

# **Resultados da avaliação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP)**

Fátima Beatriz Carneiro Teixeira P. Fortes\*  
Laura da Veiga\*  
Mirela Castro Santos Camargos\*  
Danielle Ramos de Miranda Pereira\*  
Luiza de Marillac de Souza\*

## **RESUMO**

O objetivo deste estudo é contribuir com o debate sobre os desafios que se colocam para a avaliação de políticas sociais, por meio da avaliação da implementação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG. Esta avaliação se baseou na análise dos documentos do programa e em entrevistas com informantes-chave. Para cada uma das etapas do programa, comparou-se as regras estabelecidas pelas resoluções com a forma como o programa vem sendo implementado. O estudo mostrou avanços e apontou lacunas que devem ser superadas para que o Pro-Hosp cumpra os objetivos para o qual foi concebido.

**Palavras-chave:** avaliação de políticas sociais, PRO-HOSP.

**Área Temática:** Políticas Públicas

---

\* Fundação João Pinheiro.

# **Resultados da avaliação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP)**

## **1- Introdução**

Este artigo apresenta os resultados da avaliação da implementação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), instituído pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) em maio de 2003.

A avaliação da implementação tem por objetivo verificar se e em que medida, na forma como está sendo implementado, o PRO-HOSP tende a produzir os resultados buscados e por quê. Este procedimento de avaliação é realizado em um determinado momento, ao longo da implementação, com o objetivo de identificar avanços e problemas, para situar possibilidades de correções de rumos e recomendações que poderiam ampliar a efetividade do programa. A avaliação realizada baseou-se na análise dos documentos do programa, e em entrevistas semi-estruturadas com oitenta e três informantes-chave nos municípios onde se localizam os dezesseis hospitais selecionados para o estudo.

O PRO-HOSP foi instituído pelo governo do estado de Minas Gerais em 2003, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, contribuir para a consolidação da oferta de serviços hospitalares nos pólos macro e microrregionais do estado. Fundamenta-se em um Termo de Compromisso e Gestão (TCG) entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), os hospitais participantes e os gestores municipais. Os hospitais se comprometiam a cumprir um conjunto de metas e compromissos gerenciais, assistenciais e de infra-estrutura, especificados no Plano de Ajustes e Metas (PAM), anexo ao Termo de Compromisso. Em contrapartida, a SES-MG repassaria um montante de recursos financeiros. A introdução da lógica contratual - repasse de recursos financeiros aos hospitais atrelado ao cumprimento de metas - foi o elemento inovador do Programa.

Além dessa introdução, este artigo está organizado em mais quatro seções. A segunda apresenta o marco de referência da avaliação. Na terceira seção, é apresentada a estratégia metodológica e na quarta, os principais resultados da avaliação. As conclusões e as referências estão na quinta e sexta seções, respectivamente.

## **2- O marco de referência da avaliação do processo de implementação do PRO-HOSP**

Espera-se que políticas ou programas governamentais resultem na agregação de valor social para seus destinatários ou para solucionar uma situação-problema. Contudo, mesmo para intervenções tecnicamente bem desenhadas, não há garantias de que a implementação siga automaticamente o planejado nem que esteja protegida de imprevistos ou de resultados não esperados. O monitoramento contínuo do processo, por um lado, e a avaliação periódica de resultados, por outro, são procedimentos centrais para saber se uma política, um programa ou um projeto, estão sendo implementados de acordo com o planejado (adequação entre o desenho e a execução), se os produtos ou serviços pretendidos estão sendo entregues ou se os recursos alocados estão produzindo os resultados esperados (efetividade).

Em tese, o ciclo de formulação e avaliação de políticas públicas, conforme abordado na literatura especializada, envolve cinco grandes etapas sucessivas, com mecanismos de retroalimentação: (1) diagnóstico (identificação de problemas/carências; quantificação e qualificação de demandas e do público-alvo; estabelecimento de relações de causalidade; identificação de atores, organizações, recursos e capacidades relevantes para o enfrentamento do problema); (2) formulação de alternativas e tomada de decisão (proposta de alternativas, estimativas de custo/ benefício e hipóteses sobre eficácia de cada uma; estudos sobre viabilidade técnica; tomada de decisão, viabilidade política e legitimação social); (3) planejamento e desenho da intervenção (detalhamento do desenho com o estabelecimento de objetivos, metas, ações, produtos e insumos; seleção de indicadores para avaliar processos, resultados e impactos; definição de competências, responsabilidades e fluxos para atores e organizações envolvidos; plano de contingência); (4) implementação (gestão, execução e acompanhamento sistemático das ações previstas; registros administrativos e coleta de dados sobre a execução; monitoramento da gestão e avaliação dos resultados intermediários); (5) avaliação da eficácia (obtenção dos resultados pretendidos) e da efetividade (identificação de mudanças e impactos junto ao público-alvo ou à situação-problema).

Na literatura pertinente sobre monitoramento e avaliação, prevalecem ainda áreas de ambigüidade conceitual ou com demarcação imprecisa de fronteiras entre tipos de avaliação, assim como entre atividades de acompanhamento, de monitoramento e de avaliação de processos de implementação. Para demarcar um pouco melhor o campo e possibilitar ao leitor situar a presente avaliação, apresentase a seguir algumas distinções e definições.

As atividades de monitoramento (às vezes tomadas como sinônimo de acompanhamento) e as de avaliação estão analiticamente conectadas, mas com fronteiras fluídas. Como argumenta Jannuzzi (2005, p.155) “monitoramento e avaliação são processos analíticos organicamente articulados, sucedendo-se no tempo, com o propósito de subsidiar o gestor público com informações acerca do ritmo e da forma de implementação dos programas (indicadores de monitoramento) e dos resultados e efeitos almejados (indicadores de avaliação)”.

