



Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP



Belo Horizonte, 2007.

Caderno Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais participa ativamente do processo de fortalecimento e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma participação efetiva, para além das concepções teóricas. A Especialização em Gestão Hospitalar toca em assuntos que estão acontecendo no dia-a-dia dos profissionais do serviço, visando intervenção qualificada e mais acolhedora na rede.

Edição *Adriana Santos*

Capa *Fred Lima*

Fotos *Sandra Rúgio*

Colaboradores

Eleni Fernandez Motta de Lima

Gleydson Laureano Sperber

Gilmar Lessa Pereira

Júlia Selani

Marly Moisés

Nelma Camelo de Araújo

Diagramação e Revisão *Autêntica Editora*

Martins, Marileni Marta

M386c Caderno de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP
Organizado por Marileni Martins, Isabela Coutinho e Adriana Santos.
Belo Horizonte: ESP-MG, 2007.

152p.

1.Saúde pública-Brasil. 2.Gestão hospitalar-Brasil. I.Coutinho, Isabela Souza
II.Santos, Adriana. III.Título.

CDU 614(81)

614.2(81)

Organizadores
Marileni Martins
Isabela Souza Coutinho
Adriana Santos



Equipe PRO-HOSP (SES e ESP-MG)



Banca de avaliação dos Planos Diretores



Apresentação dos projetos finais



Apresentação no auditório da ESP-MG

**PRO
HOSP**



Sumário

Apresentação	7
<i>Marcus Vinicius Caetano Pestana</i>	
O PRO-HOSP	9
<i>Eugênio Vilaça Mendes</i>	
Reestruturando a rede hospitalar do SUS no Estado de Minas Gerais: O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)	13
<i>Marilene Fabri Lima</i>	
A capacitação dos gerentes hospitalares no Programa de Melhoria da Qualidade do atendimento da rede hospitalar conveniada do SUS/MG (PRO-HOSP)	25
<i>Marileni Marta Nascimento Martins; Rubensmidt Ramos Riani</i>	
A tutoria no curso de Gestão Hospitalar do PRO-HOSP	35
<i>Maria Emi Shimazaki; Marco Antônio Bragança de Matos</i>	
Plano Diretor da Santa Casa de Belo Horizonte	41
<i>Aline Carla Xavier de Oliveira Guilherme</i>	
O Hospital das Clínicas e sua inserção no PRO-HOSP	47
<i>Aline Cesar; Geraldo Majela Garcia Primo; Mônica Pena Abreu</i>	
Importância da implantação de um Centro de Custos por Unidades de Produção em hospitais públicos – uma nova visão de gerenciamento	55
<i>Miriam Luce Campanha; Adriana Diniz de Deus</i>	
Plano Diretor da Santa Casa de Caridade de Formiga (MG) – Quadriênio 2007-2010	63
<i>Gonçalo José de Faria; Marilene Elvira de Faria Oliveira; Adalgisa Maria de Almeida</i>	
O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) no Hospital Imaculada Conceição – Guanhães (MG): uma análise geral	71
<i>Laires Cristina Amorim</i>	
PRO-HOSP: a experiência de construção do Plano Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga num contexto de descontinuidade político-administrativa	83
<i>Marilene Socorro Altina; Samuel José Gomes</i>	

