

**Desafios à Implementação de Políticas Sociais: Discussões Acerca da
Avaliação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos
Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP)**

**Challenges to Implementation of Social Policies: Discussions About
Strengthening Program Evaluation and Quality Improvement Hospitals SUS-
MG (PRO-HOSP)**

Fátima Beatriz Carneiro Teixeira Pereira Fortes
Pesquisadora em Ciência e Tecnologia da Fundação João Pinheiro
Doutora em Ciência Política pela UFMG
e-mail: fatima.fortes@fjp.mg.gov.br

Laura da Veiga
Analista de Ensino e Pesquisa II da Fundação João Pinheiro
Doutora em Social Sciences Applied to Education, Stanford University
e-mail: laura.veiga@fjp.mg.gov.br

Danielle Ramos de Miranda Pereira
Pesquisadora em Ciência e Tecnologia da Fundação João Pinheiro
Doutora em Demografia pela UFMG
e-mail: danielle.pereira@fjp.mg.gov.br

Mirela Castro Santos Camargos
Pesquisadora em Ciência e Tecnologia da Fundação João Pinheiro
Doutora em Demografia pela UFMG
e-mail: mirela.camargos@fjp.mg.gov.br

Editor Científico: José Edson Lara
Organização Comitê Científico
Double Blind Review pelo SEER/OJS
Recebido em 23.10.2012
Aprovado em 24.11.2012



Este trabalho foi licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição – Não Comercial 3.0 Brasil

RESUMO

O objetivo deste estudo é contribuir com o debate sobre os desafios que se colocam à implementação de políticas sociais, a partir dos resultados da avaliação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (Pro-Hosp). Essa avaliação baseou-se na análise dos documentos do programa e em entrevistas com informantes-chave. Para cada uma das etapas do programa, foram comparadas as regras estabelecidas pelas resoluções com a forma como o programa vem sendo implementado. Os resultados evidenciam que a elaboração de políticas sociais continua durante a fase de implementação, que se constitui um processo de aprendizagem e de adaptação.

Palavras-chave: Implementação de Políticas Sociais, Resultados da Avaliação, Pro-Hosp.

ABSTRACT

The objective of this study is to contribute to the debate on the challenges facing the implementation of social policies, from the results of the evaluation of the Program for Strengthening and Improving the Quality of Hospitals SUS-MG (Pro-Hosp). This assessment was based on the analysis of program documents and interviews with key informants. For each stage of the program, compared to the rules established by the resolutions with the way the program, compared to the rules established by the resolutions with the way the program is being implemented. The results show that the policy making continues during the implementation phase, which is a process of learning and adaptation.

Keywords: Social Policy Implementation, Assessment Results, Pro-Hosp.

1 INTRODUÇÃO

A implementação de políticas sociais é um processo complexo cujas dificuldades não antecipadas pelo desenho do programa frequentemente têm sido enfrentadas com a criação de “novas” políticas que se constituem em oportunidades para aumentar o valor daquelas anteriormente elaboradas (Hill, 2006; Sulbrandt, Navarrete, & Piergentili, 2007).

Diante disso, o objetivo deste artigo é trazer uma contribuição ao debate sobre os desafios que se colocam ao processo de implementação de políticas sociais, por meio da discussão dos resultados da avaliação da implementação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (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) e, assim, contribuir para a consolidação da oferta de serviços hospitalares nos polos 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 infraestrutura, 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.

A avaliação do processo de implementação do Pro-Hosp teve como proposta identificar as forças e as fraquezas do programa, possibilitando a proposição de alterações que ampliassem a sua efetividade. Para tanto, a avaliação realizada baseou-se na análise dos documentos do programa e em entrevistas semiestruturadas com informantes-chave.

Além dessa introdução, este artigo está organizado em mais quatro seções. A primeira seção procura discutir o processo da implementação de políticas sociais. Na segunda seção, é apresentada a metodologia que norteou o estudo e, na terceira, os principais resultados da avaliação realizada, seguidos pelas considerações finais do estudo, na última seção.

2 A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS

A implementação de políticas sociais é frequentemente vista como uma “fonte de problemas” cujo equacionamento não pode ser feito apenas por meio de ajustes marginais ao que foi estabelecido no desenho do programa (Sulbrandt, Navarrete, & Piergentili, 2007). Desta forma, trata-se de um processo bem mais complexo que, além de ter que responder a dificuldades não previstas, é marcado por fortes interações entre interesses, muitas vezes divergentes, que impõem a tomada de novas e importantes decisões.

