

*Escola Nacional de Saúde Pública  
Fundação Oswaldo Cruz  
Mestrado Profissionalizante – Turma SAS - 2002/03*

**RODRIGO RODRIGUES MIRANDA**



*Análise do Modelo de Colaboração do Programa  
Centros Colaboradores para a Qualidade da  
Gestão e da Assistência Hospitalar*

*Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Elizabeth Artmann*

*Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.*

*Março de 2004.*

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus – quanto mais nos aproximamos do saber, mais se torna concreta a certeza de Tua existência, pois a sabedoria é uma conquista que buscamos eternamente e ela está em Ti.*

*Aos meus Pais, Nivaldo (in memoriam) e Elizete, pelo dom da vida;*

*À Elza, minha esposa querida, que abriu mão de momentos de convívio, quando o dever e o estudo me chamaram;*

*Aos Colegas do Ministério da Saúde, pelos laços que se formaram e um ideal comum conquistado;*

*Aos Mestres da ENSP, que transmitiram seus conhecimentos e experiências incentivando a seguir esse difícil e lindo caminho da Saúde Pública;*

*À Beth Artmann, minha orientadora, pelo carinho, atenção e profissionalismo dedicados à este trabalho.*

*Dedico este trabalho ao nascimento de minha filha, **Beatriz**, que transformou a minha vida, renovando as minhas forças.*

**“De tudo três coisas:  
A certeza de estarmos sempre começando;  
A certeza de que é preciso continuar;  
E a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminarmos.  
Fazer da interrupção um caminho novo, da queda um passo de dança, do medo uma procura e  
da procura um encontro ”.**  
**Fernando Sabino**

## SUMÁRIO

<i>LISTA DE FIGURAS</i> .....	<i>xi</i>
<i>RESUMO</i> .....	<i>xii</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>xiii</i>
<i>ABSTRACT</i> .....	<i>xiii</i>
<i>INTRODUÇÃO</i> .....	<i>14</i>
<i>OBJETIVOS</i> .....	<i>16</i>
<i>Objetivo Geral</i> .....	<i>16</i>
<i>Objetivos Específicos</i> .....	<i>16</i>
<i>CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</i> .....	<i>17</i>
<i>CAPÍTULO I</i> .....	<i>21</i>
<i>Organizações de Saúde: sua especificidade e a adaptação de conceitos como mudança cultural, qualidade e benchmarking</i> .....	<i>21</i>
<i>Introdução</i> .....	<i>22</i>
<i>As Especificidades das Organizações de Saúde</i> .....	<i>22</i>
<i>Mudança Cultural e Planejamento nas Organizações de Saúde</i> .....	<i>27</i>
<i>Avaliação em Saúde</i> .....	<i>32</i>
<i>Fatores-Chave de Sucesso</i> .....	<i>34</i>
<i>Trabalhando o Conceito de Qualidade em Saúde</i> .....	<i>36</i>
<i>Benchmarking</i> .....	<i>39</i>
<i>CAPÍTULO II</i> .....	<i>45</i>
<i>O Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar</i> .....	<i>45</i>
<i>Apresentação</i> .....	<i>46</i>
<i>Antecedentes</i> .....	<i>46</i>
<i>Definição</i> .....	<i>47</i>
<i>Objetivos do Programa</i> .....	<i>48</i>

<i>Termo de Cooperação Técnica</i> .....	48
<i>Portarias</i> .....	49
<i>Fases do Programa</i> .....	49
<i>CrITÉrios de Seleção dos Centros Colaboradores</i> .....	49
<i>Atribuições</i> .....	53
<i>CrITÉrios de Elegibilidade e Priorização dos Hospitais Clientes</i> .....	54
<i>Hospitais Clientes participantes da primeira Fase do Programa (2000/2001):</i> .....	55
<i>Incentivo aos Centros Colaboradores</i> .....	58
<i>Áreas de Assessoria</i> .....	59
<i>Etapas de Desenvolvimento das Ações Programadas</i> .....	70
<i>Produtos Desenvolvidos</i> .....	71
<i>Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão Hospitalar</i> .....	71
<i>Projeto de Cooperação Técnica Bilateral Brasil França</i> .....	71
<i>Seminários</i> .....	72
<i>Viagens</i> .....	73
<i>Custos do Programa</i> .....	73
<b>CAPÍTULO III</b> .....	75
<i>Sistematização dos Produtos da Oficina de Avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar</i> .....	75
<i>Contexto</i> .....	76
<i>Resultados</i> .....	79
<i>1º Nível de Análise</i> .....	80
<i>2º Nível de Análise</i> .....	82
<i>3º Nível de Análise</i> .....	98
<i>4º Nível de Análise</i> .....	107
<i>1) Atividades desenvolvidas no Programa Centros Colaboradores</i> .....	108

<i>2) Mapeamento dos Principais Atores do Programa Centros Colaboradores.....</i>	<i>114</i>
<i>3) Valoração dos Atores.....</i>	<i>115</i>
<i>4) Análise da Posição dos Atores.....</i>	<i>117</i>
<i>5) Gráfico de Valoração dos Atores .....</i>	<i>118</i>
<i>6) Plano de Ação .....</i>	<i>119</i>
<b><i>CAPÍTULO IV .....</i></b>	<b><i>121</i></b>
<i>Discussão e Considerações Finais .....</i>	<i>121</i>
<b><i>DISCUSSÃO .....</i></b>	<b><i>122</i></b>
<b><i>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</i></b>	<b><i>131</i></b>
<b><i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i></b>	<b><i>134</i></b>
<b><i>ANEXOS.....</i></b>	<b><i>139</i></b>
<i>Instrumento Base para as Oficinas de Trabalho.....</i>	<i>140</i>
<i>Planilha Resumo do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.....</i>	<i>145</i>
<i>Consolidado das Ações Programadas .....</i>	<i>148</i>

## **LISTA DE GRÁFICOS**

<i>Gráfico 1 - Distribuição Percentual das Atribuições do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar .....</i>	<i>62</i>
<i>Gráfico 2 – Média Geral por Critério Avaliado no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar .....</i>	<i>81</i>
<i>Gráfico 3 – Notas comparativas entre valores máximo e obtido, por critérios de avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar</i>	<i>81</i>
<i>Gráfico 4 – Valoração dos Atores.....</i>	<i>118</i>

## **LISTA DE QUADROS**

<i>Quadro 1 - Atribuições e áreas gerenciais ou assistenciais para atuação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. ....</i>	<i>60</i>
<i>Quadro 2 - Parcerias Estabelecidas e Ações Programadas do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.....</i>	<i>62</i>
<i>Quadro 3– Justificativas Positivas do Critério Pertinência .....</i>	<i>83</i>
<i>Quadro 4 – Justificativas Negativas do Critério Pertinência.....</i>	<i>84</i>
<i>Quadro 5 – Justificativas Positivas do Critério Coerência.....</i>	<i>86</i>
<i>Quadro 6 – Justificativas Negativas do Critério Coerência .....</i>	<i>87</i>
<i>Quadro 7 – Justificativas Positivas do Critério Eficiência.....</i>	<i>89</i>
<i>Quadro 8 – Justificativas Negativas do Critério Eficiência .....</i>	<i>90</i>
<i>Quadro 9 – Justificativas Positivas do Critério Impacto .....</i>	<i>92</i>
<i>Quadro 10 – Justificativas Negativas do Critério Impacto .....</i>	<i>93</i>
<i>Quadro 11– Justificativas Positivas do Critério Permanência.....</i>	<i>95</i>
<i>Quadro 12 – Justificativas Negativas do Critério Permanência.....</i>	<i>96</i>
<i>Quadro 13 – Dificuldades Encontradas no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar .....</i>	<i>99</i>
<i>Quadro 14 – Perspectivas do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.....</i>	<i>102</i>
<i>Quadro 15 – Sugestões de Melhorias no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar .....</i>	<i>104</i>
<i>Quadro 16 – Plano de Ação e Acompanhamento.....</i>	<i>120</i>

## **LISTA DE TABELAS**

<i>Tabela 1 – Grupos e Critérios de Avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. ....</i>	<i>81</i>
<i>Tabela 2 - MATRIZ ATIVIDADES/ATORES.....</i>	<i>112</i>
<i>Tabela 3 - Programabilidade das Atividades X Termo de Cooperação Técnica. ....</i>	<i>113</i>
<i>Tabela 4 – Valoração do Ator 1.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 5 – Valoração do Ator 2.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 6 – Valoração do Ator 3.....</i>	<i>116</i>
<i>Tabela 7 – Fatores Estratégicos de Êxito – Ator 1 .....</i>	<i>117</i>
<i>Tabela 8 – Fatores Estratégicos de Êxito – Ator 2 .....</i>	<i>117</i>
<i>Tabela 9 – Fatores Estratégicos de Êxito – Ator 3 .....</i>	<i>118</i>

## **LISTA DE FIGURAS**

<i>Figura 1 - Menu do Benchmarking de Spenolini.....</i>	<i>44</i>
<i>Figura 2 – Objetivos do Programa Centros Colaboradores .....</i>	<i>48</i>
<i>Figura 3 – Hospitais Centros Colaboradores .....</i>	<i>50</i>
<i>Figura 4 - Distribuição Regional dos Centros Colaboradores.....</i>	<i>53</i>
<i>Figura 5 – Freqüência, por Região, dos Hospitais Clientes do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar – Fase 2.....</i>	<i>57</i>
<i>Figura 6 – Características do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.....</i>	<i>61</i>
<i>Figura 7 – Freqüência e % de Viagens de Assessoria realizadas pelo Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar .....</i>	<i>73</i>
<i>Figura 8 – Gasto em Reais com de Viagens de Assessoria realizadas pelo Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar –Fases 1 e 2. ....</i>	<i>74</i>

## **RESUMO**

*Este estudo refere-se a uma análise do modelo de colaboração desenvolvido a partir da experiência do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, ocorrido no período de junho de 2000 a dezembro de 2002. Destina-se a apresentar um histórico dessa experiência, à luz de alguma categoria teóricas norteadoras, especificidades das organizações de saúde, qualidade em saúde, “démarche stratégique” e “benchmarking”, sistematizando os resultados de uma oficina de avaliação, realizada em Brasília/DF, que passaram por quatro níveis de análise. Identificaram-se as dificuldades encontradas e as oportunidades de melhoria visando recompor uma proposta para a retomada das ações de continuidade, manutenção ou correção de rumo do referido Programa. A base de dados foi obtida a partir de documentação técnica produzida para o público específico desse Programa no decorrer dos dois anos e meio de sua implantação. Utilizou-se, também, um instrumento de análise a partir de algumas categorias adaptadas do formato Fatores Chaves de Sucesso da “démarche strategique”, por sua vez inspirado em Michel Porter. Os resultados demonstraram que esse exemplo inovador de colaboração no Brasil se configura como um instrumento potencial que pode contribuir para o enfrentamento de algumas dificuldades gerenciais encontradas em hospitais brasileiros. Trata-se a rigor de mais um modelo de sistemática de trabalho, baseada em benchmarking, potencialmente utilizável para outras áreas e outros tipos de serviços, com ou sem o patrocínio público.*

## **ABSTRACT**

*This study refers to an analysis of the model of collaboration developed from the experience acquired in the Collaborating Centers Program for the Quality of Hospital Administration that happened from June 2000 to December 2002. It is destined to present a report of that experience, based on some theoretical category of orientation, specific health organizations, health quality, “démarche stratégique” and “benchmarking”, systematizing the results of an evaluation workshop, accomplished in Brasilia/DF, that went by four analysis levels. They identified the difficulties and the improvement opportunities seeking to recompose a proposal for the retaking of the continuity actions, maintenance or correction of direction of the referred Program. The database was obtained from technical documentation produced for the specific public of that Program in the elapsing of the two and half years of its implantation. It was used, also, an analysis instrument from some adapted categories of the format, Key Factors of Success from the “démarche Strategique”, for it’s time inspired in Michel Porter. The results demonstrated that this innovative example of collaboration in Brazil is configured as a potential instrument that can contribute to fight some managerial difficulties found at Brazilian hospitals. It is basically one more model of work systematics, based on benchmarking and potentially usable for other areas and other types of services, with or without the public patronage.*



## **INTRODUÇÃO**

*A competitividade mundial aumentou, acentuadamente nas últimas décadas, obrigando as organizações de saúde a um contínuo aprimoramento de seus processos, produtos e serviços, visando oferecer alta qualidade com baixo custo e assumir uma posição de liderança no mercado onde atua. Na maioria das vezes o aprimoramento exigido, sobretudo pelos clientes dos processos, produtos e serviços, ultrapassa a capacidade das pessoas envolvidas, por estarem elas presas aos seus próprios paradigmas.*

*Nos últimos anos, mudanças econômicas e políticas levaram muitos países a tentar diversas abordagens para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Nosso país enfrenta um processo de crise, com escassez de recursos financeiros, que torna mais dramática frente às aceleradas transformações tecnológicas e à crescente demanda de melhores produtos e serviços.*

*O Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, principalmente na sua forma de implementação, desenvolveu uma proposta diferente no processo de realização de consultoria e na difusão da qualidade de gestão e assistência hospitalar brasileira. É provável que não existam experiências anteriores, na área hospitalar, com a dimensão, lógica e a filosofia desse programa no Brasil.*

*O Programa, na sua concepção, tenta estabelecer uma proposta de trabalho entre instituições hospitalares com diferentes níveis gerenciais abordando questões como a transferência de conhecimentos, desenvolvimento de metodologias de gestão e de tecnologias, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, trazendo a possibilidade de reorganizar e ampliar a oferta de serviços, beneficiando os usuários.*

*O modelo de colaboração estudado se caracteriza como uma proposta que permite o uso criativo de metodologias compartilhadas de conhecimento ao promover um intercâmbio de experiências exitosas na área da saúde, sobre boas práticas reconhecidas, por um grupo de hospitais brasileiros, intermediadas por um órgão público, no caso específico, o Ministério da Saúde. Pode-se considerá-lo como uma experiência bem sucedida de benchmarking na área de saúde pública.*

*Em virtude disso, e por não existirem experiências anteriores com esta natureza que possam balizar os procedimentos tanto na implantação, como no desenvolvimento, acompanhamento e avaliação, torna-se necessário analisar o processo desenvolvido para subsidiar proposições para as ações futuras, visando a sua consolidação ou correção de rumo.*

*A oportunidade de acompanhar essa experiência, como técnico supervisor, trouxe alguns ganhos pessoais e profissionais. Primeiro, a possibilidade de conhecer inúmeras práticas exitosas*

*na área de gestão e assistência hospitalar que são simples, criativas e usuais para o dia a dia de muitos hospitais. Segundo, a percepção de que essas atividades podem ser compartilhadas e potencializadas para outros tantos estabelecimentos de saúde, e a metodologia utilizada, ser ajustada para outras áreas diferentes da saúde, com ou sem financiamento público.*

*Muitas ações efetivamente criativas, práticas e viáveis são perdidas ou abortadas pela falta de registro. No caso do Programa Centros Colaboradores, a consolidação do conhecimento produzido, aproveitando-se a oportunidade oferecida pela Secretaria de Assistência à Saúde, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP-RJ, por meio de um Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública, permitirá o resgate de sua história e a análise do seu potencial de difusão.*

*A análise do modelo empregado e a possibilidade de difusão do modelo para outras áreas podem contribuir para obter ensinamentos e alternativas de ação que podem ser utilizados em outras realidades, com conseqüente otimização de recursos públicos alocados. Consideramos a experiência dos Centros Colaboradores como um instrumento potencial que pode contribuir para o enfrentamento de algumas dificuldades gerenciais encontradas em alguns hospitais brasileiros.*

*O trabalho está organizado em três capítulos e se propõe a analisar o modelo de colaboração utilizado pelo Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no período de junho de 2000 a dezembro de 2002, à luz de algumas categorias teóricas norteadoras. Objetiva-se apresentar um histórico da implantação da experiência desenvolvida e os resultados de avaliação ocorrida no IV Seminário do Programa, examinados em 4 níveis de análise. Além disso, identificar as dificuldades encontradas, oportunidades de melhoria e sugestões para recompor propostas e/ou ações futuras de continuidade ou manutenção do modelo empregado, neste contexto.*

*A síntese dos principais pressupostos orientadores do estudo indica que esse modelo de colaboração no SUS, com a dimensão, lógica e filosofia adotadas, foi uma proposta inovadora na área hospitalar brasileira, sendo uma adaptação de benchmarking em serviços públicos de saúde, podendo gerar mudanças positivas na forma de gestão dos hospitais brasileiros, mas que deve-se levar em conta as especificidades das organizações de saúde.*

*Propostas inovadoras voltadas para a área da gestão e assistência hospitalar como a dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar podem contribuir para o aperfeiçoamento, qualificação e padronização dos serviços hospitalares do País. Pela forma com que foi desenhado ele tem potencial de trazer respostas às necessidades de melhoria da qualidade da atenção prestada na rede de atenção médico hospitalar, assim como às expectativas de seus gestores.*

## **OBJETIVOS**

*Os seguintes objetivos guiaram este estudo:*

### ***Objetivo Geral***

- ✓ *Analisar o modelo de colaboração desenvolvido no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do SUS, ocorrido no período de junho de 2000 a dezembro de 2002.*

### ***Objetivos Específicos***

- ✓ *Apresentar os principais elementos teóricos, a partir de algumas categorias norteadoras, de forma a permitir a articulação entre o objeto estudado e os conhecimentos existentes para a compreensão parcial da realidade estudada;*
- ✓ *Apresentar um histórico da implantação da experiência desenvolvida, à luz das categorias teóricas selecionadas, resgatando aspectos técnicos de maneira que a sua história não se perca;*
- ✓ *Sistematizar os resultados da avaliação ocorrida em dezembro de 2002, no IV Seminário do Programa, considerando-se o instrumento de avaliação criado e as discussões das oficinas de trabalho;*
- ✓ *Apresentar e analisar os principais produtos dessa avaliação identificando as dificuldades encontradas, oportunidades de melhoria e sugestões visando recompor uma proposta para as ações futuras para a continuidade, manutenção e/ou expansão do Programa.*

## **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

*Este trabalho trata da análise das experiências concretas dos hospitais envolvidos no Programa Centros Colaboradores no período de junho de 2000 a dezembro de 2002, à luz de algumas categorias teóricas: especificidade das organizações de saúde, qualidade em saúde, mudança cultural e planejamento nas organizações em saúde, avaliação em saúde, fatores chave de sucesso e benchmarking. Alguns autores foram selecionados para tecer alguns pressupostos de forma a permitir a articulação possível com a realidade estudada. Nesse contexto, destacam-se: Artmann, Cecílio, Cremadez, Hartz, Matus, Mintzberg, Minayo, Porter, Nogueira, Rivera, Turchi e Spendolini.*

*A seguir apresenta-se, passo a passo, os procedimentos metodológicos:*

- ✓ *Levantamento e estudo da bibliografia pertinente;*
- ✓ *Definição de alguns pressupostos teóricos que servem de pano de fundo para a análise do modelo de colaboração desenvolvido no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar;*
- ✓ *Levantamento de todo o material produzido pelos técnicos do Programa: portarias, manuais operacionais, relatórios técnicos de consultoria, avaliação e supervisão, termos de referência e cartilhas;*
- ✓ *Construção de um instrumento adaptado a partir dos Fatores Chave de Sucesso de Michel Porter,;*
- ✓ *Apresentação dos resultados e análise das experiências acima referidas, apoiada nos pressupostos anteriormente definidos.*

*Os pressupostos de trabalho que motivaram este estudo foram:*

- ✓ *A experiência desenvolvida, com a dimensão, lógica e filosofia desse Programa, é uma proposta inovadora na área hospitalar no Brasil;*
- ✓ *A experiência relatada é uma experiência de benchmarking adaptada aos serviços públicos de saúde que deve levar em conta as especificidades das organizações de saúde;*
- ✓ *Esse modelo de colaboração no SUS pode gerar mudanças positivas na forma de gestão dos hospitais brasileiros.*

*A base de dados do estudo foi composta por documentação técnica produzida no decorrer dos dois anos e meio do programa: portarias, manuais, relatórios técnicos, termo de referência,*

*cartilha do Programa, e as respostas dos técnicos participantes do IV Seminário do Programa Centros Colaboradores, frente a um questionário de avaliação desenvolvido por técnicos da SAS. Foi utilizado, também, um instrumento de análise a partir de algumas categorias adaptadas do formato Fatores Chaves de Sucesso da “démarche stratégique”, por sua vez inspirado em Michel Porter.*

*Quanto à estrutura, o trabalho foi dividido em quatro capítulos: o primeiro, de revisão bibliográfica. O segundo, de identificação e apresentação do processo de desenvolvimento da experiência, com vistas ao resgate histórico do modelo de colaboração desenvolvido. O terceiro, de consolidação dos produtos da oficina de trabalho de avaliação do Programa Centros Colaboradores. E o quarto, de discussão e considerações finais, considerando os resultados apresentados, com vistas à identificação de elementos subsidiadores para a retomada estratégica da proposta dos Centros Colaboradores.*

### **Análise**

*A articulação entre as abordagens quantitativas e qualitativas no campo da pesquisa em saúde tem sido alvo de debates anteriores, especialmente nos anos 90, tanto no exterior como no Brasil (Deslandes e Assis, 2002). Riggin (1997) acredita que os pesquisadores têm aprendido a combinar informação quantitativa e qualitativa o que não é só desejável como inevitável.*

*Trazendo esse debate para o campo da saúde, Minayo (2002), no que concerne à problemática teórica, a sua especificidade é dada pelas inflexões sócio-econômicas, políticas e ideológicas relacionadas ao saber técnico e prático sobre saúde e doença, sobre a institucionalização, a organização, administração e avaliação dos serviços e a clientela dos sistemas de saúde. Tudo isso, remete-se a um contexto muito específico e estratégico.*

*A necessidade de considerar a interdependência das variáveis, em sua inserção contextual, exige uma multiplicidade de abordagens metodológicas (Mark e Shotland, 1987, apud Hartz, 2002). A elaboração dos níveis de análise levou em conta essas características, ou seja, o reconhecimento de que o campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos, integrados e que requer uma abordagem diferenciada para transformar a realidade, repensada permanentemente. Teoricamente isso significa dificuldades de aproximação do objeto estudado, de vencer dicotomias analíticas, de se mover no terreno da totalidade das dimensões que o assunto revela e oculta.*

*Uma estratégia de análise qualitativa pelo viés quantitativo foi utilizada por Assis (1999) apud Minayo e Deslandes (2002) ao construir categorias de análise que orientaram a elaboração de*

roteiro de entrevista qualitativa. Além da análise do conteúdo, aos resultados foram atribuídos scores às categorias de análise (variáveis) previamente acordadas.

Para Guilhemin et al. (1993) apud Minayo e Deslandes (2002), a adaptação transcultural de um instrumento de aferição apresenta dois componentes: a tradução propriamente dita e a sua adaptação cultural. O processo deve ser uma combinação entre a tradução literal de palavras e frases de um idioma ao outro e uma adaptação que inclua o contexto cultural e o estilo de vida da população-alvo da versão.

Reichenheim e Moraes (2002) afirmam que o primeiro passo para a definição de um instrumento de pesquisa em saúde é o de se fazer uma detalhada revisão bibliográfica para indicar ao pesquisador se realmente há instrumentos satisfatórios para captar o objeto em foco, ou caso contrário, sugerir que se invista em um instrumental totalmente novo.

Esses autores, na conclusão de estudo sobre pilares que sustentam a validade de estudos epidemiológicos, sugerem que um exame atento ao instrumental é prudente, sem perder a perspectiva de que, sempre que possível, se invista em adaptações formais de instrumentos elaborados e outros contextos.

O questionário de avaliação que subsidiou as reflexões, discussões e formatação das apresentações dos grupos participantes do IV Seminário do Programa Centros Colaboradores, ocorrido em dezembro de 2002, foi um híbrido adaptado de uma experiência francesa na área de avaliação em saúde, de autor desconhecido, com a experiência brasileira de avaliação do serviço público, adotada pelo Ministério do Planejamento, no segundo semestre de 2002.

Foram apresentados alguns itens para subsidiar a reflexão, discussão e as apresentações dos grupos participantes da Oficina de Avaliação do Programa. Além da mensuração qualitativa por escrito, algumas questões receberam uma pontuação na ótica dos participantes. Os produtos dessa oficina inspiraram os quatro níveis de análise desse estudo, conforme descrição a seguir:

◇ **1º nível:** sistematização do que os participantes da oficina avaliaram, considerando-se as notas atribuídas aos critérios de avaliação criados por técnicos da SAS: pertinência, coerência, eficiência, eficácia, impacto e permanência (Anexo I).

◇ **2º nível:** sistematização qualitativa, ou seja, das justificativas atribuídas aos critérios de avaliação, categorizando-as por assunto ou temas afins de acordo com os comentários dos participantes.

◇ **3º nível:** identificação das dificuldades operacionais encontradas, a análise das perspectivas do Programa e as sugestões para melhorias, de acordo com as respostas dos grupos.

◇ **4º nível:** consolidação das respostas dos subgrupos utilizando uma adaptação do Formato Fatores Chaves de Sucesso, do enfoque da “*démarche stratégique*”.

*O quarto nível de análise foi uma tentativa de adaptação e de simplificação do guia da démarche strategique, utilizada por Rivera e Artmann (1997 e 2002), e idealizada por M. Cremadez e F. Grateau, que utilizaram o método para definição de Missão Hospitalar.*

*A adaptação do método neste trabalho foi utilizada como guia para identificar os Fatores Chaves de Sucesso relacionados com cada ator envolvido na operacionalização do Programa: Ministério da Saúde, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, visando a retomada de ações estratégicas.*

*Os passos estabelecidos neste trabalho para essa análise foram:*

- 1) Descrição Geral das atividades desenvolvidas no Programa Centros Colaboradores, apontadas nas respostas dos técnicos participantes da oficina;*
- 2) Descrição das atribuições/responsabilidades apontadas formalmente, por meio do Termo de Cooperação Técnica do Programa;*
- 3) Construção de matriz de atividades dos atores principais do Programa: Ministério da Saúde, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes;*
- 4) Análise do Valor de cada Ator do Programa, atribuindo-se pesos (1% a 100%) e notas (de 0 a 20), na visão do autor;*
- 5) Identificação dos Fatores Estratégicos de Êxito, definidos para cada ator do Programa Centros Colaboradores;*
- 6) Gráfico de Valoração dos Atores do Programa Centros Colaboradores;*
- 7) Plano de Ação para subsidiar a recomposição de uma proposta para a retomada das ações do Programa Centros Colaboradores.*



***Organizações de Saúde: sua  
especificidade e a adaptação de conceitos  
como mudança cultural, qualidade e  
benchmarking.***

## **Introdução**

*Este capítulo apresenta as categorias teóricas selecionados que ajudarão a compor a análise do objeto de estudo pretendido. Vários autores, com suas bibliografias nesta área contribuíram para a formulação desse capítulo, destacando-se entre eles: Artmann, Cecílio, Cremadez, Hartz, Matus, Mintzberg, Minayo, Nogueira, Porter, Rivera e Spendolini.*

*Foram utilizadas as seguintes categorias teóricas: especificidade das organizações de saúde, mudança cultural, planejamento e avaliação nas organizações de saúde, fatores chave de sucesso, qualidade em saúde e benchmarking.*

*Minayo (2002) afirma que um dos obstáculos encontrados pelos pesquisadores, muito comum na interpretação dos trabalhos empíricos, é a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo para análise. Esses fatos trazem uma polêmica que tem haver com os próprios limites do conhecimento e com a luta intelectual para ultrapassá-los.*

*O desafio aqui é o de trazer alguns dos principais marcos conceituais que se relacionam com a temática dos Centros Colaboradores, de forma a permitir a construção da análise desse modelo de colaboração entre hospitais no SUS, a partir das linhas teóricas apresentadas a seguir.*

### **As Especificidades das Organizações de Saúde**

*Segundo Dussault (1992) o corpo de conhecimentos denominado Teoria das Organizações tem uma história relativamente curta, de mais ou menos um século. Cresceu rapidamente, porém sem produzir teorias capazes de refletir a complexidade das organizações. Sua imagem passou de entidades programáveis, funcionando como máquinas, a sistemas complexos mudando todo o tempo, adotando formas novas para se adaptar ao ambiente mutável.*

*A popularidade do uso de analogias e de metáforas para explicar o funcionamento das organizações ilustra eloqüentemente a dificuldade de teorização de uma realidade tão complexa. Morgan (1996) propõe uma síntese da literatura segundo oito metáforas: a organização como máquina, organismo, cérebro, cultura, sistema político, “presídio psíquico”, fluxo e transformação, e como instrumento de dominação.*

*Mintzberg (1979) afirma que qualquer organização pode ser descrita como constituída de operadores que produzem bens ou serviços (operating core); de um centro de decisão (strategic apex); de gerentes, mais numerosos à medida que a organização cresce (middle line); de especialistas, técnicos ou analistas, se for necessário, que planejam o trabalho dos operadores (technostructure); de pessoal de apoio (support staff). São os componentes básicos da organização,*

*ligados (ou divididos) por crenças, representações, tradições que compõem a cultura da organização.*

*As organizações hospitalares apresentam algumas especificidades advindas das características de seu processo de trabalho e do ambiente em que se inserem, o que lhes confere a condição de serem consideradas como uma das mais complexas do mundo organizacional. Mintzberg (1989) faz uma análise das organizações de saúde discutindo as suas especificidades, que ele chama de “Organizações Profissionais”, devido à natureza do trabalho que lá se realiza. Vários autores da área da saúde, baseados neste autor, discutem essas características (Artmann:1997, 2002; Azevedo:1997; Lima:1996; Cecílio:1997; Rivera:1997, 1993; Nogueira:1994).*

*Lima (1996) cita que as organizações hospitalares apresentam algumas especificidades advindas das características de seu processo de trabalho. Dependendo do que é escolhido como problema a ser enfrentado na organização e de como ele é explicado, resultarão modelos distintos de intervenção ou diferentes modelos gerenciais. Um dado sistema de direção busca dar respostas ao que é problemático na organização.*

*Para Cecílio (1997) o hospital, pode se dizer, é a mais complexa das organizações de saúde. São fatores determinantes, contributivos e que caracterizam essa situação: alto grau de especialização e autonomia dos trabalhadores, a perene tensão entre a base técnica da ponta e o ápice administrativo gerencial, organogramas verticalizados que dificultam o fluxo de comunicação e alimentam conflito e dificuldades de responsabilização de problemas com tendências de encaminhamentos para os decisores.*

*Nogueira (1994) afirma que objeções de várias ordens e inspiradas em disciplinas diversas – economia, clínica, administração – podem aparecer, pondo em dúvida a validade dos princípios dos programas de Qualidade, no setor saúde, devido às especificidades das atividades de saúde. Algumas dessas especificidades comumente mencionadas são as seguintes:*

✓ *uma boa parte das empresas de serviços de saúde e hospitais não é movida pela busca de lucro, nem a curto nem a longo prazo; por outro lado, o mercado de serviços de saúde funciona com um nível relativamente reduzido de competitividade; portanto, uma das principais alavancas para deslanche e sustentação dos programas de Qualidade está ausente nessa área;*

✓ *a variabilidade dos produtos ou serviços oferecidos nos hospitais e clínicas decorre de uma exigência técnica de adaptação às necessidades de cada indivíduo (cada enfermo é um caso e não uma doença) e não há como padronizar o conjunto de atividades clínicas, na medida em que estão afetas ao juízo do médico, o qual arbitra em condições concretas acerca das necessidades do paciente;*

✓ a produção de serviços de saúde é executada por um grupo extremamente heterogêneo de agentes, em que aparecem, de um lado, os médicos, e, de outro, uma ampla gama de trabalhadores, com níveis educacionais e de qualificação profissional muito distintos entre si, daí resultando interesses e motivações conflitantes, que impedem a construção de um espírito de equipe e o orgulho quanto à Qualidade dos serviços produzidos;

✓ o usuário de saúde não é como um consumidor comum diante das mercadorias e está desprovido de conhecimentos técnicos que lhe permitam avaliar a adequação do serviço às suas necessidades; ademais, não tem controle ou consciência sobre a forma como se dá o consumo desses serviços; portanto, é difícil aceitar o papel de centralidade na definição da Qualidade em Saúde.

Os diferentes olhares que se voltam para as organizações trazem à tona aspectos cruciais na compreensão de seu funcionamento, que podem enriquecer a capacidade de análise dos dirigentes e tornar a ação gerencial mais eficaz, uma das condições necessárias a um desempenho organizacional também mais eficaz (Motta, 1991, apud Lima, 1996).

A partir de Mintzberg (1982), Cremadez (1997) define, com rigor, as principais características de uma organização profissional:

✓ *Primazia do centro operacional*: engloba um grande número de unidades bastante independentes, altamente especializadas, que reconhecem um ambiente diferenciado. Significa que estas unidades são mais importantes que outras estruturas/instâncias organizacionais, reunindo suficiente saber e autonomia para tomarem suas próprias decisões. Por outro lado, cada centro operacional se diferencia por ter suas próprias normas, procedimentos, usuários diferenciados e por estarem ligadas a diferentes entidades ou sociedades de especialistas (sociedade de cardiologia, sociedade de oftalmologia, ortopedia, de cirurgões, etc).

✓ *Preponderância do relacional*: o trabalho é coordenado através do ajustamento mútuo que pressupõe relações espontâneas e informais entre responsáveis e do processo de padronização das profissões, pois a formação profissional e a socialização em sociedades especializadas contribuem para o compartilhamento de um patrimônio comum de saber, métodos e comportamentos. Esta característica reforça a autonomia profissional e um fraco sentimento de pertença à organização.

✓ *Debilidade da tecnoestrutura*: a tecnoestrutura tem um fraco poder de ingerência sobre os processos operacionais da organização, a não ser na dimensão econômica.