Gestão Integrada, desenvolvimento e sustentabilidade do Hospital Monsenhor Horta por meio do planejamento contínuo	87
<i>Elaine do Carmo de Lima; Elizabeth da Silva; Kátia Ferreira Costa Campos</i>	
O curso de Gestão Hospitalar e a implementação do Plano Diretor do Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF/Unimontes	97
<i>Denise de Oliveira Lima; Joelina da Conceição Alves de Almeida</i>	
Plano Diretor: um instrumento de gestão na consolidação do SUS na Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo	105
<i>Ana Lúcia de Castro; Nilva Maria de Jesus</i>	
Plano Diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas 2007-2009	111
<i>Cibele Siqueira Nascimento Rennó; Zilda de Cássia Moreira Diniz; Adriana Azevedo Mafra</i>	
Análise e resultados da aplicação da ferramenta BSC utilizada no planejamento estratégico para implementação do Plano Diretor do Hospital Arnaldo Gavazza Filho – Ponte Nova (MG)	117
<i>Cristian Tassi; Rosane Grijó de Sousa</i>	
Plano Diretor: ferramenta inovadora na gestão do SUS da Microrregião de Resplendor	125
<i>Gleide Maria Polito; Juliana da Silva Eler</i>	
Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte (MG)	131
<i>Tânia Maria de Oliveira</i>	
Gestão Hospitalar: uma visão empreendedora dos serviços de saúde	137
<i>Márcia Helena Gonçalves Rocha; Magali R. Brito Araújo</i>	
Plano Diretor da Fundação Hospitalar São Sebastião	143
<i>Regina Célia Coelho; Renato Pereira de Moraes</i>	
Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis	149
<i>Wolney Reis Figueiredo</i>	
E-mail das Instituições PRO-HOSP	152

Apresentação

Marcus Vinícius Caetano Pestana¹


O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) foi implantado em maio de 2003 e, desde então, transformou-se em uma das mais importantes ações programáticas do governo estadual no âmbito da assistência hospitalar. O programa tem como propósito consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais por meio de um Termo de Compromisso de Gestão celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde, os hospitais participantes e os gestores locais.

Ao implementar ações destinadas à melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais da rede SUS no Estado de Minas Gerais, por intermédio do estabelecimento de metas, o PRO-HOSP contribui para o desenvolvimento de um parque hospitalar no Estado, socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, de prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população, de preencher vazios assistenciais e de se inserir em redes integrais de atenção à saúde.

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, por meio da Coordenadoria de Pós-Graduação, oferece, desde outubro de 2003, o curso de Especialização em Gestão Hospitalar para os gerentes das unidades de referência das regiões macro e microrregionais de saúde de Minas Gerais, atendendo ao Projeto de Regionalização da Assistência à Saúde, pela capacitação dos gerentes hospitalares inseridos no PRO-HOSP e de técnicos da Secretaria de Estado de Saúde envolvidos com o monitoramento do programa. Possibilita ainda ao profissional o entendimento do paradigma da nova gestão pública, o domínio das técnicas de utilização das ferramentas gerenciais de controle e avaliação e monitoramento dos processos, estruturas e resultados organizacionais.

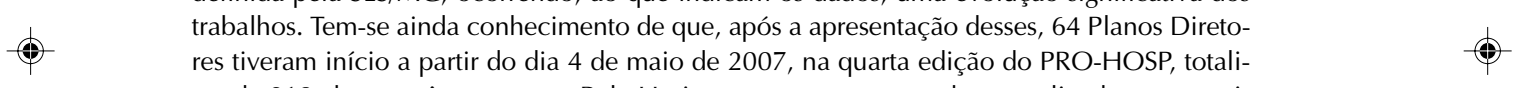
O Caderno PRO-HOSP, ora editado sob responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, constitui o resultado do esforço da agência formadora para imprimir mais tecnologia aos Planos Diretores da Especialização em Gestão Hospitalar. São trabalhos finais de curso e Planos Diretores, isto é, projetos elaborados em conjunto por alunos da especialização e grupos gestores dos hospitais, com o objetivo de intervir para a melhoria da gestão

¹ Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais.



das instituições. No período de 8 a 10 de maio de 2007, foram apresentados os trabalhos finais do curso de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP.

Entre os 64 trabalhos já avaliados a partir de março deste ano, há que se destacar o Plano Diretor da Fundação Hospitalar Nossa Senhora de Lourdes, em Nova Lima. Sua inovação está no fato de que o autor utiliza o arcabouço teórico disponível acerca do planejamento estratégico, aprimorando um modelo específico para aplicação do planejamento à realidade da instituição hospitalar. Explica ele que o método de planejamento estratégico atualmente utilizado pelas instituições permite que os funcionários sejam deslocados de suas atividades rotineiras para, em grupo, discutirem os problemas e as expectativas institucionais, o que demanda tempo, resultando na dispersão de grande parte dos funcionários e na participação reduzida. O diferencial, a utilização do sistema informatizado, permite a participação de maior número de pessoas e uma problematização mais intensa, pois cada grupo, ao iniciar seu estudo sobre os problemas do hospital, visualiza os resultados obtidos pelo grupo anterior no sistema informatizado e amplia a discussão; além disso, permite acelerar o tempo despendido no processo de planejamento.