De qualquer maneira, há certo consenso, explícito ou implícito, apesar das diferenças de nomenclatura, sobre o que poderia ser mais estritamente definido como monitoramento: atividades sistemáticas e regulares de acompanhamento da gestão e da execução, realizadas a partir de algum sistema parcimonioso de sinalizadores ou de indicadores, em geral referenciado às metas ou resultados intermediários, para aferir se a execução está ocorrendo segundo o planejado e, ao mesmo tempo, identificar problemas (os alertas possibilitados pelos sinalizadores) que demandariam correções de rumos. Portanto, monitoramento centra-se em procedimentos sistemáticos e observação de um conjunto de indicadores sobre o que ocorre ao longo da implementação e na produção de relatórios ou alimentação de bases de dados que informam aos responsáveis pela execução se o que foi planejado está sendo executado e ajudam a identificar gargalos ou dificuldades na execução. A presença de indicadores e a análise sistemática deles para nortear as atividades de execução seriam componentes importantes para caracterizar as atividades de monitoramento

O acompanhamento, por sua vez, se diferenciaria do monitoramento, por estar mais centrado na observação de insumos ou de ações específicas tais como: alocação de recursos físicos e financeiros, fluxos e rotinas, cronogramas de

cobertura, dentre outros. As atividades de acompanhamento e as de monitoramento, quando se observa a distinção, são complementares e fortemente direcionadas para o apoio ao gerenciamento operacional de um programa.

Já a avaliação de processos de execução se orienta para os resultados intermediários, mas não se caracteriza por procedimentos gerenciais rotineiros.

Uma distinção um pouco mais precisa entre monitoramento e a noção correlata de avaliação de processos poderia ser: o monitoramento, como instrumento gerencial, focaliza os processos ligados à implementação e tem como referência o plano – ou seja, pergunta-se se e em que medida o programa ou projeto está sendo implementado conforme o planejado. Já a avaliação de processos incorpora a visão menos otimista sobre as possibilidades do planejamento e assume os supostos do diagnóstico e da formulação como hipóteses a serem testadas – e eventualmente reformuladas - “em campo”. Sendo assim, a avaliação de processos, como o monitoramento, centra-se na implementação. No entanto, a referência básica não é o plano, mas os resultados. Busca-se avaliar se e em que medida, o projeto ou programa, na forma como está sendo implementado, tende a produzir os resultados buscados e por quê. Em geral, envolvem estudos realizados em certos pontos do tempo ou em certas etapas de execução, conduzidas por equipes internas ou externas ao programa, enfatizando interações entre atores; procedimentos que viabilizam as ações previstas; limitações ou constrangimentos que dificultam o desenvolvimento adequado do programa.<sup>1</sup>

Parece evidente que acompanhamento, monitoramento e avaliação de processo de implementação requerem dados ou informações para, por um lado, possibilitar a identificação de problemas ou dificuldades e, por outro, dar suporte à emissão de juízos sobre a execução. Os dados podem ser quantitativos ou qualitativos e as fontes podem ser registros administrativos (por exemplo, relatórios contábeis sobre aquisições e execução de metas físicas, registros de sistemas de ouvidoria, resultados de auditorias); documentos internos e depoimentos; coletas de dados específicos (cadastros, levantamentos etc).

Atividades regulares e documentadas de monitoramento ou de acompanhamento, realizadas pelos responsáveis pela execução do programa, são preciosas fontes de dados para que avaliadores externos possam capturar a dinâmica da implementação. Contudo, na administração pública, em muitas situações, os registros padecem de regularidade ou de sistematicidade que possibilite a reconstrução da trajetória do programa. Uma das alternativas metodológicas para suprir lacunas ou registros incompletos é a coleta direta de informações com levantamentos específicos sobre determinados temas, que também podem se diferenciar por adotarem enfoques quantitativos, qualitativos ou mistos. A recuperação de processos e trajetórias em geral tende a recorrer a técnicas qualitativas e à análise documental. Dentre as técnicas qualitativas têm-se as entrevistas para explorar temas de interesse junto a informantes-chave ou *stakeholders*.

A análise que recorre a *stakeholders*<sup>2</sup> requer o mapeamento de atores ou organizações envolvidos ou interessados que podem interferir no êxito de um

---

<sup>1</sup> Tanto o monitoramento como a avaliação de processos se diferenciam do diagnóstico ou do momento *ex ante* de desenhos de avaliação de resultados assim como de avaliações *ex post* (resultados ou impactos) (Cohen & Franco, 2000; Jannuzzi, 2005).

<sup>2</sup> Em uma tradução livre *stakeholder* significa parte interessada ou interveniente. Na administração pública significa qualquer ator ou organização que detém recursos para influenciar o curso de um programa ou projeto ou que na outra direção pode ser afetado por ele (Bolay, 1993).

programa. A viabilidade de uma intervenção depende, entre outros componentes, dos consensos e negociações que aumentem sua eficácia. Por isso, além da identificação dos atores, é importante que se procure capturar seus interesses potenciais, expectativas e temores. No caso da avaliação do PRO-HOSP, frente à relativa baixa disponibilidade de registros administrativos regulares e comparáveis que possibilitassem recuperar os processos ou as percepções dos principais atores, optou-se por entrevistas com os principais atores envolvidos (*stakeholders*), apoiadas por análise documental.

### **3 Estratégia metodológica**

A análise realizada se situa entre o monitoramento interno e a avaliação de resultados. Trata-se assim de uma avaliação da implementação (etapa 4 do Ciclo de Formulação e Avaliação de Programas e Projetos), entendida como o processo colocado em marcha desde a pactuação das metas até os seminários de avaliação. A pactuação constitui a primeira etapa da implementação do PRO-HOSP e consiste das seguintes etapas: (a) definição dos hospitais beneficiados, (b) divisão dos recursos entre os hospitais; (c) definição de compromissos e metas e formalização dos contratos.

Para realizá-la, recorreu-se a fontes documentais (identificação de atores, responsabilidades ou atribuições, fluxos previstos no PRO-HOSP, temas de interesses) e a entrevistas semi-estruturadas com os principais stakeholders (exame de processos, interações, avaliações, dificuldades e sugestões).