Particularmente, programas inovadores, ou que envolvem vários atores com interesses não convergentes, dependem, entre outros fatores, de mudanças nas hierarquias de prioridades, nas práticas e culturas organizacionais e no comportamento, tanto do público-alvo quanto dos implementadores. Frente a isso, têm-se processos complexos de acomodação de interesses, de revisões de metodologias de trabalho, de procedimentos de aferição de resultados, entre outros, o que pode gerar resistências cuja superação requer negociação e construção de novos consensos, o que por si só altera o contexto de operação do programa. A demarcação rígida entre desenho e implementação, portanto, carece de sentido, assim como a implementação não consiste na simples operacionalização das atividades previamente estabelecidas (Munèvar, 2007). Similarmente, Silva e Melo (2000) defendem que a própria ideia de mudanças de uma única rota pré-concebida deve ser substituída pela de reformulação e, no limite, de supressão da política.

As dificuldades enfrentadas ao longo da implementação decorrem, ainda, do contexto de incertezas em que operam as políticas públicas, em especial as da área social. A maioria dos problemas sociais não pode ser definida de forma rigorosa e se apoia em bases teóricas frágeis, dificultando o estabelecimento, de forma segura, de relações causais que vinculam insumos, atividades, resultados, impactos (Sulbrandt, 1994).

Merece destaque, ainda, a falta de informação que impede, entre outros aspectos, a realização de diagnósticos cuidadosos com repercussões negativas sobre o desenho lógico do programa (Jannuzzi *et al.*, 2009; Cassiolato & Guerresi, 2010).

Outra dificuldade presente na implementação de políticas sociais refere-se à complexidade daquelas intervenções que pretendem alterar comportamentos e

capacidades do público-alvo, porque a interação entre agentes e beneficiários tende a ser maior e, portanto, maior será a necessidade de se considerar as especificidades de cada caso e de se ter habilidade para negociar e fazer ajustes (Nogueira, 1998).

Diante do exposto, destaca-se a importância de se compreender o caráter estratégico do processo de implementação e, conseqüentemente, o papel fundamental dos “operadores” da política que, na rotina cotidiana, interpretam situações, negociam e ajustam as atividades necessárias à consecução dos objetivos de um programa (Kliksberg, 1994; Sulbrant, 1994; Carneiro & Costa, 2003).

Ressalta-se, por fim, que o sucesso da implementação de políticas sociais tem sido frequentemente associado à capacidade de obtenção de convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos da política e, particularmente, do suporte político daqueles por ela afetados (Silva & Melo, 2000). Como consequência, os referidos autores destacam a importância de se incorporar os atores envolvidos pelas políticas e nela interessados (*stakeholders*) ao processo de formulação e implementação de políticas. Desta forma, o desenho institucional deve incluir ainda instrumentos e espaços de negociação e de construção de consensos entre tais atores. Igualmente importante parece ser a incorporação de mecanismos de coordenação interinstitucional e de coordenação intergovernamental em países federativos como o Brasil.

3 METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DO PRO-HOSP

Espera-se que políticas ou programas governamentais bem desenhados resultem na agregação de valor social para seus destinatários ou para a solução uma situação-problema. Contudo, mesmo para intervenções tecnicamente bem planejadas, não há garantias de que a implementação corresponda ao planejado nem que esteja protegida de imprevistos ou de resultados não esperados (Silva & Melo, 2000). 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 as populações-alvo estão recebendo os produtos ou serviços pretendidos e se os recursos alocados estão

produzindo os resultados esperados (Nogueira, 1998; Hill, 2006). 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 polos macro e microrregionais do Estado.

O Pro-Hosp visa, dentre outros, a aumentar a oferta de procedimentos ou serviços de média complexidade nos hospitais de referência nas microrregiões e procedimentos ou serviços de média e alta complexidade nos hospitais de referência da macrorregião, por meio de investimentos na renovação e na ampliação de equipamentos. Com isso, espera-se que o paciente se desloque o mínimo possível de seu município para receber assistência médica necessária.