✓ *A logística é importante*: o tipo de coordenação respectiva é procedural e por resultados e se efetiva de maneira centralizada. A lógica diferente dos universos médico e logístico pode gerar problemas de coordenação. A expansão da importância dos meios logísticos,

*tipicamente médicos, como equipamentos e tecnologias hospitalares, cria lutas de influência entre administradores e médicos e conflitos dentro da própria comunidade médica.*

✓ *Ausência de linha hierárquica rígida: a direção não tem a capacidade nem a competência para dirigir diretamente os chefes dos vários serviços. Atua indiretamente através da tecnoestrutura e dos serviços funcionais e/ou de instâncias de consertação.*

*O resultado dinâmico desta caracterização é uma forte diferenciação (Lawrence & Lorsch, 1973), com várias dimensões:*

✓ *Diferenciação entre o mundo administrativo e o mundo assistencial: o primeiro está mais voltado para as instâncias de regulação, persegue objetivos quantitativos e econômicos, inseridos numa perspectiva política, articulando o curto com o longo prazo; o segundo busca objetivos mais qualitativos ligados a uma perspectiva de mais curto prazo, representada pela demanda dos pacientes, está centrado sobre tarefas particulares que requerem a mera aplicação de meios consagrados. Estas atividades são exercidas de maneira liberal e têm uma fraca pertença organizacional. O nível hierárquico, neste segundo caso, está determinado pela competência.*

✓ *Diferenciação entre logística e centro operacional: a logística é organizada de maneira mais mecanicista e coordenada segundo critérios econômicos, de forma centralizada. O mundo médico é descentralizado e organizado, segundo o saber próprio e especializado. Há choques entre administração e centro operacional no que diz respeito ao controle dos equipamentos e das tecnologias médicas descentralizadas.*

✓ *Diferenciação no seio do centro operacional: há uma forte especialização horizontal e uma diferenciação no interior de cada serviço entre as várias categorias de profissionais e entre corpo médico e paramédico.*

*Como resultado de suas características estruturais e dinâmicas, a prática decisória das organizações profissionais é incremental: as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, sem uma perspectiva de conjunto. Há uma justaposição de objetivos. Não se verifica, assim, o processo de formulação de uma estratégia a priori. Esta seria o resultado emergente de decisões de natureza mais operacional, pontual. A estratégia emergente é o fruto de uma inflexão ou de um deslocamento discreto da estratégia anterior sob a influência de decisões sucessivas não geradas de forma global. (Nioche, 1997)\*.*

*Outros resultados da dinâmica organizacional dos estabelecimentos de saúde referem-se ao fechamento em relação ao exterior (ao ambiente) e um baixo sentimento de pertença à organização*

---

\* NIOCHE, apud STRATEGOR, *Stratégie, Décision, Identité. Politique Générale d'Entreprise*. Paris, 1997. Dunod E.)

*por parte dos profissionais médicos. O ambiente é percebido como um constrangimento e os membros mostram em face dele uma postura reativa. A organização está centrada sobre si mesma.*

*As diferentes abordagens formuladas pelos autores acima apontam para a reflexão de um ponto crucial em projetos de diagnósticos e intervenções em hospitais públicos brasileiros de que é possível melhorar a qualificação da assistência hospitalar frente às características complexas existentes. Existem atores sociais e institucionais que interessam qualificar o atendimento prestado por essas organizações no SUS.*

*No processo de qualquer intervenção em nível hospitalar é possível prever, nas atuais condições brasileiras, algumas áreas de confronto de projetos diferenciados: alta direção (deseja estabelecer mecanismos de controle sobre o trabalho das equipes) x equipes x médicos x não médicos x usuários. Atores estratégicos têm visões diferentes ou projetos muito diferenciados e quase sempre conflitantes sobre como um hospital deve ser organizado. A possibilidade de mudanças em curto, médio ou longo prazos dependem sempre de um esforço imenso de pactuações e construções coletivas.*

*O que interessa reter é a idéia de que estas diferenças devem ser, necessariamente, objeto de grande atenção em qualquer projeto de estruturação hospitalar, seja ela individualizada ou coletiva. Diante da agudização ocorrida no campo da saúde, novos arranjos e dinâmicas que funcionem como dispositivos facilitadores da negociação devem ser buscados, sob a pena de inviabilização de qualquer estratégia mudancista.*

*A busca de práticas inovadoras, como a dos Centros Colaboradores, que possam concretizar os princípios do SUS carece da viabilização de propostas de reorganizações institucionais, tendo em vista a necessidade de readequação de estrutura, cultura e comportamento organizacional do sistema de saúde brasileiro.*

*A implementação do seu modelo no SUS pode render às organizações de saúde brasileiras o estabelecimento de políticas e diretrizes institucionais, respaldadas por amplas discussões participativas envolvendo servidores, dirigentes, parceiros e usuários de serviços da instituição, direcionando assim, os novos caminhos da organização.*

*A démarche stratégique propõe a intensificar a comunicação entre a direção e os diversos setores da organização. Assim como no Programa dos Centros Colaboradores ela tem o objetivo de valorizar novas posturas gerenciais, que permitam maximização na utilização dos recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade, a partir da redefinição da missão hospitalar e sua inserção na rede.*

*Para outros autores como Cecílio(1997), novas formas de gestão são vistas como elementos facilitadores de comunicação entre as várias categorias profissionais, entre as várias unidades de trabalho e entre as direções superiores e intermediárias e as bases, visando a criação de um clima organizacional mais solidário e profissional no intuito de, em última instância, melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários.*

*O programa estudado tentou estabelecer uma proposta de trabalho entre instituições hospitalares com diferentes níveis gerenciais e de complexidade abordando questões como a transferência de conhecimentos, desenvolvimento de metodologias de gestão e de tecnologias, humanização do atendimento, melhor aproveitamento dos recursos materiais, humanos e financeiros disponíveis, trazendo a possibilidade de reorganizar e ampliar a oferta de serviços, beneficiando usuários. Considerar as especificidades das organizações de saúde é um fator importante na análise deste estudo.*

### ***Mudança Cultural e Planejamento nas Organizações de Saúde***

*Imensas têm sido as dificuldades para a implementação de projetos de melhoria da qualidade do atendimento prestado à população pelos hospitais públicos no Brasil. Dificuldades de toda a ordem parecem conspirar contra qualquer esforço de qualificação da assistência hospitalar. (Cecílio, 1997).*

*No entanto, Cecílio (1997) afirma que mesmo considerando as dificuldades por demais conhecidas por quem atua na área hospitalar, é possível “ousar” desenvolvendo um trabalho ao nível dos hospitais públicos, tendo em vista melhorar a qualidade do atendimento prestado à população.*

*Artmann (2002) afirma que a erosão de certos paradigmas tradicionais contribui para criar uma crise de identidade organizacional. Para esta autora os principais traços da identidade organizacional postos em questão seriam: a não explicitação dos projetos organizacionais, a justaposição de objetivos; o isolamento dos profissionais e dos serviços; a recusa à avaliação das competências; o corporativismo profissional; o estilo liberal de exercício profissional; a informalidade; a predominância dos critérios técnicos sobre os econômicos; a marginalização da gerência; a pouca preocupação com o ambiente externo, entre outros.*

*Artmann (2002) acredita que a baixa importância atribuída à cultura representa um dos mais significativos obstáculos ao êxito das propostas de mudança em organizações. Ainda que alguns autores como Matus (1987) reconheçam a primazia da cultura em relação aos processos de*

*trabalho e aos sistemas organizativos, poucas são as propostas coerentes e operativas no sentido de uma intervenção para a mudança.*

*Nas organizações em saúde, os produtos não são claramente identificáveis ou precisáveis e nem tão claramente traduzíveis em termos de uma relação custo-benefício. Este traço, somados às características específicas dessas organizações, explica a dificuldade da normatização produtiva. Rivera (1997) sustenta a necessidade de relativização dos princípios da homogeneização ou padronização de processos produtivos sanitários e de sua racionalização econômica. O objetivo de produtos iguais ou homogêneos na saúde pública é ficção.*

*A incorporação de novas práticas no cenário da saúde, mesmo em caráter pontual como a estratégia dos Centros Colaboradores não deixa de ser positiva, se considerarmos a inexistência de uma cultura de qualidade voltada para o setor público de saúde. Aprimorar os processos de divulgação, persuasão e construção permanente de consensos de qualidade podem facilitar os processos de mudança cultural.*

*A cultura para Matus é determinante em relação aos processos de trabalho e aos sistemas organizativos. O autor propõe treinamento com novas teorias para a superação de práticas mentais antigas e da cultura que ele qualifica como cultura da irresponsabilidade das instituições públicas latino-americanas, juntamente com a implantação de novos sistemas de gestão.*

*Na acepção de Habermas apud Artmann (2002) a cultura é um dos componentes do mundo da vida, juntamente com a sociedade e a personalidade. A cultura armazena conhecimentos e tradições historicamente construídas pelas gerações anteriores, a sociedade nos fornece o contexto normativo sob o qual agimos e é na personalidade onde se encontram as competências individuais para a comunicação.*

*Artmann (2002) afirma que hoje já não é possível pensarmos em cultura apenas como algo particular a um povo, uma comunidade e/ou uma civilização circunscrita num determinado território, quase inacessível a outros povos/civilizações, ainda que uma das características da cultura seja a de constituir-se em algo partilhado por uma comunidade.*

*Considerando a dificuldade de lidar diretamente com a cultura, visando sua mudança, alguns autores destacam a necessidade de procurar captar os aspectos positivos de um traço cultural que podem ajudar num projeto de mudança, ou que podem ser mobilizados, positivamente, no enfrentamento de um dado problema. Deste modo, torna-se importante definir onde é mais simples agir. Para Artmann (2002), a difícil ingerência sobre a cultura em organizações de saúde não pode significar o abandono da reflexão sobre estratégias de mudança cultural.*

*Para alcançar objetivo de mudanças culturais em organizações de saúde deve-se dispor de capacidades e de conhecimentos críticos que são construídos dentro dos processos históricos de cada organização, que é singular e único no mundo. Nenhuma transformação é obtida sem adoção de estratégias de ação que respeitem a história particular de cada organização.*

*A necessidade de elaborar planos ou projetos institucionais, cujo horizonte de tempo exige prazos para serem implementados, torna imprescindível a análise do contexto prospectivo que condiciona ou determina a viabilidade dos mesmos e são influenciados pelos diferentes atores (Rivera, 2002).*

*Um sistema social sem atores é uma ficção teórica. O ator é participante de um jogo e um sujeito ativo que tem marca de identidade. Tem valores, memória e consciência. Vive em risco e incerteza influenciando a vida de outros. Produz a realidade e é fruto dela. Atores sociais se organizam em grupos de qualquer natureza e possuem capacidade de ação e peso coletivo. (Matus, 1996)*

*É impossível prever o jogo de um ator e antecipar as suas jogadas. Para isso, são necessárias análises de elementos variáveis que comprovam a imprevisibilidade de suas ações: valores e afinidades; intenções e motivações reveladas; capacidade e habilidade pessoal; invariantes de seu código de personalidade; sua capacidade e ação e história pregressa de atuações.*

*As práticas decisórias das organizações de saúde são tomadas em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, e com justaposição de objetivos. Ajudar a desenvolver uma dinâmica de direção que potencialize o diálogo gerador de compromissos é, então, o fio condutor de uma nova compreensão do planejamento que não consegue mais se divorciar da gestão. (Rivera e Artmann, 1999).*

*O interesse de um ator social tem uma lógica que compreende um marco ético-ideológico que condiciona suas atuações segundo as circunstâncias. A elasticidade desse marco ético-ideológico expressa-se pela rigidez e flexibilidade das motivações dos atores em face dos diferentes graus de satisfação e pressão. Muitos estabelecimentos de saúde têm dificuldades de relacionamento com o ambiente exterior, pois estão centrados em si mesmos. A possibilidade de construção de parcerias pode trazer sinergias colaborativas para a solução de problemas comuns.*

*Matus (1994) entendeu que a viabilidade do modelo racional de planejamento por ele defendido dependia de determinadas características das regras organizacionais, especialmente das regras de responsabilidade que sobredeterminariam a qualidade da gestão.*

*O triângulo de ferro do PES (Matus, 1994) é uma boa figura que pode ajudar a delimitar os contornos de uma organização comunicante ou dialógica. Os três vértices representam os principais*

*subsistemas do sistema de direção estratégica: a Agenda do Dirigente, que exige concentração no que é estratégico, a Gerência por Operações e o Sistema de Petição e Prestação de Contas.*

*A tese fundamental que esse autor sustenta, segundo Rivera e Artmann (1999), é que a baixa responsabilidade gera uma tendência no sentido da centralização e da baixa governabilidade. Idealmente, o objetivo defendido é a construção de uma organização onde a prestação de contas por resultados seja uma norma interiorizada culturalmente pelos indivíduos, onde haja desconcentração de poder e delegação permanente (uma sábia distribuição de poder de processamento de problemas) e onde predomine um tipo de gestão criativa por operações ou por objetivos.*

*Segundo Matus (1994), o planejamento é um cálculo, que preside a ação para criar o futuro com imaginação, a partir das possibilidades que sejamos capazes de descobrir. Esse mesmo autor (1993) apud Artmann (1993) destaca a possibilidade de duas estratégias polares de reforma na administração pública:*

- a) Estratégia horizontal por sistemas: consiste em reformar gradativamente os sistemas de pessoal, de contabilidade, de orçamento, etc. de uma instituição ou de todo o setor público. Esta tem sido a prática tradicional.*
- b) Estratégia vertical de reforma radical e seletiva de uma organização em todos os seus sistemas relevantes.*

*Para o autor, a reforma vertical não tem êxito garantido, mas maiores possibilidades de dar certo porque o triângulo de ferro é reformado como um todo, aumentando o nível de responsabilidade da instituição.*

*Uma instituição tem maiores probabilidades de ser eficaz mesmo que se relacione com outras instituições que não participem da reforma. As relações institucionais não são decisivas para o êxito da reforma como as relações intersistêmicas (relações entre os diversos sistemas da instituição) que ocorrem na reforma horizontal, inviabilizando-a. (Artmann, 1993).*

*Um dos objetivos do Programa Centros Colaboradores foi o de transferir ou construir conhecimentos e tecnologia em todos os hospitais vinculados, capacitando-os a gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção. A base para o desenvolvimento dos trabalhos de assessoria era atender pelo menos duas entre dez diferentes áreas gerenciais ou assistenciais dos hospitais participantes.*

*Matus (1997) acredita que com a introdução de novas práticas gerenciais será possível viabilizar uma alta qualidade da gestão. Estas novas práticas gerenciais se confundem com a proposta de seu sistema de direção estratégica que, além dos subsistemas acima destacados, deve ser apoiado por outros como o planejamento estratégico, sistema de informações, etc.*

*A gestão das organizações de saúde brasileiras requer uma nova forma de pensar e agir, tendo a lógica do pensamento estratégico uma orientação que pode se caracterizar pela antecipação de avaliação dos efeitos de cada decisão, riscos, custos e benefícios, dando aos gestores a fundamentação necessária para garantir uma maior efetividade na gestão e no reordenamento organizacional.*

*A busca de práticas inovadoras que possam concretizar os princípios do SUS, no contexto da descentralização/regionalização, carece da viabilização de propostas de reorganizações institucionais, tendo em vista a necessidade de readequação de estrutura, cultura e comportamento organizacional do sistema de saúde brasileiro.*

*As características das organizações sanitárias tendem naturalmente para um padrão que se distancia do ideal representado pela aplicação de critérios de racionalidade econômica da missão, pela concepção do ambiente externo como recurso e por uma maior integração intra-institucional (Artmann, 2002).*

*Segundo essa mesma autora, o padrão apresentado pelas organizações de saúde constituiu-se de alguns traços característicos: um processo de autonomização dos centros operacionais, decorrente de uma espécie de ruptura entre a direção estratégica e estes últimos; uma extrema diferenciação ou atomização de suas estruturas internas e função da especialização do trabalho; e uma desconsideração relativa da ambiência externa em razão de uma sobrevalorização corporativa do interno.*

*Essas características dificultam a possibilidade de um projeto gerencial que enfatize a integração intra-institucional, a racionalidade econômica da missão específica e a negociação de uma rede de cuidados com os outros estabelecimentos da ambiência imediata (Artmann, 1996, Rivera, 1997).*

*O planejamento em uma organização de saúde exige um conhecimento do mercado, das atividades prováveis da concorrência, do “estado da arte” em termos de produtos ou serviços sendo produzidos, dos requisitos financeiros para fazer negócios em determinado mercado e da base de clientes. O intercâmbio de conhecimentos e de cultura entre organizações de saúde pode ser uma ferramenta útil para coletar informações necessárias nessas áreas durante o processo de planejamento. Esse tipo de informações pode mudar a estratégia de um serviço de saúde numa direção mais realista, ou pelo menos, ajudar a identificar os riscos de se fazer uma intervenção em determinados mercados.*

## ***Avaliação em Saúde***

*Minayo e Deslandes (2002) afirmam que no campo da saúde, devido à natureza de seu objeto, da sinergia entre processos objetivos e subjetivos, as múltiplas possibilidades de abordagens teórico-metodológicas se integram a um cenário epistêmico complexo.*

*As mudanças nos processos de trabalho e produtivo em todos os setores movimentam o surgimento de inovações nos mercados de capital, trabalho, bens e serviços necessitando de readequações na forma de se fazer ciência. Segundo Hartz (2002), atualmente observamos mudanças de paradigma de várias ciências, pela incorporação dos modelos sistêmicos baseados na complexificação da visão de mundo.*

*Feyerabend (1999) apud Hartz (2002), lembra que um meio complexo, contendo desenvolvimentos surpreendentes e imprevisíveis, reclama procedimentos complexos e desafia uma análise fundamentada em regras preestabelecidas e que levem em conta as constantes modificações das condições históricas.*

*Para Hartz (2002) a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem. Hoje, a avaliação é também um conceito que está na moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas. A avaliação é feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.*

*Para essa mesma autora “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)”(Hartz, 2002).*

*A pesquisa avaliativa pode-se compor em seis tipos de análise: estratégica, da intervenção, da produtividade, dos efeitos, do rendimento e da implantação. Fazer pesquisa avaliativa em uma intervenção consistirá, portanto, em fazer uma ou várias destas análises. Tem-se, então, que freqüentemente apelar para várias estratégias de pesquisa e considerar as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção (Hartz, 2002).*

*Negligenciar as dimensões complexas na pesquisa avaliativa tem como conseqüência, na área da saúde, a produção de resultados provavelmente pouco úteis para influenciar o comportamento organizacional, pois mais vale uma medida não refinada do que se precisa do que uma medida precisa da coisa errada.*

*A necessidade de considerar a interdependência das variáveis, em sua inserção contextual, exige uma multiplicidade de abordagens metodológicas (Mark e Shotland, 1987, apud Hartz, 2002). A pesquisa sistêmica não é um atributo que se possa medir, mas se faz presente em uma*

*investigação que ultrapassa os limites confortáveis da precisão cartesiana para arriscar compreender os fenômenos em sua complexidade (Hartz, 2002).*

*Hartz (2002) afirma, enfim, que os objetivos de uma avaliação são numerosos, e que podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns.*

*Para ela, os objetivos oficiais de uma avaliação são de quatro tipos:*

- ✓ ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico);*
- ✓ fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo);*
- ✓ determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo);*
- ✓ contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica (objetivo fundamental).*

*No presente estudo procuramos analisar o processo vivido pelo Programa Centros Colaboradores considerando principalmente o terceiro nível.*

*A autora afirma, ainda, que a avaliação de uma intervenção é constituída pelos resultados de várias análises obtidas por métodos e abordagens diferentes. Estes resultados não poderão ser facilmente resumidos em um pequeno número de recomendações. É até provável que quanto mais uma avaliação seja bem sucedida, mais ela abra caminhos para novas perguntas. Ela semeia dúvidas sem ter condições de dar todas as respostas e não pode nunca terminar realmente. Deve ser vista como uma atividade dinâmica no tempo, apelando para atores numerosos, utilizando métodos diversos e envolvendo competências variadas.*

*Para ela os programas são compreendidos como o conjunto de ações visando a favorecer comportamentos adaptativos requeridos pelas diferentes áreas ou atividades humanas relacionadas com vida comunitária, escola, trabalho, saúde e bem-estar. Sua avaliação demanda procedimentos de investigação para a coleta sistemática de informação voltada para a tomada de decisão e melhoria das intervenções.*

*O processo de avaliação do Programa Centros Colaboradores se deu por intermédio de uma oficina de trabalho que visou o replanejamento das ações, através da identificação de estratégias para garantir a sustentabilidade e viabilidade futura do Programa. Foram criados, por técnicos da SAS, critérios de avaliação muito específicos que se reportaram, sobremaneira, às questões globais do modelo adotado pelo Programa (Anexo I).*

*Observamos que para fins deste trabalho não seguimos rigorosamente os passos de uma investigação avaliativa, mas combinamos as abordagens qualitativas e quantitativas, a qual chamamos de uma análise da experiência em pauta.*

### **Fatores-Chave de Sucesso**

*Na avaliação de uma intervenção, os fatores chave de sucesso servem para examinar a capacidade de se obter bons resultados, em critérios estabelecidos, para satisfazer a demanda correspondente em qualidade e quantidade, proporcional às competências que devem ser controladas para se ter êxito nas atividades em análise.*

*A identificação destes fatores-chave para Artmann (2002) é equivalente à definição situacional de elementos de capacidade discriminante, ou seja, de capacidades específicas de ordem relacional ou de competências, cujo controle garante posições de frente.*

*Este conceito, apresentado por essa autora, possui as características fundamentais seguintes:*

- ✓ *O que se deve indicar é o conjunto de fatores que promovem efetivamente o êxito, quer dizer, o que é valorizado pelo meio ambiente dos atores envolvidos no processo;*
- ✓ *O número de fatores levados em consideração deve ser limitado; tudo é importante, mas somente alguns elementos são decisivos.*
- ✓ *O nível de competência requerida pode ser avaliado em termos absolutos (mínimo requerido de ordem normativa), mas o que importa é a competência relativa, quer dizer, o diferencial de competências que se estabelece com relação aos concorrentes.*
- ✓ *Os fatores chaves de sucesso não são invariantes. Sua composição evolui em função dos fenômenos que influenciam as expectativas dos usuários. Estes podem ter uma origem ambiental (fenômenos sobre os quais se pode frequentemente agir, ao menos indiretamente) ou resultar dos esforços das organizações, em competição entre elas mesmas, que tornam discriminantes fatores considerados anteriormente como secundários.*

*Para ser operacional, isto é, conduzir à formulação de planos de ação que permitam melhorar a posição é necessário que a formulação dos Fatores Chave de Sucesso seja precisa. Não se trata de dizer, por exemplo, “são necessários gerentes competentes” mas de precisar qual é a competência que faz a diferença.*

*O que faz o sucesso é aquilo efetivamente percebido pelo consumidor dos serviços ofertados. No caso do Programa Centros Colaboradores, uma instituição de saúde consome o*

*produto de outra (transferência de conhecimento). O fato de que o universo da saúde seja um universo prescritivo complica certamente o problema na medida em que pode haver, em certos casos, dificuldades para conciliar as diferentes expectativas.*

*O objetivo central desta definição é hierarquizar as atividades em função de sua posição concorrencial. O método original de análise consiste dos seguintes passos (Artmann, 2002):*

- ✓ *A análise do existente: corresponde ao diagnóstico de método;*
- ✓ *A segmentação: esta etapa corresponde à definição dos principais agrupamentos homogêneos de atividades, considerados aqueles que apresentam uma mesma problemática estratégica;*
- ✓ *A análise do valor e da posição competitiva de cada um dos segmentos resultantes dos agrupamentos de atividades: 1) o valor corresponde ao interesse relativo que os segmentos teriam em função de uma política geral e depende do interesse na alocação de recursos. Um dos critérios importantes na aferição desse valor é representado pela capacidade potencial de atração de clientela ofertando um atendimento de excelência; 2) a posição competitiva é avaliada, considerando-se o grau de controle sobre os chamados fatores-chave de sucesso, que corresponderiam a vantagens ou situações positivas necessárias para se ter êxito em uma atividade;*
- ✓ *A construção do porta-fólio de atividades, visando `a definição da estratégia geral de atuação ou dos objetivos: o porta-fólio é um gráfico cuja abscissa está representada pela posição competitiva e cuja ordenada representa-se pela capacidade de atração (valor dos segmentos);*
- ✓ *O Plano de Ação visando atingir os objetivos a partir das estratégias, definidas em termos de três possibilidades: a) priorizar o desenvolvimento de um segmento; estabilizá-lo; c) reduzir o recrutamento de clientela e recortar o segmento;*
- ✓ *A montagem dos indicadores de monitoramento do plano.*

*É importante assinalar aqui que a definição dos fatores chaves de sucesso neste estudo é uma mera adaptação do conceito de Porter. A adequação aqui utilizada inclui somente a identificação de alguns fatores e das estratégias de ação. Buscou-se selecionar alguns aspectos que possam ter impacto sobre o desempenho do Programa e que são capazes de acrescentarem valor ao processo de tomada de decisão em um rearranjo futuro, considerando atores discriminados: Ministério da Saúde, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes.*

*O termo Fator Chave de Sucesso, neste trabalho, é entendido como uma questão de importância crítica que pode levar a uma melhoria do Programa Centros Colaboradores. Após a identificação de um assunto que demonstrou ser problemático durante a condução do processo operacional do Programa pôde se traduzir uma oportunidade específica, definida em uma lista, que pode orientar e contribuir para o replanejamento do Programa.*

*O uso de informações secundárias implicou, certamente, na falta de uma abordagem mais precisa sobre os fatores chave de sucesso existentes. É provável que outra leitura, do mesmo material, conduza à identificação de outros fatores chave de sucesso, diferentes dos considerados pelo autor. Necessita-se, portanto, de um melhor aprofundamento no tema por meio de pesquisas complementares “in loco” nas organizações participantes do Programa Centros Colaboradores. Assim, evita-se certo grau de subjetividade, que pode levar às chances de erros inerentes a uma mera simulação à distância.*

### ***Trabalhando o Conceito de Qualidade em Saúde***

*Segundo Nogueira (1994) a qualidade é o novo imperativo que enfrenta o sistema de saúde brasileiro na década de 90, após ter passado por uma radical descentralização e municipalização de seus serviços. Para Dussault (1992), “maior volume de recursos administrados de maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços”.*

*A qualidade tem sido considerada um elemento diferenciador no processo de produção das organizações de saúde. O termo qualidade assumiu, no decorrer do tempo, diferentes significados, dependendo não só do enfoque teórico-metodológico como também do período histórico e do processo produtivo a que os autores se referem.*

*Por exemplo, o significado do termo qualidade encontrado por Reeves e Bednar (1994) nas discussões de Aristóteles, Sócrates e Platão referia-se a um padrão ideal de excelência moral que deveria ser buscado pela sociedade grega. O critério para definir esse padrão de excelência variava de acordo com as circunstâncias em análise e era baseado na percepção subjetiva de quem avaliava.*

*Na Europa, no período da pré-Revolução Industrial, a qualidade de um produto era definida pela reputação da habilidade e do talento do artesão que o produzia. “Embora o termo qualidade tenha permanecido ao longo do tempo sempre associado à idéia de excelência ou superioridade de um produto, o conceito foi aos poucos incorporando outras dimensões de natureza quantitativa, sendo a primeira delas um valor de mercado”. (Turchi, 1997:8).*

*Segundo esta autora o conceito de qualidade assume mais um significado com o desenvolvimento do sistema de produção e consumo de massa a partir dos anos 30. Na produção em escala dos multicomponentes é fundamental que esses componentes se encaixem com precisão. A partir dos anos 50 esse conceito incorporou a idéia de que um produto, além de estar em conformidade com as especificações do projeto, deveria atender as necessidades dos usuários.*

*De acordo com Grant et al (1994), as origens do conceito moderno de qualidade podem ser detectadas na teoria estatística desenvolvida por engenheiros, físicos e estatísticos que trabalhavam em projetos governamentais da indústria bélica e de telefonia.*

*Turchi (1997) afirma que a idéia de qualidade associada à redução de desperdício de matéria prima, de tempo, recursos humanos e ao melhor uso do equipamento para reduzir custos de produção é um argumento comum recorrente em muitos autores da qualidade (Edward Deming, Joseph M. Juran, Karou Ishikawa, Philip B. Crosby e A. Feigenbaum).*

*Uma das definições mais abrangentes de qualidade incorpora noções de melhor preço, ausência de defeitos, obediência ao projeto, adequação ao uso e satisfação do cliente por meio de melhoria contínua nos produtos e serviços oferecidos. A partir da multiplicidade conceitual, fica clara a dificuldade de pensar em um sistema, produto ou serviço que permita criar uma qualidade universal, em especial se houver restrições por limites técnicos e materiais. (Czapski, 1999).*

*As modernas técnicas de qualidade sugerem que um dos caminhos mais promissores para o sucesso é minimizar a variabilidade de produtos e processos, consolidando os resultados pela padronização. Quando se projeta um paralelo com o setor da saúde, o cenário é bastante diverso, uma vez que não existem duas situações idênticas, mudando situações clínicas, processos, prestadores e cada paciente tendo suas características próprias. (Czapski, 1999).*

*A qualidade não é mais algo pressuposto nos agentes, devido a seu nível de formação ou de qualificação, mas algo que os envolvidos nos atos de saúde estarão constantemente preocupados em auferir e aperfeiçoar para dar mais satisfação aos que necessitam desses serviços. Admite-se, portanto, ao contrário do axioma herdado pela medicina flexeneriana, que o preparo científico do corpo de profissionais e o atributo high-tech dos equipamentos usados não garantem “ipso facto” a Qualidade do ato. (Nogueira, 1994).*

*Tem-se, portanto, que aceitar a variabilidade como premissa – o desafio é a previsibilidade dessa variabilidade, estimando sua amplitude e incidência, e gerenciando o processo de sorte a mantê-la dentro de limites pré-estabelecidos, coerentes com a qualidade que se almeja (Czapski, 1999).*

*Compreendida na forma moderna, segundo Nogueira (1994) a Qualidade do ato em saúde não deve ser vista como uma substância ou uma “coisa em si”, mas uma referência resultante das formas como se dá o processo de produção dos serviços.*

*Czapski (1999) afirma que para se implementar um programa de qualidade é preciso dispor de evidências concretas do funcionamento da organização em face das diferentes expectativas, recomendando-se o registro sistemático do desempenho frente a diversos indicadores, e a consolidação dos registros em forma coerente com a sua análise.*

*O conceito de qualidade em saúde, no entanto, é complexo e por vezes visto de forma reduzida como a simples satisfação do usuário. Contudo, alcançar esta qualidade significa ter assegurada a manutenção, em todos os pontos do sistema de saúde, do melhor padrão possível de cada uma e de todas as ações, serviços, processos e produtos que afetam o bem-estar do indivíduo, do coletivo e a sanidade do ambiente.*

*A idéia da gestão de qualidade, sob diversas denominações - garantia de qualidade, qualidade total, melhoria contínua de qualidade - vem se disseminando com amplitude e profundidade em diversos segmentos, inclusive o de prestação de serviços de saúde.*

*Rivera (1997) faz uma análise comparativa de algumas das principais ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional e do Gerenciamento da Qualidade Total, analisando a possível aplicabilidade de ambos enfoque gerenciais na organização de serviços de saúde, dadas suas características políticas e produtivas específicas. Conclui que a inexistência de uma teoria social que dê conta das organizações públicas e de uma análise estratégica mais apurada são dois traços do controle de qualidade total que comprometem sua aplicabilidade a organizações de difícil governabilidade, nas quais a interação política é crucial.*

*Praticamente todas as organizações de saúde desejam melhorar a qualidade da prestação de seus serviços. Diante de demandas crescentes, má gestão de recursos, tabelas desvalorizadas, turnover tecnológico muito veloz e escassez de recursos financeiros há sempre justificativas históricas para se implementar melhores formas de gestão. As dificuldades na prática são concretas e de alguma forma há sempre a sensação de inviabilidade de alcançar propostas de mudanças qualitativas nos serviços de saúde. Determinações de natureza muito diversa acabam conformando uma crise freqüentemente considerada inadmissível.*

*A existência de tantas amarras burocráticas-administrativas resultam em problemas tão graves que se torna quase impossível apostar em projetos de qualificação da assistência prestada pelos hospitais públicos vinculados ao SUS. Em contextos ou situações adversas muitos setores tem*

conseguido “saídas” bem criativas para reversão de crises assistenciais, gerenciais, financeiras, humanas,...