Sabe-se que, ao final do curso de Especialização em Gestão Hospitalar para o PRO-HOSP, 88% dos trabalhos finais foram aprovados com qualidade, superando a meta de 70% definida pela SES/MG, ocorrendo, ao que indicam os dados, uma evolução significativa dos trabalhos. Tem-se ainda conhecimento de que, após a apresentação desses, 64 Planos Diretores tiveram início a partir do dia 4 de maio de 2007, na quarta edição do PRO-HOSP, totalizando 219 alunos, três turmas em Belo Horizonte e quatro turmas descentralizadas nos municípios de Alfenas, Juiz de Fora, Montes Claros e Uberlândia.

De modo geral, à exceção da primeira turma de Belo Horizonte, as demais apresentam proposta diferenciada: o monitoramento dos Planos Diretores já existentes; o que significa oportunidade de avaliar e aprimorar os Planos Diretores já aplicados, na perspectiva de que as redes assistenciais de saúde sejam consolidadas. Disso depreende-se que a importância do monitoramento reside no fato de que, pela primeira vez, o Estado de Minas Gerais promove incentivo à melhoria na gestão dos hospitais, desde o repasse dos recursos financeiros até a ponta do processo que, na realidade, é avaliar a forma e o grau de eficiência em que os recursos foram utilizados, além da significativa melhoria no processo de gerenciamento e, conseqüentemente, no atendimento. A informação gerada pelo monitoramento é de fundamental importância para garantir a transparência na utilização de recursos públicos, dos critérios de distribuição e prestação de conta sobre os efeitos do esforço realizado na qualidade do atendimento da rede hospitalar vinculada ao SUS em Minas Gerais.

O PRO-HOSP

Eugênio Vilaça Mendes¹

O governo Aécio Neves assumiu em meio a uma grave crise da atenção hospitalar pública no Estado que vinha sendo enfrentada, havia tempo, por uma via tradicional e ineficaz de realização de convênios, com meia dúzia de hospitais.

O secretário Marcus Pestana determinou, então, a realização de um diagnóstico que revelou uma situação paradoxal: havia em Minas muitos hospitais, mas não se tinha atenção hospitalar eficiente e de qualidade. Nesse diagnóstico, os problemas hospitalares mineiros foram agrupados em três dimensões: a ineficiência, a baixa qualidade dos serviços ofertados e o subfinanciamento.

A ineficiência se manifestava em vários planos. Em geral, a eficiência técnica atingia menos de 50% do desejado e se distribuía entre a ineficiência interna e a ineficiência de escala. A ineficiência interna era altíssima em função dos baixos padrões gerenciais vigentes: numa tipologia desenvolvida pelo BNDES, 83% dos hospitais mineiros apresentavam gestão incipiente e nenhum contava com uma gestão avançada. Do ponto de vista da escala, a situação era dramática: 33% dos hospitais tinham menos de 30 leitos, 60% menos de 50 leitos e apenas 19% apresentavam a escala adequada segundo padrões internacionais, de 100 leitos ou mais. O resultado é que o custo do paciente/dia era 15% maior nos hospitais de menos de 30 leitos em relação aos hospitais de mais de 100 leitos. Mais da metade das internações realizadas nos hospitais de pequeno porte eram por condições sensíveis às internações hospitalares que se davam, em parte, por deficiências na atenção primária à saúde e, em parte, pela manifestação da Lei de Roemer, o que implicava internações desnecessárias para gerar Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e cobrir os custos fixos dos hospitais, que são muito altos em relação aos custos variáveis.