Para tanto, foi proposto um “contrato de gestão” que condicionava o repasse de recursos financeiros ao cumprimento de um conjunto de metas pactuadas com os hospitais. A SES-MG repassaria um montante de recursos financeiros e os hospitais se comprometeriam a cumprir um conjunto de metas e compromissos gerenciais, assistenciais e de infraestrutura. De 2003 até o final de 2009, o Programa beneficiou 140 hospitais (38 macrorregionais e 102 microrregionais) nas 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde do Estado, repassando aos hospitais, aproximadamente, o valor de R\$447, 21 milhões em reais correntes.

A introdução da lógica contratual - repasse de recursos financeiros aos hospitais, atrelado ao cumprimento de metas – foi o elemento inovador do Programa. Contudo, vale ressaltar que, para ser eficaz, o instrumento do “contrato de gestão” requer capacidades do contratante para demarcar claramente as demandas que deveriam ser respondidas pelo contratado, as dificuldades para o alcance das metas e os procedimentos que seriam adotados para avaliar o serviço prestado (Garnier & Mora, 1999; Sojo, 1998; Filgueiras, 2001). Trata-se, portanto, de algo não trivial, especialmente quando há pouca clareza sobre as relações de causalidade ou sobre as dificuldades que as organizações contratadas enfrentarão ao longo da operacionalização da rota escolhida.

Ao se buscar melhorar o desempenho dos hospitais, além das dificuldades em definir e operacionalizar o conceito de qualidade da atenção hospitalar, atentou-se para o fato de que o Pro-Hosp foi formulado em um contexto, como o brasileiro, no qual, segundo La Forgia (2003) há um relativo desconhecimento sobre a qualidade

de atendimento na maioria dos hospitais e, por isso mesmo, sobre os seus determinantes.

A avaliação conduzida buscou, por meio da reconstrução do processo de implementação, verificar se o programa, na forma como está sendo implementado, tende a produzir os resultados buscados e por quê. Este tipo de avaliação, em geral, envolve estudos realizados em certos pontos do tempo ou em certas etapas de execução, identificando interações entre atores, procedimentos que viabilizam as ações previstas e limitações ou constrangimentos que dificultam o desenvolvimento adequado do programa, mas que não se caracterizam por procedimentos gerenciais rotineiros (Jannuzzi *et al.*, 2009; Cohen & Franco, 2000).

Para apreender e reconstruir o processo de implementação, recorreu-se à legislação que regulamentou o programa, às avaliações realizadas nas etapas iniciais de implantação, aos registros administrativos sobre os contratos e sua execução e aos relatórios produzidos pelos hospitais e técnicos da SES-MG. Mapeados os principais temas no material documental, foram realizadas entrevistas em profundidade com os atores-chave (responsáveis pelo programa na administração estadual, diretores de hospitais, gestores municipais de saúde, membros das CIBⁱ macro e microrregionais, conselheiros municipais de saúde e outros). Ao todo foram realizadas 74 entrevistas distribuídas conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Quantidade de entrevistas realizadas por atores chaves – Avaliação da Implementação do Pro-Hosp, 2010

Atores	Quantidade
Secretários municipais de saúde ou representantes	15
Diretores clínicos dos hospitais	10
Diretores administrativos dos hospitais	10
Membros de conselho municipal de saúde	09
Membros da CIB (Comissão Intergestores Bipartite)	07
Coordenadores da GRS (Gerência Regional de Saúde) e do NAS (Núcleo de Assistência à Saúde)	11
Membros do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde)	01
Membros do CES (Conselho Estadual de Saúde)	01
Membros (coordenador do Pro-Hosp e outros) da SES-MG	05
Outros (responsáveis pelo Pro-Hosp nos hospitais, provedores e diretores gerais)	05
Total	74

Fonte: Elaborado pelas autoras

Foram elaborados roteiros de entrevistas com conteúdos variáveis para cada tipo de ator, identificados a partir da documentação disponível sobre o Pro-Hosp. A pesquisa utilizou recursos da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG). As entrevistas foram realizadas no ano de 2010, por uma equipe de pesquisadores da Fundação João Pinheiro e por duas pessoas contratadas (Fundação João Pinheiro, 2010A).