*Existem inúmeros instrumentos e métodos que podem contribuir para viabilizar e aprimorar processos de qualidade em organizações de saúde. Neste estudo será abordado o “Benchmarking” por se constituir numa ferramenta de gestão que se aproxima com a concepção filosófica empregada no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do SUS.*

### **Benchmarking**

*Já no final do século passado o trabalho de Frederick Taylor, citado por Leibfried e Kathleen (1994), sobre a aplicação do método científico de empresa estimulou a comparação de processos de trabalho. Durante a Segunda Guerra Mundial, tornou-se prática empresarial comum para as empresas, se compararem as outras afim de determinar padrões para pagamento, cargas de trabalho, segurança, higiene e outros fatores no âmbito.*

*Bogan e English (1996) citam que a história da adaptação inovadora é obviamente tão velha quanto o mundo. Durante milênios, as pessoas têm observado as boas idéias ao seu redor e adaptado aquelas que atendem as suas necessidades e situações. Segundo o que pensa Fred D. Bowers, gerente de benchmarking da Digital Equipment Corporation, “a segunda pessoa que acendeu o fogo é o primeiro benchmarker da humanidade”. Afinal, pela sua lógica: essa segunda pessoa teria observado a primeira a acender o fogo, e, daí, adotado a sua prática.*

*No ano 500 aC, Sun Tzu, um general chinês escreveu: “ Se você conhece seu inimigo e conhece a si mesmo, não é preciso ter medo do resultado de uma centena de batalhas” (Sun Tzu, 2002). Outra verdade é uma palavra simples, de idade desconhecida. É a palavra japonesa dantotsu, que significa lutando para ser o melhor entre os melhores. Segundo Zairi e Leonard (1993) estas são as mais puras essências do benchmarking.*

*O livro de Zairi e Leonard (1995) traz o significado da palavra benchmarking. “Nivelamento é a operação conduzida pelo censo geográfico inglês (Folheto do O. S. 33 datado de maio de 1977 e outubro de 1983) que visa medir diferenças em altura entre pontos estabelecidos, relativos a uma referência. As alturas são identificadas por marcos especiais fixados em “bancos” (bench marks) localizados em diferentes lugares por todo o país. Um bench mark é um marco cuja altura, relativa à referência, tenha sido determinada através de nivelamento”.*

*Muitos observadores têm descrito os empresários japoneses como “copiadores” que têm se sobressaído apenas na arte de imitação. Segundo Vieira (1995) “os japoneses se sobressaem em benchmarking, na análise exaustiva das melhores empresas de cada indústria, aperfeiçoando*

*continuamente seu desempenho até que os produtos e serviços japoneses acabem se tornando os melhores."*

*No Brasil e em outros países ocidentais, copiar movimentos de outras empresas sempre foi considerado uma heresia, algo semelhante a um furto. De alguns anos para cá este conceito tem mudado. "Copiar o que é bom, é o auge do reconhecimento, desta forma foi batizado o Benchmarking." ([www.strategy.com.br](http://www.strategy.com.br), 2002).*

*O primeiro Grupo de Benchmarking no Brasil, segundo o site da Strategy, foi fundado em agosto de 1993 e teve origem em um seminário conduzido por David Hutchins - um dos mais renomados especialistas internacionais em Qualidade. Algumas empresas participantes decidiram empreender um esforço concentrado para desenvolver estudos sobre benchmarking e criar um ambiente organizado para a busca e a troca de práticas referenciais de gestão utilizadas por organizações de destaque instaladas no país.*

*O termo benchmarking, de sinonímia complexa e multifacetada, permite diversas definições e interpretações, porém em todos os casos, há nítida observância de análises comparativas, mensurações e otimização de desempenho. É aceito no mundo inteiro como uma técnica de gerenciamento para melhorar o desempenho das organizações, levando-as a lugar de destaque no mercado.*

*Segundo Spendolini (1993) a ferramenta é extremamente flexível, podendo ser utilizada por qualquer espécie de organização; a conceituação passaria por um menu de palavras no qual as idéias mais adequadas às necessidades dos interessados seriam escolhidas, de sorte que estes montassem a definição que solucionasse melhor os problemas vivenciados.*

*Waitley (1996) afirma que benchmarking originalmente era o termo que os topógrafos usavam para definir um ponto de referência. Robert C. Camp (1935), importante defensor do benchmarking no setor de negócios, o define como sendo "a busca das melhores práticas no setor de negócios que conduzirão a um desempenho superior. A idéia é usar o melhor para se tornar o melhor".*

*Vieira (1995) cita que benchmarking é uma das muitas técnicas de gerenciamento para a qualidade total - tal como solução de problemas, gerenciamento de processos, e reengenharia de processos - que usado num curto ciclo de tempo reduz custos e minimiza variações. O benchmarking é compatível com estas outras técnicas e pode inclusive complementá-las. O resultado será muito melhor, caso sejam utilizadas juntas.*

*Para Fisher (1996:103), "em essência, aplicar benchmarking significa examinar as atividades cruciais do seu negócio e comparar o seu desempenho nessas áreas cruciais com o desempenho de outras organizações", e afirma ainda que o seu propósito é "estabelecer pontos de*

*mensuração a partir dos quais você possa implementar mudanças no modo de operar a fim de otimizar a performance de sua empresa”.*

*Citado por Fisher (1996:103), Mohamed Zairi e Robert C. Camp definem benchmarking, respectivamente, da seguinte forma:*

*“Qualquer coisa tomada ou usada como ponto de referência ou comparação. Algo que serve como padrão pelo qual outros possam guiar-se, refere-se a tudo o que possa ser mensurado comparativamente”.*

*“Benchmarking é a busca e a implementação das melhores práticas. O processo contínuo de mensurar nossos produtos, serviços e práticas em comparação com nossos mais acirrados concorrentes ou com empresas consideradas líderes”.*

*Albuquerque afirma no site da strategy ([www.strategy.com.br](http://www.strategy.com.br), 2003) que saber fazer e adaptar benchmarking no processo da organização pode permitir vislumbrar oportunidades e também ameaças competitivas, constituindo um atalho seguro para a excelência, com a utilização de todo um trabalho intelectual acumulado por outras organizações evitando os erros e armadilhas do caminho.*

*Para Leibfried e Kathleen (1994), o benchmarking está emergindo como um valioso instrumento para iniciar, orientar, e despersonalizar o caminho para a melhoria contínua. Portanto, o benchmarking estabelece a base para se superar o passado, criando-se uma nova cultura com o melhor do passado, mas sem a bagagem improdutiva.*

*O benchmarking se constrói de fontes existente de informação. Informalmente, pode-se realizá-lo usando-se matérias publicadas, idéias obtidas em reuniões de negócios conversas com especialistas do setor, clientes e outros. Constatase, pelas definições conceituais elencadas, que benchmarking permite vislumbrar oportunidades e ameaças mercadológicas ou do ambiente, posto que utiliza todo o trabalho intelectual desenvolvido por outras organizações.*

*Para Spendolini (1993) as definições às vezes, parecem um mal necessário, razão pela qual muita gente não gosta delas. Assim que uma definição é proposta, parece que as pessoas fazem imediatamente restrições a ela. A definição de benchmarking parece ser uma proposta inútil, uma vez que é um termo que tem sido ajustado e personalizado por tantas organizações.*

*Watson (1994) cita que o benchmarking é uma excelente ferramenta de gestão organizacional e oferece aos que acreditarem corretamente em seu potencial alternativas que aperfeiçoam processos organizacionais, produtos e serviços.*

*Para Waitley (1996) fazer um benchmarking com colegas da mesma área em empresas concorrentes pode ajudar a estabelecer a real posição e o que deveríamos estar aprendendo em relação a eles. Olhar nossos contemporâneos em áreas totalmente diferentes nos dá uma visão mais*

*completa de que é atualmente e quem poderá ser o melhor no futuro – e por quê!. O benchmarking não deve se basear apenas em similares em outras empresas; pode se aprender também com os que estão em posições de mercado acima e abaixo do modelo referencial.*

*Spendolini (1993) construiu um modelo genérico de benchmarking que pudesse ser aplicado a qualquer projeto por qualquer tipo de organização. O objetivo foi considerar os elementos comuns dos diversos modelos de benchmarking que estavam em funcionamento no mundo real, e destilar as diversas fases e etapas do processo num modelo simples que incorporasse os elementos essenciais ao processo.*

*Os cinco estágios do processo do modelo resultante foram:*

- 1) Determinar o objeto do benchmarking – serve para identificar os clientes para as informações de benchmarking e seus requisitos, definindo as áreas específicas das quais o benchmarking será realizado.*
- 2) Formar uma equipe de benchmarking – embora o benchmarking possa ser realizado por indivíduos, a maioria dos seus esforços são atividades de equipe. Os papéis e as responsabilidades específicos são atribuídos aos membros das equipes.*
- 3) Identificar os parceiros de benchmarking – envolve a identificação das fontes de informações que serão usadas para coletar informações de benchmarking. Essas informações incluem funcionários das organizações sujeitas ao benchmarking, consultores, analistas, fontes governamentais, literaturas especializadas, etc*
- 4) Coletar e analisar informações de benchmarking – os parceiros de benchmarking são contatados, e as informações são coletadas segundo um protocolo estabelecido e, depois resumidas para análise. As informações são analisadas segundo os requisitos originais do cliente, e as recomendações de ações produzidas.*
- 5) Agir – a ação tomada pode variar da produção de um relatório ou apresentação até a produção de um conjunto de recomendações, ou mesmo, até a implementação real da mudança com base, pelo menos, nas informações coletadas na investigação de benchmarking.*

*Segundo Bravo (2002), esta ferramenta pode ser aplicada na prática clínica hospitalar e nos processos de atenção populacional e de saúde pública. Na essência, é um processo de intercâmbio dirigido e de criação de práticas melhores.*

*Alguns princípios são observados em práticas de Benchmarking (Spendolini, 1993):*

*✓ Princípio da Reciprocidade: implica na troca de informações, na mutualidade e permuta de responsabilidades e processos. Só é possível o benchmarking em sentido de mão dupla, onde informações solicitadas exigem reciprocidade de informações oferecidas.*

✓ *Princípio da Analogia: só há utilidade se puder ser mantida uma analogia com os processos da organização que busca e da que oferece.*

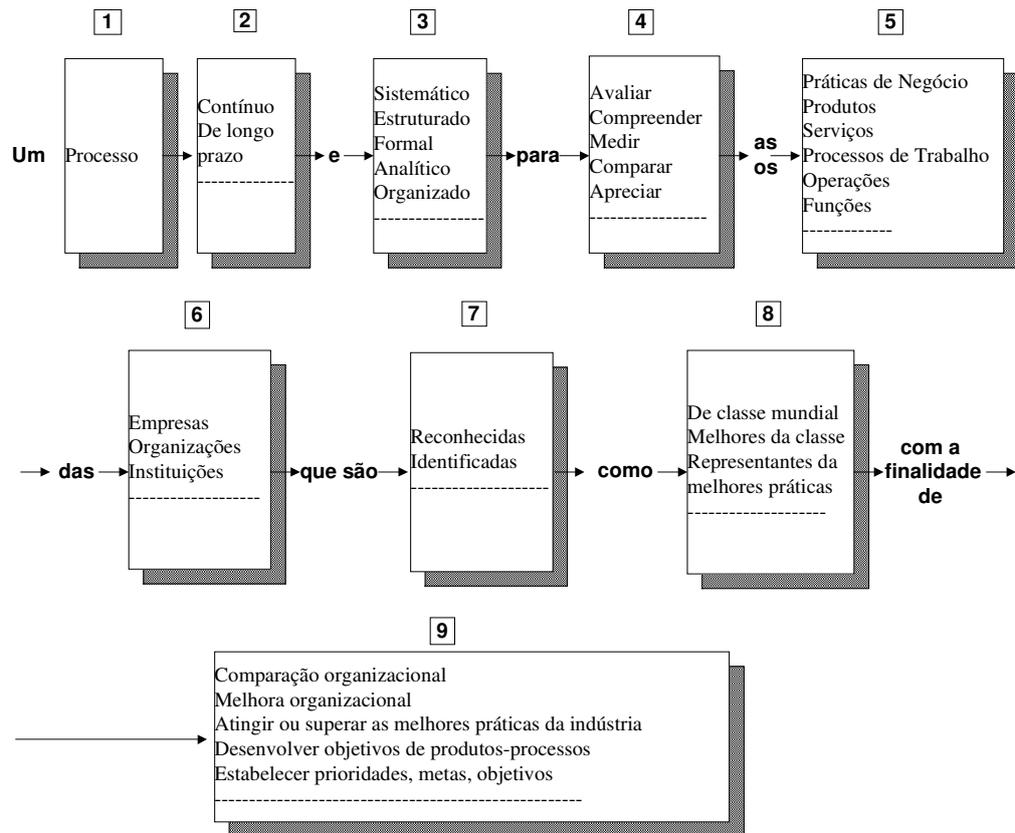
✓ *Princípio da Medição: não basta obter os índices ou informações isoladas, é preciso constatar os processos que propiciaram os resultados de excelência.*

✓ *Princípio da Validação: o benchmarking não é cópia, antes porém, é necessário analisar os processos levantados sob a ótica da aplicabilidade, exeqüibilidade e criticidade.*

*Considerando os tipos de Benchmarking, este autor apresenta: o chamado Benchmarking Interno é aquele utilizado quando se buscam as melhores práticas dentro da própria organização. Já o Funcional é baseado em uma função específica, que pode existir ou não na nossa própria organização e serve para trocar informações sobre uma atividade bem definida como, por exemplo, distribuição ou embalagem. Há também o Benchmarking Competitivo, que se caracteriza por ter como alvo específico as práticas de concorrentes no mercado. Por fim, existe o chamado Processo Genérico, que ocorre quando o benchmarking é baseado em um processo que atravessa várias funções da organização e pode ser encontrado na maioria das empresas do mesmo porte, sendo este último o que mais se aproxima com o modelo empregado pelo Programa Centros Colaboradores.*

*O estudo de Spendolini (1993) com 49 definições de benchmarking e investigação dos padrões de linguagem apresentou o menu do benchmarking cujo objetivo é o de permitir a construção do conceito ajustável do termo de acordo com a experiência de cada um, selecionando uma palavra ou frase de cada um dos nove quadros existentes.*

**Figura 1 - Menu do Benchmarking de Spenolini**



*Ex: Um processo (1) contínuo (2) e sistemático (3) para avaliar (4) produtos (5), serviços (5) e processos de trabalho (5) de organizações (6) que são reconhecidas (7) como representantes das melhores práticas (8), com a finalidade de melhoria organizacional (9).*

*Esse modelo genérico de benchmarking introduzido por Spendolini (1993) permite traçar analogias com a concepção filosófica do Programa estudado, subsidiando a análise do modelo de colaboração desenvolvido por instituições hospitalares com diferentes níveis gerenciais.*

*Assim, podemos considerar o Programa Centros Colaboradores, nosso objeto de estudo:*

*Um processo (Programa) contínuo (2 anos e meio), formal (Ministério da Saúde), organizado para compartilhar os produtos e serviços (processos de trabalho) das Instituições (Hospitais Centros Colaboradores) que são identificadas (reconhecidas empiricamente) como representantes de boas práticas (benchmarking) com a finalidade de melhoria organizacional (Hospitais Clientes).*

*Esse modelo genérico de benchmarking introduzido por Spendolini (1993) permite traçar analogias com a concepção filosófica do Programa estudado, subsidiando a análise do modelo de colaboração desenvolvido por instituições hospitalares com diferentes níveis gerenciais. Identificam-se práticas de benchmarking pelo compartilhamento do trabalho intelectual acumulado por várias organizações hospitalares.*

*CAPÍTULO II*



*O Programa Centros Colaboradores para  
a Qualidade da Gestão e Assistência  
Hospitalar*

## ***Apresentação***

*Este capítulo apresenta os aspectos descritivos relativos à implantação da experiência dos Centros Colaboradores, no âmbito do SUS. Trata da sistematização da história desse Programa, no período de junho de 2000 a dezembro de 2002, e foi baseado nos documentos produzidos para um público muito específico: técnicos do Ministério da Saúde e dos hospitais participantes.*

*Foram abordados aspectos referentes aos antecedentes, descrição da metodologia de implantação empregada, definição conceitual dos Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, portarias ministeriais publicadas, critérios de seleção dos hospitais participantes, alcance e abrangência dos hospitais envolvidos, distribuição regional, papel destinado ao Ministério da Saúde, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, descrição das áreas trabalhadas e etapas de desenvolvimento, apresentação de resultados e produtos desenvolvidos, no decorrer dos dois anos e meio do Programa.*

*Um dos desafios encontrados na análise dessa experiência foi a de sistematizar a implantação do processo desenvolvido, resgatando aspectos técnicos de maneira que a sua história não se perca. Existia uma farta documentação produzida pelos técnicos participantes que estava dispersa e que necessitava ser organizada.*

*Muitas ações efetivamente criativas, práticas e viáveis para o setor público são perdidas ou abortadas pela não análise de seu processo e pelo simples fato de não estarem sistematizadas, perdendo-se o seu potencial de difusão pelo não registro.*

## ***O PROGRAMA CENTROS COLABORADORES PARA A QUALIDADE DA GESTÃO E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR – UM POUCO DA SUA HISTÓRIA.***

### ***Antecedentes***

*Com a finalidade de promover estratégias voltadas para o fortalecimento das instituições do Sistema Único de Saúde e dos mecanismos de coordenação da rede de serviços, o Ministério da Saúde, realizou, nos meses de maio e julho de 1999, o Seminário Nacional de Gestão – A Gestão Hospitalar no Contexto da Reforma do Estado e o Seminário Nacional de Gestão Hospitalar, Uma Visão Atual do Futuro que aconteceram, respectivamente, em Vila Velha/ES e em Porto Alegre/RS.*

*Por ocasião dos mencionados Seminários, teve lugar a discussão das modalidades e instrumentos de gerência hospitalar e os aspectos referentes à inserção das unidades hospitalares*

*no sistema público de saúde. Foram, ainda, discutidas e apresentadas as experiências alternativas no âmbito da gerência e avaliação das responsabilidades dos hospitais na rede de serviços.*

*O Ministério da Saúde, levando em consideração as conclusões dos Relatórios de Avaliação dos dois Seminários de Gestão que indicaram a necessidade de um suporte técnico gerencial aos diversos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde do País, firmou sua posição de construir uma estratégia por meio do desenvolvimento de um conjunto de ações e projetos que se traduzissem em benefícios a essas unidades no que se refere ao tema gerência hospitalar.*

*Dentro desta perspectiva, o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em junho de 2000, instituiu os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar (Portaria GM-MS, de 20 de junho de 2000).*

*Estes Centros Colaboradores passaram a constituir um Programa cujo objetivo foi o de contribuir para o aperfeiçoamento e qualificação da gestão e assistência, por meio do intercâmbio entre instituições hospitalares, difundindo adequadas experiências de gestão e assistência hospitalar, estabelecendo e padronizando novas técnicas e ferramentas de gerenciamento aplicáveis às cerca de 6.300 unidades públicas de saúde de portes variados do País (Silva, 2002).*

### ***Definição***

*Os hospitais participantes foram divididos em duas categorias: Centros Colaboradores e Hospitais Clientes. São instituições públicas ou filantrópicas, distribuídas por todo o país, que se caracterizaram, em seu perfil institucional, pela busca e o aprimoramento de seus processos de gestão.*

*Segundo o Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias (MS, 2001), os Centros Colaboradores são hospitais de grande vulto para o SUS, com comprovada experiência nas áreas de gestão e assistência hospitalar e por esta condição, reconhecidos pelo Ministério da Saúde como aptos a prestarem ações de assessoria/consultoria às Unidades Hospitalares integrantes do Sistema Único de Saúde. Os Hospitais Clientes foram os que solicitaram o trabalho dos Centros Colaboradores nas áreas alvo do Programa, através de cadastramento via internet ou indicação das respectivas Secretarias de Saúde, e que foram selecionados pela SAS/MS, após preenchidos todos os requisitos e critérios de inclusão.*

### **Objetivos do Programa**

Segundo os coordenadores do Programa, “a idéia central foi a de construir uma ampla e consistente rede nacional de parcerias e trabalho solidário entre os hospitais integrantes, promovendo ações que estimulassem uma cultura de qualidade voltada para a qualificação da estrutura organizacional, e, principalmente, para a satisfação dos usuários”.

O objetivo específico do Programa Centros Colaboradores foi a de transferir ou construir conhecimentos e tecnologia em todos os hospitais vinculados, capacitando-os a gerenciar os recursos disponíveis de forma racional, para minimizar custos administrativos e de produção (Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias. 2001).

**Figura 2 – Objetivos do Programa Centros Colaboradores .**



### **Termo de Cooperação Técnica**

As ações de Assessoria/Consultoria se deram por intermédio da celebração de um Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e os Hospitais participantes. Este Termo estabeleceu os compromissos entre as partes pactuantes, colocando de forma objetiva as obrigações das partes envolvidas.

### **Portarias**

*Os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foram instituídos pela Portaria GM/MS nº 582, de 20 de junho de 2000, com validade de 01 ano. A Portaria GM/MS nº 2083, de 13 de novembro de 2001, revalidou até 23 de junho de 2002, o título concedido aos hospitais nomeados.*

### **Fases do Programa**

*O Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar foi desenvolvido em duas fases. A primeira, de implementação, com a participação de 65 hospitais, e a segunda de consolidação/expansão, com a participação de 91 hospitais.*

### **CrITÉRIOS de Seleção dos Centros Colaboradores**

*A Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, selecionou os primeiros Centros Colaboradores a partir dos seguintes critérios:*

- 1. Porte - Hospitais com número de leitos instalados igual ou superior a 250*
- 2. Localização - Hospitais situados em centros urbanos com população superior a 300.000 habitantes*
- 3. Grau de Desenvolvimento Tecnológico - Instituições que integram o sistema de alta complexidade do Sistema Único de Saúde*
- 4. Perfil Assistencial - Instituições integrantes do Sistema Único de Saúde.*
- 5. Modelo Gerencial - Instituições que desenvolvem proposta de gestão inovadora, com visão de sistema, voltadas para obtenção de resultados.*

*O processo inicial de seleção dessas instituições baseou-se em um prévio mapeamento por regiões com a identificação de hospitais com reconhecida experiência de excelência e /ou referência em propostas inovadoras de gestão e visão sistêmica voltadas para a obtenção de resultados. Dentre estes hospitais, aqueles que possuíam resultados expressivos em indicadores gerenciais foram visitados por técnicos do Ministério da Saúde, ocasião em que fora apresentada a filosofia do projeto.*

*Nessas visitas, ocorridas em março de 2000, foram aplicados questionários para cadastramento dos Centros Colaboradores. Nestes questionários verificou-se além dos itens técnicos, a disposição e vontade política da instituição em participar de um programa nos moldes propostos, viabilizando a integração de seus técnicos na realização de assessoria/consultoria a outras instituições hospitalares. A partir daí foram avaliadas, especificamente, as 10 áreas de atividades objeto do programa e identificadas aquelas em que o hospital fosse capaz de atuar como consultor. Levou-se em consideração neste processo, além da avaliação dos técnicos do Ministério, aquelas áreas em que o hospital se considerava de excelência e melhor capacitado para a transferência de conhecimentos. Como características comuns dessas instituições, observou-se:*

- ✓ *Hospitais vinculados a atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade,*
- ✓ *Recursos humanos qualificados,*
- ✓ *Equipamentos e materiais de tecnologia avançados,*
- ✓ *Grande parte de atendimento destinado aos pacientes do SUS,*
- ✓ *Integrantes de sistemas de alta complexidade,*
- ✓ *Centros de Referência em suas regiões,*
- ✓ *Receptividade e aceitabilidade ao Programa.*

*Foram selecionados os seguintes Centros Colaboradores :*

**Figura 3 – Hospitais Centros Colaboradores**



**Hospital Santa Isabel -BA**



**Hospital São Rafael - BA**



**Instituto Dr. José Frota - CE**



**Hospital Geral de Fortaleza - CE**



**Santa Casa de Misericórdia de Goiânia  
- GO**



**Hospital das Clínicas da UFMG -- MG**



**Grupo Hospitalar Conceição - RS**



**Hospital de Clínicas de Porto Alegre - RS**



**Hospital São Lucas da PUCRS**



**Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS**



**Hospital das Clínicas de Marília - SP**



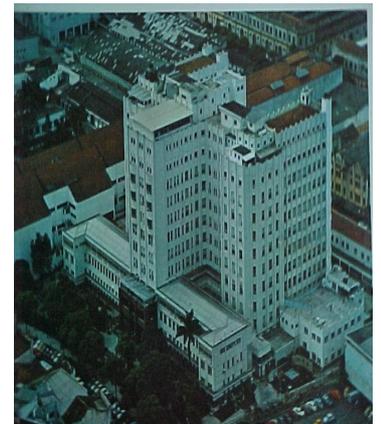
**Hospital das Clínicas da UNICAMP - SP**



**Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras - RJ**



**INTO - RJ**



**Hospital dos Servidores do Estado - RJ**



**Hospital das Clínicas de São Paulo - SP**



**Hospital do Rim e Hipertensão - SP**



**Hospital São Paulo - SP**



**Hospital do Trabalhador - PR**



**Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná**



**Hospital de Clínicas da UFPR - PR**



**Hospital das Clínicas da UFMG - MG**



**Instituto Psiquiátrico Raul Soares - FHEMIG**

*Com o redirecionamento das ações, após o II Seminário do Programa, o Hospital Público Regional de Betim/MG, o Hospital Pedro Ernesto/RJ e o Hospital Geral de Bonsucesso/RJ foram substituídos, na segunda fase do Programa, pelos seguintes Centros Colaboradores:*



**IMIP - PE**

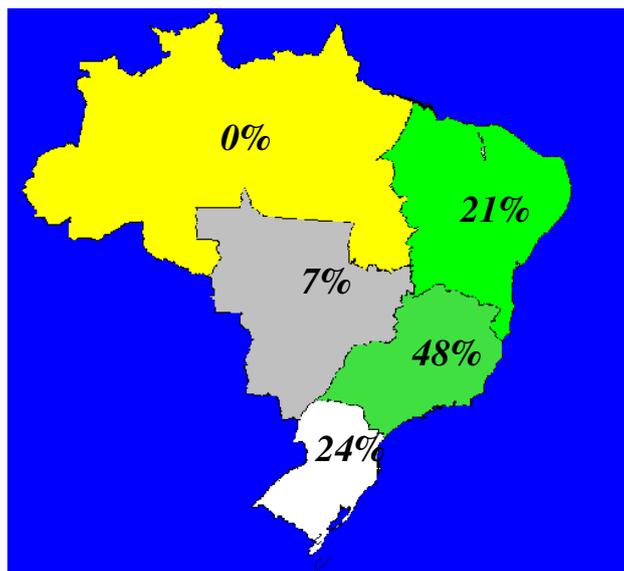


**Sociedade Beneficente de Campo Grande - MS**



**Hospital Univ. Walter Cantídio - CE**

**Figura 4 - Distribuição Regional dos Centros Colaboradores**



Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/MS, dezembro de 2002.

### **Atribuições**

#### *dos Centros Colaboradores*

- ✓ *Atuar nos hospitais oferecendo suporte técnico, através de assessoria/consultoria, realizando diagnóstico da situação e analisando a forma de organização dos serviços assistenciais, contribuindo para a reorganização da gestão e implantando projetos estruturadores e inovadores da assistência;*
- ✓ *Garantir a reprodução, observadas as peculiaridades do hospital beneficiado, de seus modelos, processos e sistemas desenvolvidos e implantados, considerando a experiência satisfatória destes para o bom desempenho da unidade;*
- ✓ *Permitir o intercâmbio de técnicos do seu quadro, para atuarem como assessores/consultores nos hospitais beneficiados, assim como a permanência de técnicos destes últimos, nas suas dependências com a finalidade de conhecer a realidade do Centro Colaborador, possibilitando a reprodução de modelos, processos e sistemas;*
- ✓ *Desenvolver metodologias, instrumentos e tecnologias de avaliação da qualidade e dos impactos assistenciais;*
- ✓ *Assessorar na elaboração e no desenvolvimento de normas, rotinas e protocolos assistenciais;*
- ✓ *Produzir relatórios acerca do diagnóstico da situação e proposta de intervenção no hospital beneficiado com suporte técnico, assim como, produzir relatórios finais que permitam a avaliação pela SAS, da repercussão da assessoria/consultoria nas rotinas destes hospitais;*

*do Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde*

- ✓ *Acolher e selecionar os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que necessitem e demonstrem interesse no trabalho dos Centros Colaboradores, conforme critérios estabelecidos;*
- ✓ *Apoiar, através do Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais do Ministério da Saúde, o desenvolvimento dos trabalhos dos Centros Colaboradores nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde selecionados, assegurando o deslocamento dos técnicos que prestarão Assessoria/Consultoria, como também, para os profissionais das unidades hospitalares que necessitem deslocamento até os Centros Colaboradores, disponibilizando os recursos necessários;*
- ✓ *Estabelecer indicadores para medir as melhorias implantadas e analisar os relatórios apresentados;*
- ✓ *Elaborar agenda de trabalho em conjunto com os Centros Colaboradores e os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, definindo datas e locais das Assessorias/Consultorias;*
- ✓ *Acompanhar o trabalho tanto dos Centros Colaboradores, como dos hospitais beneficiados, no sentido de perceber melhorias implantadas e analisar os resultados apresentados.*

*dos Hospitais Clientes*

- ✓ *Solicitar à Secretaria de Assistência à Saúde o apoio técnico dos Centros Colaboradores, indicando a área que necessita de suporte, preenchendo o formulário de Solicitação de Assessoria/Consultoria.*
- ✓ *Articular-se com o Centro Colaborador selecionado pela SAS organizando e planejando as ações a serem desenvolvidas, enviando relatórios contendo a descrição dos produtos obtidos como resultado do trabalho realizado;*
- ✓ *Disponibilizar as condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho dos técnicos dos Centros Colaboradores em conjunto com os seus profissionais no sentido da implantação dos modelos, processos ou sistemas objetos da assessoria/consultoria.*

***Crítérios de Elegibilidade e Priorização dos Hospitais Clientes***

*De Elegibilidade*

- ✓ *Hospital com, no mínimo, 100 leitos*
- ✓ *Hospital Público*
- ✓ *Hospital Filantrópico com, no mínimo, 70% dos leitos destinados ao atendimento pelo SUS*

### *De Priorização*

- ✓ *Hospital com, no mínimo, um Sistema de Alta Complexidade*
- ✓ *Hospital participante da rede estadual de referência para urgência/emergência*
- ✓ *Hospital de referência para atendimento de gestação de alto risco*
- ✓ *Hospital beneficiado por Programas Especiais do Ministério da Saúde (REFORSUS, Amigo da Criança e outros)*

*Além dos critérios acima mencionados, para a seleção dos hospitais-clientes foram considerados:*

- ✓ *área de abrangência para o atendimento, ou seja, localizados em capitais ou em municípios com grande área metropolitana;*
- ✓ *hospitais estratégicos para o Ministério da Saúde - garantindo que investimentos em melhoria de estrutura física, reforma, ampliação, aquisição de equipamentos, etc. resultassem em efetivos avanços na qualidade do atendimento aos usuários do sistema*
- ✓ *hospitais com problemas organizacionais, que refletissem diretamente no Sistema Único de Saúde;*
- ✓ *consulta técnica aos Secretários Estaduais e/ou Municipais de Saúde responsáveis pela gestão da unidade hospitalar beneficiada.*

### ***Hospitais Clientes participantes da primeira Fase do Programa (2000/2001):***

- ✓ *Fundação Hospitalar do Acre/AC*
- ✓ *Hospital Hélvio Auto/AL*
- ✓ *Hospital Geral Adriano Jorge/AM*
- ✓ *Hospital Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado/ AM*
- ✓ *Pronto Socorro da Criança/ AM*
- ✓ *Hospital de Especialidades/ AP*
- ✓ *Hospital Cleriston Andrade/ BA*
- ✓ *Hospital Geral do Estado/ BA*
- ✓ *Hospital Universitário Walter Cantidio/ CE*
- ✓ *Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza/ CE*
- ✓ *Hospital Antônio Bezerra de Faria/ ES*
- ✓ *Hospital Drº Dório Silva/ ES*
- ✓ *Fundação Antônio Jorge Dino - Hospital Aldenora Bello/ MA*

- ✓ *Hospital de Urgência Dr. Clementino Moura/ MA*
- ✓ *Hospital Júlia Kubistcheck/ MG*
- ✓ *Sociedade Beneficente de Campo Grande - Santa Casa/ MS*
- ✓ *Hospital Regional de Sorriso/ MT*
- ✓ *Hospital Universitário Júlio Miller – UFMT/ MT*
- ✓ *Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis/ MT*
- ✓ *Hospital do Pronto Socorro do Hospital Municipal de Belém/ PA*
- ✓ *Hospital Universitário João de Barros Barreto/ PA*
- ✓ *Santa Casa de Misericórdia do Pará/ PA*
- ✓ *Hospital Regional Deputado Jandúhy Carneiro/ PB*
- ✓ *Hospital Justino Luz/ PI*
- ✓ *Hospital Universitário Antônio Pedro/ RJ*
- ✓ *Maternidade Escola Januário Cicco/ RN*
- ✓ *Hospital Municipal de Ji-Paraná/ RO*
- ✓ *Hospital da Criança de Boa Vista/ RR*
- ✓ *Hospital Materno Infantil N.Sr<sup>a</sup> de Nazaré/ RR*
- ✓ *Associação Aracajuana de Beneficência - Hospital Santa Izabel/ SE*
- ✓ *Hospital de Cirurgia/ SE*
- ✓ *Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca/ SP*
- ✓ *Hospital das Clínicas da Faculdade. de Medicina de Botucatu/ SP*
- ✓ *Hospital Internacional dos Estivadores de Santos/ SP*
- ✓ *Santa Casa de Vinhedo/ SP*
- ✓ *Hospital Geral de Palmas/ TO*

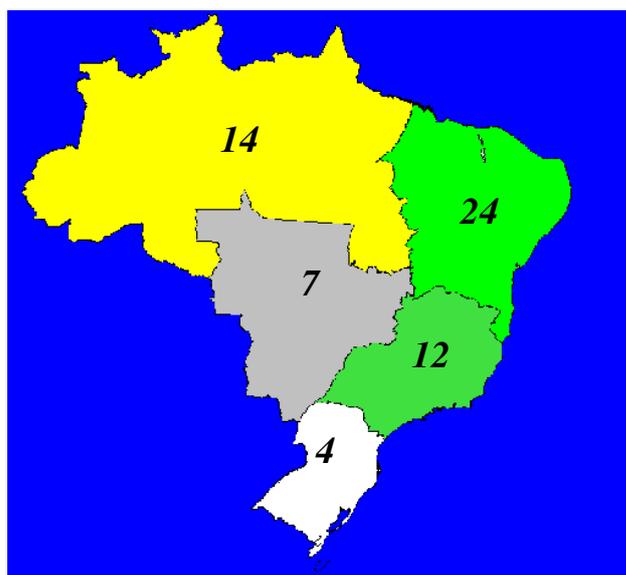
## **2ª Fase – Expansão (2002)**

*Nesta fase foram incluídas mais 26 unidades hospitalares:*

- ✓ *Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas/ AL*
- ✓ *Maternidade Dona Evangelina Rosa/ PI*
- ✓ *Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande/ PB*
- ✓ *Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I/MA*
- ✓ *Sociedade Beneficência Corumbaense/MS*
- ✓ *Hospital Materno Infantil – HMI/GO*
- ✓ *Hospital de Emergência do Amapá/AP*
- ✓ *Hospital Infantil Arlinda Marques/PB*

- ✓ *Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes/SP*
- ✓ *Hospital Universitário Onofre Lopes/RN*
- ✓ *Hospital de Pediatria da UFRN/RN*
- ✓ *Maternidade Hildete Falcão Batista/SE*
- ✓ *Hospital Universitário de Goiânia/GO*
- ✓ *Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes/AL*
- ✓ *Hospital Regional de Guarabira - Hospital Antônio Paulino Filho/PB*
- ✓ *Hospital Municipal de Maracanaú/CE*
- ✓ *Hospital de Pronto Socorro da Prefeitura Pronto Socorro do Guamá/PA*
- ✓ *Hospital Bruno Born/RS*
- ✓ *Hospital Maternidade Dr. Paulo Sarasate/CE*
- ✓ *Hospital Universitário Prof. Edgard Santos/BA*
- ✓ *Irmandade Santa Casa de Londrina/PR*
- ✓ *Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá/MG*
- ✓ *Santa Casa de Montes Claros/MG*
- ✓ *Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte/MG*
- ✓ *Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO/GO*
- ✓ *Hospital Universitário de Brasília/DF*
- ✓ *Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade/SC*

**Figura 5 – Freqüência, por Região, dos Hospitais Clientes do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar – Fase 2**



Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/MS, dezembro de 2002.