Alguns dos elementos que caracterizam o PRO-HOSP (objetivos; papel de cada ator ou organizações envolvidos – *stakeholders*; processos de pactuação e de financiamento; procedimentos de gestão, de monitoramento e de avaliação previstos para cada etapa; dentre outros) foram re-examinados com os principais *stakeholders*. Esta estratégia possibilitou apreender como os diferentes atores avaliam o desenho do PRO-HOSP (objetivos e metas) em contraposição aos recursos financeiros e organizacionais disponibilizados pelo governo estadual. Ela permitiu ainda capturar as percepções de cada ator sobre avanços e dificuldades, assim como suas sugestões sobre mudanças desejáveis para melhorar o programa.

### **4 Resultados da avaliação da implementação do Pro-Hosp**

O PRO-HOSP foi instituído pelo governo do estado de Minas Gerais em 2003, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de um melhor gerenciamento e, assim, contribuir para a consolidação da oferta de serviços hospitalares nos pólos macro e microrregionais do estado.

A adoção da lógica contratual é um dos fundamentos do PRO-HOSP. Sua operacionalização se baseia num termo de compromisso assinado pelos hospitais participantes, a SES-MG e as secretarias municipais de saúde. Por meio desse contrato, a SES-MG repassa um montante de recursos financeiros aos hospitais que, em contrapartida, se comprometem a cumprir um leque de metas e compromissos especificados nas resoluções do programa. Dessa forma, a SES-MG

busca direcionar a atuação dos hospitais segundo as suas prioridades. Esta constitui a estratégia “assistencial” da esfera estadual para exercer a coordenação do SUS no âmbito do estado.

Se o recurso financeiro repassado pela SES-MG constitui um importante incentivo capaz de induzir os gestores municipais e dos hospitais a aderirem ao PRO-HOSP, e, dessa forma, favorecer a coordenação por parte da SES-MG, o sucesso do programa vai depender da efetiva cooperação dos atores participantes. Para tanto, além da existência de regras e de fóruns que estimulam os atores a compartilhar tarefas e decisões; num contexto federativo como o brasileiro - no qual os municípios gozam de autonomia política e administrativa - as ações de coordenação por parte da esfera estadual devem ser negociadas com os municípios e por eles aprovadas. Por fim, cabe acrescentar que essa coordenação depende, entre outros elementos, de capacidades técnicas e operacionais da SES-MG para, entre outros aspectos, incorporar nas atividades de supervisão e suporte técnico a heterogeneidade dos municípios em termos das condições técnicas, administrativas e financeiras (ABRÚCIO, 2005, MENDES, 2008).

A implementação de compromissos de gestão inclui alguns requisitos importantes por parte do contratante: a) estabelecer objetivos estratégicos; b) identificar medidas de melhoria da gestão; c) definir indicadores de desempenho; d) conhecer a situação de partida dos contratados com relação aos objetivos; e) determinar metas concretas e verificáveis; f) vincular montante de recursos e metas; g) definir incentivos e penalidades; h) definir um fluxo de informação claro e que forneça informação oportunamente; i) realizar monitoramento contínuo dos compromissos; j) realizar avaliação periódica da gestão; l) utilizar informação do monitoramento e da avaliação para decisões gerenciais: introduzir ajustes, rever formatos de compromissos; m) ter real interesse e condições para aplicar tanto as sanções estabelecidas (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005). Procurar-se-á verificar em que medida esses requisitos se fazem presentes.

Os resultados da avaliação serão apresentados de acordo com as etapas que compreendem o ciclo do programa: pactuação execução e avaliação. Para cada uma delas, procurou-se comparar as regras estabelecidas pelas resoluções do PRO-HOSP com a forma como tem se dado a implementação do programa, segundo os entrevistados<sup>3</sup>. Dessa forma objetiva-se identificar, em cada etapa, acertos e dificuldades encontradas, bem como elementos a serem corrigidos ou ajustados e, também, verificar, em que medida, o arranjo institucional estabelecido pela SES-MG tem se mostrado capaz de resolver os problemas da coordenação federativa e produzir uma relação cooperativa entre a esfera estadual e os municípios e, também, com os hospitais de modo a garantir a eficácia do programa.

## **4.1 Pactuação**

A pactuação constitui a primeira etapa da implementação do PRO-HOSP e envolve a definição dos hospitais beneficiados, a divisão dos recursos entre os hospitais, a definição de compromissos e metas, e formalização dos contratos.

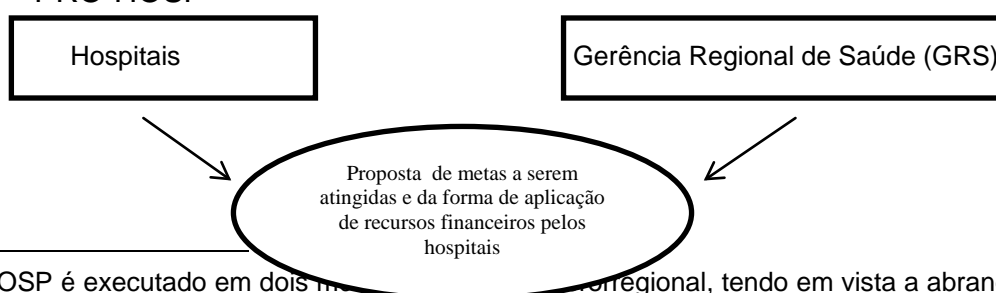
---

<sup>3</sup> Foram feitas entrevistas com 83 pessoas: a) o coordenador estadual do PRO-HOSP, b) quatorze diretores administrativos de hospitais; c) oito diretores clínicos dos hospitais; d) 2 diretores técnicos dos hospitais, d) um provedor de hospital e) quatorze membros de secretarias municipais de saúde – entre secretários ou algum representante; f) oito representantes das GRS; g) 10 membros do CMS; h) 7 secretários de CIB, i) 10 funcionários do NAS, j) a ex-coordenadora do Pro-Hosp, k) o presidente e uma assessora do COSEMS.

Para participar do PRO-HOSP macro/microrregional<sup>4</sup>, os hospitais deveriam ser públicos e privados sem fins lucrativos, filantrópicos ou universitários, localizados nos municípios sedes de macro/microrregiões e ter o perfil e a atuação de âmbito macro ou microrregional com base no fluxo de atendimento a usuários do Sistema Único de Saúde. Os critérios de elegibilidade aumentaram a partir de 2004, passando a incorporar, entre outros, o número de leitos.