Inicialmente, foi selecionada uma amostra de 16 hospitais, macro e micro regionais, situados nas seguintes macrorregiões do Estado: Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Noroeste, Oeste, Sul, e Triângulo do Sul. Para a seleção dos hospitais, foram listados aqueles com tempo de permanência no Pro-Hosp igual ou superior a três anos, baseando-se no entendimento de que seria importante lidar com situações que já estivessem em curso por um período de tempo que possibilitasse a comparação de processos minimamente estabilizados. Em seguida, foi realizado o sorteio aleatório dos hospitais. A decisão por este número teve por base os recursos financeiros disponíveis para o estudo. Quando o hospital sorteado pertencia a uma macrorregião já contemplada era feito novo sorteio. Uma vez selecionados os hospitais macrorregionais, foram sorteados os microrregionais pertencentes às macrorregiões selecionadas (Fundação João Pinheiro, 2010A).

Nas entrevistas recorreu-se às técnicas de triangulação em que se confrontavam percepções e depoimentos em torno de um conjunto básico de questões (Yin, 2001). Os grandes temas abordados nas entrevistas foram: processo de negociação, percepção da adequabilidade dos compromissos assumidos para produzir os resultados esperados, problemas de coordenação ou de interação entre as organizações envolvidas, mudanças introduzidas ao longo da execução.

4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PRO-HOSP

Os resultados da avaliação da implementação do Pro-Hosp serão apresentados de acordo com as etapas que compreendem o ciclo do programa: pactuação, execução e seminários de avaliação. Para cada uma delas compararam-se as regras estabelecidas pelas resoluções do Pro-Hosp com a forma como o programa foi sendo executado, segundo os entrevistados. Dessa forma, procurou-se identificar, em cada etapa, as forças e fraquezas do programa e, também, verificar

em que medida o arranjo institucional estabelecido pela SES-MG mostrou-se efetivo para resolver as dificuldades da coordenação e proporcionar uma relação cooperativa entre a esfera estadual, os municípios e os hospitais de modo a favorecer a implementação do programa.

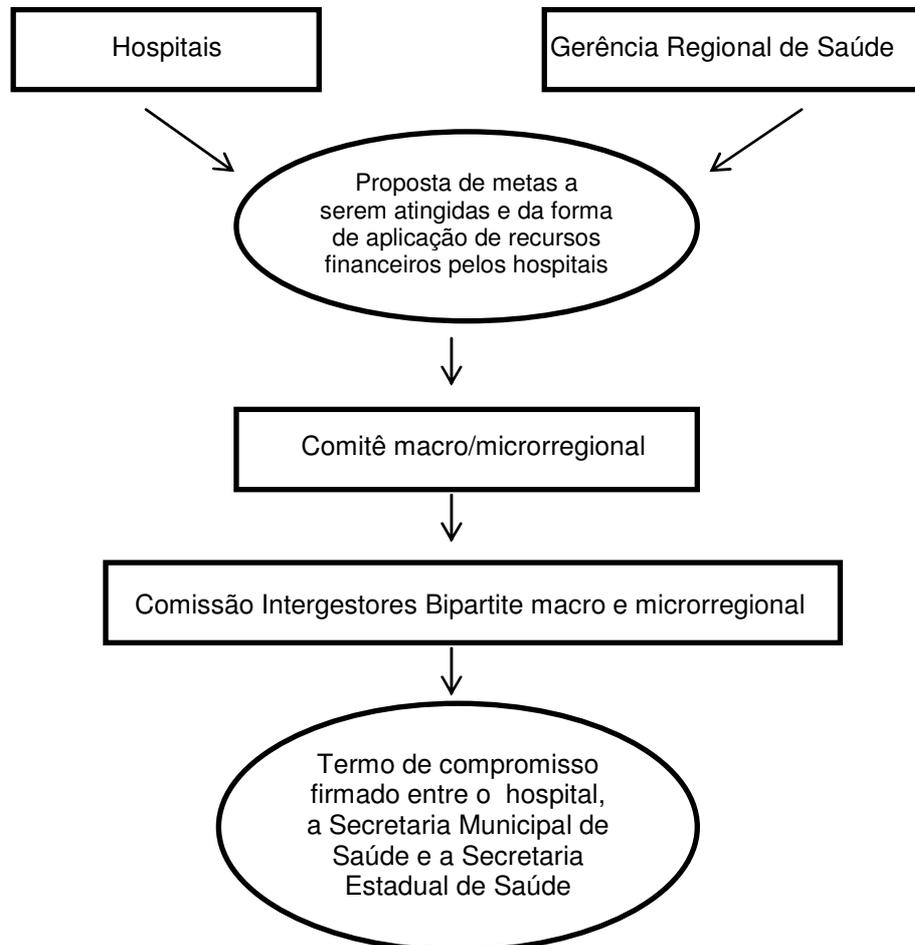
4.1 Pactuação

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 a formalização dos contratos.