### ***Incentivo aos Centros Colaboradores***

*As perguntas mais freqüentes que surgiram na apresentação do programa Centros Colaboradores foram – estes Centros, sem qualquer forma de remuneração, apenas com a garantia de custeio de todas as despesas de deslocamento e estada das equipes de consultores, iriam realmente realizar o trabalho proposto? Iriam desenvolver as consultorias/assessorias previstas? Iriam se empenhar na realização do trabalho e se comprometer na obtenção dos resultados esperados? E assim por diante.*

*Estas foram questões cruciais para o desenvolvimento e a implementação do programa. A SAS avaliou a possibilidade/necessidade de remuneração desses Centros Colaboradores. Um pagamento, por exemplo, por hora/homem/consultoria, se traduziria dentro de uma relação convencional de compra de serviços de consultoria, o que não era o propósito do programa. Pretendia-se o estabelecimento de uma relação de parceria e de trabalho solidário entre as partes envolvidas – Ministério da Saúde – Centros Colaboradores – Hospitais solicitantes de consultoria.*

*A idéia central era de se estabelecer uma proposta inovadora de trabalho e no trato de questões importantes como a transferência de conhecimento, o desenvolvimento de métodos gerenciais e tecnologias e especialmente, no desenvolvimento de uma cultura de humanização no atendimento da população e melhoria da qualidade da assistência prestada com o intercâmbio direto dos técnicos dos hospitais participantes.*

*A Secretaria de Assistência à Saúde resolveu correr os riscos envolvidos numa decisão de não se remunerar os serviços dos Centros Colaboradores. Optou-se por uma “remuneração” indireta, que envolveria diversos aspectos das relações que se estabelecem dentro do Sistema Único de Saúde e alguns benefícios diretos e indiretos aos hospitais que efetivamente viriam a se integrar ao programa.*

*Os benefícios concebidos inicialmente foram os seguintes:*

- ✓ *Diploma de Centro Colaborador: Os hospitais Centros Colaboradores tiveram o reconhecimento formal pelo Ministério da Saúde através de Diploma de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Este, segundo os próprios Centros Colaboradores, foi um benefício importante, pois além de os diferenciar dos outros hospitais, funcionou como importante estímulo à equipe interna do hospital, permitindo sua utilização na divulgação de sua imagem organizacional, inclusive através dos veículos de comunicação. Os Diplomas concedidos tiveram validade por um ano, sendo renovados ou não, de acordo com a qualidade dos serviços prestados pelos Centros Colaboradores;*

- ✓ *Certificação dos técnicos participantes: o Ministério da Saúde certificou os técnicos dos Centros Colaboradores, participantes do programa, pelos serviços prestados;*
- ✓ *Prioridade na celebração de Convênios e Parcerias: Os Centros Colaboradores tiveram prioridade na celebração de outras parcerias e convênios junto ao Ministério da Saúde. Ex: os hospitais participantes do Programa que apresentaram projetos para aquisição de geradores de energia elétrica foram contemplados, todos os hospitais participantes da primeira fase do Programa foram incluídos no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, além da participação dos técnicos dos hospitais na composição de turmas para cursos de capacitação em Administração e Gestão Hospitalar, promovidas pelo Projeto REFORSUS.*

*Itens previstos e que não se efetivaram:*

- ✓ *Intercâmbio entre os próprios Centros Colaboradores: embora já sejam hospitais de excelência, a possibilidade de intercâmbio com outros Centros era bastante importante, possibilitando a troca de experiências, realização de consultoria/assessoria em áreas específicas, a consolidação e obtenção de novos conhecimentos e assim por diante. Nesta experiência, Piloto poucos avanços foram percebidos neste sentido.*
- ✓ *Intercâmbio internacional: para àqueles Centros que se destacaram na execução do trabalho proposto no programa poderá ser viabilizada a possibilidade de intercâmbio internacional por intermédio de uma visita técnica a Centros Internacionais. Este intercâmbio previsto poderia ocorrer com outros hospitais, centros de ensino e pesquisa e universidades do exterior. Embora houvesse a aprovação de um Termo de Cooperação Técnica Bilateral Brasil França, nos moldes do Programa Centros Colaboradores, as ações foram desenhadas para iniciar a partir do ano de 2003.*

### **Áreas de Assessoria**

*O programa foi concebido para o desenvolvimento do trabalho de assessoria e consultoria atendendo duas entre dez diferentes áreas gerenciais ou assistenciais dos hospitais. Na definição das áreas que deveriam ser trabalhadas foram utilizados os manuais de Acreditação Hospitalar e de Normas Técnicas para Construção de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, ambos editados pelo Ministério da Saúde. Desta definição resultou o Manual de Acompanhamentos das Assessorias do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.*

As áreas foram agrupadas em dez atribuições, divididas em subáreas de gerenciamento. Essas atribuições e subáreas foram as seguintes:

**Quadro 1 - Atribuições e áreas gerenciais ou assistenciais para atuação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.**

<p><b>Atribuição 1 - Realização de Ações Básicas de Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção, prevenção e vigilância à saúde da comunidade</li> </ul>
<p><b>Atribuição 2 - Organização da Assistência Médica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade de Internação</li> <li>• Corpo Clínico</li> <li>• Ambulatório</li> <li>• Atendimento de Emergência</li> <li>• Centro Cirúrgico</li> <li>• Centro Obstétrico</li> <li>• Neonatologia</li> <li>• Terapia Intensiva</li> </ul>
<p><b>Atribuição 3 - Diagnóstico e Terapia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análises Clínicas</li> <li>• Diagnóstico por Imagem</li> <li>• Métodos Gráficos</li> <li>• Anatomia Patológica</li> <li>• Hemoterapia</li> <li>• Medicina Nuclear</li> <li>• Radioterapia</li> </ul>
<p><b>Atribuição 4 – Apoio Técnico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmácia</li> <li>• Serviço de Nutrição e Dietética</li> <li>• Enfermagem</li> <li>• Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)</li> <li>• Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)</li> <li>• Serviço Social</li> <li>• Biblioteca</li> </ul>
<p><b>Atribuição 5 - Recursos Humanos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionamento da Instituição com o Corpo Funcional</li> <li>• Desenvolvimento da Política de Recursos Humanos</li> </ul>
<p><b>Atribuição 6 - Processamento e Abastecimento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavanderia</li> <li>• Central de Material de Esterilização (CME)</li> </ul>
<p><b>Atribuição 7 – Apoio administrativo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema Administrativo e Financeiro</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Política de Materiais</li> <li>• Sistema de Avaliação e Controle</li> <li>• Tecnologia da Informação</li> <li>• Sistema de Patrimônio</li> <li>• Manutenção Geral</li> <li>• Higienização Hospitalar</li> </ul>
<b>Atribuição 8 - Gestão Hospitalar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferramentas de Gestão</li> </ul>
<b>Atribuição 9 - Fortalecimento do Espírito Público e Relações Comunitárias</b>
<b>Atribuição 10 – Foco no Cliente</b>

*Figura 6 – Características do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.*

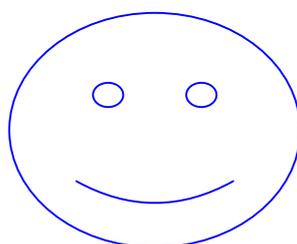


**CENTROS  
COLABORADORES PARA A  
QUALIDADE DA GESTÃO E**

**Características**

**Enfoque na busca de processos de  
qualidade em saúde;**

**Não adotou lógica  
convencional de consultoria**



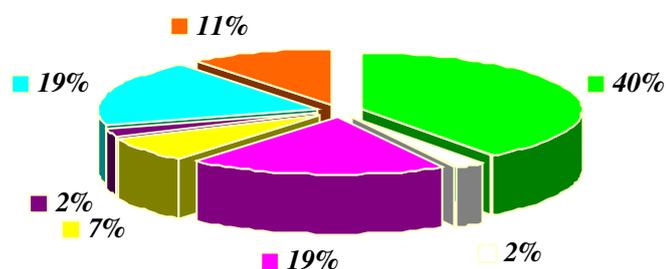
**Profissionais  
técnicos dos  
próprios**

**Intercâmbio solidário**

**Realidade  
próxima entre si**

**Baixo custo**

**Gráfico 1 - Distribuição Percentual das Atribuições do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**



**Quadro 2 - Parcerias Estabelecidas e Ações Programadas do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**

UF	CENTRO COLABORADOR	UF	HOSPITAL CLIENTE	ATRIBUIÇÕES E AÇÕES PROGRAMADAS
BA	Hospital Santa Izabel	PB	Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	Processos Gerenciais da Farmácia e Almoxarifado com definição de fluxos, estabelecimento de estoque de segurança e pontos de pedidos.
BA	Hospital Santa Izabel	CE	Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza	Ferramentas de Gestão com enfoque nos Processos de Faturamento e Controle de Materiais
BA	Hospital São Rafael	SE	Associação Aracajuana de Beneficência – Hospital Santa Isabel	Organização da Assistência Médica, Implantação de fluxos na Emergência, Sistema Administrativo Financeiro.
BA	Hospital São Rafael	AL	Fundação Hospital da Agroindústria do Açúcar e do Alcool de Alagoas	Área de Gestão Hospitalar e Organização da Assistência Médica
CE	Hospital Geral de Fortaleza	RO	Hospital Municipal de Ji-Paraná	Planejamento Estratégico e Enfermagem: Definir planejamento estratégico; Estabelecer estratégia e estrutura de acompanhamento, avaliação e sustentação do Planejamento Estratégico; Divulgação interna e externa; Início da reorganização da área de enfermagem; Reflexões sobre a questão ética profissional; Início da elaboração do regimento interno da enfermagem (definição da missão, valores e visão da enfermagem); Identificação das necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

CE	Hospital Geral de Fortaleza	RR	Hospital da Criança Santo Antônio	Enfermagem e Farmácia: Elaboração de normas e rotinas, manual de procedimentos de enfermagem; Criação do Conselho de Ética em enfermagem; Treinamento em serviço; Implantação de dose unitária; Instalação do programa de controle de estoque; Implementação da Farmácia Clínica e Farmaco-vigilância.
CE	Hospital Universitário Walter Cantídio	AC	Fundação Hospitalar do Acre – FUNDACRE	SAME e Processos Gerenciais de Farmácia: reorganizar a farmácia e o setor de materiais implantando controle de estoques, fluxos e rotinas nessas áreas.
CE	Hospital Universitário Walter Cantídio	PI	Maternidade Dona Evangelina Rosa	Recursos Humanos, Serviço de Material e Ferramentas de Gestão: reorganizar o almoxarifado e rever os fluxos internos. RH: promover a capacitação e treinamento das chefias e pessoal. Propor normas de gestão, atividades de melhorias na maternidade.
CE	Instituto Dr. José Frota	MA	Hospital de Urgência e Emergência Dr. Clementino Moura	Organização da Assistência Médica, fluxos da Emergência, articulação de referência entre os Hospitais de Urgência de São Luís.
CE	Instituto Dr. José Frota	MA	Hospital Municipal Djalma Marques – Socorrão I	Organização da Assistência Médica, fluxos da Emergência, articulação de referência entre os Hospitais de Urgência de São Luís.
CE	Instituto Dr. José Frota	PB	Hospital Regional de Urgência e Emergência de Campina Grande	Organização da Assistência Médica e Ferramentas de Gestão
GO	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	MS	Sociedade Beneficência Corumbaense	Sistema Administrativo Financeiro e Ferramentas de Gestão
MG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	AM	Hospital Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado	Recursos Humanos e Central de Material Esterilizado (CME): Definição da missão da Instituição; Definição de uma política de RH; Capacitação da equipe de RH e dos gerentes; Elaboração da missão, objetivos e metas dos setores; Orientação para alteração do layout; Acompanhamento do processo de trabalho realizado no setor; Fluxo de material; Elaboração de rotinas; Monitoramento de esterilização; Implantação de impressos para controle/registros; Monitoramento dos indicadores; Ampliação da CME.
MG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	PR	Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná	Planejamento Estratégico e Ferramentas de Gestão
MG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais	GO	Hospital Materno Infantil – HMI	Foi solicitada assessoria técnica nas áreas de Organização da Assistência Médica, Diagnóstico Terapia, Recursos Humanos, Apoio Administrativo e Gestão Hospitalar.
MG	Instituto Raul Soares	ES	Hospital Dr. Dório Silva	Emergência e Higienização Hospitalar: Definição da missão do hospital; Reorganização do espaço hospitalar; Elaboração de rotinas de higienização específicas e adequadas aos diversos setores do hospital; Treinamento e supervisão das rotinas de serviço.
MS	Sociedade Beneficente de Campo Grande – Santa Casa	AP	Hospital de Emergência do Amapá	A definição das áreas de trabalho estão dependendo da conclusão da etapa II (Diagnóstico).
PE	Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP	PB	Hospital Infantil Arlinda Marques	(*)

PE	Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIP	SP	Hospital e Maternidade Municipal Dr. Silvério Fontes – SMS	Solicitação de assessoria nas áreas de apoio técnico, recursos humanos e apoio administrativo. Deverão ser trabalhados os serviços de farmácia, enfermagem, controle de infecções hospitalares, serviço social, política de materiais e manutenção geral.
PR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	RN	Hospital de Pediatria	Serão trabalhadas cinco áreas dos hospitais do Complexo de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 1 - laboratório central, 2 - imagens médicas, 3 - SAME e fluxo de pacientes, 4 - compras e almoxarifado, e 5 – faturamento; de imediato as áreas 3 e 5 terão o apoio e a contribuição do Hospital das Clínicas do Paraná.
PR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	RN	Hospital Universitário Onofre Lopes	Serão trabalhadas cinco áreas dos hospitais do Complexo de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 1 - laboratório central, 2 - imagens médicas, 3 - SAME e fluxo de pacientes, 4 - compras e almoxarifado, e 5 – faturamento; de imediato as áreas 3 e 5 terão o apoio e a contribuição do Hospital das Clínicas do Paraná.
PR	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná	RN	Maternidade Escola Dr. Januário Cicco	Serão trabalhadas cinco áreas dos hospitais do Complexo de Atenção à Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte: 1 - laboratório central, 2 - imagens médicas, 3 - SAME e fluxo de pacientes, 4 - compras e almoxarifado, e 5 – faturamento; de imediato as áreas 3 e 5 terão o apoio e a contribuição do Hospital das Clínicas do Paraná.
PR	Hospital do Trabalhador	SP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu	Emergência e Centro-Obstétrico: Implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC); Elaboração projeto de implantação da IHAC. Elaboração e produção de material didático e promocional. Realização da 1ª auto-avaliação dos resultados da IHAC. Implantação do Banco de Leite. Treinamento de toda a equipe do setor de emergência. Reestruturação do serviço de emergência. Estreitar relações intra e extrainstitucionais. Programas de ensino e protocolos clínicos.
PR	Hospital do Trabalhador	SE	Maternidade Hildete Falcão Batista	Solicitação de assessoria nas áreas de enfermagem, ferramentas de gestão e nutrição.
PR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	GO	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás	Solicitação de assessoria técnica nas áreas de unidade de internação, emergência, métodos gráfico, anatomia patológica, farmácia, SAME, recursos humanos, processamento de materiais e esterilização - CME, política de materiais, tecnologia da informação e manutenção geral.
PR	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná	AL	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes	Após a visita de diagnóstico foram definidas as seguintes áreas: enfermagem, manutenção e custos. Reorganizar e definir os processos de trabalho, implantar programa de educação continuada e relatórios de produtividade dos serviços.

RJ	Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira	RR	Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré	Enfermagem e SAME: Elaboração do organograma para divisão de enfermagem; Reformular o regimento interno; Implantar rotina de solicitação e recebimento de materiais; Elaborar manual de normas e rotinas para o SAME; Treinamento enfermagem neonatal e CIH; Orientação no preenchimento da AIH; Avaliação da planta física do Centro Cirúrgico; Licitação de equipamentos e materiais apontados pela Assessoria; Elaboração de projeto de informatização a ser submetido ao REFORSUS.
RJ	Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira	AL	Hospital Escola Dr. Hέλvio Auto	As áreas de assessoria serão definidas após a conclusão da fase de diagnóstico (Colaborador).
RJ	Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira	PB	Hospital Regional de Guarabira – Hospital Antônio Paulino Filho	Organização da Assistência Médica e Ferramentas de Gestão: Planejamento estratégico.
RJ	Hospital dos Servidores do Estado	PI	Hospital Regional Justino Luz	Organização da Assistência Médica: Revisão do Organograma; Descentralização das tarefas; Formação de Comissão de Planejamento; Implementação de reuniões com as chefias de departamento e o corpo clínico; Rever as escalas de plantões, em todos os níveis; Discutir a implementação do atendimento ambulatorial/ SPA; Implantação de centro de custos; Implantar Política de preços; Auxiliar na Política de reestruturação do plano de cargos e salários; Interagir com os funcionários ouvindo opinião sobre procedimentos do Hospital, solicitando sua participação e crítica – Ouvidoria; Melhoria das condições de trabalho dos funcionários do Hospital, principalmente de contratados das áreas de enfermagem (auxiliar e atendentes); Reorganização das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, Higienização, Educação Continuada e Rotinas e Fluxos.
RJ	Hospital dos Servidores do Estado	CE	Hospital Municipal de Maracanáu	Ferramentas de Gestão: Programa de Qualidade e planejamento Estratégico; Organização da Assistência Médica com enfoque no Serviço de Emergência
RJ	Hospital Municipal Salgado Filho	PA	Hospital do Pronto Socorro Municipal de Belém	Emergência, Centro Cirúrgico e Ferramentas da Gestão: Revisão da estrutura organizacional; Avaliação do regime de trabalho; Implementação do Projeto Serviço de Orientação, Recepção, Informação e Acolhimento – SORRIA; Implementação de rotinas, fluxos, agendamentos e protocolos na emergência e centro cirúrgico.

RJ	Hospital Municipal Salgado Filho	PA	Hospital do Pronto Socorro da Prefeitura de Guamá	Emergência, Centro Cirúrgico e Ferramentas da Gestão: Revisão da estrutura organizacional; Avaliação do regime de trabalho; Implementação do Projeto Serviço de Orientação, Recepção, Informação e Acolhimento – SORRIA; Implementação de rotinas, fluxos, agendamentos e protocolos na emergência e centro cirúrgico.
RJ	Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras	SP	Sociedade Portuguesa de Beneficência Ribeirão Preto – Hospital Imaculada Conceição	As áreas de assessoria serão definidas após a conclusão da fase de diagnóstico (Colaborador).
RJ	Instituto Nacional de Câncer	MA	Fundação Antônio Jorge Dino - Hospital Aldenora Bello	Corpo Clínico e Ferramentas de Gestão: Reuniões de sensibilização e conceituação de qualidade; Formação de comitês; Implantação de Ferramentas da Qualidade.
RJ	Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia	ES	Hospital Antônio Bezerra de Faria	Emergência e Sistema de Avaliação e Controle: Implantação do sistema de informação; Modernização do laboratório de patologia clínica, hemoterapia, anatomia patológica e radioterapia; Implementação do Programa de Qualidade – Acreditação Hospitalar.
RJ	Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia	SP	Hospital Internacional dos Estivadores de Santos	Organização da Assistência Médica: implantação dos serviços de traumatologia-ortopedia visando a redefinição da missão e papel institucional do hospital na região.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	RJ	Hospital Universitário Antônio Pedro	Sistema de Avaliação e Controle e Sistema Administrativo Financeiro: Incremento do Faturamento; Reorganização dos Processos de Materiais; Elaboração de Plano Diretor para o Hospital; Projeto de Informatização; Padronização de Indicadores Hospitalares; Renegociação dos Contratos Terceirizados; Reorganização Orgânica; Constituir Comissão para revisão de prontuários.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	BA	Hospital Geral do Estado	Almoxarifado e Emergência: Implantar relatórios no almoxarifado; Providenciar concorrência registro de preços; Disponibilizar parecer técnico no sistema; Desenvolver protocolos de licitação; Reorganização do fluxo de entrada de pacientes; Sugestão e implementação de formulários.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	RS	Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado – Hospital Bruno Born	Tecnologia da Informação e Organização da Assistência de Enfermagem: reorganização dos protocolos, fluxos e rotinas assistenciais dessas áreas.
RS	Grupo Hospitalar Conceição	CE	Associação de Proteção à Saúde à Maternidade e à Infância de Caucaia – Hospital Maternidade Dr. Paulo Sarasate	Definir perfil para as Instituições de Saúde do Município de Caucaia; Estabelecer junto às Secretarias de Saúde do Estado e do Município um programa de Referência Contra Referência; Reavaliar os tetos financeiro e físico; Absorver a demanda, atualmente, dirigida para atendimento na Capital; Definir um sistema de Gestão; Aplicar Ferramentas de Gestão – Foco no Cliente, Gestão de Pessoas, Gestão de Processos.

RS	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	PE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	Gestão Hospitalar: Levar o Hospital ao nível terciário e quaternário de atendimento; Humanizar o atendimento; Padronizar o uso de identificação funcional (crachá); Elaborar manual de normas e rotinas dos diversos setores do hospital; Implantar sistema informatizado integrado; Criar uma estrutura de gerenciamento colegiado; Implantar controle de leitos, internação e documentação (laudos, prontuários); Realizar a capacitação dos funcionários; Revisar o fluxo de pacientes e familiares e as formas de acesso ao hospital.
RS	Hospital de Clínicas de Porto Alegre	BA	Hospital Universitário Professor Edgard Santos – Universidade Federal da Bahia	Organização da Assistência e Ferramentas da Gestão: criação de estrutura que realize o “Gerenciamento do paciente e no processo de internação”.
RS	Hospital São Lucas da PUC RS	AM	Hospital Geral Adriano Jorge	Ferramentas da Gestão: Apoiar o desenvolvimento da Gestão das Unidades Hospitalares considerando: o hospital no seu todo; foco nos usuários; condição de serem hospitais públicos; realidade regional. Direcionar o desenvolvimento da gestão das Unidades Hospitalares, contemplando: Inserção no sistema de saúde do Estado; Vinculação com o ensino das Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Amazonas; Criação de assessoria da Direção, para apoio ao desenvolvimento da gestão; Adequação da estrutura organizacional para otimizar a gestão; Sensibilização/capacitação de gestores; Aplicação método gestão/instrumentos.
RS	Hospital São Lucas da PUC RS	AM	Pronto Socorro da Criança Zona Sul	Ferramentas da Gestão: Apoiar o desenvolvimento da Gestão das Unidades Hospitalares considerando: o hospital no seu todo; foco nos usuários; condição de serem hospitais públicos; realidade regional. Direcionar o desenvolvimento da gestão das Unidades Hospitalares, contemplando: Inserção no sistema de saúde do Estado; Vinculação com o ensino das Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Amazonas; Criação de assessoria da Direção, para apoio ao desenvolvimento da gestão; Adequação da estrutura organizacional para otimizar a gestão; Sensibilização/capacitação de gestores; Aplicação método gestão/instrumentos.
RS	Hospital São Lucas da PUC RS	GO	Santa Casa de Misericórdia de Goiânia Obra Unida à Sociedade São Vicente de Paulo	Recursos Humanos, voltado para a área de desenvolvimento de pessoal e melhoria da qualidade de atendimento.
RS	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	PR	Irmandade da Santa Casa de Londrina	Áreas solicitadas durante a visita de identificação: Ferramenta de Gestão, Recursos Humanos e Enfermagem.
RS	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	MG	Associação de Assistência Social da Santa Casa de Misericórdia de Araxá	As áreas de assessoria serão definidas após a conclusão da visita de diagnóstico, por parte da instituição colaboradora.

SP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	PA	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	Apoio Administrativo e Manutenção Geral: Avaliação e discussão do Plano Diretor de Obras; Estruturação do Departamento de Manutenção; Avaliar os contratos terceirizados; Revisão de Fluxos; Revisão do Organograma.
SP	Hospital das Clínicas / UNICAMP	SE	Fundação Beneficência Hospital de Cirurgia	Relação da Instituição com Corpo Funcional, Tecnologia da Informação e Ferramentas da Gestão: Rever contratos de terceiros; Criar modelo de Gestão Organizacional, através de um Planejamento Estratégico; Revisão do Organograma; Normatizar rotinas, processos e indicadores nas áreas (criar manuais); Rever a estrutura da área médica (comissões de Ética, CCIH e Técnica); SAME – padronizar o prontuário médico; CME - recuperar área física e rever fluxo de materiais; Efetivar ações básicas das áreas de recrutamento/seleção e avaliação de desempenho; Ampliar as ações de Treinamento e Desenvolvimento de RH; Padronizar cargos, salários e rotinas de RH; Revisar e redimensionar o quadro de pessoal do hospital; Planejamento de informatização do hospital; Instalar metodologia de desenvolvimento de sistemas, e padronizar documentação.
SP	Hospital das Clínicas/ UNICAMP	SP	Irmandade da Santa Casa de Vinhedo	Ferramentas da Gestão: Reformulação do organograma da instituição; Avaliação dos fluxos e processos; Reuniões preparatórias para o planejamento estratégico com os funcionários; Padronização de materiais e medicamentos; Implementação de procedimentos e protocolos; Implantação da dose unitária; Planejamento do saneamento financeiro.

SP	Hospital das Clínicas / UNICAMP	GO	Hospital de Urgência de Goiânia – HUGO	<p>Criação da Comissão de Prontuários, Implantação do prontuário único</p> <p>Definir a organização interna dos documentos do prontuário</p> <p>Implantar a Matrícula do Paciente que terá um prontuário único</p> <p>Criar o Arquivo Médico dos Prontuários Únicos na nova área que está sendo construída para o SAME</p> <p>Criar Área de Revisão de Prontuários no SAME e conseguir parceiros nas áreas de assistência para garantir a anexação e o bom preenchimento dos documentos do prontuário.</p> <p>Redimensionamento do Quadro de Pessoal (redistribuição de funcionários)</p> <p>Dar continuidade no processo de avaliação do perfil dos gerentes</p> <p>Dar continuidade aos trabalhos para aumentar o comprometimento do profissional médico com o HUGO</p> <p>Implementar prática de ginástica laboral em áreas críticas como lavanderia.</p> <p>Manter as Campanhas de Conscientização e treinamento para o uso de EPI e Criar políticas de RH para garantir a obrigatoriedade do uso</p>
SP	Hospital das Clínicas de Marília	DF	Hospital Universitário de Brasília	(*)
SP	Hospital das Clínicas de Marília	MT	Hospital Regional de Sorriso	<p>Enfermagem e Desenvolvimento de Política de Recursos Humanos: Criação da área de Recursos Humanos; Elaboração da Política de Recursos Humanos; Elaboração do Manual dos Servidores para padronização e uniformização das normas de procedimentos; Elaboração de Programas de capacitação e treinamento de integração; Orientação na constituição da CIPA; Elaboração do Mapa de Risco, Manual de Normas de Segurança e Programa de Prevenção de Incêndio; Avaliação da qualidade de vida do trabalhador; Elaboração do regimento do Serviço de Enfermagem; Finalização do manual de normas e rotinas de enfermagem; Criação do Serviço de Educação Continuada.</p>
SP	Hospital do Rim e Hipertensão	SC	Irmandade do Senhor dos Passos e Hospital de Caridade	(*)

SP	Hospital do Rim e Hipertensão	MG	Hospital Júlia Kubistcheck	Laboratório, Farmácia e Centro Cirúrgico: Introdução do Método de “Dose Unitária” nas Alas de Internação; Elaborar em conjunto com Médicos e Enfermeiros listagem dos procedimentos realizados, para montagem de Kits cirúrgicos; Localização de Espaço Físico para Centralização dos estoques existentes (Bloco Cirúrgico e Unidade de Emergência); Mudança do Processo atual de anotação nas Prescrições Médicas e Emissão do Pedido de Exames; Mudança no Fluxo Operacional.
SP	Hospital São Paulo	AP	Hospital de Especialidades	SAME e Ambulatório: Descrição das atribuições de cada seção; Reformulação do sistema de cadastro dos pacientes; Recuperação do setor de estatística; Reformulação do agendamento de consultas e exames; Reestruturação do atendimento ambulatorial; Implantação de sistema de referência/contrareferência.
SP	Hospital São Paulo	TO	PRO SAUDE – Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar – Hospital Geral de Palmas	(*)
SP	Hospital São Paulo	PA	Hospital Universitário João de Barros Barreto	Corpo Clínico e Relacionamento Instituição – Corpo Funcional: Elaboração do regimento interno; Reorganização do serviço de enfermagem; Estruturação de um sistema de avaliação e capacitação da equipe de enfermagem; Implantação do setor de educação continuada.
SP	Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	MG	Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros	(*)
SP	Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto	MG	Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	(*)

(\*) *Parcerias que não desenvolveram atividades. Fonte: Silva (2002), Tese de mestrado apresentada no Instituto de Medicina Social, dezembro de 2002, Rio de Janeiro.*

### ***Etapas de Desenvolvimento das Ações Programadas***

*As estratégias adotadas para alcançar as principais realizações, considerando as áreas de atuação do Programa, se desenvolveram através de etapas conforme a descrição sumária a seguir:*

***Etapa I - Identificação*** – visita in loco por técnicos da SAS, para aplicação do Manual de Identificação (Anexo xx).

***Etapa II -Diagnóstico*** – visita de técnicos dos Centros Colaboradores para verificar a situação inicial e definir ações para o desenvolvimento dos trabalhos propostos.

***Etapa III - Visitas*** - visita de técnicos do hospital solicitante para conhecer a estrutura que vai ser trabalhada, suas rotinas e a forma como as atividades diárias deverão ser desenvolvidas

**Etapa IV** - Implementação/ Acompanhamento - desenvolvimento dos trabalhos de divulgação e implementação da nova rotina junto aos funcionários das áreas assessoradas, com avaliação e reordenamento da evolução dos trabalhos, indicando as necessidades de acertos, quando necessário.

**Etapa V** - Supervisão - acompanhamento, por parte de uma equipe de supervisores do Ministério da Saúde, do desenvolvimento das atividades de assessoria/consultoria realizado pelas parcerias.

**Etapa VI** – Avaliação - acompanhamento dos trabalhos de consultoria por parte de Avaliadores Independentes, ou seja, sem vínculo institucional com o Ministério da Saúde.

### **Produtos Desenvolvidos**

Segundo a Cartilha do Programa, todas as ações desenvolvidas deveriam, idealmente, gerar produtos técnicos, por intermédio de relatórios, visando a construção de uma rede de informações, com propostas práticas para a gestão hospitalar brasileira.

### **Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão Hospitalar**

A Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão Hospitalar foi uma iniciativa apoiada pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS, para promover e fortalecer a articulação e o intercâmbio entre as instituições participantes do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. A proposta de criação de um site na Internet para a Rede tiveram os seguintes propósitos:

- ✓ Criar um espaço de compartilhamento de experiências realizadas no âmbito do Programa Centros Colaboradores;
- ✓ Difundir as tecnologias desenvolvidas no âmbito do Programa;
- ✓ Dar suporte ao desenvolvimento da capacidade de Educação Permanente da Rede;
- ✓ Fortalecer a imagem institucional dos hospitais participantes.

### **Projeto de Cooperação Técnica Bilateral Brasil França**

Em 2001, a Cooperação Bilateral Brasil França, firmado há aproximadamente dez anos, encerrou uma de suas etapas constituída pelo programa de Melhoria da Qualidade dos Serviços de

*Saúde. Como parte do encerramento desta etapa, no mês de abril de 2001, uma missão brasileira visitou cinco instituições hospitalares francesas e dois organismos de gestão ligados ao Ministério da Saúde da França, com o objetivo de estabelecer as bases para um novo termo de Cooperação entre os dois países, dentro da mesma ótica de qualificação dos serviços de saúde. Foi consenso, na oportunidade dessa visita, que a filosofia de ação proposta, para a fase internacional de um novo programa, seria a mesma utilizada pelos Centros Colaboradores, ou seja, a de intercambiar experiências exitosas e modelos de gestão entre Hospitais Franceses e Brasileiros, na área de atendimento pré-hospitalar e urgência. O Projeto está dividido em três etapas, com 16 meses cada, e conta com a participação em cada fase, respectivamente, de 08, 10 e 10 unidades hospitalares brasileiras e 04 Centros Colaboradores Franceses.*

### **Seminários**

*Os Seminários de Avaliação do Programa foram os instrumentos viáveis para as trocas de experiências extra-parcerias entre os hospitais participantes do Programa. Possibilitou a difusão das informações produzidas proporcionando aos hospitais a revisão, a qualificação e o aperfeiçoamento de seus processos e métodos gerenciais.*

*Foram realizados quatro seminários durante o processo de desenvolvimento do Programa Centros Colaboradores, com público alvo composto de representantes técnicos do Ministério da Saúde, dos hospitais colaboradores e clientes, além de avaliadores independentes do Programa.*

- ✓ *I Seminário: realizado em outubro de 2000 em Pirenópolis – GO, teve como objetivo a unificação da linguagem entre os Centros, dos instrumentos e metodologias a serem empregados no desenvolvimento das consultorias/assessorias e dos critérios/parâmetros/indicadores de avaliação de desenvolvimento e resultado do trabalho proposto e realizado – Principal produto: Manual Técnico e Operacional de Acompanhamento das Assessorias.*
- ✓ *II Seminário: realizado em agosto de 2001, em Salvador - BA, alcançou os seguintes objetivos: avaliação do processo de implantação e desenvolvimento do projeto sob o ponto de vista da metodologia, avaliação dos trabalhos desenvolvidos entre o Centro Colaborador e o Hospital Cliente, e análise de viabilidade de extensão para o ano de 2002 - Principal produto: Replanejamento das ações de assessoria/consultoria.*
- ✓ *III Seminário: realizado em maio de 2002, em Brasília, paralelamente ao I Seminário Nacional de Qualidade da Gestão e da Assistência Hospitalar com público estimado de 3.000 pessoas. Teve como objetivo avaliar os trabalhos de assessoria/consultoria*

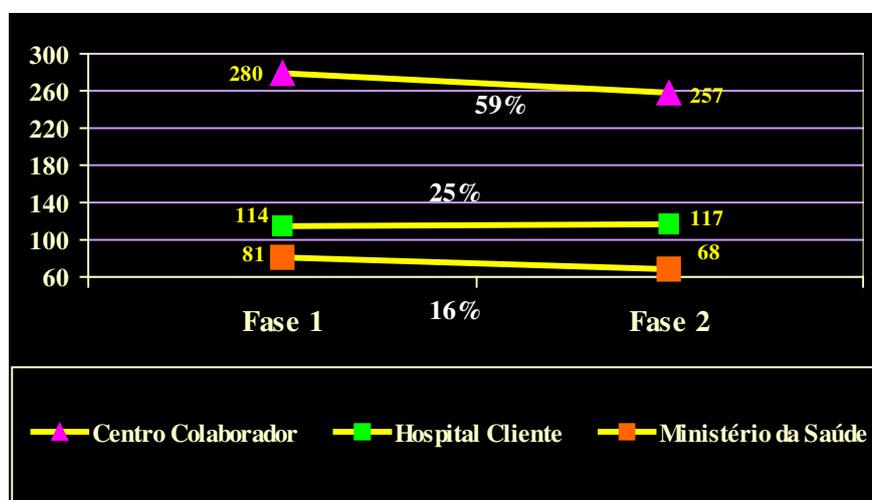
desenvolvidos pelos Centros Colaboradores e seus reflexos nos serviços prestados ao usuário durante a 1ª fase do Programa.