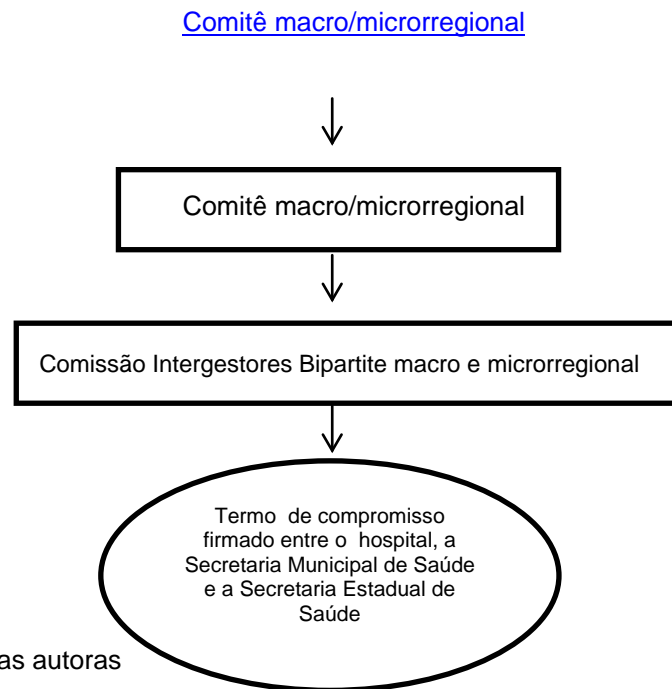
A Figura 1 ilustra as principais etapas da definição de compromissos e formalização dos contratos. A partir de um formato pré-estabelecido pela SES-MG, os hospitais interessados deveriam discutir com a Gerência Regional de Saúde (GRS) uma proposta contendo as metas a serem atingidas e a forma de aplicação dos recursos financeiros. Esta proposta deveria, então, ser apresentada aos Comitês macro ou microrregional do PRO-HOSP para serem examinadas. Uma vez aprovadas, elas passam a integrar o Plano de Ajustes e Metas (PAM) de cada hospital, enviado às Comissões Intergestores Bipartite (CIB)<sup>5</sup> macro/microrregional para aprovação. Encerrada esta etapa, a adesão do hospital ao programa é formalizada mediante um “Termo de Compromisso de Gestão” a ser firmado entre a secretaria municipal de saúde do município-pólo da macro ou microrregião e o hospital com a interveniência da SES-MG.

Figura 1: Etapas da definição de compromissos e formalização de contratos do PRO-HOSP



<sup>4</sup> O PRO-HOSP é executado em dois níveis: macro/microrregional, tendo em vista a abrangência de atuação dos hospitais participantes.

<sup>5</sup> A Comissão Intergestores Bipartite constitui, em cada estado, o principal fórum de articulação entre os gestores municipais e estadual e são de grande importância para a gestão das políticas de saúde.



Fonte: Elaborado pelas autoras

Cabe esclarecer que o Pro-Hosp instituiu um comitê para assessorar as decisões das CIBs que são as responsáveis pelas decisões finais do programa relativas, entre outros aspectos, à escolha dos hospitais, à divisão dos recursos e à aprovação dos relatórios elaborados pelos hospitais ao fim de cada ano de competência. Esse Comitê deveria ser constituído, em cada macro/microrregião por dois representantes da Gerência Regional de Saúde (GRS), um representante da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade sede da macro/microrregional e um representante do município de localização da CIB macro/microrregional indicado pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

De acordo com a primeira avaliação<sup>6</sup> realizada no primeiro ano do programa, não houve, na maioria dos municípios, participação do secretário municipal de saúde na seleção dos hospitais beneficiados. Os secretários foram apenas comunicados sobre a existência do programa e dos recursos destinados a cada município e aos hospitais beneficiados. De fato, para o lançamento do programa, o gestor estadual de saúde convidou secretários municipais de saúde e diretores de hospitais que a partir de então tomaram as providências administrativas necessárias à inclusão no Programa. Essa situação gerou críticas de muitos gestores municipais e questionamentos quanto aos critérios utilizados. Também os conselhos, estadual e municipais, se ressentiram por não terem sido consultados, nem sequer informados diretamente pela SES-MG da criação do Programa, apesar de terem participado do seminário de lançamento do programa. No segundo ano da implementação, ainda que se mantivessem componentes políticos e de pressão sobre o gestor estadual de saúde, a permanência dos hospitais e a seleção de outros foram precedidas de discussões nas diversas regiões do estado. Houve, também, alguma participação

---

<sup>6</sup> Em 2004, a Fundação João Pinheiro foi contratada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais para fazer a avaliação da primeira etapa do componente Macrorregional do PRO-HOSP. Nessa etapa, que teve início em julho de 2003 e foi encerrada em junho de 2004, o programa beneficiou 22 hospitais, em 11 municípios.



das CIBs macro e microregionais nas negociações (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005).

Na avaliação realizada em 2010, os entrevistados mostraram que à medida em que a implantação do PRO-HOSP avançava, as CIBs, com a assessoria dos comitês, foram se legitimando como fóruns para as decisões sobre a seleção dos hospitais, confirmando a importância desses espaços para garantir apoio e sustentabilidade do programa (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2010A).

A respeito da divisão de recursos entre os hospitais, a sistemática seguiu a mesma trajetória da adotada na seleção dos participantes. Ou seja, de uma decisão mais centralizada no gestor estadual, ela passou a ser uma decisão compartilhada no âmbito das CIBs macro e microrregional.

Com relação aos compromissos e metas pactuados, dois aspectos merecem ser registrados. O primeiro diz respeito à ausência de informações capazes de subsidiar boa parte das decisões com relação a algumas das metas. Ressalta-se que a questão da negociação de “metas irreais” foi tema recorrente nas entrevistas, e constituiu um dos desafios enfrentados pelos implementadores do programa. A pactuação de metas relacionadas aos indicadores de desempenho, em especial, mostrou-se particularmente problemática e demandou revisões importantes por parte dos formuladores/implementadores do programa.