Para participar do Pro-Hosp macro/microrregionalⁱⁱ, 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 em 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) macro/microrregional para aprovação.

Figura 1 - Etapas da definição de compromissos e formalização de contratos do Pro-Hosp



Fonte: Elaborada pelas autoras

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 polo da macro ou microrregião e o hospital com a interveniência da SES-MG. O Pro-Hosp instituiu um comitê para assessorar as decisões das CIB 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).

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 Gerência Regional de Saúde, atuação das secretarias municipais, seminários de avaliação, participação dos organismos colegiados (CIB e comitês) e dos conselhos de saúde.

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 e 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 Gerência Regional de Saúde 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 infraestrutura e custeio, poucos diretores administrativos a consideram 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.

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, taxa de ocupação, taxa de mortalidade e proporção de cesáreas), na medida em que foram considerados para a avaliação de impacto do programa realizada em 2009 (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 indicadores. 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 Gerências Regionais de Saúde e com os diretores administrativos, clínicos e provedores mostraram que os hospitais enfrentam dificuldades para executar o conjunto das metas e compromissos pactuados. Como consequência, alguns hospitais sofreram corte nos recursos repassados pela SES-MG. 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 apontadas como as principais causas para o não cumprimento do que foi acordado.

Entre as metas mais difíceis de cumprir destaca-se aquela referente à proporção de cesáreas - definida pelo quociente entre o total de partos cirúrgicos

realizados em um dado período t e o total de partos ocorridos no mesmo período - 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 proporção de cesáreas, foram citadas dificuldades no cumprimento das metas referentes aos demais indicadores de desempenho hospitalar (taxa de permanência, de ocupação e de 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.

Salienta-se, por fim, que as dificuldades relatadas acabaram acarretando ajustes no programa no sentido da flexibilização das pactuações por parte da SES-MG. Com isso, os hospitais passaram a poder repactuar metas e a forma de utilização de recursos. Tal fato foi considerado um avanço, tendo em vista que as primeiras pactuações ocorreram num contexto caracterizado pela falta de informações capazes de subsidiar boa parte das decisões com relação a algumas das metas. 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 mostrou-se particularmente problemática e demandou revisões importantes por parte dos implementadores que atuam na operacionalização do programa.

4.2.3 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 PAM até a validação dos relatórios dos hospitais e a autorização dos repasses.

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.

Tensões e divergências são comuns em programas que envolvem mudanças organizacionais, mas devem ser adequadamente enfrentadas para promover os avanços necessários e para não se transformarem em arenas de disputas e de paralisia organizacional (Nogueira, 1998).

4.2.4 Atuação da Gerência Regional de Saúde (GRS)

De acordo com as regras do PRO-HOSP, a GRS tem papel fundamental na implementação do programa. Atuando na ponta do programa, o pessoal da GRS mantém contato estreito e permanente com os hospitais, com os secretários municipais de saúde e com a coordenação central do programa, o que demanda, além de conhecimento técnico, disponibilidade de tempo e habilidades importantes como a capacidade de ouvir, interpretar e negociar.

Para realizar as funções, constatou-se que, de modo geral, a estrutura é insuficiente, em termos de recursos humanos, financeiros e de logística. Em alguns casos, até o espaço físico não é condizente com as atividades realizadas. Apesar dessas condições, todos os entrevistados mencionaram o empenho da equipe da GRS na implementação do programa, ainda que alguns poucos tenham afirmado que, algumas vezes, o fluxo de informações e o apoio necessário deixam a desejar por falta de conhecimento técnico de parte da equipe de coordenação regional. Por sua vez, os membros da GRS afirmaram manter um relacionamento muito bom com os hospitais e com as SMS. Segundo eles, o programa possibilitou a aproximação com os hospitais, ampliando o diálogo e criando um espaço de discussão que colabora com as iniciativas futuras de melhoria do sistema de saúde no Estado. O programa teria incentivado a cooperação entre os atores envolvidos na assistência à saúde, o que é um ponto extremamente positivo.