- ✓ *IV Seminário: realizado em dezembro de 2002, em Brasília, teve como objetivo principal discutir sobre o processo de avaliação do Programa, buscando subsídios para traçar orientações gerais para o direcionamento das ações futuras. Apresentou como produto: divulgação da proposta para o desenvolvimento da “Rede Colaborativa para Desenvolvimento de Tecnologia e Educação Permanente em Gestão e Assistência Hospitalar”, em parceria com a OPAS/OMS.*

### **Viagens**

O Programa foi baseado, praticamente, no intercâmbio realizado pelos deslocamentos dos técnicos das instituições participantes. Nos dois anos de experiência foram realizado um total de 1.877 (mil, oitocentos e setenta e sete) viagens de assessorias, sendo 537 dos Centros Colaboradores, 231 dos Hospitais Cliente e 151 dos Técnicos Supervisores do Ministério da Saúde. A realização dos 04 Seminários demandou o deslocamento de 958 técnicos participantes.

**Figura 7 – Frequência e % de Viagens de Assessoria realizadas pelo Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**



Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, dezembro de 2002.

### **Custos do Programa**

Os custos do Programa foram calculados baseados nos valores das viagens e diárias dos técnicos consultores, remuneração de supervisores e avaliadores do Programa. Considerando-se apenas os gastos com os deslocamentos para o desenvolvimento das atividades previstas de assessoria nos Hospitais participantes chegou-se ao valor total aproximado de R\$ 2.146.065,00





***Sistematização dos Produtos da Oficina  
de Avaliação do Programa Centros  
Colaboradores para a Qualidade da Gestão e  
da Assistência Hospitalar.***

## **Contexto**

*Este terceiro capítulo tem como idéia central buscar a sistematização dos resultados da avaliação ocorrida no processo de avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, que se deu por intermédio de uma Oficina de Trabalho, realizada no período de 17 a 18 de dezembro de 2002, em Brasília/DF.*

*Esse evento contou com a participação de 123 pessoas, composto por técnicos dos hospitais participantes, técnicos do Ministério da Saúde e avaliadores independentes. Os técnicos representantes dos hospitais participantes foram divididos em 06 grupos de 18 pessoas, sendo três exclusivos de Hospitais Centros Colaboradores e três exclusivos de Hospitais Clientes.*

*Os grupos foram batizados com nomes de monumentos de Brasília. Os grupos dos Hospitais Colaboradores foram: Congresso Nacional, Memorial JK e Ponte JK. Os Grupos dos Hospitais Clientes foram: Catedral, Esplanada dos Ministérios e Planalto. Cada grupo contou com 30 minutos para apresentação da síntese das discussões realizadas, por intermédio de um único interlocutor (Colaborador ou Cliente).*

*O objetivo geral dessa oficina se pautou pela necessidade de se replanejar as ações, visando a adoção de estratégias para garantir a sustentabilidade e viabilidade do Programa para o ano de 2003, uma vez que o momento era de transição governamental. A base das discussões foi o roteiro apresentado no Anexo I, que havia sido entregue com um mês de antecedência.*

*Havia duas possibilidades na época, considerando o cenário pós-eleição presidencial em que o candidato derrotado era o ex-Ministro da Saúde, e em pouco tempo uma nova equipe assumiria a gestão do Ministério da Saúde: ou se fazia uma avaliação final do Programa, visando recompor uma proposta para as ações futuras, ou não se fazia avaliação alguma, encerrando o Programa de forma acrítica.*

*Alguns fatores influenciavam a realização ou não dessa Oficina. Em princípio as condições eram totalmente adversas: desmotivação da equipe dirigente e dos técnicos do Programa, incerteza quanto ao futuro, problemas de agenda de final de ano, falta de recursos financeiros e de tempo hábil para a realização do evento, inexistência de local adequado e disponível em Brasília, com o porte pretendido, a não validação do instrumento de avaliação criado pelos técnicos da SAS, enfim, uma série de condicionantes que temperavam a decisão.*

*Fazer essa avaliação, por intermédio dessa Oficina, virou questão de honra para a equipe dirigente. Não se podia terminar de forma melancólica um trabalho de dois anos e meio, com essa natureza e que mobilizou cerca de 1.500 técnicos dos mais variados hospitais brasileiros.*

*Alguns aspectos pautaram os trabalhos dos grupos:*

- ✓ *Amostra heterogênea dos participantes, na proporção de 1:1 (Colaborador: Cliente);*
- ✓ *Abordagem sob a ótica sistêmica (macro) do Programa, ou seja, análise do modelo desenvolvido pelo conjunto dos hospitais e não por “cases”;*
- ✓ *Tempo de participação no Programa (técnicos mais experientes);*
- ✓ *Necessidades institucionais diferentes;*
- ✓ *Critérios de avaliação enviados com um mês de antecedência para os técnicos dos hospitais;*
- ✓ *Análise proporcional ao momento do Programa (encerramento da segunda fase, com mudanças nos quadros dirigentes do Ministério da Saúde);*
- ✓ *Votação coletiva de todos os critérios;*
- ✓ *Discussão e exposição de motivos;*
- ✓ *Consolidação dos resultados, considerando as respostas consensuadas dos Colaboradores e Clientes.*

*Para a organização das respostas dos grupos foram considerados quatro níveis de análise, conforme descrito nas considerações metodológicas.*

*Grupos dos Hospitais Centros Colaboradores*



*Congresso Nacional*



*Memorial JK*



*Ponte JK*

*Grupos dos Hospitais Clientes*



*Catedral*



*Esplanada dos Ministérios*



*Planalto*





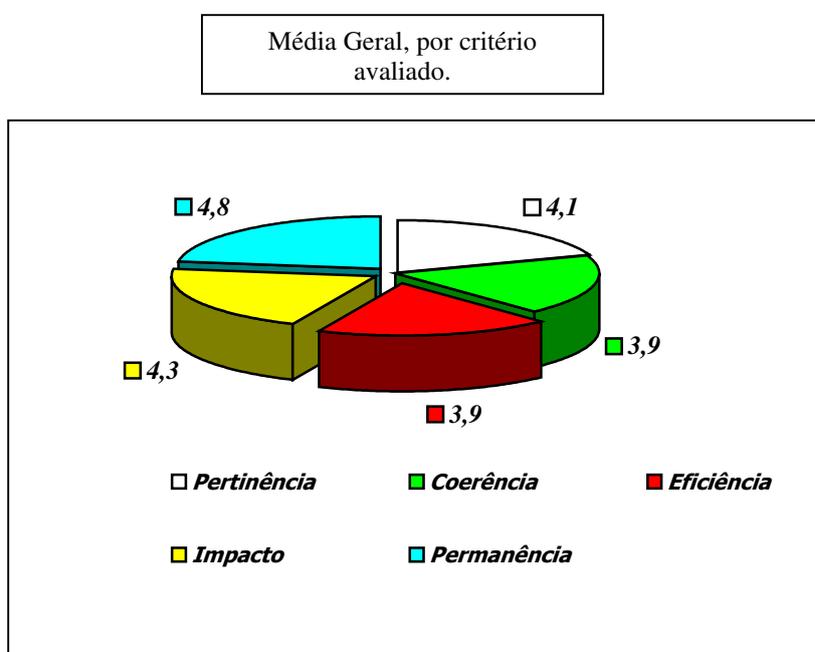
## *1º Nível de Análise*

*Sistematização do que os atores da experiência avaliaram, considerando-se as notas atribuídas aos critérios de avaliação.*

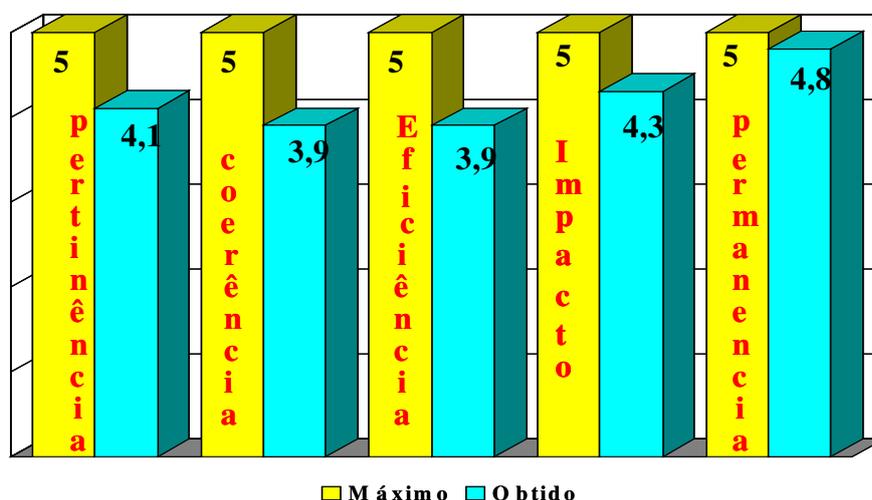
**Tabela 1 – Grupos e Critérios de Avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar.**

Grupos		Notas	Critérios				
			Pertinência	Coerência	Eficiência	Impacto	Permanência
Centros Colaboradores	Congresso Nacional		4	4	4	4	4
	Memorial JK		4	3	4	4	5
	Ponte JK		4,6	4,45	4,45	4,72	4,72
Hospitais Clientes	Catedral		4	4	4	4	5
	Esplanada dos Ministérios		4	4	4	5	5
	Planalto		4	4	3	4	5
<b>Média Geral</b>			<b>4,1</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>	<b>4,3</b>	<b>4,8</b>

**Gráfico 2 – Média Geral por Critério Avaliado no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**



**Gráfico 3 – Notas comparativas entre valores máximo e obtido, por critérios de avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**





## *2º Nível de Análise*

*Sistematização qualitativa das justificativas atribuídas aos critérios de avaliação conforme os comentários dos participantes da Oficina de Avaliação.*

**Quadro 3– Justificativas Positivas do Critério Pertinência**

<b><i>Critério: Pertinência</i></b>	
<b><i>Justificativas Positivas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oportunidade de aprendizagem de conhecimento e de boas práticas mutuamente;</li> <li>- Revisão de conceitos gerenciais;</li> <li>- Mudança da cultura com foco no cliente;</li> <li>- Desenvolvimento de tecnologia nacional;</li> <li>- Ampliação dos recursos na rede SUS;</li> <li>- Assessorar os dirigentes hospitalares na política local;</li> <li>- Aplicação de ferramentas estratégicas de gestão;</li> <li>- Ampliar as oportunidades regionais de melhoria da assistência;</li> <li>-Atualização da visão gerencial contribuindo para a reorganização da gestão;</li> <li>- Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais;</li> <li>- Oportunidade de reavaliação do perfil institucional;</li> <li>-Possibilidade de maior aproximação com o Ministério da Saúde;</li> <li>-Desenvolvimento do valor de solidariedade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação à realidade institucional;</li> <li>- Estabeleceu intercâmbio extremamente positivo entre as instituições Hospitalares;</li> <li>- Atuação sistêmica e/ou focal, dependendo da realidade apresentada por cada instituição;</li> <li>- Permitiu a troca de experiências entre todas os hospitais participantes;</li> <li>- Permitiu e motivou mudanças estruturais e comportamentais no âmbito dos hospitais que sofreram intervenções;</li> <li>- Transferência de tecnologias;</li> <li>- Adequação de ações moldadas a cada uma das diferentes realidades;</li> <li>-Ampla e irrestrito fortalecimento institucional;</li> <li>- Comprometimento e envolvimento da alta direção dos hospitais visando o alcance das metas propostas.</li> </ul>

**Quadro 4 – Justificativas Negativas do Critério Pertinência**

<b><i>Critério: Pertinência</i></b>	
<b><i>Justificativas Negativas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Gestão sistêmica/foco sistêmico, com intervenção pontual;</i></li> <li>- <i>Existem outras demandas, além das solicitadas pelos hospitais, que não foram atendidas.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ação focal, sendo que a necessidade apresentada em muitos casos é sistêmica nas organizações de saúde;</i></li> <li>- <i>Implementar o acompanhamento das ações e atividades realizadas através de maior supervisão dos técnicos do Ministério da Saúde;</i></li> <li>- <i>Estimular o intercambio entre os demais hospitais inscritos no programa, bem como viabilizar divulgação das ações desenvolvidas</i></li> <li>- <i>O programa possibilitou o aperfeiçoamento da gestão e assistência no hospital cliente, através da utilização de instrumentos gerenciais e a participação dos profissionais contribuindo para a valorização e o crescimento das instituições à partir da troca de experiências exitosas</i></li> <li>- <i>O diagnóstico realizado está direcionado para os problemas mais agudos e de maior dimensão, restando ainda outras propostas de trabalhos a implementar.</i></li> </ul>



## ***Pertinência***

*Os grupos representados pelos Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, em sua grande maioria, consideraram, que dentro dos objetivos do Ministério da Saúde, o programa foi pertinente, mesmo com dificuldades no estabelecimento dos pares e escolha de ações.*

*As ações desenvolvidas foram pertinentes à medida que o intercâmbio, além de possibilitar que o hospital cliente se beneficiasse de experiências de outros serviços, possibilitou também que o Centro Colaborador revisasse seus próprios processos de desenvolvimento de gestão.*

*Por outro lado, estes processos de desenvolvimento da gestão necessitam de ações contínuas que no programa era propiciado pelo processamento da consultoria em si e pelo compartilhar de experiências com outros centros colaboradores no processo de integração, por intermédio dos Seminários.*

*Além disto, é mais um instrumento para que o Ministério da Saúde possa realizar uma aproximação mais efetiva da gestão e resultados dos hospitais, para aprimoramento da rede hospitalar SUS.*

*A gestão de hospitais, na atualidade, tem sido considerada um grande desafio, pois a escassez de recursos financeiros, as dificuldades com os recursos humanos, a falta de profissionalização na aplicação das técnicas de administração, são variáveis que contribuem para o insucesso de hospitais, falta de qualidade na assistência e por fim má gestão dos recursos públicos, na medida em que mais de 80 % dos hospitais dependem dos recursos do Sistema Único de Saúde.*

*Iniciativas como a proposta pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo o aperfeiçoamento e qualificação da gestão e assistência através do intercâmbio entre hospitais e troca das experiências exitosas são extremamente pertinentes. É uma possibilidade concreta oferecida aos gestores para a melhoria gerencial em seus Hospitais a custo zero.*





**Quadro 5 – Justificativas Positivas do Critério Coerência**

<b><i>Critério: Coerência</i></b>	
<b><i>Justificativas Positivas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Houve coerência, mesmo que em alguns momentos recursos materiais não estivessem disponibilizados.</li> <li>- Reestruturação das parcerias no decorrer do Programa;</li> <li>- Otimização do Tempo e Redução de Gastos;</li> <li>- Ações de acordo com as necessidades, valores e possibilidades do cliente;</li> <li>- Estabelecimento de relação de confiança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A implementação de ações alcançaram todos os objetivos operacionais almejados e os meios utilizados possibilitaram realizar todas as ações no tempo pré-estabelecido.</li> <li>- Houve coerência entre os objetivos operacionais.</li> </ul>

**Quadro 6 – Justificativas Negativas do Critério Coerência**

<b><i>Critério: Coerência</i></b>	
<b><i>Justificativas Negativas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- A limitação do tempo para a execução dos projetos foi a maior dificuldade.</li> <li>- Grande distância entre os hospitais X Freqüência de vistas de consultoria;</li> <li>- Pouco tempo dos técnicos no local;</li> <li>- Dificuldade de acesso a alguns hospitais clientes;</li> <li>- Ingerências políticas, com mudanças nos quadros dirigentes dos hospitais;</li> <li>- Problemas logísticos, com atrasos nos pagamentos de diárias aos técnicos participantes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As metas não foram totalmente cumpridas;</li> <li>- Critério mais controverso entre os participantes;</li> <li>- Tempo insuficiente para as metas acordadas e recursos disponíveis;</li> <li>- Programa altamente dependente de influências e fatores externos (recursos e políticas);</li> <li>- Muitas das metas requerem recursos para a sua concretização, e grande parte das instituições não tiveram como disponibilizá-los;</li> <li>- Recursos Humanos insuficientes e em muitos casos com baixa qualificação profissional</li> <li>- Faltou apoio e articulação com as demais esferas de governo, as quais, se envolvidas, poderiam ter disponibilizado algum suporte a estas ações;</li> <li>- Realidades políticas muito diferentes;</li> <li>- As metas não foram totalmente implementadas no tempo previsto devido a grande rotatividade de profissionais na alta gerência dos hospitais participantes, com descontinuidade de gestão;</li> </ul>

## **Coerência**

*Os objetivos operacionais em tese, segundo os grupos, foram coerentes. Com relação às questões que tratam da estrutura e infra-estrutura operacional do Programa ocorreram problemas na constituição das parcerias e de logística durante os processos de colaboração. Quanto à uniformidade da linguagem e obtenção de informações para construção de indicadores, não foi realizada uma elaboração mais sistemática com esta finalidade.*

*A lógica do processo implementado pelo Ministério da Saúde é muito coerente, na medida em que após um diagnóstico elaborado pelos técnicos propicia aos Hospitais Colaboradores condições para estabelecer métodos e técnicas para atender aos Hospitais Clientes naquilo que a administração destes hospitais considera prioritário para o momento. No entanto, foi observado tempo insuficiente para obtenção dos resultados estipulados pela implantação das ações.*

*O tempo proposto pelo programa foi coerente, porém houve alguns contratempos entre os parceiros – hospital cliente e centro colaborador- comprometendo os meios implementados e impossibilitando a realização das ações e intervenções propostas.*

*Embora tenha havido coerência entre ações e objetivos, estes não foram atingidos de forma plena, em virtude de uma grande parte tratar-se de reformas e adequações estruturais, dependendo, portanto de recursos financeiros. Por outro lado, as ações propostas auxiliaram na identificação de pontos críticos, redimensionamento de fluxos e na elaboração de planos de ação para a solução de problemas existentes.*





**Quadro 7 – Justificativas Positivas do Critério Eficiência**

<b><i>Critério: Eficiência</i></b>	
<b><i>Justificativas Positivas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Eficiência no acompanhamento em alguns casos, seja pelas visitas in loco, seja por contatos à distância por telefones e /ou e-mails;</i></li> <li>- <i>Implementação das ações com eficiência;</i></li> <li>- <i>Alcance de metas, tanto por parte do MS, como por parte dos hospitais colaboradores e dos hospitais clientes.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Grande aceitabilidade da filosofia do Programa por parte dos participantes;</i></li> <li>- <i>É opinião do grupo que os objetivos do Programa foram atendidos em 80% em um bom nível de qualidade. Entretanto existem ainda muitas ações que estão em pleno processo de desenvolvimento e implementação.</i></li> <li>- <i>Qualitativamente os objetivos operacionais foram atendidos plenamente. Obviamente que devido à limitação de recursos e tempo nem todos foram alcançados 100%.</i></li> <li>- <i>A implementação das ações foram realizadas otimizando de maneira justa e correta os recursos materiais;</i></li> <li>- <i>O projeto poderia ter uma destinação maior de recursos visando atender de maneira mais abrangente as questões levantadas.</i></li> </ul>

**Quadro 8 – Justificativas Negativas do Critério Eficiência**

<b><i>Critério: Eficiência</i></b>	
<b><i>Justificativas Negativas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Inexistência de sistema de indicadores;</i></li> <li>- <i>Confusão no estabelecimento de parâmetros de eficiência dos Centros Colaboradores;</i></li> <li>- <i>Mudanças freqüentes de diretoria;</i></li> <li>- <i>Recursos inexistentes para material didático do treinamento;</i></li> <li>- <i>Verba para custeio de diárias insuficiente e com repasse atrasado.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>A eficiência poderia ter sido superior se houvesse a supervisão mais direta e periódica dos técnicos do Ministério da Saúde;</i></li> <li>- <i>Em alguns casos, os objetivos gerais não foram alcançados em virtude da morosidade do processo em que as visitas ficaram apenas na fase inicial e, em outros, pela falta de comprometimento / envolvimento de alguns gestores municipais / estaduais. Além disso, foi apontada a necessidade de aporte de recursos para concretizar projetos que demandam investimentos.</i></li> </ul>



## **Eficiência**

*Segundo os participantes dos grupos, os objetivos do programa foram atingidos com eficiência, embora não existissem indicadores para permitir sua avaliação. Dentro do cronograma proposto pelo Ministério da Saúde e os recursos disponibilizados, os grupos entenderam que houve eficiência, mesmo que em alguns casos, houvesse a necessidade de re-direcionamento de projetos e/ou planos de ação propostos.*

*A eficiência de um programa deste porte está intimamente interligada com o comprometimento dos hospitais colaboradores e o envolvimento dos hospitais clientes, e com raras exceções, observa-se que os resultados foram atingidos. Para estabelecer um percentual seria necessário quantificar todos os resultados, a nível nacional, o que nesta oportunidade fica prejudicado, pela falta de informações.*

*O desenvolvimento das ações e os recursos, como vem apontando a avaliação, corrigindo alguns pontos, podem ser melhor aproveitados. Ex: ajuste nas expectativas das partes, antecipação de cenários organizacionais para planejamento prévio, aceitação dos desafios por parte dos colaboradores, avaliação do perfil adequado para a parceria a ser realizado junto com o Ministério da Saúde. Além disto, muitos problemas de infra-estrutura tipo falta de material, transporte e apoio logístico insuficientes para o colaborador.*

*Apesar das dificuldades operacionais foram verificados e relatados alguns resultados favoráveis. A consolidação destes resultados normalmente demandam ações contínuas de gestão, e envolvimento dos profissionais dos hospitais participantes. Não há como estimar um percentual de atendimento dos objetivos operacionais. Os grupos apontaram a necessidade de mensurar de forma mais consistente o processo desenvolvido, considerando todos os Centros Colaboradores e Clientes, utilizando como outros parâmetros a satisfação do usuário e outros indicadores clássicos como tipos e número de procedimentos realizados, média de internação, de permanência hospitalar, custeio/faturamento e outros pertinentes, assim como, o antes e o depois dos trabalhos de colaboração.*

*Importa destacar também a necessidade de desenvolvimento de alternativas de obtenção de recursos, limite concreto, para algumas ações básicas como compra de equipamentos e outros investimentos.*





**Quadro 9 – Justificativas Positivas do Critério Impacto**

<b>Critério: Impacto</b>	
<b>Justificativas Positivas</b>	
<b>Visão dos Centros Colaboradores</b>	<b>Visão dos Hospitais Clientes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toda ação gera uma reação, principalmente se ela é positiva;</li> <li>- Informações compiladas e divididas;</li> <li>- Avaliação junto aos sistemas locais;</li> <li>- Aprimoramento da gestão hospitalar;</li> <li>- Aumento da satisfação do cliente interno e externo;</li> <li>- Atualização de conhecimentos;</li> <li>- Expansão de conhecimentos e experiências para outros municípios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 90% dos participantes atribuíram a nota máxima para esse critério;</li> <li>- As justificativas foram relacionadas a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários, permitindo adequação e visão do sistema de saúde como um todo;</li> <li>- O Programa trouxe motivação e visão de futuro;</li> <li>- Otimização de recursos e processos de trabalho, o que é facilmente auferida na melhoria geral dos indicadores hospitalares;</li> <li>- Crescente capacitação profissional</li> <li>- Melhoria indiscutível na gestão hospitalar</li> <li>- Os resultados foram positivos considerando que o intercâmbio promoveu a análise e mensuração das necessidades gerenciais e assistenciais apontando soluções para os pontos críticos, ainda que as ações propostas não tenham sido implementadas em sua totalidade.</li> <li>- O impacto do projeto teve resultados esperados e em alguns casos além da expectativa. Houve mudanças estruturais, sendo desenvolvidas ações pertinentes ao projeto.</li> </ul>

*Quadro 10 – Justificativas Negativas do Critério Impacto*

<i>Critério: Impacto</i>	
<i>Justificativas Negativas</i>	
<i>Visão dos Centros Colaboradores</i>	<i>Visão dos Hospitais Clientes</i>
<i>- Inexistência de instrumentos para mensurações.</i>	<i>- Não foram observados efeitos negativos ou imprevistos pelos grupos dos Clientes.</i>



## **Impacto**

*Os grupos consideraram que houve impacto positivo, em particular se considerarmos o pequeno tempo entre a intervenção e o final do programa implantado, mesmo não tendo sido disponibilizada nenhuma ferramenta para essa aferição.*

*Analisando os documentos do programa, o conteúdo técnico dos seminários, e o contato com os técnicos do Ministério da Saúde, infere-se que não havia uma projeção de impacto mais definida (impacto esperado com indicadores). A proposta é interessante enquanto inovação. Neste sentido, entende-se que a experiência foi impactante para os diferentes atores (Ministério, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes). Acredita-se, conforme os relatos no seminário, que mudanças estruturais para os clientes tenham ocorrido, particularmente em relação à organização de setores e planejamento.*

*Considerando-se que cada hospital colaborador procurou não apenas atender o hospital cliente, mas também absorver conhecimento que pudesse ser útil na sua organização, infere-se que o impacto foi grande, e que as mudanças estruturais aconteceram naquelas instituições que se permitiram desenvolver novas ações que traduziram-se em mudanças organizacionais de comportamento, rompendo as suas velhas estruturas para atingir os objetivos desejados, o que não acontece sem um certo impacto.*



**Quadro 11– Justificativas Positivas do Critério Permanência**

<b><i>Critério: Permanência</i></b>	
<b><i>Justificativas Positivas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Buscar uma consolidação das propostas de mudança;</i></li> <li>- <i>Transferência de experiências bem sucedidas;</i></li> <li>- <i>Melhora da qualidade dos serviços;</i></li> <li>- <i>Unificação de condutas, normas e procedimentos;</i></li> <li>- <i>Redução da diferenças nos padrões de qualidade e assistência prestadas;</i></li> <li>- <i>Maior satisfação dos clientes internos e externos;</i></li> <li>- <i>Valorização dos profissionais/estímulo a melhoria – crescimento profissional;</i></li> <li>- <i>Alto potencial de difusão - “EFEITO CONTAMINAÇÃO”;</i></li> <li>- <i>O conhecimento adquirido permanece;</i></li> <li>- <i>O que é bom deve ser mantido;</i></li> <li>- <i>Garantia da manutenção vai além dos seus efeitos;</i></li> <li>- <i>A legitimação do projeto nos dá a garantia da sua continuidade;</i></li> <li>- <i>Adequação e gerenciamento de recursos;</i></li> <li>- <i>Intercâmbio de conhecimentos e práticas;</i></li> <li>- <i>Propiciar a formação de novos multiplicadores;</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>100% dos participantes consideraram relevante a permanência do Programa para a implantação de melhorias em qualidade assistencial no SUS;</i></li> <li>- <i>Houve ampla troca de experiências com discussão de problemas comuns, e de busca constante de soluções reais;</i></li> <li>- <i>Baixo custo da assessoria diante dos grandes benefícios obtidos, gerando fortalecimento institucional;</i></li> <li>- <i>Maior aproximação entre os Hospitais e o Ministério da Saúde como colaborador e estimulador, fugindo um pouco da lógica de auditorias policiais;</i></li> <li>- <i>Contínua e progressiva necessidade de melhoria;</i></li> <li>- <i>O Programa é válido e absolutamente necessário para se atingir a excelência na gestão e assistência hospitalar brasileira;</i></li> <li>- <i>Há benefícios inequívocos observados no decorrer do processo e ao seu final. Vislumbra-se um futuro promissor nesse sentido, devido à tendência duradoura de seus efeitos, com dinâmica da difusão e reprodução próprias.</i></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Convergência com o programa de acreditação hospitalar;</i></li> <li>- <i>Fortalecimento da visão do usuário como foco da atuação;</i></li> <li>- <i>Desenvolvimento de controle e avaliação;</i></li> <li>- <i>Diminuição das desigualdades regionais.</i></li> </ul>	<p><i>Percebe-se viabilidade segura dos mecanismos implementados.</i></p>
---	---

***Quadro 12 – Justificativas Negativas do Critério Permanência***

<b><i>Critério: Permanência</i></b>	
<b><i>Justificativas Negativas</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<p><i>- Não foram relatadas para esse item.</i></p>	<p><i>- Não foram relatadas para esse item.</i></p>



## ***Permanência***

*Os grupos entenderam que as conseqüências são benéficas e podem ter efeitos duráveis se houver adesão, e, gestão com instrumentos que garantam isto. Trata-se de implantação gradativa de cultura de gestão. As ações podem tanto gerar uma dinâmica sem intervenção externa, nos limites da governabilidade ou construir novas fontes de recursos através da sensibilização de atores externos (planejamento estratégico). Os mecanismos implementados são viáveis e podem ser aprimorados.*

*Um programa como este traz conseqüências benéficas para as instituições. No entanto, se os benefícios são duráveis, não apenas os dirigentes das instituições é que poderão assegurar a permanência das ações. A sustentabilidade está relacionada ao grau de envolvimento das equipes com este tipo de trabalho.*

*O Programa possibilitou aperfeiçoar os instrumentos gerenciais dos hospitais participantes e ampliar a participação dos profissionais. Contribuiu também, para o crescimento da instituição através da valorização e fortalecimento dos profissionais do SUS, adequações de ações dentro da realidade existente a partir da troca de experiências entre as instituições (Colaborador e Cliente) e com o apoio do Ministério da Saúde.*

*Os participantes afirmaram que como não há ainda uma cultura consolidada de administração de hospitais que preconize a constância de propósitos. Neste sentido, é difícil assegurar que as propostas implementadas perdurarão. É desejável que estas propostas evoluam para obter melhores resultados ao longo do tempo.*

*As conseqüências deste tipo de iniciativa são 100% (cem por cento) benéficas, na visão dos participantes. Porém, o efeito duradouro está sujeito a ingerências externas.*



## ***3º Nível de Análise***

***Identificação das dificuldades operacionais encontradas, das perspectivas do Programa e as sugestões para melhorias, na visão dos participantes da Oficina de Avaliação.***

**Quadro 13 – Dificuldades Encontradas no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**

<b><i>Dificuldades Encontradas (Consolidado dos Grupos)</i></b>		
<b><i>Atores Envolvidos</i></b>		
<b><i>Hospitais Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Hospitais Clientes</i></b>	<b><i>Ministério da Saúde</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Conhecimentos/habilidades em desacordo com necessidades dos clientes;</i></li> <li>- <i>Permanência insuficiente dos técnicos do hospital colaborador no hospital cliente, gerando pouca disponibilidade;</i></li> <li>- <i>Diferenças de perfis epidemiológicos e de missões institucionais entre hospitais parceiros;</i></li> <li>- <i>Inexistência de intercâmbio sistemático entre os próprios Hospitais Colaboradores;</i></li> <li>- <i>Preparação mais adequada dos Centros Colaboradores para o cenário a ser encontrado nos Hospitais Clientes;</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Alta interferência política;</i></li> <li>- <i>“Desalinhamento” do Hospital Cliente com a política local;</i></li> <li>- <i>Freqüentes mudanças de diretores hospitalares, ocasionando estagnação, com mudanças do quadro de pessoal por incoerência política estadual/municipal;</i></li> <li>- <i>Desorganização da política de saúde local;</i></li> <li>- <i>Indefinição/baixo teto financeiro</i></li> <li>- <i>Dificuldades de obter recursos para investimentos, após a realização de diagnóstico;</i></li> <li>- <i>Inexistência de uma cultura organizacional voltada</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Insuficiente identificação das necessidades reais dos Hospitais Clientes;</i></li> <li>- <i>Parâmetros de acompanhamento e avaliação não claramente definidos;</i></li> <li>- <i>Falhas no apoio logístico – passagens/diárias atrasadas;</i></li> <li>- <i>Hospitais com características heterogêneas ajustadas pelos perfis das unidades;</i></li> <li>- <i>Diárias insuficientes para arcar com a manutenção dos técnicos participantes;</i></li> <li>- <i>Distribuição inadequada/longas distâncias/dificultando o acesso</i></li> <li>- <i>Não utilização de mecanismos formais para</i></li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acúmulo de atividades e pouco reconhecimento da adesão ao Programa;</li> <li>- Não cumprimento do cronograma de visitas dos técnicos ao hospital cliente;</li> <li>- Incompatibilidade da natureza jurídica do colaborador com o cliente;</li> <li>- Falta de incentivo para os Centros Colaboradores.</li> </ul>	<p>para a profissionalização da gestão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diversidade de vínculos profissionais;</li> <li>- Preparo insuficiente para os trabalhos, considerando as diretrizes políticas traçadas pelo Ministério da Saúde.</li> <li>- Falta de autonomia administrativo-financeira</li> <li>- Dificuldade de envolvimento do corpo clínico</li> <li>- Resistência à mudança</li> <li>- Falta de visão de futuro</li> <li>- Modelo assistencial e gerencial ineficiente</li> <li>- Viabilizar captação de recursos financeiros</li> <li>- Implementação de ações estruturais</li> <li>- Padronizar e uniformizar a metodologia transferida;</li> <li>- Ausência de autonomia financeira para manter em dia o abastecimento do hospital.</li> <li>- Necessidade de mudança cultural com relação à implementação de novas normas e rotinas.</li> </ul>	<p>agradecer ou reconhecer os trabalhos dos técnicos consultores;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retornos insuficientes da avaliação dos relatórios apresentados, por parte dos coordenadores do programa;</li> <li>- Falta de um “banco de dados” para acompanhamento da evolução dos trabalhos realizados nos hospitais;</li> <li>- Ausência de meios oficiais de divulgação das ações em desenvolvimento;</li> <li>- Logística do processo de deslocamento dos técnicos;</li> <li>- Divulgação insuficiente do programa junto aos gestores municipais e estaduais, por parte do Ministério da Saúde;</li> <li>- Dificuldades na liberação de recursos logísticos, ações insuficientes na constituição das parcerias, definição insuficiente de parâmetros e metas a serem atingidas;</li> <li>- Priorizar investimentos para as instituições públicas participantes do Programa.</li> </ul>
--	--	--