Comparando-se os resultados das entrevistas realizadas (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2010A) com aqueles encontrados na primeira avaliação (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2005) constatou-se que a despeito de sinalizações de discordâncias sobre o processo decisório – inclusão de hospitais, repasses de recursos, papel dos níveis estadual e do municipal – e de dificuldades em garantir a presença nos Comitês, esses fóruns, assim como as CIB micro/macrorregional estão sendo legitimados e incorporados à rotina de implementação do PRO-HOSP como espaços de discussão e de compartilhamento de responsabilidades.

## **4.2 Execução do programa**

Para avaliar a execução foram considerados, principalmente, os seguintes aspectos: repasse dos recursos, cumprimento das metas e compromissos pactuados, atuação da GRS, participação dos organismos colegiados e seminários de avaliação.

### **4.2.1 Repasse dos recursos**

A cada ano, o repasse dos recursos pela SES-MG obedece à seguinte sistemática: uma vez aprovado o PAM do hospital e assinado o Termo de Compromisso, é feito o primeiro repasse. Os demais devem ser feitos após a aprovação dos relatórios intermediários pela coordenação estadual do programa.

Todos os diretores administrativos foram unânimes em relatar atrasos nos recebimentos dos recursos. Segundo os entrevistados, os diretores ora não conseguem identificar as razões dos atrasos, ora as atribuem a vários fatores como problemas internos da SES-MG, falta de recursos no Tesouro, encaminhamentos burocráticos desencontrados, atrasos no processo de acompanhamento do programa. Segundo a coordenação estadual do programa, o atraso decorre, principalmente, do fato de os hospitais não entregarem os relatórios nos prazos, o

que atrasa a avaliação por parte do Comitê, da Coordenação e, conseqüentemente, o repasse. A esse respeito, alguns membros da GRS mencionaram dificuldades para reunir todos os membros nas reuniões do Comitê, o que, provavelmente também afeta o cronograma do programa. O presidente do COSEMS acrescenta que os médicos, em geral, resistem ao preenchimento dos relatórios.

Os secretários municipais insistiram que os atrasos na transferência de recursos pela SES-MG comprometem o cronograma do PRO-HOSP, pois o tempo disponível para a realização das licitações e para a prestação de contas fica menor. Ainda a respeito dos repasses, alguns entrevistados afirmaram que, além dos atrasos por parte da SES-MG, também ocorre de o recurso ficar retido no Fundo Municipal de Saúde. Contudo, para o presidente do COSEMS, ainda que tenham ocorrido atrasos, eles representam fatos isolados e não rotineiros.

Quanto à forma de aplicação de recursos, entendida como a divisão entre investimentos em infra-estrutura e custeio, poucos diretores administrativos a consideraram adequada. A maioria declarou que a destinação dos recursos deveria levar em conta as necessidades de cada hospital. Vários argumentaram que os percentuais destinados ao custeio deveriam ser maiores, o que já acontece na etapa mais atual do PRO-HOSP. Segundo os entrevistados, os hospitais já fizeram obras e compraram os equipamentos necessários e, por isto, a partir deste momento necessitariam de maior aporte de recursos para o custeio.

#### **4.2.2 Cumprimento das metas e compromissos pactuados**

Como não era possível verificar o cumprimento de todas as metas e compromissos, optou-se por selecionar os indicadores de desempenho hospitalar (tempo de permanência hospitalar, taxas de ocupação, de mortalidade e de cesárea), na medida em que foram considerados para a avaliação de impacto do programa (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2010B). O suposto é que a avaliação de processo favoreceria a compreensão dos resultados obtidos, mais especificamente a ausência de impacto no caso dos três primeiros. Em seguida, foram selecionados investimentos de maior porte e as pendências com relação ao Termo de Obrigação a Cumprir (TOC) da Vigilância Sanitária.

Inicialmente, deve-se colocar que as entrevistas realizadas com as coordenadoras dos Núcleos de Assistência à Saúde (NAS) das GRS e com os diretores administrativos, clínicos e provedores mostraram que os hospitais enfrentam dificuldades para executar o conjunto das metas e compromissos pactuados. Como conseqüência, alguns hospitais sofreram corte nos recursos repassados pela SES-MG.

Ainda segundo as coordenadoras dos NAS, responsáveis pela coordenação dos trabalhos do Comitês do PRO-HOSP, na última competência, o cumprimento das metas foi prejudicado, entre outros aspectos, por deficiências no seu dimensionamento. A chamada “meta irreal” foi tema recorrente nas entrevistas, e afeta o trabalho desenvolvido pelo NAS.

Também para os diretores administrativos e clínicos, as divergências relacionadas à mensuração das metas, o atraso no repasse pela SES-MG e os fatores externos ao programa, como a dificuldade em fixar os médicos, foram apontados como as principais causas para o não cumprimento do que foi acordado.

Entre as metas mais difíceis de cumprir destaca-se aquela referente à taxa de cesárea, citada por praticamente todos os diretores de hospitais. A principal causa atribuída para o não cumprimento desta meta foi o atendimento de gestantes de alto

risco. Além da meta relacionada à taxa de cesárea, foram citadas dificuldades no cumprimento das metas referentes aos demais indicadores de desempenho hospitalar (taxa de permanência, ocupação e mortalidade). Vale ressaltar ainda que nos primeiros sete anos do programa, ênfase foi dada aos investimentos em infraestrutura que, a despeito dos atrasos, constituem o resultado mais visível do programa.

#### **4.2.3 Acompanhamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde**

Quando os hospitais que participam do PRO-HOSP são municipais, a relação SMS/hospital é mais intensa. Contudo, segundo o desenho do PRO-HOSP, a expectativa é que a SMS mantenha-se sempre informada a respeito do cumprimento de metas e dos principais problemas para atingi-las.