Além das visitas técnicas aos hospitais, outro procedimento de acompanhamento do programa realizado pela GRS é o exame de relatórios. Todos

os hospitais que integram o programa devem entregar relatórios quadrimestrais contendo informações sobre o que foi feito assim como, no caso do último de cada competência, a prestação de contas dos recursos utilizados. Esses relatórios sofreram algumas mudanças desde o início de implantação do programa e, a partir de 2010, eles passaram a ser mais sintéticos, facilitando a prestação de contas.

Observou-se uma crítica generalizada por parte dos secretários municipais de saúde e/ou seus representantes a esses relatórios, atribuída à falta de tempo para lê-los, uma vez que são sempre entregues na data limite de sua discussão na CIB.

Em relação à forma de analisar os relatórios por parte dos implementadores do programa, os procedimentos são mais de checagem administrativa do relatório antes de repassá-lo ao Comitê e, depois, à coordenação central do programa. O que se faz é um acompanhamento administrativo, não caracterizando, portanto, atividades contínuas de monitoramento com sinalizadores e sistematização do observado de modo a estimular ajustes ao longo do processo.

4.2.5 Acompanhamento realizado pelas Secretarias Municipais 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 das principais dificuldades para atingi-las.

Durante as entrevistas com os secretários municipais de saúde e/ou seus representantes, ênfase foi dada ao 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.

Merecem destaque ainda algumas considerações que emergiram nas entrevistas com os representantes da SMS e 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, aumentam as possibilidades de redução de áreas de atrito e os

registros de esforços conjuntos na superação de dificuldades e no apoio aos hospitais.

4.2.6 Cursos de capacitação

A formação dos quadros gerenciais dos hospitais beneficiados pelo programa em cursos de especialização e de capacitação, criados para atender diretamente ao Programa e coordenados pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, constitui um dos componentes do Pro-Hosp.

Na avaliação dos hospitais, estes 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 considerado como positivo pelos hospitais por possibilitar uma gestão mais profissionalizada e orientada por metas. Também para o pessoal da GRS, o curso tem sido proveitoso, embora nem sempre os profissionais que fazem o curso tenham autonomia para aplicar os conhecimentos adquiridos.

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, é preciso lembrar que os recursos do Pro-Hosp destinados à melhoria da gestão podem ser mobilizados para atender esta demanda. A terceira é a necessidade da abordagem da capacitação 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 destinados à melhoria da gestão poderiam ser utilizados nos treinamentos específicos.

4.2.7 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 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*. Apesar da importância desses seminários, é importante frisar que eles não substituem uma avaliação dos resultados do programa.

4.2.8 Participação dos organismos colegiados

De acordo com os entrevistados, à medida que a implantação do Pro-Hosp avançava, as CIBs e os Comitês foram se legitimando como fóruns para as decisões sobre a seleção dos hospitais, confirmando a importância desses espaços em garantir apoio e sustentabilidade ao programa.

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.

Esses resultados diferem daqueles encontrados na avaliação realizada no primeiro ano do programa (Fundação João Pinheiro, 2005). Naquele momento, não houve, na maioria dos municípios, participação dos secretários municipais 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, ressentiram-se 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 já foram precedidas de discussões nas diversas regiões do Estado. Houve, também, alguma participação das CIB macro e microregionais nas negociações (Fundação João Pinheiro, 2005).

4.2.9 O controle público do PRO-HOSP: a participação dos Conselhos Municipais de Saúde

Para compreender a participação dos organismos colegiados, foram entrevistados integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES). Em geral, os integrantes de Conselhos Municipais de Saúde afirmaram não conhecerem adequadamente o Pro-Hosp, pois seus conhecimentos frequentemente se limitam ao fato de os hospitais estarem recebendo recursos financeiros. A questão do repasse de recursos chama a atenção, porque, muitas vezes, possibilitou melhorias nos hospitais ou mesmo viabilizou o funcionamento de unidades hospitalares.

A prestação de contas envolvendo recursos públicos estaduais é frequentemente inserida nas pautas das reuniões destes conselhos, porém as pessoas, em geral, têm pouco conhecimento sobre o tema e há uma rápida discussão dos relatórios que, em seguida, são colocados para aprovação. Quando dispõem de conhecimento maior sobre o programa, os conselheiros reiteram a importância da fiscalização. Contudo, as críticas enunciadas pelos conselheiros não se traduzem em propostas de como o protagonismo do CMS poderia ser ampliado. As entrevistas revelam a preocupação com maior fiscalização dos hospitais para melhorar o atendimento aos usuários, mas não propriamente relacionada ao cumprimento das metas pactuadas.