### ***Dificuldades Encontradas***

*Em relação às dificuldades, considera-se que as mesmas existiram, mas não há como mensurar até que ponto interferiram na execução das atividades. Entre elas, se destacaram as seguintes, na visão dos participantes da oficina.*

*As longas distâncias entre os hospitais colaboradores e hospitais clientes, que demandaram viagens longas e cansativas, comprometeram o acesso e o tempo das visitas. As dificuldades de vôos, como reflexo da crise pela qual passam as empresas de aviação, com poucas opções de horários e pouca flexibilidade de troca de vôos, influenciaram, de certa forma, os trabalhos dos consultores. Havia casos em que eram necessários um dia inteiro de viagem para chegar ao destino.*

*Os atrasos no pagamento de diárias, por parte do REFORSUS/Ministério da Saúde, causou constrangimentos para alguns consultores, em saídas de hotel ou nos deslocamentos terrestres, o que trouxe uma certa “guerra psicológica”. A logística operacional das atividades era exercida pela SAS (organização de visitas, acompanhamento de atividades, análise de relatórios, contatos com os consultores, ...), enquanto que a logística de liberação de recursos para diárias e passagens era exercida por uma equipe do REFORSUS. Essa divisão de atribuições entre esses centros operacionais dificultou o andamento de algumas atividades previstas: primeiro pela distância física entre eles; segundo pela competição interna velada sobre quem levava o bônus pela iniciativa do Programa.*

*A pouca comunicação entre o Ministério da Saúde e Técnicos dos Hospitais participantes, durante os trabalhos, fez com que em muitas parcerias o ritmo fosse inconstante. Havia 5 técnicos supervisores do Ministério da Saúde, que não tinham exclusividade de tempo para desenvolver as ações exigidas pelo Programa Centros Colaboradores.*

*Os participantes relataram a falta de recursos financeiros destinados ao programa para implementação das ações diagnosticadas. Em alguns casos houve pouco respaldo político para implantação e manutenção das ações - integração da rede local no SUS (município/estado/instituição).*

*Um dos pontos ressaltados e que trouxeram dificuldades no “casamento” existente entre Centros Colaboradores e Hospitais Clientes foi com relação às incompatibilidades de naturezas jurídicas existentes. Como não havia uma proporção simétrica entre Colaboradores e Clientes, 1:2, algumas vezes um hospital universitário trocou experiências com um filantrópico, o que de certa forma trouxe algumas dificuldades na opinião dos participantes.*



**Quadro 14 – Perspectivas do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**

<b><i>Perspectivas do Programa</i></b>	
<b><i>Consolidado dos Grupos</i></b>	
<b><i>Visão dos Centros Colaboradores</i></b>	<b><i>Visão dos Hospitais Clientes</i></b>
<p>- Planejar estrategicamente considerando dois cenários: - com o apoio e financiamento do Ministério da Saúde, e, com apenas o apoio do Ministério da Saúde;</p> <p>- Foi unânime o sentimento de que rede colaborativa depende do sucesso deste planejamento;</p> <p>- Ampliação e manutenção do Programa, objetivando a melhoria da qualidade hospitalar brasileira.</p>	<p>Manutenção e ampliação do Programa;</p> <p>Implementação e manutenção da rede colaborativa como meio de fortalecimento e complementação do Programa;</p> <p>Desenvolver e incorporar nas ações a visão integrada do sistema local de saúde;</p> <p>Racionalização e otimização de recursos existentes e disponibilizados;</p> <p>Diminuição da distância política x ação;</p> <p>Implantação efetiva de núcleos de formação técnica de profissionais da saúde nas regiões Norte e Nordeste.</p> <p>Melhorar a qualificação de recursos humanos em saúde;</p> <p>Otimizar a utilização dos recursos materiais, com crítica;</p> <p>Difundir boas práticas saúde de maneira mais abrangente, democratizando saberes;</p> <p>Fiscalizar e cobrar retorno dos recursos e ações empregados.</p>

### ***Perspectivas do Programa***

*As perspectivas, apontadas pelos participantes, são boas particularmente se forem realizados os ajustes necessários. É fundamental como foi dito, a determinação dos parâmetros e metas a serem atingidas, por todas as organizações envolvidas em particular pelos próprios Centros Colaboradores.*

*Num primeiro momento de implantação pode-se valorizar e avaliar do ponto de vista qualitativo as possibilidades deste tipo de relacionamento entre Colaborador e Cliente. Em seguida é necessário dar mais consistência na busca de resultados quantificáveis.*

*Na visão dos participantes, as perspectivas para este modelo de colaboração são as melhores possíveis, desde que haja por parte dos novos dirigentes do Ministério da Saúde, um efetivo apoio a continuidade deste programa, pois com baixo investimento, é possível melhorar muito a qualidade de gestão dos hospitais, mediante a troca de experiências, o que é enriquecedor para todos os envolvidos.*

*Geralmente, os elevados custos de consultoria hospitalar tornam proibitivos a contratação de técnicos para estabelecer diagnósticos e orientações de mudanças de estruturas e atitudes. Com este programa, os hospitais podem ter acesso à conhecimentos técnicos na área hospitalar, sem qualquer ônus de investimento por parte dos hospitais.*

*A natureza voluntária da participação dos técnicos que colaboram com o compartilhar dessas experiências representa a grande força do Programa. Por isso, geram perspectivas bem otimistas. A continuação do programa é de extrema importância para a consolidação das ações propostas no auxílio a gestão hospitalar e ao desenvolvimento de novas ações na área da saúde, segundo os participantes.*

*A ênfase na qualificação da gestão hospitalar garante um processo constante do repensar na prática do exercício da função gerencial, com acompanhamento técnico e vivencial por parte dos profissionais participantes, podendo aumentar ainda mais a sua área de abrangência e conhecimento técnico.*

*O fato de os recursos destinados ao projeto cobrirem basicamente passagens e diárias podem ser desencorajadores, por um lado, mas por outro, demonstrar o potencial de viabilidade deste desenho sem patrocínio externo. O conhecimento por outros interessados se faz necessário tendo em vista a possibilidade de identificação de alguns dos hospitais envolvidos, como benchmarkings, ou a formação de novas duplas ou o desenho de um sistema colaborativo dentro do SUS.*





**Quadro 15 – Sugestões de Melhorias no Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**

<b>Sugestões para Melhorias</b>	
<b>Consolidado dos Grupos</b>	
<b>Visão dos Centros Colaboradores</b>	<b>Visão dos Hospitais Clientes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aperfeiçoamento dos manuais operacionais do Programa;</li> <li>- Acompanhamento sistematizado por parte dos técnicos do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde;</li> <li>- Feed Back da SAS/MS sobre o acompanhamento dos trabalhos, divulgando os resultados para os demais participantes;</li> <li>- Regionalização do programa;</li> <li>- Atuação do Ministério da Saúde para equacionar questões regionais;</li> <li>- Benchmarking do diagnóstico/indicadores/processos, melhorando os critérios de definição para a pré-qualificação dos Centros Colaboradores;</li> <li>- Desenvolver estratégias para maior envolvimento dos gestores;</li> <li>- Criar metodologias de sensibilização dos profissionais para a sustentação e condução dos processos de melhoria desenvolvidos;</li> <li>- Definição de número de técnicos por cada Centro Colaborador;</li> <li>- Valorização por parte do Ministério da Saúde dos Hospitais Colaboradores, com linhas de crédito e programas específicos;</li> <li>- Realização de diagnóstico em parceria com o hospital cliente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maior investimento dos órgãos financiadores no programa;</li> <li>- Padronização de modelos gerenciais de acordo com o perfil institucional e de indicadores de qualidade;</li> <li>- Avaliação técnica para liberação de recursos ao Hospital Cliente;</li> <li>- Premiação ao Hospital Cliente, como forma de incentivo a obtenção de novas metas;</li> <li>- Maior número de seminários para possibilitar troca de experiências entre as instituições;</li> <li>- Avaliação periódica dos supervisores do Ministério da Saúde;</li> <li>- Maior número de visitas e maior tempo de permanência do Hospital Cliente no Centro Colaborador e vice-versa;</li> <li>- Publicação e divulgação dos resultados em âmbito municipal e estadual;</li> <li>- Avaliação periódica do Hospital Cliente para garantia da manutenção da qualidade dos serviços implantados;</li> <li>- Facultar ao Hospital Cliente a escolha do Centro Colaborador;</li> <li>- Aumentar o intercâmbio interinstitucional;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Integração entre os vários programas existentes no Ministério da Saúde (humanização, amigo da criança, acreditação, gerência de risco, etc);</i></li> <li>- <i>Melhorar a divulgação interna visando a sensibilização do governo federal para continuidade do programa;</i></li> <li>- <i>Definição do Programa enquanto política institucional do Ministério da Saúde para os Hospitais credenciados ao SUS;</i></li> <li>- <i>Assegurar recursos para alavancar o Programa, para ações prioritárias identificadas de forma conjunta pelos Hospitais Clientes, Centros Colaboradores e Ministério da Saúde;</i></li> <li>- <i>Fazer a aproximação prévia entre colaborador-cliente de forma mais elaborada e consistente;</i></li> <li>- <i>Dirigir a colaboração prioritariamente a hospitais públicos.</i></li> <li>- <i>Publicar os resultados em veículos de comunicação;</i></li> <li>- <i>Quantificação dos resultados obtidos;</i></li> <li>- <i>Criação de ações comuns a alguns hospitais clientes – Exemplo: Curso de Custos SUS;</i></li> <li>- <i>Adotar critério de seleção de Hospitais Colaboradores e clientes de uma mesma região, pode facilitar viagens, diminuindo horas de viagem, baratear custos de viagens, etc;</i></li> <li>- <i>Estimular aos hospitais a desenvolverem atividades envolvendo de recursos humanos (motivação, desenvolvimento de lideranças, melhoria do clima organizacional, etc.)</i></li> <li>- <i>Custeio para material didático utilizado no desenvolvimento das atividades.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Criar o intercâmbio das instituições a nível regional;</i></li> <li>- <i>Capacitar a alta administração em gerenciamento;</i></li> <li>- <i>Garantir a continuidade do Programa para a próxima gestão do Ministério;</i></li> <li>- <i>Buscar viabilizar recursos financeiros destinados à implementação de projetos oriundos do plano de ação dentro do Programa Centros Colaboradores;</i></li> <li>- <i>Aumento no quantitativo de funcionários dos Hospitais clientes para as visitas aos Hospitais colaboradores permitindo assim, trocas mais concretas dos conhecimentos adquiridos;</i></li> </ul>
---	--

### ***Sugestões para Melhorias***

*Os hospitais que participaram do Programa defendem firmemente a continuidade do Programa Centros Colaboradores, o qual proporcionou uma melhoria geral em seus sistemas internos de gestão, o que invariavelmente remete à melhoria de qualidade dos seus serviços hospitalares. Apontam para uma integração mais efetiva entre os próprios colaboradores, e entre colaboradores e técnicos do Ministério da Saúde, na construção de uma linguagem comum de gestão, na utilização de indicadores e parâmetros comuns, e ao mesmo tempo assegurando a pluralidade metodológica.*

*A definição prévia e elaboração interna do cenário em que se insere o Hospital Cliente, sua função natural na rede SUS, comprometimento dos gestores locais e regionais, sua expectativa de intervenção, e preparação prévia para o processo são fatores que podem contribuir para as melhorias desejadas.*

*Assegurar a logística básica para os deslocamentos aéreo e terrestre, e pensar formas de recompensas e incentivos pecuniárias e ou não pecuniárias para os colaboradores, tipo boas condições de trabalho, transporte, hospedagem, programações culturais e de lazer, e reconhecimento público pelos trabalhos prestados em colaboração são pontos comumente abordados pelos grupos participantes.*

*A oportunidade de desenvolvimento profissional para os técnicos por educação continuada é bem evidente. O perfil técnico dos participantes favorece este tipo de iniciativa, uma vez que são profissionais selecionados para representarem bem as suas instituições perante o gestor nacional e outras organizações de saúde renomadas.*

*O entrelaçamento das ações do Ministério da Saúde e o Programa de Centros Colaboradores – Exemplo: Liberação de recursos do REFORSUS para equipamentos, mediante avaliação do diagnóstico dos Centros Colaboradores e dos resultados das ações propostas, pode trazer uma lógica gerencial para os investimentos nesses hospitais.*

*Adotar como norma ou regra do programa a designação de hospitais colaboradores e clientes de mesma natureza jurídica, tipo de clientela, exemplo: hospitais universitários com hospitais universitários – Santas Casas com Santas Casas, traz coerência com os objetivos do Programa.*

*A criação de um banco de dados com informações sobre os hospitais colaboradores e hospitais clientes, com os resultados das atividades desenvolvidas, com o objetivo de estabelecer o benchmarking entre os hospitais públicos pode ser uma estratégia para o aprimoramento desse modelo.*



## ***4º Nível de Análise***

***Consolidação das respostas dos subgrupos transformando-as em Fatores Chaves de Sucesso, na visão do autor.***

*O quarto nível de análise teve como objetivo principal identificar alguns Fatores Chave de Sucesso e das Estratégias de Ação do Programa Centros Colaboradores, considerando os principais atores na visão autor, visando recompor uma proposta para a retomada do referido Programa.*

*Trata-se, na realidade, de uma tentativa de adaptação e de simplificação do guia da démarche strategique, utilizada por Rivera e Artmann (1997 e 2002), e idealizada por M. Cremadez e F. Grateau, que utilizaram o conceito para definição da Missão Hospitalar. O método foi desenhado especialmente para o setor público. Define racionalmente a missão de um hospital, situando-o na perspectiva ideal de uma rede coordenada de serviços de saúde. Significa que a definição da missão terá de ser negociada com o ambiente externo institucional à qual as organizações pertencem.*

*A perspectiva da démarche é a de promover um tipo de movimento cultural que enfatize a integração intra-institucional, a racionalidade econômica da missão específica e a negociação de uma rede de cuidados com outros estabelecimentos de saúde. Busca desenvolver a vocação de cada estabelecimento na perspectiva da complementaridade, valorizando novas posturas gerenciais, que permitam maximização na utilização dos recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade, a partir da redefinição da missão hospitalar e sua inserção na rede.*

*Esse método pode ser útil na análise do modelo empregado pelos Centros Colaboradores no sentido de que ele explora a diversidade e ensina a aceitar formas alternativas e construídas coletivamente por diferentes atores, com idéias variadas, pluralísticas e que atuam sinergicamente para alcançar objetivos afins.*

*A seguir apresentam-se os principais passos metodológicos utilizados, já adaptados dos Fatores Chave de Sucesso.*

### ***1) Atividades desenvolvidas no Programa Centros Colaboradores***

#### ***A) Descrição das atividades gerais desenvolvidas no Programa Centros Colaboradores, apontadas nas respostas dos técnicos participantes da oficina de avaliação.***

*Nesta fase, foram considerados os itens descritos nos questionários de avaliação do Programa, numa espécie de “brain storm”, a partir das respostas dos técnicos participantes da oficina de avaliação do Programa Centros Colaboradores.*

- ✓ Transferência de tecnologias assistenciais e gerenciais em saúde;*

- ✓ *Revisão de conceitos gerenciais e assistenciais;*
- ✓ *Aplicação de ferramentas estratégicas de gestão;*
- ✓ *Atualização da visão gerencial, contribuindo para a reorganização da gestão hospitalar;*
- ✓ *Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais;*
- ✓ *Reavaliação do perfil institucional;*
- ✓ *Desenvolvimento de valores de solidariedade e de humanização;*
- ✓ *Estímulo à capacitação profissional;*
- ✓ *Atualização de conhecimentos;*
- ✓ *Troca de experiências, com discussão de problemas comuns e de soluções adotadas;*
- ✓ *Aproximação e comunicação direta entre os hospitais e o Ministério da Saúde;*
- ✓ *Transferência de experiências bem sucedidas;*
- ✓ *Unificação de condutas, normas e procedimentos;*
- ✓ *Formação de novos multiplicadores;*
- ✓ *Pagamento de diárias;*
- ✓ *Visitas do Cliente ao Colaborador;*
- ✓ *Identificação de necessidades dos Hospitais Clientes;*
- ✓ *Parâmetros de avaliação não claramente definidos;*
- ✓ *Apoio logístico do Ministério da Saúde, com passagens e diárias;*
- ✓ *Supervisão por parte do Ministério da Saúde;*
- ✓ *Participação de Hospitais com características heterogêneas;*
- ✓ *Existência de mecanismos formais de reconhecimento apenas para as instituições, e não para os técnicos;*
- ✓ *Implementação de ações estruturais;*
- ✓ *Elaboração de relatórios de identificação, diagnóstico, acompanhamento, supervisão e avaliação;*
- ✓ *Construção de um banco de dados que possibilite a divulgação das ações e trabalhos;*
- ✓ *Disponibilidade de recursos financeiros para financiamento de ações específicas nos hospitais participantes do Programa;*
- ✓ *Divulgação de informações junto aos gestores municipais e estaduais;*
- ✓ *Link com o Programa da Humanização;*
- ✓ *Realização de eventos (seminários) para troca de experiências e avaliação do conjunto das atividades;*

- ✓ *Aperfeiçoamento de rotinas internas;*
- ✓ *Consultoria de técnicos qualificados, sem ônus para os hospitais clientes;*
- ✓ *Reorganização da estrutura organizacional, com revitalização institucional – física, tecnológica e de informação;*
- ✓ *Aprimoramento da gestão das pessoas;*
- ✓ *Desenvolvimento de gestão participativa;*
- ✓ *Disseminação de normas e protocolos;*
- ✓ *Formação de redes virtual, com redução da distância entre política e ação.*
- ✓ *Tecnologia própria de implantação, com construção coletiva;*
- ✓ *Promover a seleção e estabelecimento de parcerias entre hospitais do SUS.*

***B) Descrição das atribuições/responsabilidades dos atores Ministério da Saúde, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, apontadas formalmente, no Termo de Cooperação Técnica do Programa.***

***Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde***

- ✓ *Acolher e selecionar os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que necessitem e demonstrem interesse no trabalho dos Centros Colaboradores, conforme critérios estabelecidos;*
- ✓ *Apoiar o desenvolvimento dos trabalhos dos Centros Colaboradores nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde selecionados, assegurando o deslocamento dos técnicos que prestarão Consultoria, como também, para os profissionais das unidades hospitalares que necessitem deslocamento até os Centros Colaboradores, disponibilizando os recursos necessários;*
- ✓ *Estabelecer indicadores para medir as melhorias implantadas e analisar os relatórios apresentados;*
- ✓ *Elaborar agenda de trabalho em conjunto com os Centros Colaboradores e os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, definindo datas e locais das Consultorias;*
- ✓ *Acompanhar o trabalho tanto dos Centros Colaboradores, como dos hospitais beneficiados, no sentido de perceber melhorias implantadas e analisar os resultados apresentados.*

***Centros Colaboradores***

- ✓ *Atuar nos hospitais oferecendo suporte técnico, através de assessoria/consultoria, realizando diagnóstico da situação e analisando a forma de organização dos serviços*

*assistenciais, contribuindo para a reorganização da gestão e implantando projetos estruturadores e inovadores da assistência;*

- ✓ *Garantir a reprodução, observadas as peculiaridades do hospital beneficiado, de seus modelos, processos e sistemas desenvolvidos e implantados, considerando a experiência satisfatória destes para o bom desempenho da unidade;*
- ✓ *Permitir o intercâmbio de técnicos do seu quadro, para atuarem como assessores/consultores nos hospitais beneficiados, assim como a permanência de técnicos destes últimos, nas suas dependências com a finalidade de conhecer a realidade do Centro Colaborador, possibilitando a reprodução de modelos, processos e sistemas;*
- ✓ *Desenvolver metodologias, instrumentos e tecnologias de avaliação da qualidade e dos impactos assistenciais;*
- ✓ *Assessorar na elaboração e no desenvolvimento de normas, rotinas e protocolos assistenciais;*
- ✓ *Produzir relatórios acerca do diagnóstico da situação e proposta de intervenção no hospital beneficiado com suporte técnico, assim como, produzir relatórios finais que permitam a avaliação pela SAS, da repercussão da assessoria/consultoria nas rotinas destes hospitais;*

### ***Hospitais Clientes***

- ✓ *Solicitar à Secretaria de Assistência à Saúde o apoio técnico dos Centros Colaboradores, indicando a área que necessita de suporte, preenchendo o formulário de Solicitação de Assessoria/Consultoria.*
- ✓ *Articular-se com o Centro Colaborador selecionado pelo Ministério da Saúde organizando e planejando as ações a serem desenvolvidas, enviando relatórios contendo a descrição dos produtos obtidos como resultado do trabalho realizado;*
- ✓ *Disponibilizar as condições necessárias para o desenvolvimento do trabalho dos técnicos dos Centros Colaboradores em conjunto com os seus profissionais no sentido da implantação dos modelos, processos ou sistemas objetos da assessoria/consultoria.*

***C) Mapeamento das atividades descritas pelos participantes da oficina, correlacionando-as com as responsabilidades/atribuições dos diferentes atores: Ministério da Saúde, Centros Colaboradores e Hospitais Clientes.***

**Tabela 2 - MATRIZ ATIVIDADES/ATORES**

<b>Atividades</b>	<b>Atores</b>		
	<b>Minist. da Saúde</b>	<b>Centros Colabor.</b>	<b>Hospitais Clientes</b>
<i>Transferência de experiências, tecnologias assistenciais e gerenciais</i>			
<i>Revisão de conceitos gerenciais e assistenciais</i>			
<i>Aplicação de ferramentas estratégicas de gestão</i>			
<i>Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais</i>			
<i>Reavaliação do perfil institucional</i>			
<i>Desenvolvimento de valores de solidariedade e de humanização</i>			
<i>Estímulo à capacitação profissional</i>			
<i>Atualização de conhecimentos</i>			
<i>Unificação de condutas, normas e procedimentos</i>			
<i>Formação de novos multiplicadores</i>			
<i>Visitas técnicas de consultoria</i>			
<i>Identificação de necessidades dos Hospitais Clientes</i>			
<i>Desenvolvimento de parâmetros de avaliação</i>			
<i>Apoio logístico, com passagens e diárias</i>			
<i>Supervisão das ações de consultoria</i>			
<i>Seleção de Hospitais com características heterogêneas</i>			
<i>Estabelecimento de mecanismos formais de consultoria</i>			
<i>Implementação de ações estruturais;</i>			
<i>Elaboração de relatórios</i>			
<i>Construção de banco de dados</i>			
<i>Financiamento de ações específicas</i>			
<i>Divulgação de informações junto aos gestores</i>			
<i>Estabelecimento de Links com outros Programas</i>			
<i>Realização de eventos (seminários)</i>			
<i>Aperfeiçoamento de rotinas internas</i>			
<i>Consultoria de técnicos qualificados</i>			
<i>Revitalização institucional – física, tecnológica e de informação</i>			
<i>Aprimoramento da gestão das pessoas</i>			
<i>Disseminação de normas e protocolos</i>			

**Tabela 3 - Programabilidade das Atividades X Termo de Cooperação Técnica.**

<i>Atividades</i>	<i>Termo de Cooperação Técnica</i>	
	<i>Não Prevista</i>	<i>Prevista</i>
<i>Transferência de experiências, tecnologias assistenciais e gerenciais</i>		
<i>Revisão de conceitos gerenciais e assistenciais</i>		
<i>Aplicação de ferramentas estratégicas de gestão</i>		
<i>Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais</i>		
<i>Reavaliação do perfil institucional</i>		
<i>Desenvolvimento de valores de solidariedade e de humanização</i>		
<i>Estímulo à capacitação profissional</i>		
<i>Atualização de conhecimentos</i>		
<i>Unificação de condutas, normas e procedimentos</i>		
<i>Formação de novos multiplicadores</i>		
<i>Visitas técnicas de consultoria</i>		
<i>Identificação de necessidades dos Hospitais Clientes</i>		
<i>Desenvolvimento de parâmetros de avaliação</i>		
<i>Apoio logístico, com passagens e diárias</i>		
<i>Supervisão das ações de consultoria</i>		
<i>Seleção de Hospitais com características heterogêneas</i>		
<i>Estabelecimento de mecanismos formais de consultoria</i>		
<i>Implementação de ações estruturais;</i>		
<i>Elaboração de relatórios</i>		
<i>Construção de banco de dados</i>		
<i>Financiamento de ações específicas</i>		
<i>Divulgação de informações junto aos gestores</i>		
<i>Estabelecimento de Links com outros Programas</i>		
<i>Realização de eventos (seminários)</i>		
<i>Aperfeiçoamento de rotinas internas</i>		
<i>Consultoria de técnicos qualificados</i>		
<i>Revitalização institucional – física, tecnológica e de informação</i>		
<i>Aprimoramento da gestão de pessoas</i>		
<i>Disseminação de normas e protocolos</i>		

## **2) Mapeamento dos Principais Atores do Programa Centros Colaboradores**

*O objetivo desta etapa é definir subgrupos homogêneos, chamados atores, por intermédio de uma análise que visa avaliar as semelhanças e diferenças entre as atividades existentes apontadas na oficina do Programa, relacionando o conjunto de atividades atribuídas para cada ator chave considerado.*

### **ATOR 1 – MINISTÉRIO DA SAÚDE**

- ✓ *Unificação de condutas, normas e procedimentos;*
- ✓ *Elaboração de relatórios de supervisão e avaliação;*
- ✓ *Realização de eventos (seminários);*
- ✓ *Desenvolvimento de parâmetros de avaliação;*
- ✓ *Apoio logístico, com passagens e diárias;*
- ✓ *Supervisão das ações de consultoria;*
- ✓ *Seleção de Hospitais com características heterogêneas;*
- ✓ *Estabelecimento de mecanismos formais de consultoria;*
- ✓ *Construção de banco de dados;*
- ✓ *Financiamento de ações específicas;*
- ✓ *Divulgação de informações junto aos gestores;*
- ✓ *Estabelecimento de Links com outros Programas;*
- ✓ *Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais.*

### **ATOR 2 – CENTROS COLABORADORES**

- ✓ *Transferência de experiências, tecnologias assistenciais e gerenciais;*
- ✓ *Aplicação de ferramentas estratégicas de gestão;*
- ✓ *Identificação de necessidades dos Hospitais Clientes;*
- ✓ *Visitas técnicas de consultoria;*
- ✓ *Elaboração de relatórios de diagnóstico, acompanhamento e avaliação;*
- ✓ *Desenvolvimento de valores de solidariedade e de humanização;*
- ✓ *Consultoria de técnicos qualificados;*
- ✓ *Aprimoramento da gestão de pessoas;*
- ✓ *Disseminação de normas e protocolos;*
- ✓ *Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais.*

### **ATOR 3 – HOSPITAIS CLIENTES**

- ✓ *Estímulo à capacitação profissional;*
- ✓ *Atualização de conhecimentos;*
- ✓ *Formação de novos multiplicadores;*
- ✓ *Revisão de conceitos gerenciais e assistenciais;*
- ✓ *Reavaliação do perfil institucional;*
- ✓ *Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais;*
- ✓ *Implementação de ações estruturais;*
- ✓ *Aperfeiçoamento de rotinas internas;*
- ✓ *Revitalização institucional – física, tecnológica e de informação.*

### **3) Valoração dos Atores**

*A análise do valor supõe uma análise multi-critérios, orientadas por perguntas específicas, que foram valoradas por um peso (percentual de 0% a 100%) e uma nota (de 0 a 20 pontos), que expressam um julgamento subjetivo do autor. Os critérios foram:*

- A) Possibilidade de Crescimento: quais são as possibilidades de progressão desses atores no futuro. Deve-se considerar o potencial de crescimento teórico em função dos cenários que condicionam a demanda potencial;*
- B) Intensidade da Concorrência: quantidade de concorrentes existentes no SUS para desenvolverem ações semelhantes;*
- C) Investimentos: os investimentos constituem ou não barreiras para as ações desenvolvidas ou para entrada de novos atores concorrentes potenciais;*
- D) Sinergias: alguma forma de integração ou de política de colaboração com outras entidades/organizações;*
- E) Motivação Interna: há níveis de comprometimento em relação aos atores?*
- F) Possibilidades de Parceria Externa: as atividades permitem estabelecer uma rede de colaboração com instituições ou profissionais externos?*
- G) Potencial Regional: este segmento compreende uma atividade importante de atração de clientela regionais?*
- H) Potencial Local: o grupo (ator) desenvolve uma atividade local importante?*
- I) Contribuição para a Imagem Externa: este grupo de atores permite criar ou desenvolver uma imagem positiva diante do ambiente?*

## Valoração de Cada Ator

**Tabela 4 – Valoração do Ator 1**

**ATOR 1 - MINISTÉRIO DA SAÚDE**

<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>PESO %</b>	<b>NOTA / 20</b>	<b>SCORE (= p x n)</b>
<i>Possibilidade de Crescimento</i>	5	5	0.25
<i>Intensidade da Concorrência</i>	5	1	0.05
<i>Investimentos (barreiras à entrada)</i>	10	10	1
<i>Sinergias</i>	10	15	1.5
<i>Motivação Interna</i>	10	10	1
<i>Possibilidades de Parceria Externa</i>	10	15	1.5
<i>Potencial Regional</i>	10	20	2
<i>Potencial Local</i>	10	20	2
<i>Contribuição para o Projeto Político do Programa</i>	15	18	2.7
<i>Contribuição para a Imagem Externa</i>	15	20	3
<b>Valor Segmento</b>	<b>100</b>		<b>15</b>

**Tabela 5 – Valoração do Ator 2**

**ATOR 2 - CENTROS COLABORADORES**

<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>PESO %</b>	<b>NOTA / 20</b>	<b>SCORE (= p x n)</b>
<i>Possibilidade de Crescimento</i>	10	15	1.5
<i>Intensidade da Concorrência</i>	10	15	1.5
<i>Investimentos (barreiras à entrada)</i>	5	5	0.25
<i>Sinergias</i>	5	10	0.5
<i>Motivação Interna</i>	10	15	1.5
<i>Possibilidades de Parceria Externa</i>	5	10	0.5
<i>Potencial Regional</i>	15	10	1.5
<i>Potencial Local</i>	15	15	2.25
<i>Contribuição para o Projeto Político do Programa</i>	10	10	1
<i>Contribuição para a Imagem Externa</i>	15	15	2.25
<b>Valor Segmento</b>	<b>100</b>		<b>12.75</b>

**Tabela 6 – Valoração do Ator 3**

**ATOR 3 - HOSPITAIS CLIENTES**

<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>PESO %</b>	<b>NOTA / 20</b>	<b>SCORE (= p x n)</b>
<i>Possibilidade de Crescimento</i>	15	15	2.25
<i>Intensidade da Concorrência</i>	15	15	2.25
<i>Investimentos (barreiras à entrada)</i>	5	5	0.25
<i>Sinergias</i>	5	10	0.5
<i>Motivação Interna</i>	10	15	1.5
<i>Possibilidades de Parceria Externa</i>	5	10	0.5
<i>Potencial Regional</i>	5	10	0.5
<i>Potencial Local</i>	15	15	2.25
<i>Contribuição para o Projeto Político do Programa</i>	10	10	1
<i>Contribuição para a Imagem Externa</i>	15	15	2.25
<b>Valor Segmento</b>	<b>100</b>		<b>13.25</b>

#### 4) Análise da Posição dos Atores

Esta etapa consiste em listar de 5 a 10 (sem rigidez) fatores estratégicos de êxito dos atores em pauta. São vantagens, condições positivas que é necessário possuir para ter o êxito no desempenho da atividade.