Durante as entrevistas com os secretários municipais de saúde e/ou seus representantes, a ênfase esteve no nível de conhecimento a respeito das dificuldades enfrentadas pelo hospital PRO-HOSP do seu município. Todos os secretários e/ou representantes souberam destacar alguns problemas enfrentados pelos hospitais. Alguns chegaram a dar detalhes, explicitando as dificuldades em atingir algumas metas.

Em relação aos relatórios quadrimestrais, existe uma crítica generalizada por parte dos secretários municipais de saúde e/ou seus representantes, atribuída à falta de tempo para lê-los, uma vez que são sempre entregues na data limite de sua discussão na CIB. Houve críticas relacionadas ao que consideram excesso de relatórios e grande fluxo de papéis.

Naturalmente, existem questões mais específicas relacionadas às metas e aos compromissos de hospitais a respeito das quais os gestores municipais não têm informação. No geral, entretanto, pode-se afirmar que as SMSs sabem das dificuldades para atingir as metas e consideram importante o aporte de recursos do PRO-HOSP para os hospitais.

Merece destaque ainda algumas considerações que emergiram nas entrevistas dos representantes da SMS e nas com os técnicos do NAS/GRS. Elas têm a ver com a centralidade da adesão real dos gestores municipais ao PRO-HOSP. Quando o compromisso é mais consistente e o PRO-HOSP passa a fazer parte da gestão local, as possibilidades de redução de áreas de atrito aumentam, assim como, há registros de esforços conjuntos na superação de dificuldades e de apoio aos hospitais.

#### **4.2.4 Acompanhamento realizado pela Coordenação estadual**

As entrevistas com coordenadores e ex-coordenadores do PRO-HOSP expuseram a extensa lista de atividades da coordenação estadual, envolvendo os procedimentos executados desde a aprovação dos PAMs até a validação dos relatórios dos hospitais e a autorização dos repasses.

As informações sugerem que o volume e o ritmo de trabalho reduziram a capacidade da coordenação em manter todas as atividades em dia. A sistemática dos repasses atrelada à aprovação dos relatórios acabou criando um passivo com os hospitais de R\$ 40 milhões (reais correntes), na SES-MG.

Datas diferentes para o repasse de recursos para cada hospital, os atrasos dos hospitais na execução das metas financeiras e na entrega dos relatórios, contribuíram para o acúmulo de questões não resolvidas. Talvez tenha sido a essa

situação que uma assessora do COSEMS estaria se referindo ao afirmar que a “história do PRO-HOSP está perdida”.

Outra deficiência diz respeito à avaliação e organização das prestações de contas dos hospitais, de modo que pudessem ser acessadas com facilidade. Como não estavam organizadas, a equipe da FJP não teve acesso a elas, quando solicitado. A esse respeito, o atual coordenador informou que, ao longo de 2010, foi organizada uma força tarefa para regularizar a situação e colocar as informações referentes a competências passadas em dia.

Nesse contexto, o Tribunal de Contas de Minas Gerais (TCMG) fez uma auditoria no programa e apontou irregularidades como, por exemplo, a falta de assinaturas em documentos. De acordo com o coordenador atual, para evitar atrasos no repasse dos recursos, a coordenação algumas vezes autorizava que ele fosse feito sem analisar os relatórios, mas com base nas informações fornecidas pela GRS. Segundo a coordenadora da Assessoria de Melhoria da Qualidade, o parecer do TCMG expôs fragilidades nas prestações de contas, no cumprimento de metas e no acompanhamento feito pela SES-MG. Cabe ressaltar, que a antiga coordenação procurou introduzir um monitoramento sistemático no programa com o apoio da FJP, que incluía a divulgação de boletins periódicos sobre a situação dos hospitais, mas não foi bem sucedida.

A partir da auditoria do TCMG, o PRO-HOSP vem sofrendo mudanças, ainda que algumas não tenham relação com ela. Entre abril e dezembro de 2009, o programa praticamente parou para que todos os contratos pudessem ser analisados. Foi criado um Pro-Hosp “tampão” de dezembro de 2009 a novembro de 2010; a partir de 2011, a competência de todos os hospitais será de março de um ano a março do outro. Já em 2010, houve redução dos compromissos pactuados. Também o objetivo do programa foi redirecionado para atender as redes de urgência e emergência e materno-infantil. Em sintonia com o COSEMS, a direção da SES-MG considera que, a partir de agora, é necessário que o PRO-HOSP apresente resultados relacionados à ampliação da assistência prestada.

A respeito de dificuldades na implementação do programa, a coordenação citou problemas na adesão de alguns hospitais à política hospitalar do estado, motivada, principalmente, pela escassez de recursos humanos, em particular de médicos que dificulta o cumprimento das metas do PRO-HOSP ou compromisso para com elas.

Outra dificuldade está relacionada à mudança na lógica de gestão em que hospitais introduziam novos procedimentos a partir da doação de equipamentos por deputados. A esse respeito, o trabalho da coordenação tem sido o de argumentar que os procedimentos hospitalares precisam ter sustentabilidade, ou seja, contar com profissionais e recursos de forma estável, com a garantia de um fluxo de pacientes a partir da inserção do hospital na rede SUS do estado. Um exemplo da antiga lógica de gestão, observado durante a pesquisa de campo, é a UTI neonatal em Itaúna que, apesar de equipada, não funciona.

Por fim, deve-se colocar que a partir de janeiro de 2008, ocorreram iniciativas relacionadas ao PRO-HOSP com a criação do Núcleo de Gestão da Qualidade em Saúde e, posteriormente, da Assessoria de Melhoria da Qualidade, essa última vinculada não apenas ao programa. Essas iniciativas não tiveram origem na coordenação estadual do PRO-HOSP, ainda que tenham sido apoiadas pela equipe. Dentre as inovações, podem ser citadas o diagnóstico organizacional dos hospitais participantes do PRO-HOSP pela metodologia Organização Nacional de Acreditação (ONA), ações de capacitação voltadas para os hospitais e para a GRS e o prêmio

Célio de Castro. Segundo os entrevistados, a antiga coordenadora teria oferecido certa resistência às mudanças, impulsionadas a partir de sua saída. Constata-se, assim, que, durante certo período, o programa contou, pode-se dizer, com uma estrutura paralela, que aos poucos absorveu a antiga. Tensionamentos e divergências são comuns em programas que envolvem mudanças organizacionais, mas que devem ser adequadamente enfrentados para promover os avanços necessários e não se transformarem em arenas de disputas e de paralisia organizacional.