No que se refere ao Conselho Estadual de Saúde (CES), a entrevista com o vice-presidente revelou que o Pro-Hosp é sempre discutido em suas reuniões. Entre as questões mais debatidas foram mencionadas: a) o não cumprimento de metas pelos hospitais, b) a utilização dos equipamentos comprados com recursos do programa para pacientes de planos de saúde e, c) a falta de garantia de que o hospital filantrópico beneficiado vá permanecer prestando assistência ao SUS.

Diferentemente do CMS, o CES ressentia-se de uma participação mais efetiva no programa. Segundo o conselheiro entrevistado, o CES só é chamado no

momento da aprovação do relatório de gestão, ao final do ano. Apesar dessas colocações, considera a proposta do Pro-Hosp positiva e reconhece que existem hospitais cumprindo o acordado e melhorando a qualidade da assistência prestada.

Desta forma, apesar de os CMS ainda não conhecerem o Pro-Hosp suficientemente, são instâncias a partir das quais se exerce o controle público da administração. Portanto, considera-se importante construir mecanismos que viabilizem o exercício destas atividades centrais para a transparência da gestão governamental.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da avaliação da implementação do Pro-Hosp constituem em mais uma evidência de que a demarcação estanque entre as fases de elaboração e implementação de uma política social carece de sentido, uma vez que, frequentemente, a elaboração continua durante a fase de implementação, criando “novas” políticas que se constituem em oportunidades para aumentar o valor daquelas anteriormente elaboradas (Sulbrandt, Navarrete, & Piergentili, 2007; Munévar, 2007).

Neste sentido, ao longo de sua execução, o processo de implementação do Pro-Hosp foi acompanhado por importantes alterações que favoreceram o seu aperfeiçoamento. Entre estas alterações, pode-se destacar a possibilidade de repactuar as metas e a forma de utilização de recursos; a divisão dos recursos em partes fixa e variável, que 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 a melhoria da gestão; o lançamento do Manual do Pro-Hosp, de modo a favorecer o alinhamento conceitual dos indicadores utilizados e, por fim, a simplificação dos relatórios de acompanhamento.

No que se refere aos fóruns de discussões previstos no programa, 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 espaços, 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. Além disto, a articulação entre os hospitais, as Gerências Regionais de Saúde (GRS) e os municípios pode favorecer iniciativas futuras de melhoria do SUS estadual.

Salienta-se que a incorporação, ainda que em processo de consolidação, dos atores envolvidos no programa e nele interessados constitui um avanço importante do Pro-Hosp no sentido de favorecer processos de tomada de decisão mais democráticos e garantir o apoio a sua implementação. Como consequência, 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 mostraram-se informados sobre as dificuldades enfrentadas pelos hospitais, as dificuldades no alcance das metas e a importância dos recursos repassados pelo Pro-Hosp.

Como principais resultados do programa, vale ressaltar a sua contribuição à melhoria da infraestrutura e da gestão dos hospitais, neste último caso, ao prover, cursos de capacitação e especialização e ao estabelecer como pré-requisito para a aprovação na especialização a elaboração de um Plano Diretor, até então, inexistente na grande maioria dos hospitais. Igualmente importante foi a introdução do acompanhamento de indicadores assistenciais e de desempenho, apesar das dificuldades em operacionalizar os cálculos, houve um avanço expressivo a partir do lançamento do Manual do programa.

No entanto, 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 e, ao mesmo tempo, impossibilita a direção da SES-MG, o governo e a sociedade de terem uma visão compreensiva do andamento do programa. Ademais, a capacidade operacional da coordenação central mostrou-se insuficiente frente ao volume de trabalho realizado, evidenciada na demora em responder às indagações da Gerência Regional de Saúde e na emissão de pareceres. Por sua vez, a GRS também enfrenta a falta de recursos de diversas naturezas, comprometendo a comunicação que possibilitaria a busca compartilhada de soluções de problemas identificados.

