores.pdf	13/07/2018 13:29:07	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	13/07/2018 13:28:06	Dinara Raquel Araújo Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Prof. Dr. Raimundo Nonato F. do Nascimento
Coordenador - CEP/UFPI
Ato da Reitoria 896/19

TERESINA, 13 de Agosto de 2018

Assinado por:
Maria do Socorro Ferreira dos Santos
(Coordenador)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA
Campus Universitário Min. Petrônio Portella
Bairro Ininga
CEP: 64049-550 - Teresina-PI

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br