#### **4.2.5 Cursos de capacitação**

A formação dos quadros gerenciais dos hospitais beneficiados pelo Programa em cursos de especialização e de capacitação coordenados pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais constitui um dos componentes do PRO-HOSP. Os cursos foram criados para atender diretamente ao Programa. Na avaliação dos hospitais, os cursos foram úteis, apesar de alguns registros ocasionais sobre instrutores com conhecimento inadequado sobre a dinâmica dos hospitais. Um dos produtos da capacitação – a elaboração do Plano Diretor do hospital – foi considerada como positiva pelos hospitais para possibilitar uma gestão mais profissionalizada e orientada por metas. Três críticas/sugestões devem ser mencionadas. A primeira tem a ver com o número de vagas reservadas para os hospitais entendidas como insuficientes. O problema é que muitas vezes o profissional treinado não permanece nos quadros do hospital em função da rotatividade de recursos humanos. A segunda diz respeito à importância de haver capacitação para outros setores dos hospitais que não a direção. Contudo, há que se lembrar que os recursos do PRO-HOSP destinados à melhoria da gestão podem ser mobilizados para atender esta demanda. A terceira é a de que, embora boa, a abordagem da capacitação deveria levar em consideração a realidade do hospital e da região na qual está inserido. Deve-se distinguir, no entanto, entre capacitações em torno de temas ou diretrizes gerais de um programa e aquelas que focalizam realidades específicas. Os recursos de cada hospital destinado à melhoria da gestão poderiam ser utilizados nos treinamentos específicos.

Também para o pessoal da GRS, o curso tem sido proveitoso. Uma das coordenadoras afirmou que o curso lhe permitiu orientar melhor os hospitais. Para outra coordenadora, o curso possibilitou, aos hospitais, uma melhor compreensão do funcionamento da regionalização da assistência e sobre a inserção do hospital nela. Segundo outra coordenadora de NAS, nem sempre os profissionais que fazem o curso têm autonomia para aplicar os conhecimentos adquiridos. Apesar disso, a capacitação da equipe do NAS/GRS foi mencionada como fundamental para a implementação do programa pelos diretores de hospitais, gestores municipais e representantes do COSEMS.

#### **4.2.6 Seminários de avaliação**

A realização dos seminários de avaliação constitui a última etapa do ciclo de execução do PRO-HOSP. Nesses encontros os hospitais compartilham os resultados alcançados e as dificuldades encontradas para cumprir com as exigências. São organizados pelas GRS e, em princípio, contam com a participação de todos os atores envolvidos no ciclo de execução do programa.

As entrevistas permitiram constatar que, de forma geral, os seminários são bem avaliados pelos gestores hospitalares. São percebidos como uma ferramenta funcional que permite o compartilhamento de experiências promovendo o aprendizado e o *benchmarking*. A despeito da importância desses seminários, é importante frisar que eles não substituem uma avaliação dos resultados do programa.

## 5 Conclusões

Este artigo apresentou os resultados da avaliação de implementação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP).

Esse programa, que foi instituído pelo governo do estado de Minas Gerais em 2003, representa uma inovação sob, pelo menos, dois aspectos. O PRO-HOSP constitui o primeiro investimento sistemático para a construção e fortalecimento da rede SUS do estado. O segundo é a introdução da lógica contratual na gestão estadual, por meio da qual o repasse de recursos financeiros aos hospitais é atrelado ao cumprimento de metas.

Entre os principais pontos positivos do programa, destacam-se:

a) Num contexto de crise financeira por parte dos hospitais, o repasse financeiro do PRO-HOSP possibilitou investimentos importantes em reforma e ampliação da rede física e em equipamentos. Este foi o resultado mais destacado nas entrevistas.

b) O programa tem contribuído para a melhoria da gestão dos hospitais, ao prover cursos de capacitação e de especialização e colocar como pré-requisito para a aprovação, neste último, a elaboração de um Plano Diretor, até então, inexistente na grande maioria dos hospitais. Igualmente importante foi a introdução de indicadores assistenciais e de desempenho. Ainda que tenha havido muitos problemas na medição dos mesmos, houve um avanço expressivo nesse sentido e um alinhamento de conceitos importantes para o acompanhamento dos hospitais.

c) O PRO-HOSP tem favorecido a articulação entre os hospitais, as instituições regionais da Secretaria estadual da Saúde, ou seja, as Gerências Regionais de Saúde (GRS) e os municípios. Os fóruns de discussões previstos no programa vêm se legitimando e se institucionalizando como espaços de discussão o que colabora com as iniciativas futuras de melhoria do SUS estadual.

As principais lacunas e problemas encontrados foram:

a) A despeito do reconhecimento da importância do PRO-HOSP pelo núcleo dirigente da SES-MG, e do esforço da coordenação estadual, o programa continua sem um monitoramento sistemático. Como consequência, a coordenação do programa não tem sido capaz de gerar e divulgar relatórios para o conjunto dos hospitais, o que os impede de conhecer sua posição frente aos demais. A ausência de relatórios periódicos tem impossibilitado uma visão compreensiva do andamento do programa por parte da direção da SES-MG, do governo e de toda a sociedade.

b) Na mesma linha da questão anterior, o programa continua sem um diagnóstico prévio dos hospitais participantes o que permitiria comparações futuras.