Como todos os programas, o Pro-Hosp também enfrenta dificuldades decorrentes de fatores externos, mas que condicionam a sua implementação. Neste sentido, o programa desenvolve-se num contexto caracterizado pela precária situação financeira dos hospitais ocasionada, entre outros fatores, pela baixa remuneração do SUS para os procedimentos de média complexidade. O cumprimento das metas e compromissos acordado é dificultado também pela alta rotatividade e pelo baixo comprometimento dos médicos, em especial. A falta destes profissionais foi apontada, especialmente, nos municípios de menor porte populacional.

Por fim, pode-se afirmar que a discussão da implementação do Pro-Hosp aqui realizada corrobora a visão da implementação de uma política social como um processo de aprendizado que envolve uma rede de agentes o que, por sua vez, demanda a construção de arranjos cooperativos e de formas de coordenação eficazes.

REFERÊNCIAS

Carneiro, Carla, B. L., & COSTA, Bruno L. D. (2003, julho). Exclusão Social e Políticas Públicas: Algumas Reflexões a Partir das Experiências Descritas no Programa Gestão Pública e Cidadania. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*. Volume 28. Belo Horizonte.

Cassiolato, Martha, & Guerresi, Simone. (2010, setembro). Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Ipea. *Nota Técnica Ipea*, 6.

Cohen, Ernesto, & Franco, Rolando. (2000). *Avaliação de projetos sociais*. Petrópolis: Vozes.

Filgueiras, Cristina A. C. (2001, mayo). Los casos de los Ministerios de Hacienda y de Salud en Chile. In: CLAD. La modernización de la administración pública en América Latina y el Caribe. Caracas. (Documentos Estudios de Casos, n.1-1).

Forgia, Jerry La. (2003, março). *Em busca da excelência: melhorando a performance dos hospitais no Brasil*. Brasília.

Fundação João Pinheiro. (2005). *Estudo de avaliação externa do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG: módulo macrorregional*. Belo Horizonte

Fundação João Pinheiro. (2010A). *Avaliação do processo de implementação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG*. Belo Horizonte.

Fundação João Pinheiro. (2010B). *Avaliação de impacto do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)*. Belo Horizonte.

Garnier, Leonardo; & Mora, Mario. (1999, fev.) Compromisos de resultados en el sector social. Su aplicación en Costa Rica. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, n. 13.

Hill, Michael. (2006). Implementação: uma visão geral. In: Saravia, Enrique, & Ferrarezi, Elisabete. (org.). *Políticas Públicas*. Brasília: ENAP, vol. 2.

Jannuzzi, Paulo, Silva, Maria R.F. M, Sousa, M. A. F., & Resende, Leonardo M. (2009). Estruturação de sistemas de monitoramento e especificação de pesquisas de avaliação: os problemas dos programas públicos no Brasil são. ENAP. *Caderno EIAPP*. Reflexões para Ibero-América. Brasília.

Kliksberg, B. (1994, jul./set.) Redesenho do Estado para o desenvolvimento sócio-econômico e a mudança: uma agenda estratégica para discussão. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 28(3):5-25.

Munévar, M.V.W. (2007). El control de gestión por resultados y la política social. In: *Entre el diseño y la evaluación: El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. BID.

Nogueira, R. M. (1998). Los proyectos sociales: da la certeza omnipotente al comportamiento estratégico. *Serie Políticas Sociales*, Santiago do Chile, n. 24.

Silva, Pedro Luiz Barros, & Melo, Marcus André Barreto. (2000). O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. NEPP/UNICAMP, *Caderno 48*.

Sojo, Ana. (1998, julho) Hacia unas nuevas reglas del juego: los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparativa. *Serie Políticas Sociales*, Santiago do Chile, n. 27.

Sulbrandt, José, Navarrete, Natalia, & Piergentili, Natalia. (2007). Formas organizacionales que facilitan la entrega de servicios sociales. In: *Entre el diseño y la evaluación: El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. BID.

Sulbrandt, José. (1994). A avaliação dos programas sociais: uma perspectiva crítica dos modelos usuais. In: Kliksberg, B. *Pobreza: uma questão inadiável*.

Yin, Robert. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. (2a



Este trabalho foi licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição – Não Comercial 3.0 Brasil

- ⁱ A [Comissão Intergestores Bipartite \(CIB\) 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. Para facilitar as negociações, em Minas Gerais foram criadas, ainda, as CIBs micro e macrorregionais.
- ⁱⁱ O Pro-Hosp é executado em dois módulos: macro e microrregional, tendo em vista a abrangência de atuação dos hospitais participantes.