**Tabela 7 – Fatores Estratégicos de Êxito – Ator 1**

<b>Fatores Estratégicos de Êxito</b>		
<b>Ator 1 - Ministério da Saúde</b>	<b>PESO %</b>	<b>NOTA</b>
<i>Proporcionar links com outros projetos de melhoria de atenção hospitalar, buscando sinergias.</i>	10	15
<i>Benchmarking do diagnóstico/indicadores/processos, melhorando os critérios de definição para a pré-qualificação dos Centros Colaboradores e Hospitais Clientes.</i>	20	20
<i>Desenvolver estratégias logísticas para tornar mais fácil e menos oneroso, os deslocamentos das equipes, trabalhando regionalmente, sempre que possível, e evitando-se o atraso no pagamento de diárias.</i>	20	15
<i>Desenvolver estratégias para maior envolvimento dos gestores e de parceiros potenciais.</i>	15	15
<i>Publicizar os resultados dos trabalhos desenvolvidos, elaborando um banco de dados do Programa.</i>	20	15
<i>Considerar as ações desenvolvidas pelos hospitais dentro das linhas de financiamento do Fundo Nacional de Saúde, dos Gestores Estaduais e Municipais de Saúde, potencializando recursos financeiros.</i>	15	5
<b>Score</b>	100	14.5

**Tabela 8 – Fatores Estratégicos de Êxito – Ator 2**

<b>Fatores Estratégicos de Êxito</b>		
<b>Ator 2 – Centros Colaboradores</b>	<b>PESO %</b>	<b>NOTA</b>
<i>Produzir relatórios padronizados e atualizados de acompanhamento do trabalho de consultoria.</i>	20	15
<i>Disponibilizar maior tempo para execução dos planos de ação nos hospitais.</i>	15	20
<i>Disseminação de manuais de normas/protocolos e rotinas.</i>	10	15
<i>Criação de metodologias de sensibilização dos profissionais dos Hospitais Clientes para a sustentação e condução dos processos de melhoria desenvolvidos.</i>	25	15
<i>Promover a avaliação e a quantificação dos resultados obtidos, por meio de indicadores.</i>	20	15
<i>Apoio à formação de um Comitê Gestor para gerenciamento do Programa, junto à equipe do Ministério da Saúde.</i>	10	5
<b>Score</b>	100	14.75

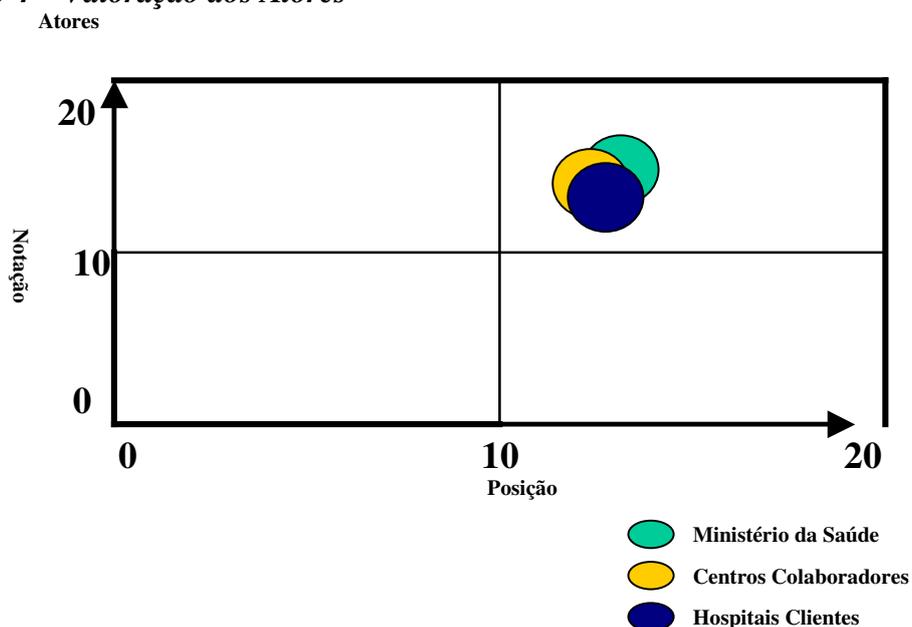
**Tabela 9 – Fatores Estratégicos de Êxito – Ator 3**

<b>Fatores Estratégicos de Êxito</b>		
<b>Ator 3 – Hospitais Clientes</b>	<b>PESO %</b>	<b>NOTA</b>
<i>Definição de quadros técnicos estáveis para o desenvolvimento das ações do Programa, evitando perda de continuidade.;</i>	15	15
<i>Maior autonomia administrativo e financeira para implementar as ações propostas e/ ou diagnosticadas;</i>	20	10
<i>Envolver uma maior participação dos gestores locais de saúde, garantindo apoio político e comunitário formando vínculos com o Projeto;</i>	15	10
<i>Desenvolver pesquisa de satisfação de usuários, para avaliar o antes e depois dos trabalhos das consultorias;</i>	20	15
<i>Valorizar e participar ativamente, envolvendo e sensibilizando todos os técnicos do hospital e alta direção, aproveitando a oportunidade de melhoria oferecida, sem qualquer ônus;</i>	25	20
<i>Qualificar os profissionais direcionados para a lógica do SUS.</i>	15	5
<b>Score</b>	100	14,5

### 5) Gráfico de Valoração dos Atores

É um gráfico adaptado que, neste caso específico, corresponde à posição de importância dos diferentes atores no processo de construção do Programa, que são posicionados em 04 quadrantes. Representa a valoração dos atores. O objetivo aqui é a de permitir uma visão de conjunto, comparar a posição estratégica dos atores, estabelecendo prioridades, caso necessário, entre os mesmos. A análise consiste em estabelecer se um ator assume uma posição mais relevante que outro para o desenvolvimento de esforços na retomada ou correção de rumo do Programa Centros Colaboradores.

**Gráfico 4 – Valoração dos Atores**



*O gráfico pode demonstrar que os três atores possuem posições estratégicas muito semelhantes, o que de certa forma nivela-os em grau de valor ou de importância no Programa estudado. Estrategicamente todos estão posicionados num mesmo nível e estão intrinsecamente relacionados para o desenvolvimento de ações exitosas ou não. Qualquer plano de ação só será profícuo se for considerado esse nível de relação.*

## **6) Plano de Ação**

*Segundo Rivera e Artmann (2002) o plano de ação consistiria em esforços para se implementar a estratégia visando aumentar o controle dos Fatores Chave de Sucesso, para melhorar a posição estratégica geral. O plano culmina com a definição de indicadores de monitoramento das ações para que seja possível acompanhar as mudanças propostas.*

*Para Matus (1997) o plano é o produto momentâneo do processo pelo qual um ator seleciona uma cadeia de ações para alcançar seus objetivos. Em seu significado mais genérico, pode-se falar de plano de ação como algo inevitável na prática humana, cuja alternativa é o domínio da improvisação. O plano, na vida real, está rodeado de incertezas, imprecisões, surpresas, rejeições e apoio de outros atores.*

*Em conseqüência, seu cálculo é nebuloso e sustenta-se na compreensão da situação, ou seja, a realidade analisada na particular perspectiva de quem planifica. O equilíbrio entre variáveis controláveis ou não, definem as possibilidades de se alcançarem resultados. Um plano é um compromisso que anuncia resultados, ainda que tais resultados não dependam inteira ou principalmente do cumprimento daqueles compromissos.*

*Uma das estratégias de atuação é a de se buscar elementos subsidiários para a recomposição estratégica de retomada das ações do Programa Centros Colaboradores. Uma realidade complexa não pode ser abordada de uma forma tão simples. Há vários condicionantes em jogo, influenciados pelos diferentes atores, o que obriga a utilização de métodos mais poderosos e complexos de direção e planificação.*

*Matus (1997) conclui que um plano não deve cobrir o universo teórico de possibilidades que o futuro oferece, e por razões práticas, explora apenas algumas. A seguir, apresentam-se alguns itens que podem contribuir nas reflexões futuras acerca deste tipo de colaboração no Sistema Único de Saúde, visando adoção das ações para a continuidade, manutenção e/ou expansão do Programa.*



**Quadro 16 – Plano de Ação e Acompanhamento**

<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Recursos Necessários</b>	<b>Produtos</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Indicadores</b>
- Benchmarking do diagnóstico/indicadores/processos, melhorando os critérios de definição para a pré-qualificação dos Centros Colaboradores e Hospitais Clientes.	Humanos com conhecimento sobre Benchmarking	Critérios de Seleção de Centros Colaboradores e Hospitais Clientes	Benchmarkings na área hospitalar identificados	Número de instituições selecionadas e pares formados.
- Regionalização das parcerias	Financeiros para pagamento de diárias e passagens	Cronograma físico e financeiro de viagens	Desenvolver estratégias logísticas para tornar mais fácil e menos oneroso, os deslocamentos das equipes de trabalho. Discussão de demandas regionais.	Gasto anual efetuado com diárias e passagens aéreas
- Elaborar um banco de dados do Programa publicizando os resultados dos trabalhos desenvolvidos, - Desenvolver estratégias de divulgação.	Equipamentos de informática e pessoal técnico qualificado para desenvolver, atualizar, divulgar e manter o banco de dados.	Banco de dados do Programa; Boletins, sites, revistas técnicas.	Maior divulgação das informações produzidas, agilizando o diagnóstico, acompanhamento e supervisão.	Número de relatórios produzidos; número de publicações produzidas
- Criação de metodologias de sensibilização e participação dos gestores e profissionais dos Hospitais integrantes através de manuais, cartilhas,...	Financeiros para a realização de Visitas Técnicas, elaboração de manuais, folders, cartilhas, .Recursos cognitivos, pessoal.	Visitas de sensibilização, Manuais, Cartilhas elaborados, - Seminários e Oficinas realizados.	Gestores, técnicos dos hospitais e alta direção sensibilizados, Sustentabilidade e melhor condução dos processos de melhoria intercambiados.	Número de manuais, cartilhas, seminários, visitas de sensibilização; - Adesão dos gestores ao Programa.
- Promover a avaliação e a quantificação dos resultados obtidos, por meio de indicadores.	Humanos para desenvolvimento dos indicadores.	Relatórios de acompanhamento e avaliação, Pesquisa de satisfação de usuários	Avaliação do antes e depois dos trabalhos das consultorias.	Grupo de Indicadores definidos, número de hospitais que realizaram a pesq. de satisfação.
Utilizar as linhas de financiamento pra incluir as ações diagnosticadas, dentro da lógica de financiamento existentes (MS, SES e SMS).	- Financeiros; - Políticos.	Investimentos físicos nas unidades participantes, considerando o Plano Diretor de Investimento.	Reconhecimento formal, via investimentos nas instituições, pelo trabalho das consultorias.	Número de Organizações reformadas, reequipadas, ...



# ***CAPÍTULO IV***

*Discussão e Considerações Finais*

## **DISCUSSÃO**

*O Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, se apresenta como uma proposta nova no processo de realização de consultoria e na difusão da qualidade de gestão e assistência hospitalar.*

*O modelo desenvolvido, a partir dessa experiência, absorve e aproveita a existência de um universo de hospitais brasileiros que são grandes centros médicos públicos ou privados, comparáveis aos mais avançados do mundo, identificados como experiências bem-sucedidas, e que apresentam bons resultados do ponto de vista assistencial e gerencial.*

*O Programa Centros Colaboradores no Brasil, principalmente na sua forma de implementação, foi inovador no sentido em que não se adotou a lógica convencional de consultoria: empresa/hora/homem/assessoria. O quadro de consultores foi formado pelos profissionais técnicos dos próprios hospitais, que trocaram experiências do dia a dia, em mesma linguagem, e, com realidades próximas entre si. Outro fator que caracteriza a inovação foi o patrocínio público, apoiado por um órgão gestor federal, a um número significativo de instituições brasileiras, a um custo relativamente baixo.*

*Os Centros Colaboradores adotaram princípios da Qualidade como instrumento de modernização ao desenvolverem intercâmbio de conhecimentos acumulados na área hospitalar brasileira. Levaram na sua concepção a dimensão formal – que se refere à competência para produzir e aplicar métodos, técnicas e ferramentas – e a sua dimensão política – que se refere à competência para projetar organizações públicas que buscam a melhoria de seus processos de atenção à saúde.*

*A experiência relatada é uma experiência de benchmarking que deve levar em conta as especificidades das organizações de saúde. Ao visitarem os Centros Colaboradores, os Hospitais Clientes puderam ter acesso ao benchmarking percebendo as melhorias ocasionadas por este método e desencadeando condutas de aprendizagem organizacional pela mútua cooperação e o redimensionamento dos processos educacionais e gerenciais internos.*

*Para Camp, (1993) o benchmarking pode beneficiar uma organização de diversas maneiras: possibilita que as melhores práticas de qualquer organização (concorrentes ou não) sejam incorporadas de forma criativa aos processos de uma instituição;*

*proporcionando estímulo e motivação aos profissionais, cuja criatividade é exigida para a execução e implementação das descobertas da investigação.*

*Spendolini (1993) afirma que pode ocorrer também de as pessoas serem mais receptivas a novas idéias e à sua adoção criativa quando estas não se originaram necessariamente na sua própria instituição. Esta ferramenta pode também identificar, em outras entidades (de outros ramos de negócios), avanços tecnológicos que não seriam reconhecidos e, portanto, não aplicados no próprio setor; e, finalmente, os envolvidos neste tipo de processo muitas vezes constatam que os contatos e interações decorrentes do benchmarking têm valor inestimável para o futuro crescimento profissional.*

*Segundo vários os autores dessa área, a realização do benchmarking passa por cinco fases genéricas, que permitem algumas reflexões acerca da experiência dos Centros Colaboradores:*

*1ª fase - Planejamento das investigações de benchmarking, buscando-se responder a três perguntas: O que deve ser usado como marco de referência? Com quem ou o que iremos comparar? Como serão coletados os dados? Enfatiza-se mais uma vez, que o importante é reconhecer que o benchmarking é um processo não só para obter metas métricas quantificáveis, mas também, e mais importante, para investigar e documentar as melhores práticas organizacionais, as quais irão permitir que essas metas sejam atingidas.*

*A qualidade dos Centros Colaboradores, nesse aspecto, pode até ser reconhecida pela opinião pública, juntamente com os avanços por elas alcançados. Observa-se, no entanto, que não foi realizado nenhum processo sistemático para a seleção dos melhores padrões referenciais nas áreas alvo do Programa. O viés político e critérios subjetivos marcaram a seleção dos Centros Colaboradores. O Ministério da Saúde propôs inicialmente um quadro e este foi preenchido pelos hospitais em relação às áreas em que se julgavam capazes de prestar consultorias. A forma pela qual o hospital as definiu é um dado interessante que necessita ser melhor investigada. Uma pergunta a ser feita ao(s) entrevistado(s), no caso do colaborador - é como definiu suas áreas de expertise. A pergunta equivalente para o cliente é como definiu a área na qual precisaria/gostaria de receber ajuda. Para a dupla, seria como chegaram à conclusão (ou ao pacto) de qual seria o objeto de investimento de esforços. Não basta obter os índices ou informações isoladas. É preciso constatar os processos que propiciaram os resultados de excelência baseados em critérios científicos e não subjetivos.*

*Matus (1994) defende que quando apenas um ou dois sistemas hospitalares são reformados, estes passam a funcionar sob um nível de exigência de qualidade que outros sistemas não reformados não podem atender. Ocorre então a aceitação formal da reforma, já que as novas práticas são inúteis para o jogo organizativo real. No caso do Programa, algumas duplas parceiras trabalharam pontualmente duas ou três áreas (enfermagem, área de diagnóstico, setor administrativo, por exemplo), sendo que o foco de necessidades das instituições geralmente era sistêmico. A possibilidade dessas ilhas de excelência trabalhadas terem sustentabilidade, a médio e longo prazos, é bastante questionável pela lógica e o modo de como se organizam os hospitais.*

*2ª fase - Análise, envolvendo uma cuidadosa compreensão das práticas correntes dos processos da organização, bem como dos parceiros, afinal o processo de benchmarking é uma análise comparativa. Aquilo que se deseja é uma compreensão do desempenho interno, a partir da qual se possa avaliar as forças e fraquezas: Os parceiros de benchmarking são melhores? Por quê? Quanto? Quais das melhores práticas já estão em uso ou previstas? Como as práticas deles podem ser incorporadas ou adaptadas para implementação?*

*Assumindo como premissa metodológica que foi realizada uma entrevista com pelo menos um participante de cada um dos hospitais para ser realizado o critério conhecido de pareamento, a descrição das características do cliente e do colaborador que possivelmente levaram à decisão pode ser útil. Conhecida a razão alegada para a formação das duplas cliente/colaborador, é fundamental descrever ambos os serviços para que as compatibilidades fossem resguardadas. Assim, assistencial filantrópico, universitário estadual, universitário federal são categorias explicitáveis e com diferenciação justificável. Se for hospital geral ou de especialidade única também faz diferença. Por exemplo, de Ortopedia, Oncologia ou Cardiologia é diferente que hospital geral. É importante dar-se conta que a informação deve ser fornecida para os dois hospitais considerados, inclusive para permitir perceber se o maior ou menor sucesso das duplas corresponde a características de algum dos participantes.*

*As parcerias estabelecidas entre Hospitais Centros Colaboradores e Hospitais Clientes, na primeira fase do Programa, foram formadas de forma aleatória, não considerando efetivamente as necessidades dos Clientes com as possibilidades ofertadas pelos Centros Colaboradores. Nem todos os Centros Colaboradores constituíam-se em ilhas de excelência em todas as áreas alvo do Programa, o que de certa forma necessitou de formar novos arranjos organizacionais para adequação das parcerias estabelecidas, seja*

*por troca de instituições (casamentos), seja por troca de áreas de assessoria. Só há utilidade neste processo se puder ser mantida uma analogia com os processos da organização que se busca e da que oferece (Spendolini, 1993).*

*A preocupação do Ministério da Saúde, ao implantar o Programa de Centros Colaboradores, de contemplar, de forma diferenciada, e em maior número, como Clientes os hospitais localizados nas regiões Norte e Nordeste, pode indicar um processo voltado para a diminuição das desigualdades regionais. Essas regiões têm sido beneficiadas com fatias significativas de contribuição de ações adotadas pelo Ministério da Saúde, e, isso se justifica não só pela concentração populacional, mas, sobretudo pela existência de indicadores socioeconômicos e culturais que apontam para grandes necessidades de investimentos (Silva, 2002).*

*Neste sentido, a perspectiva da démarche ajuda a compreender um pouco essa questão: promover um tipo de movimento cultural que enfatize a integração intra-institucional e intra/inter-regional, a racionalidade econômica da missão específica e a negociação de uma rede de cuidados com outros estabelecimentos de saúde. O Programa também tem o objetivo de desenvolver a vocação de cada estabelecimento na perspectiva da complementaridade, valorizando novas posturas gerenciais, que permitam maximização na utilização dos recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade.*

***3ª fase - Integração,** é a fase em que busca-se incorporar novas práticas à operação. As descobertas do benchmarking precisam ser comunicadas a todos os níveis organizacionais para se obter apoio, comprometimento e senso de propriedade. É preciso demonstrar, de forma clara e convincente, que elas são corretas e se baseiam em dados concretos e obtidos de diversas fontes.*

*A integração entre os participantes do Programa pode ser enfocado sob duas óticas: a de cada parceria estabelecida entre o Colaborador e o seu Cliente; e, as relações com os demais participantes da rede. O processo de transferência ou construção de conhecimento deixa de ser unidirecional, do Colaborador para o Cliente, para ocorrer entre hospitais parceiros, integrantes do Sistema Único de Saúde, que, solidariamente, constroem o conhecimento e desenvolvem tecnologias por meio da troca de experiências recíprocas, em via dupla.*

*Por outro lado, as experiências tidas como de sucesso têm que ser exploradas por meio do incentivo de um processo mais sistematizado de troca de informações dentro da parceria, e sobretudo, fora dela. Dessa forma, essas “ilhas de excelência”, em termos de*

*gerência hospitalar, passam a ter a possibilidade de influenciar positivamente outros hospitais do País, visando à construção de um processo que garanta prestação de serviços com qualidade e utilize seus recursos da melhor forma possível. A melhoria do sistema de comunicação entre o conjunto de todos os hospitais participantes do programa, por meio da criação de um site próprio para troca de experiências e informações foi uma cogitação plausível que não avançou.*

*Outro foco de análise é o de que nem todos os participantes das organizações foram envolvidos nos projetos, de ambos os lados. Quais teriam sido os critérios, para os técnicos da organização colaboradora, que levaram à escolha destes e não daqueles? Trata-se de “oportunidade” que traz mais trabalho, e é necessário compatibilizar a atividade externa com a interna. Trata-se de oportunidade que obriga a viagens ou é possível trabalhar no local regular de atuação. Quem se dispõe a viajar? Ou quem está disponível para viagens?*

*Trata-se também de grande oportunidade de exposição, o que mais uma vez, tem vantagens e desvantagens, porque se expõem o técnico e a organização. Uma vez que estamos falando de consultorias de processo, nos hospitais clientes a participação da equipe também é fundamental. Como se seleciona quem dos hospitais acrescenta a suas atividades de rotina a participação em grupos que, se por um lado dão oportunidade de aprendizado, por outro correm o risco de sobrecarregar alguns dos trabalhadores?*

*Como resultado de suas características estruturais e dinâmicas, a prática decisória das organizações profissionais é incremental: as decisões são tomadas em série, em função do poder de pressão momentâneo dos vários atores hospitalares, sem uma perspectiva de conjunto. Há uma justaposição de objetivos. Não se verifica, assim, o processo de formulação de uma estratégia a priori. Esta seria o resultado emergente de decisões de natureza mais operacional, pontual (Niosche, 1997).*

*Por vezes, participam de processos que requerem deslocamento ou envolvimento com outras realidades, os trabalhadores considerados os mais qualificados. Em outras circunstâncias, aqueles que trazem problemas quando estão presentes. Em outras, ainda, os mais ocupados, que como diz a lenda, são os que sempre conseguem absorver mais trabalho. Ou os que podem representar melhor a organização externamente. Ou os mais habituados a este tipo de trabalho. Ou os que se queixam de nunca ser chamados para nada...Seria desejável conhecer as combinações ocorridas em cada caso, de modo a associar combinações e resultados.*

*4ª fase - Ação, as descobertas do benchmarking e os princípios operacionais nelas baseados devem ser convertidos em ações específicas de implementação. Além disso, é preciso que haja medições e avaliações de realizações periódicas. Os progressos em direção aos pontos de referência devem ser reportados a todos os funcionários.*

*Proporcionar a qualidade e interação entre as parcerias, no decorrer do desenvolvimento de suas atividades de assessoria/consultoria, significa a melhoria da qualidade do funcionamento das organizações como um todo. Não basta copiar os processos utilizados exitosamente em outro hospital. É necessário analisar os processos levantados sob a ótica da aplicabilidade, exequibilidade e criticidade. A descoberta das competências institucional exige disciplina e ampla disponibilização para a aprendizagem do humano, redefinindo inclusive posturas gerenciais.*

*Uma instituição de poucos recursos não consegue, em tempo hábil, prover os custos de uma mudança gigantesca. Se existem “ilhas de excelência”, é preciso saber mensurar os processos, avaliá-los, para então disponibilizá-los sistematicamente. Avaliando o desenvolvimento das ações, pode-se constatar que apesar de neste Programa os hospitais estarem divididos em Colaboradores e Clientes, os benefícios da interação se distribuíram de forma igualitária entre as instituições que levam e as que recebem o conhecimento, pois a responsabilidade de repassar seus modelos de prática, induziu aos Colaboradores a revisar e aperfeiçoar seus métodos. Esse fato mexeu com as organizações internas das instituições, inclusive com os fatores motivacionais dos funcionários. Houve um caso, por exemplo, em que o produto dos trabalhos gerou um livro de Manutenção Preventiva de Equipamentos Hospitalares, que foi editado e distribuído para as instituições participantes.*

*Torna-se também necessário qualificar se houve diferença no desempenho dos participantes: todos foram capazes de cumprir com o esperado ou houve variações neste quesito? Isto pode levar a conjecturas quanto a como melhorar o desempenho dos técnicos (assumindo que o objetivo do projeto NÃO era o de formar consultores), tanto entre a equipe cliente quanto na colaboradora. A disseminação do conhecimento, a descoberta de novas realidades e a formação de profissionais poderiam ser buscadas como produtos intermediários, neste caso, inseparáveis dos profissionais envolvidos, pois estas apreensões são individuais, antes de se tornarem (ou não) institucionais.*

*5ª fase - Maturidade, será alcançada quando as melhores práticas estiverem incorporadas a todos os processos da instituição e quando o benchmarking se torna uma faceta permanente, essencial e autodesencadeada do processo gerencial.*

*A tarefa, de difícil execução, é justamente a de identificar quais são os processos chave nessas unidades selecionadas, mensurá-los e sintetizá-los em premissas organizacionais a serem implementadas. A diversidade dos temas abordados, determinada pelas diferentes necessidades apresentadas pelos hospitais, permitiu que nos encontros entre os hospitais fossem discutidas metodologias de abordagem, identificação e solução de problemas em quase todas as áreas de gestão, de recursos humanos a lavanderia, passando por faturamento e nível de satisfação da clientela. O processo de discussão conjunta dos problemas comuns dos hospitais é rico, posto que possibilita que a troca de experiências positivas se multiplique, potencializando a qualificação e adequação da assistência. No entanto, atingir determinado nível que signifique maturidade depende de fatores diversificados.*

*Esse modelo de colaboração no SUS pode gerar mudanças na forma de gestão dos hospitais brasileiros. A idéia central de construir uma rede nacional de parcerias e trabalho solidário entre os hospitais integrantes pode promover, a princípio, ações que estão diretamente voltadas para a qualificação da estrutura organizacional, propiciando até mesmo um novo perfil cultural para os hospitais participantes.*

*Com o intercâmbio gerado (benchmarking), e pelo status das instituições participantes, há sempre a possibilidade da construção de uma política de gestão para os hospitais brasileiros, com princípios comuns, mas com respeito às peculiaridades regionais.*

*Malik (2002) afirma que o modelo de colaboração desenvolvido permite identificar uma série de “casos” que tratam de questões complexas e que precisam ser abordados em circunstâncias também complexas. A análise desses casos valoriza de sobremaneira as diferentes formas de gestão existentes no sistema de saúde brasileiro, tirando-se sugestões úteis, tanto para o assunto em foco quanto para a organização do sistema como um todo.*

*Sempre se busca, na descrição e na análise de qualquer projeto, falar dos resultados. Quando se fala em resultados, assume-se a priori que se trata do que se conseguiu fazer. No entanto, com frequência, quando se prepara uma análise com vistas ao aprendizado, pode se tornar muito importante conhecer os resultados que não se conseguiu obter e, ainda com maior ênfase, os resultados negativos, que podem ser desde o despertar de expectativas não*

*atingíveis (e conseqüente frustração) até o desencanto de alguns profissionais com seu trabalho e seu interesse em outro tipo de atividade.*

*Mais uma vez, os resultados positivos e negativos devem ser qualificados: sob o ponto de vista dos técnicos o fato de ele ter despertado para outra atividade pode ser positivo, mas para o hospital cliente pode ser negativo e para o hospital colaborador não fazer qualquer diferença. Não se trata de juízo de valor de quem elabora a avaliação, trata-se da apresentação dos resultados segundo seus atores.*

*O questionário de avaliação, proposto por técnicos da SAS, e que subsidiou as reflexões, discussões e formatação das apresentações dos grupos participantes do IV Seminário do Programa Centros Colaboradores, ocorrido em dezembro de 2002, foi um híbrido adaptado de uma experiência francesa na área de avaliação em saúde, de autor desconhecido, influenciou os resultados apresentados. A sua formulação foi elaborada para um objetivo e contexto muito específicos. Por questões políticas era fundamental identificar aspectos que dariam sobrelida ao Programa, identificando dificuldades e oportunidades de melhorias.*

*A necessidade de adaptação de instrumentos de aferição não se restringe às situações que envolvam países ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem a atenção. O alcance de sintonia com a população na qual a versão será usada é algo difícil de caracterizar (Minayo e Deslandes, 2002).*

*Para Hartz (2002, a expressão pesquisador-ator significa que uma concepção ou interpretação da realidade é, em si, uma ação que a transforma (“pesquisa-ação”), tornando-se a linguagem ou expressão privilegiada do paradigma da complexidade. A veracidade das associações causais estabelecidas, julgada indispensável à compreensão dos fatos, é condicionada pelo pesquisador. No caso em questão, o próprio formulador da ação (Ministério da Saúde) avaliando a sua estratégia adotada (Programa Centros Colaboradores).*

*Não se trata aqui de enjeitar o instrumento de avaliação elaborado, mas de frisar a sua contextualização como um elemento de circunstância e traz constatação sobre a provisoriedade das conclusões. Hartz (2002) lembra que os objetivos de uma de uma avaliação são numerosos, que eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns.*

*Uma questão importante diz respeito à relação entre o grau de sistematicidade com que se desenvolve o processo e a capacidade de análise estratégica. Se, por um lado a sistematização pode contribuir para ampliar a visão estratégica do Programa, por outro*

lado, a necessidade de respostas velozes e a complexidade do método utilizado, entre outros fatores, às vezes não permitem o aprofundamento da análise a partir do instrumental metodológico. Assim, ainda que se reconheça que o questionário de avaliação elaborado por técnicos da SAS tenha problemas metodológicos na sua concepção, ele de certa forma contribuiu para conhecer aspectos relevantes da experiência dos Centros Colaboradores, na ótica de seus participantes.

Trazer elementos da “*démarche strategique*” como o conceito dos Fatores Chave de Sucesso foi um grande desafio para este estudo. O enfoque, que foi trazido ao Brasil (Rivera, 1997), e vem sendo adaptado e aplicado em várias unidades hospitalares do Rio de Janeiro e divulgado pelo país (Artmann, 2002) reforça a valorização de novas posturas gerenciais que permitam maximização na utilização dos recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade, a partir da redefinição da missão hospitalar e inserção na rede.

O instrumento de Porter adaptado para análise dos Fatores Chave de Sucesso contribuiu para valorar os diferentes atores identificados na concepção do Programa, permitindo identificar ações que podem contribuir em uma futura análise da Perspectiva deste tipo de colaboração no SUS.