c) A capacidade operacional das GRS permanece insuficiente frente ao volume de trabalho realizado. Como consequência, constatou-se que: i) houve falha no arquivamento dos relatórios (não estavam organizados e não foi possível à equipe da FJP ter acesso a eles quando solicitado); ii) houve reclamação por parte de algumas GRS sobre a demora da coordenação central em responder às suas

indagações e em emitir parecer sobre os relatórios. Embora não se tenha detalhes, alguns relatórios e prestações de contas passadas ainda não estão devidamente avaliados, impedindo que os esforços para fiscalizar o programa se concentrem na competência atual ou no máximo na anterior; iii) mudanças intempestivas nas rotinas para execução do programa e de prestação de contas indicam instabilidades em procedimentos básicos de gestão o que tem dificultado as atividades regulares das GRS assim como o atendimento de novas demandas pelos hospitais.

d) As mudanças em alguns indicadores pactuados como os de desempenho não dependem apenas dos diretores dos hospitais e, portanto, seu acompanhamento deveria levar em consideração essa questão. A esse respeito, cabe salientar que, este ano, estão sendo introduzidas várias mudanças no PRO-HOSP e uma delas é o fim da pactuação das taxas de ocupação e de mortalidade e do tempo médio de permanência nos hospitais. A taxa de cesárea, a despeito de ser a mais difícil de ser cumprida, permanece. Com relação a ela, os argumentos apresentados pelos entrevistados referem-se ao estabelecimento de metas sem ser precedido de um diagnóstico cuidadoso que incorporasse o perfil dos hospitais e a demanda dos usuários no momento da pactuação.

e) Apesar de os relatórios terem sido simplificados ao longo dos anos, a sua elaboração ainda demanda muito tempo dos hospitais e foi objeto constante de reclamações. O grande número de relatórios, o fluxo excessivo de documentação, as exigências sobre a quantidade elevada de signatários, foram considerados problemáticos e com interferências negativas sobre os prazos para executar as ações. Além disso, tais procedimentos administrativos tenderiam a dificultar a análise rápida e a identificação de problemas em tempo hábil.

f) Em que pese já estar no seu sétimo ano, a SES-MG ainda não conseguiu se organizar de modo a fazer os depósitos nas datas estipuladas. Esta foi uma reclamação dos diretores de todos os hospitais e dos representantes das SMS. Os atrasos, além de comprometerem o cronograma de execução do programa, contribuem para o não cumprimento das metas estipuladas. Ainda que de acordo com a coordenação do Pro-Hosp, os hospitais também devem ser responsabilizados pelos atrasos (não entrega de relatórios nos prazos), seria importante que essa fosse, senão a única, a principal causa para o repasse não ocorrer na data estipulada nas resoluções do programa.

g) Nem sempre, todos os funcionários envolvidos na execução do programa, nos hospitais, recebem informações suficientes sobre ele ou mesmo sobre as metas estabelecidas, o que dificulta o engajamento no sentido de contribuir para o cumprimento.

h) A despeito de ter estimulado as negociações no âmbito de fóruns criados com esta finalidade, alguns secretários municipais de saúde, diretores hospitalares e coordenadores do NAS mencionaram problemas relacionados à regionalização. De modo mais específico, fazem menção ao envio, por parte de alguns municípios, de pacientes de média complexidade para hospitais com referência em alta, a despeito do que foi acordado; da demora de municípios em buscar seus pacientes em hospitais de referência em outro município, entre outros.

O PRO-HOSP também enfrenta dificuldades decorrentes de fatores externos a ele, mas que afetam a sua implementação. Entre elas, podem ser citadas:

a) O programa se desenvolve num contexto caracterizado pela precária situação financeira dos hospitais ocasionada, entre fatores, pela baixa remuneração do SUS para os procedimentos de média complexidade.

b) O cumprimento das metas e compromissos é dificultado também pela falta e/ou pouco comprometimento de médicos. A falta desses profissionais foi apontada, especialmente, nos municípios de menor porte populacional.

c) Existe alta rotatividade de funcionários nos hospitais. A saída de funcionários já treinados para acompanhar o programa e calcular os indicadores interfere no prazo de entrega de relatório, na disponibilidade de informação, e no trabalho do pessoal do NAS que necessita treiná-los novamente.

A respeito dos avanços observados quando se comparam os resultados da avaliação atual com aquela conduzida em 2004, merecem destaques:

a) A flexibilização por parte da SES-MG no que diz respeito às pactuações. Com isso, os hospitais têm conseguido repactuar metas e a forma de utilização de recursos.

b) O trabalho de esclarecimento do pessoal do NAS/GRS e o Manual do Programa, lançado em 2007, têm contribuído para um alinhamento conceitual dos indicadores utilizados.

c) A divisão dos recursos em partes fixa e variável representou a introdução de um sistema de incentivos e sanções com relação ao cumprimento dos compromissos e metas, importante num programa que tem por fundamento na melhoria da gestão.

d) Diferentemente do constatado na primeira avaliação, tem havido maior participação das SMS na pactuação das metas e no acompanhamento do programa. Constatou-se que muitos secretários municipais de saúde e/ou seus representantes se mostraram informados sobre as dificuldades enfrentadas pelos hospitais, das dificuldades de atingir as metas e da importância dos recursos repassados pelo PRO-HOSP.

e) Observou-se um amadurecimento dos hospitais no tocante ao cálculo e ao acompanhamento de metas como, por exemplo, as taxas de desempenho.

## 6- Referências Bibliográficas

ABRUCIO, Fernando Luiz. **Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil**. Fleury, Sonia (org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. São Paulo: FGV, 2005.

BOLAY, F.W. **Planejamento de projeto orientado por objetivos – Método ZOPP**, tradução e adaptação de Markus Brose, GTZ, Recife. 1993

COHEN, Ernesto, FRANCO, Rolando. *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes, 2000.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Estudo de avaliação externa do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG: módulo macrorregional**. Belo Horizonte, 2005.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Avaliação do processo de implementação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG*. Belo Horizonte, 2010A.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Avaliação de impacto do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)*. Belo Horizonte, 2010B.



JANNUZZI, Paulo Martino. **Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil**. Revista do Serviço Público, 56 (2), abril-junho 2005: 137-160.

MENDES (2008). Observações sobre a dissertação da Marilene Fabri. (Mimeo).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Manual do PRO-HOSP**. Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http:// >.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais de Minas Gerais – Resoluções do PRO-HOSP. Disponível em: <http:// [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)