Ao formular um projeto de organização mais estruturado, baseado na exploração de sinergias e de parcerias, o Ministério da Saúde buscou estratégias de colocar em evidência soluções e escolher entre elas aquelas que permitiam um maior ganho coletivo, ao favorecer o compartilhamento de recursos, combinando as estratégias individuais dentro de uma estratégia de conjunto, deslocando as atenções das atribuições para as contribuições.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*Buscamos neste trabalho analisar o modelo de colaboração utilizado pelo Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, desenvolvido no período de junho de 2000 a dezembro de 2002, à luz de algumas categorias norteadoras: especificidade das organizações de saúde, qualidade em saúde, mudança cultural e planejamento nas organizações em saúde, avaliação em saúde, fatores chave de sucesso e benchmarking.*

*Apresentou-se um histórico da implantação da experiência desenvolvida, os resultados da avaliação ocorrida no IV Seminário do Programa, identificando as dificuldades encontradas, oportunidades de melhoria e sugestões para recompor propostas para as ações futuras de continuidade ou manutenção do modelo empregado.*

*A adoção de filosofia, métodos e ferramentas da Qualidade como instrumentos de transformação gerencial das organizações hospitalares brasileiras devem levar em consideração as especificidades decorrentes da natureza do setor saúde e de sua atividade pública, que desaconselha a mera reprodução dos conceitos e princípios da Qualidade aplicados indiscriminadamente.*

*Concordamos com a compreensão de Nogueira (1994) de que a qualidade do ato em saúde não deve ser vista como uma substância ou uma “coisa em si”, mas uma referência resultante das formas como se dá o processo de produção dos serviços. Diante de demandas crescentes, má gestão de recursos, tabelas desvalorizadas, turnover tecnológico muito veloz e escassez de recursos financeiros há sempre justificativas históricas para se implementar melhores formas de gestão.*

*A análise do modelo empregado e a possibilidade de difusão para outras áreas, diferentes da saúde, contribui para obter ensinamentos e alternativas de ação que podem ser utilizadas em outras realidades igualmente complexas. Trata-se a rigor de mais um modelo de sistemática de trabalho, baseada em uma adaptação específica de benchmarking em saúde, potencialmente utilizável por outros serviços, com ou sem o patrocínio público.*

*Este tipo de ação, efetivamente criativa no momento nacional: a colaboração dentro do SUS, entre hospitais de maior e menor reconhecimento nacional, permite o intercâmbio de conhecimentos entre organizações que são variadas e complexas por definição, e que funcionam dentro de uma lógica muito específica.*

*A experiência relatada é uma experiência de benchmarking que deve levar em conta as especificidades das organizações de saúde. Compartilhar equipamentos,*

*tecnologias, capacidade instalada, apoio logístico, opinião especializada de profissionais, população alvo, enfim, esforços para a melhoria da qualidade é muito diferente em uma indústria automobilística ou de equipamentos eletrônicos do que em uma organização de saúde.*

*Na área hospitalar, esse processo ainda é um desafio que se impõe, ao se considerar a inexistência de cultura voltada para esse fim no sistema público brasileiro. Para Matus, um dos principais desafios da administração pública latino-americana seria justamente a de mudar a qualidade das acumulações organizacionais, e portanto, alterar tendencialmente as regras do jogo organizacional. As organizações de saúde brasileiras requerem uma nova forma de pensar e agir.*

*O Programa Centros Colaboradores, na visão dos participantes, tornou-se um grande aliado no crescimento gerencial, na perspectiva de mudanças em organizações de saúde, no acesso aos conhecimentos e principalmente na troca de experiências entre instituições parceiras brasileiras. O apoio do Ministério da Saúde possibilitou alcançar resultados positivos em curto prazo, e a perspectiva de a médio e a longo prazos, obter melhorias na qualidade da atenção hospitalar prestada aos usuários do SUS.*

*A continuidade do modelo pode ser indicador de qualidade do projeto, mas sua não continuidade não significa o contrário, pois a dependência de estímulos externos costuma ser muito importante para qualquer mudança de situação. A divulgação, crítica, se torna importante porque retira o projeto do reino do imaginário ou do mitológico para aqueles que dele ouviram falar. Para decidir entrar numa situação semelhante é importante conhecer a história, não apenas ter simpatia pela idéia.*

*Os resultados em termos de produtividade, utilização de recursos, conhecimento sobre processos são importantes, alguns deles mais mensuráveis que outros. No entanto, muitas questões neste estudo ficaram sem respostas: não se conseguiu aferir os reais impactos dos trabalhos em cada hospital participante, por exemplo. As respostas refletiram uma análise global da metodologia do Programa, que foram limitadas pelas fontes de informação, pelo tempo e pelos custos, demandando novas abordagens.*

*O tema é rico e não se esgota com este estudo. A continuidade da pesquisa enfocando a visão dos usuários ou dos gestores dos hospitais colaboradores e clientes contribuiria para o aprendizado e aperfeiçoamento do modelo em questão. Não houve tempo suficiente para perceber se aconteceram mudanças organizacionais nos hospitais*

*participantes e no próprio sistema local de saúde, uma vez que não foi possível fazer visitas in loco para verificar a sustentabilidade das ações implementadas, caso a caso.*

*Uma questão importante diz respeito à relação entre o grau de sistematicidade com que se desenvolve o processo e a capacidade de análise estratégica. Se, por um lado a sistematização pode contribuir para ampliar a visão estratégica do Programa, por outro lado, a necessidade de respostas velozes não permitem o aprofundamento da análise a partir do número de fatores levados em consideração que são limitados: tudo é importante, mas somente alguns elementos são decisivos.*

*Trazer elementos da “démarche strategique” para este estudo contribuiu para reforçar a valorização de novas posturas gerenciais que permitam maximização na utilização dos recursos e respostas às demandas sociais por serviços de saúde de qualidade, a partir da redefinição da missão hospitalar, inserção na rede, promovendo um tipo de movimento cultural que enfatize a integração intra-institucional, a racionalidade econômica e o estabelecimento de relações de sinergismo e complementaridade.*

*A concepção e a implantação de novas práticas e iniciativas gerenciais tem trazido algumas mudanças nas inter-relações entre hospitais que desenvolvem processos de colaboração entre si, possibilitando, em um futuro próximo, uma transformação nas relações entre os hospitais no SUS, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar sua imagem pública junto à comunidade, resgatando valores organizacionais básicos de bem servir e de valorizar a vida humana.*

*O potencial desse modelo de colaboração pode demonstrar a oportunidade de ampliar o desenvolvimento de parcerias entre instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde. Considerando as suas características de concepção e implementação, este estudo indica que a experiência dos Centros Colaboradores, norteado pelos referenciais das especificidades das organizações de saúde, qualidade e avaliação em saúde, démarche strategique e benchmarking, suscita a construção solidária e participativa de uma política de gestão para os hospitais brasileiros, mas com respeito às peculiaridades regionais e locais, permitindo aos participantes conhecer novas abordagens e praticar soluções compartilhadas que levam à melhoria da qualidade da atenção hospitalar brasileira.*

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- ARTMANN, E. *Ante-projeto de tese de doutoramento apresentado ao Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP/Campinas*. 1996
- ARTMANN, E. *A dimensão da Cultura na Mudança Organizacional. Unicamp/Campinas (mimeo)*. 1997
- ARTMANN, E; *Enfoque da Démarche Stratégique na Gestão Hospitalar in Minayo, M. C. S, Deslandes, S.F; Caminhos do Pensamento Epistemologia e Método, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.*
- ARTMANN, E; *O Planejamento Estratégico Situacional: a trilogia Matusiana e uma proposta para o nível local de saúde. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para a obtenção do título de mestre em saúde pública. Rio de Janeiro, set, 1993.*
- ARTMANN, E; AZEVEDO, C. S; SÁ, M. C.; *Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13 (4): 723-740, out-dez. 1997.*
- ARTMANN, E. *Démarche Stratégique (gestão estratégica hospitalar): um enfoque que busca mudança através da comunicação e da solidariedade em rede. Tese de doutoramento apresentado ao Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP/Campinas*. 2002.
- BOGAN, C. E; ENGLISH, M. J; *Benchmarking, Aplicações Práticas e Melhoria Contínua, Makron Books, São Paulo, 1993.*
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual Operacional e de Acompanhamento das Assessorias. Brasília, 2001.*
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto de Cooperação Técnica Brasil França, Brasília, 2001.*
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS N° 582, de 20 de junho de 2000. Institui os Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 120-E. Brasília, pág. 38, Seção 1, 23/06/2000.*
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria GM/MS N° 2.083, de 13/11/2002. Revalida o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 218. Brasília, pág. 64, seção 1, 14/11/2001.*

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS N° 934, de 24/05/2002. Revalida o Título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 102. Brasília, págs. 98, seção 1,29/05/2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portarias GM/MS N° 583 a 611, de 20/06/2000. Cada portaria concede o título de Centro Colaborador para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar. Diário Oficial da União n° 120-E. Brasília, págs.38 a 40, seção I, 23/06/2000.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Técnico do Seminário Nacional – Gestão Hospitalar: Uma Visão Atual de Futuro, Rio Grande do Sul, 1999.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Técnico Seminário Nacional – A Gestão Hospitalar no Contexto da Reforma do Estado. Brasília, 2000.
- CAMP, R.C.; Benchmarking, o caminho da qualidade total. Identificando, analisando e adaptando as melhores práticas da administração que levam à maximização da performance empresarial. Pioneira, 3 Edição, São Paulo, 1993.
- CECÍLIO, L. C. O, A Modernização Gerencial dos Hospitais Públicos: o difícil exercício da mudança, RAP, Rio de Janeiro, Maio-Junho, 1997.
- CREMADEZ, M. & GRATEAU, F., 1992 (1ªed.),1997(2ªed.). Le Management Stratégique Hospitalier. Paris: Inter Éditions.
- CREMADEZ, M. Le Management Stratégique Hospitalier. 2ª ed. Paris, Interéditions/Masson, 1997.
- CZAPSKI, C. A; Qualidade em Estabelecimentos de Saúde, Editora SENAC, São Paulo, 1999.
- DESLANDES, S. F, ASSIS, S. G; Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças, in Caminhos do Pensamento, Epistemologia e Método. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro. Editora FIOCUZ, 2002.
- DUSSAULT, G; A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências, RAP, Rio de Janeiro, abril-junho, 1992.
- FISHER, J. G. Benchmarking Para Otimizar o Desempenho. Trad. Sandra Couto. São Paulo: Clio, 1996, 103 p. (Tradução de: How to improve performance through benchmarking).
- HABERMAS, J. Para a Reconstrução do Materialismo Histórico. São Paulo, Brasiliense, 1983.

- HARTZ, Z. M. A, *Avaliação em Saúde dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002.
- HARTZ, Z. M. A, *Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teórico Metodológicas e Políticas Institucionais*, *Ciência e Saúde Coletiva*, ABRASCO, v.4, n. 2, 1999.
- <http://www.strategy.com.br/Webmaster@inde.com.br> , consulta realizada em 21 de março de 2003, 14:38 pm.
- LAWRENCE, P.R. & LORSCH, J.H. *Adapter les Structures de l'Entreprise. Éditions d'Organisation*. 1973.
- LEIBFRIED, H. J. KATHLEEN, P.A. 1994. *Benchmarking – Uma ferramenta para a melhoria contínua*. 1ª Ed. São Paulo: Editora Campus.
- LIMA, S. M. L; *O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas*. *RAP*, Rio de Janeiro 30(5): 101 – 138. Set/Out. 1996.
- MALIK, A. M; *Relatório de Avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar*, Dezembro, 2002.
- MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Washington, Borrador, 1987.
- MATUS, C. *Sobre la Teoria da las Macroorganizaciones*. Santafé de Bogotá, *Revista do PES*, Nº 3, 1994.
- MATUS, C.; *Programa Direcional e Cenários de Planejamento in Política, Planejamento e Governo*. Segunda Edição – Brasília: IPEA, 1996.
- MATUS, C.; *Crise do Estado e do Planejamento*. São Paulo em Perspectiva, Vol.5 Número 4, *Revista da Fundação SEADE*, 1997.
- MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Orgs.); *Caminhos do Pensamento, Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2002.
- MINAYO, M. C. S; *O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde*, 6 Edição, HUCITEC – ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1999.
- MINTZBERG, H. *Structure e Dynamique des Organisations*. Paris, 1982. Éditions d'Organisation.
- MINTZBERG, H; *Criando Organizações Efícazes: estruturas em cinco configurações*, Editora Atlas S.A., São Paulo, 1996.

- MORGAN, G; *Imagens da Organização. Tradução de Cecília Whitaker Bergamini e Roberto Coda. Editora Atlas S.A, São Paulo, 1996.*
- NOGUEIRA, R. P; *Perspectivas da Qualidade em Saúde, Editora Qualitymark, Rio de Janeiro, 1994.*
- PLATÃO, *Doxografia: Platão, sofista. In: Pré- Socráticos. São Paulo: Abril, 1978 (Os pensadores).*
- PORTER, M. E. *Choix Stratégiques et Concurrence. Paris, 1982. Ed. Economica.*
- PORTER, M.E. 1992 *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior Rio de Janeiro, 1992. Campus.*
- REEVES, C. A; BEDNAR, D. A; *Defining quality: alternatives and implications. The Academy of Management Review, v. 19, n.3, p. 419-445, 1994.*
- REICHENHEIM, M. E., MORAES, C. L.; *Buscando a Qualidade das Informações em Pesquisas Epidemiológicas, in Caminhos do Pensamento, Epistemologia e Método. Organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2002.*
- RIVERA, F.J.U. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma crítica ao enfoque estratégico), Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 1993.*
- RIVERA, F. J. U; *Planejamento Estratégico Situacional ou Controle de Qualidade Total em Saúde? Um contraponto metodológico in Qualidade em Saúde. Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo. Cadernos Fundap, jan-abr, 1996.*
- RIVERA, F. J. U; ARTMANN, E; *Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo, Ciência e Saúde Coletiva – ABRASCO, v. 4, n. 2, 1999.*
- RIVERA, F. J. U. *A Démarche Estratégica: a metodologia de gestão do Centro Hospitalar Universitário de Lille, França. Cadernos de Saúde Pública 13 (1): 73-80, Jan-Mar. 1997.*
- SILVA, M. A.; *Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar – uma Experiência Inovadora. Tese de Mestrado, UERJ, Rio de Janeiro, 2002.*
- SPENDOLINI, M.J.; *Benchmarking. São Paulo: Makron Books do Brasil Editora Ltda, São Paulo, 1993.*
- STRATEGOR. *Stratégie, Structure, Décision, Identité. Politique Générale d' Entreprise. Paris, 1997. Dunod Ed..*

SUN TZU, *A arte da Guerra, Adaptação e Prefácio de James Clavell, Tradução de José Sans*, 29ª edição, Editora Record, Rio de Janeiro-São Paulo, 2002.

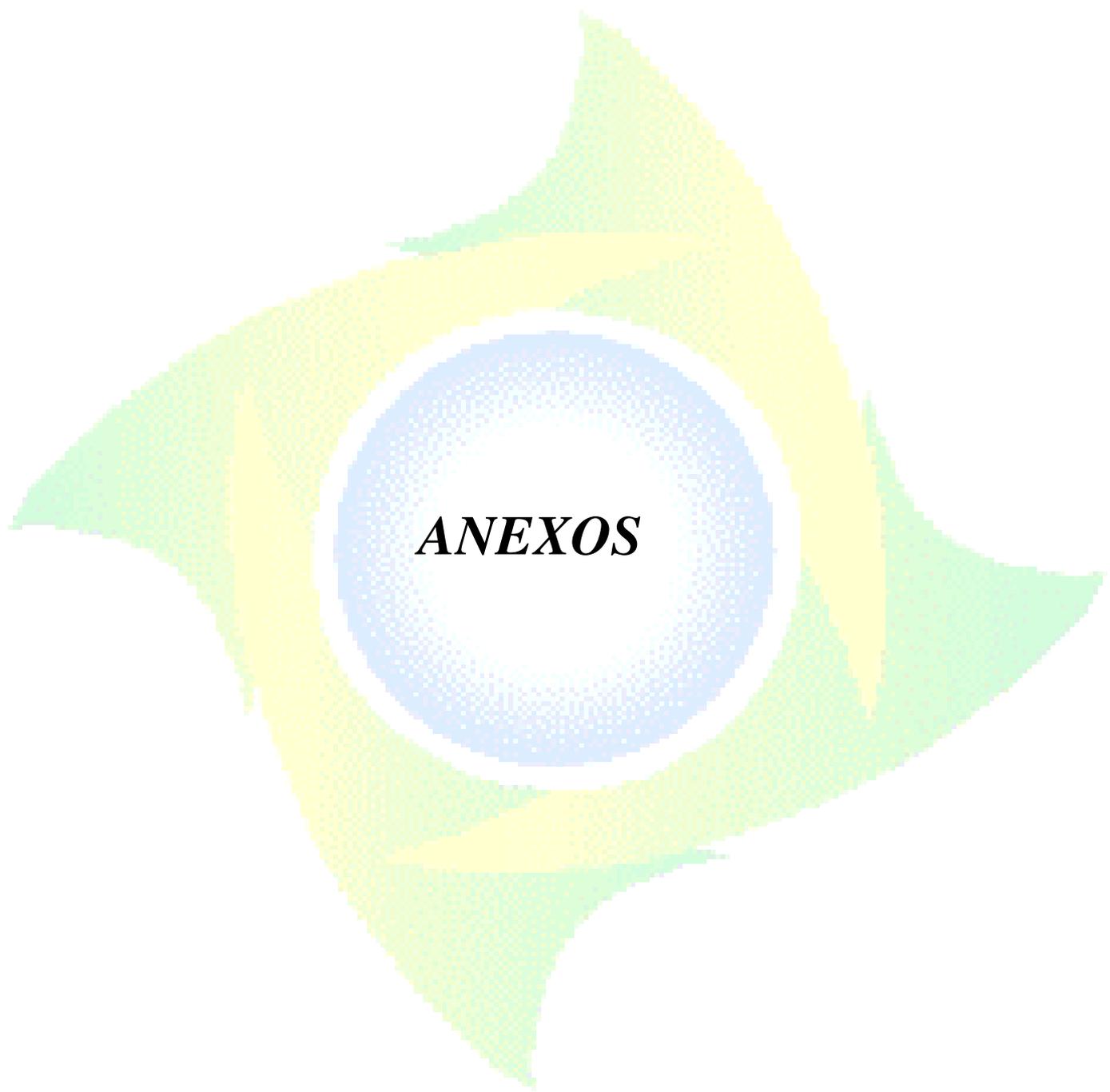
TURCHI, L. M.; *Qualidade Total: Afinal, de que estamos falando?* Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Brasília, fevereiro, 1997.

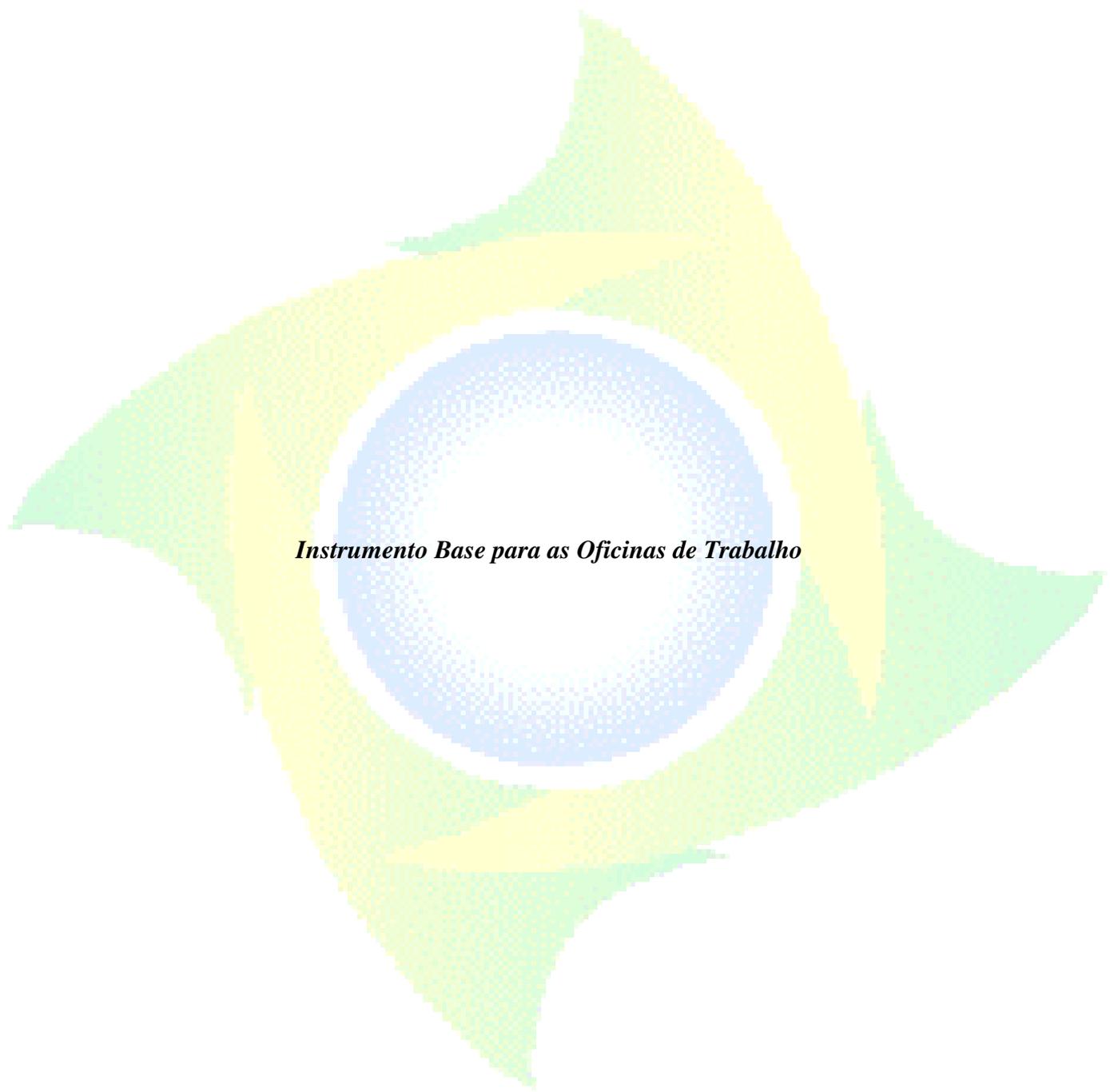
VIEIRA, C. J.– *Revista Quality Progress As 10 Armadilhas do Benchmarking. Janeiro/1995 – artigo obtido pelo site [www.strategy.com.br](http://www.strategy.com.br).*

WAITLEY, D. *Impérios da Mente, Lições para Liderar e Ter Sucesso em um Mundo Baseado no Conhecimento*, Editora Campus, Rio de Janeiro, 1996.

WATSON, G. H; *Benchmarking Estratégico. Como Transformar as Técnicas de Benchmarking em Fator de Competitividade e Acréscimo de Produtividade*. Makron Books, São Paulo, 1994.

ZAIRI, M.; Leonard, P. *Benchmarking Prático, o Guia Completo*. Atlas, São Paulo, 1995.





*Instrumento Base para as Oficinas de Trabalho*

## ***Instrumento Base para a Oficina de Trabalho***

***Dezembro de 2002.***

*O processo de avaliação do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar visa o replanejamento das ações, através da adoção de estratégias para garantir a sustentabilidade e viabilidade do Programa para o próximo ano, além de objetivar a melhoria sistemática das atividades das assessorias e das questões técnicas e operacionais.*

*Com esse intuito, apresentamos alguns itens para subsidiar a reflexão, discussão e formatação do relatório final de avaliação e, também, das apresentações do IV Seminário do Programa, a ser realizado no período de 02 a 04 de dezembro, em Brasília/DF.*

*Haverá a oportunidade, dentro da programação do Seminário, para que essas avaliações sejam discutidas. Para as apresentações nesse evento, cada Centro Colaborador contará com um tempo estimado para exposição do seu relatório final, sucinto, por intermédio de um único interlocutor (Colaborador ou Cliente) baseando-se nos critérios da Avaliação Micro (assessorias desenvolvidas) apresentados a seguir. Além da mensuração qualitativa por escrito, algumas questões receberão uma pontuação, de acordo com o bom senso e sensibilidade dos avaliadores, visando a posterior mensuração.*

*Neste sentido, indicamos os critérios de avaliação para serem abordados sob duas óticas: a primeira se referindo às questões globais do Programa, ou seja, à filosofia e bases conceituais dessa rede colaborativa; e a segunda, se reportando aos trabalhos individuais de cada Centro Colaborador com o seu respectivo Hospital Cliente.*

*As avaliações, ora solicitadas, deverão ser identificadas com o nome dos avaliadores e dos hospitais ao qual estão ligados e entregues para a Equipe do Programa Centros Colaboradores, antes ou durante a realização do evento, o que possibilitará agilizar a consolidação e identificação das medidas e/ou encaminhamentos pertinentes.*

*Agradecemos o apoio de V Sa, em mais esta colaboração, para o aperfeiçoamento, manutenção e sustentabilidade do Programa.*

*Atenciosamente;*

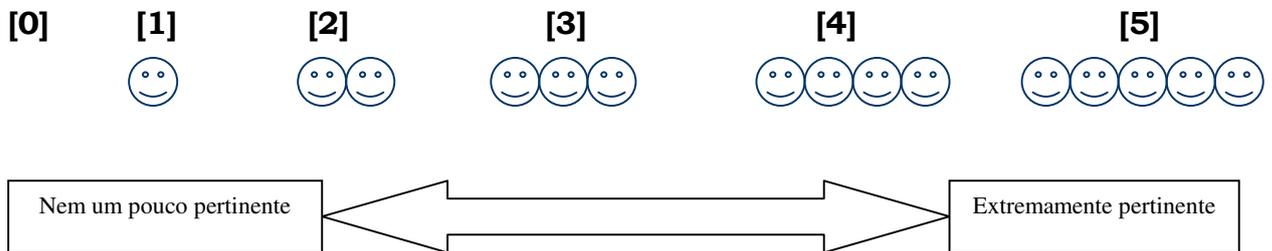
***Equipe do Programa Centros Colaboradores.***

## Avaliação Macro do Programa Centros Colaboradores

**Critérios qualitativos:** *Pertinência, Coerência, Eficiência, Eficácia, Impacto e Permanência (Sustentabilidade).*

- **Pertinência** – *As ações desenvolvidas foram adequadas ao atendimento dos objetivos gerais definidos pelo Ministério da Saúde, ou seja, o aperfeiçoamento e qualificação da gestão e assistência por intercâmbio entre instituições hospitalares através da difusão de boas práticas?*

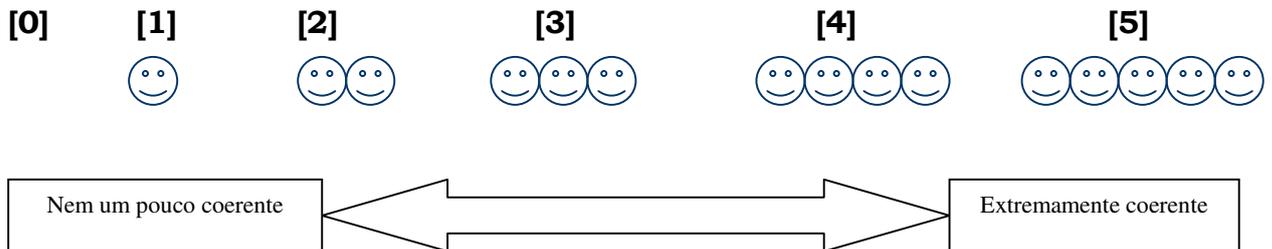
*Justificativa:*



Quanto mais próximo de zero, menor o grau de pertinência.  
Quanto mais próximo de cinco, maior o grau de pertinência.

- **Coerência** – *Os objetivos operacionais foram coerentes entre si? As ações e intervenções implementadas permitiram atender aos objetivos operacionais almejados? Os meios implementados possibilitaram realizar estas ações e intervenções no tempo acordado?*

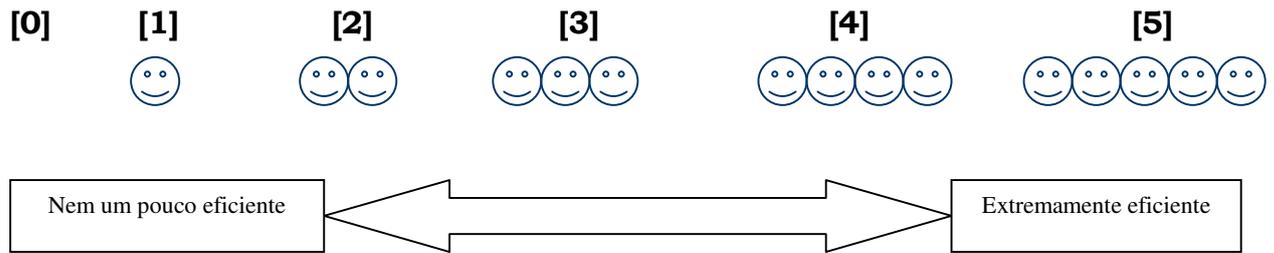
*Justificativa:*



Quanto mais próximo de zero, menor o grau de coerência.  
Quanto mais próximo de cinco, maior o grau de coerência.

- **Eficiência** – *Como se desenvolveu a implementação das ações? Os recursos destinados foram bem mobilizados?*

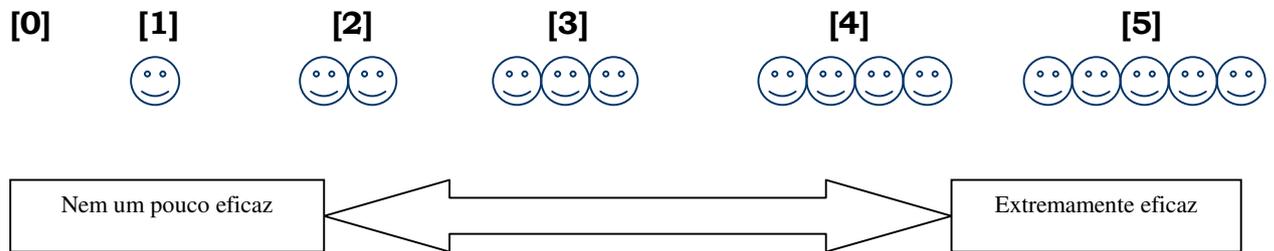
*Justificativa:*



Quanto mais próximo de zero, menor o grau de eficiência.  
 Quanto mais próximo de cinco, maior o grau de eficiência.

- **Eficácia** – Os objetivos operacionais (resultados) foram atendidos? Em que nível de qualidade e em que proporções (%)?

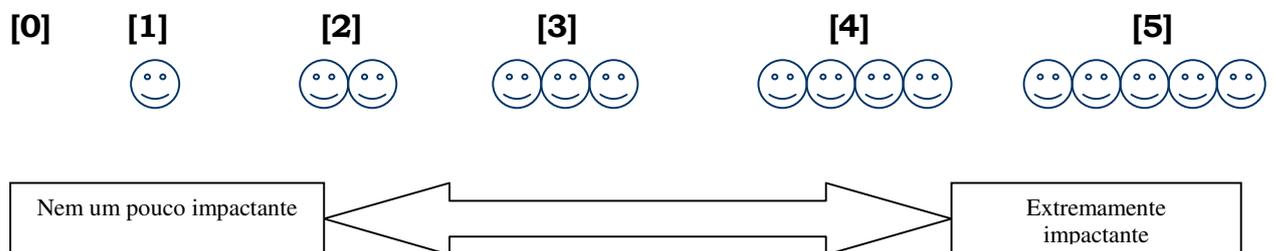
Justificativa:



Quanto mais próximo de zero, menor o grau de eficácia.  
 Quanto mais próximo de cinco, maior o grau de eficácia.

- **Impacto** – Os resultados tiveram os efeitos esperados em nível nacional? Eles geraram mudanças de ordem estrutural? Eles tiveram efeitos negativos ou imprevistos? Foram desenvolvidas as melhores ações para obter os efeitos procurados?

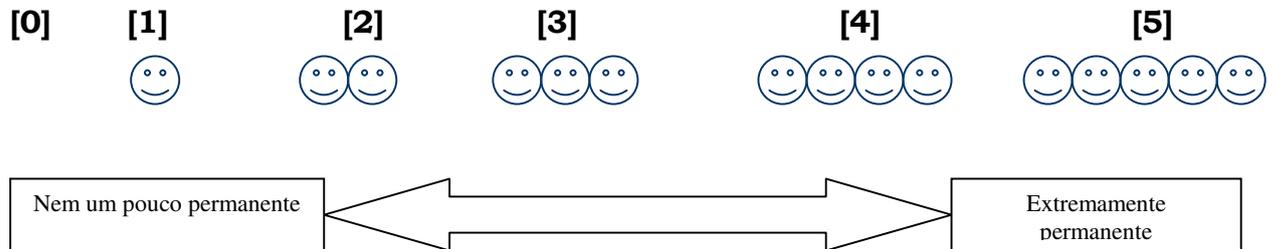
Justificativa:



Quanto mais próximo de zero, menor o grau de impacto.  
 Quanto mais próximo de cinco, maior o grau de impacto.

- **Permanência** – As conseqüências globais do programa são benéficas? Os efeitos são duráveis? Eles geram uma dinâmica de difusão e reprodução sem intervenção externa? Os mecanismos implementados são viáveis?

*Justificativa:*



Quanto mais próximo de zero, menor o grau de permanência.  
 Quanto mais próximo de cinco, maior o grau de permanência.

- **Dificuldades encontradas** – Identificar e relacionar por ordem de prioridade as dificuldades operacionais encontradas para o desenvolvimento do Programa, no âmbito do Ministério da Saúde, do Centro Colaborador e do Hospital Cliente.

*Justificativa:*

- **Análise das Perspectivas do Programa Centros Colaboradores**

*Justificativa:*

- **Sugestões e ações propostas para melhorias no Programa**

*Justificativa*



*Planilha Resumo do Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar*







*Consolidado das Ações Programadas*

**Programa Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar**  
**Planilha Resumo**

<b>Dificuldades</b>	<b>Avanços</b>	<b>Oportunidades de Melhorias</b>	<b>Avaliação</b>
<p>Mobilizar gestores locais de saúde (pouco respaldo político para implantação e manutenção das ações); Integração entre a rede local de saúde e os hospitais (município/estado/instituição); Técnicas e operacionais (pagamento com atraso de diárias); Utilização dos indicadores desenvolvidos; Elaboração dos "cases"; Financiamento das ações diagnosticadas; Continuidade do projeto; Relacionar dados de modo a permitir a configuração de informações sobre melhores práticas, redefinindo critérios de seleção dos Centros Colaboradores; Necessidade de consenso sobre os dados a disponibilizar dos trabalhos de assessoria desenvolvidos; Baixo valor de diárias para algumas regiões; Política local - interferências no bom andamento do programa com frequente substituição de equipe técnica e perda de continuidade; Longas distâncias: colaborador e cliente dificultando acesso; Falta de autonomia administrativo e financeira dos hospitais clientes; Diagnóstico sistêmico de ações (atribuições) e ação focal (não trabalha o hospital inteiro); Resistência à mudança de alguns técnicos dos hospitais clientes; Limitação de tempo para a execução dos projetos; Dificuldades na supervisão e acompanhamento dos técnicos do Ministério da Saúde; Contratempos entre os parceiros Colaborador e Cliente, comprometendo os meios implementados e impossibilitando a realização das ações e intervenções propostas; Não cumprimento integral do cronograma de visitas acordados entre os técnicos dos hospitais participantes; Incompatibilidade de natureza jurídica em alguns casamentos; Parâmetros de avaliação não claramente definidos; Insuficiente identificação das necessidades do Cliente por parte do Ministério da Saúde.</p>	<p>Identificação de demandas das organizações; Instrumentos gerenciais para avaliação; Melhoria nos processos de trabalho Definição de metas; Aperfeiçoamento dos modelos gerenciais dos hospitais; Desenvolvimento de redes colaborativas entre alguns hospitais; Fortalecimento institucional; Mobilização das equipes; Melhorias no foco do cliente; Utilização de ferramentas da qualidade; Desdobramentos em novos programas em âmbito regional e nacional; Instrumentalização para a melhoria dos investimentos; Início de formalização e/ou sistematização dos processos; Melhoria geral nos indicadores de muitos hospitais; Busca constante de soluções reais; Mudanças de comportamentos em algumas instituições; Oportunidade de aprendizagem de conhecimento e de boas práticas mutuamente; Desenvolvimento de relações interpessoais e interinstitucionais; Desenvolvimento do valor de solidariedade; Estabelecimento de relação de confiança entre os hospitais e o Ministério da Saúde; Atualização de conhecimentos.</p>	<p>Manutenção e ampliação do Programa; Visão integrada do sistema; Implantação de núcleos de formação técnica dos profissionais participantes; Links com outros programas afins; Estabelecer benefícios para os participantes com linhas de crédito; Considerar as ações desenvolvidas nas linhas de financiamento do MS; Divulgação das ações implementadas entre os hospitais participantes; Formatar e implantar grupos de discussão para colaboração na transferência das tecnologias; Criação de um Comitê Gestor; Facultar ao Hospital Cliente a escolha do Colaborador; Apoio político e comunitário para a criação de vínculos; Disseminação de manuais de normas/protocolos; Conformação do quadro de critérios e dados para definir formato de apresentação de relatórios e disponibilização de dados; Propor modelo de apropriação via "planos de ação" para os hospitais Clientes, a partir da definição, construção, e aplicação de indicadores para mensuração do sucesso da implantação; Maior divulgação do programa junto aos gestores municipais e estaduais; Melhoria na logística do processo de deslocamento dos técnicos; Procurar estabelecer que os hospitais colaborador e cliente mantenham, dentro do possível, padrões de similaridade; Desenvolvimento de um "banco de dados" para acompanhamento da evolução do trabalho realizado.</p>	<p>Índices de avaliação positiva, notas entre 4 e 5, conforme a sistemática elaborada de avaliação qualitativa. - acima de 80%; 100% das instituições consideram extremamente necessária a permanência do Programa; Trouxe motivação e visão de futuro; Na visão dos participantes os objetivos do programa foram atingidos, Estabeleceu intercâmbio extremamente positivo entre as instituições hospitalares; Adequação de ações moldadas a cada uma das diferentes realidades; Baixo custo da assessoria diante dos grandes benefícios obtidos, gerando fortalecimento institucional; Maior aproximação entre os hospitais e o Ministério da Saúde, saindo um pouco da lógica de auditorias policiaescas, atuando como colaborador e estimulador de boas práticas; Este modelo se apresenta como alternativa viável e eficaz ao aperfeiçoamento das técnicas gerenciais com potencial de construção de modelo de política comum para os hospitais brasileiros; Apontou soluções para pontos críticos, ainda que as ações propostas não tenham sido implementadas em sua totalidade; Diminuição das desigualdades regionais.</p>