O baixo número de hospitais com escalas e densidades tecnológicas adequadas para resolver os problemas de média e alta complexidades determinava uma altíssima concentração espacial dessas unidades de saúde, o que representava altos custos sociais e de deslocamento da população e uma pressão enorme da demanda sobre os grandes centros urbanos. Nesse

¹ Consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

aspecto, o diagnóstico permitiu identificar os vazios assistenciais existentes no Estado e que se concentravam, com maior força, na atenção hospitalar de média complexidade.

Os serviços hospitalares eram de baixa qualidade, o que se verificou pelo pequeno número de hospitais com comissões de controle de infecção hospitalar, pela quase inexistência de protocolos clínicos e por um reduzidíssimo número de programas de qualidade em operação. Havia um problema grave de subfinanciamento de custeio, e praticamente nenhum programa sólido de financiamento de investimentos. Os valores pagos pelo Ministério da Saúde aos prestadores hospitalares sub-remunerava os procedimentos intensivos em cognição, característicos da atenção de média complexidade, o que contribuía para a baixa oferta desses serviços em várias regiões do Estado. O déficit de custeio dos procedimentos de média complexidade era responsável por 97% do déficit total da atenção hospitalar no Estado.

Diante desse quadro desolador da atenção hospitalar pública em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde não se imobilizou. Ao contrário, propôs, para enfrentá-lo, o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS, o PRO-HOSP.

Com base no diagnóstico realizado, e tendo como pano de fundo o Programa de Governo Aécio Neves para o período 2003/2007, definiram-se algumas estratégias para a melhoria da atenção hospitalar do SUS no Estado. O programa deveria integrar-se no projeto estruturante da regionalização da saúde, para o que foi feita a revisão do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que dividiu Minas em 13 macrorregiões sanitárias e em 75 microrregiões sanitárias. Em cada microrregião sanitária deveria buscar-se a auto-suficiência na atenção hospitalar de média complexidade e, em cada macrorregião sanitária, a auto-suficiência na alta complexidade hospitalar. Isso significou identificar, no universo de hospitais mineiros, aqueles que apresentavam vocação e escala para se tornarem resolutivos nesses serviços.


Outra orientação estratégica foi que os hospitais não seriam considerados como pontos de atenção à saúde isolados, mas como partes de redes de atenção à saúde que integrassem a atenção primária, secundária e terciária à saúde. As redes priorizadas foram de atenção às urgências e às emergências e de atenção integral às mulheres e às crianças (Programa Viva Vida). Outra orientação consistiu na substituição de uma política tópica de atendimento a alguns hospitais, com critérios exclusivamente políticos, por uma política universal e transparente que permitiu incluir todos os hospitais socialmente necessários do Estado sem nenhuma discriminação política ou preferência entre hospitais públicos ou filantrópicos. Outra orientação estratégica significou a superação definitiva de uma política de convênios que representava uma mesada a certos hospitais privilegiados, sem contrapartida de serviços, por contratos de gestão em que se transferem recursos mediante o cumprimento de metas acertadas em termos de compromisso. Por fim, e coerente com a opção de equidade que governa todas as ações da Secretaria de Estado de Saúde, procurou-se discriminar positivamente as regiões pobres, portadoras de maiores necessidades em saúde. Deve ficar claro que em nenhum momento o PRO-HOSP se propôs a superar o subfinanciamento do custeio da atenção hospitalar pública, o que é uma função inequívoca do Ministério da Saúde.

Essas orientações estratégicas permitiram moldar um programa, composto por um conjunto de ações articuladas entre si, que já atinge 126 hospitais, dos quais 37 são macrorregionais e 89 microrregionais. Os recursos anualizados, transferidos à rede hospitalar PRO-HOSP pelo governo, montam em torno de 105 milhões de reais.

Um conjunto de ações se voltou para o incremento da eficiência interna da rede hospitalar pela melhoria gerencial e envolveu a oferta de cursos de gestão hospitalar, a elaboração de Planos Diretores dos hospitais, o acompanhamento desses planos por tutores, a introdução de instrumentos de gestão da clínica nos hospitais e a obrigatoriedade de aplicação de parte dos recursos transferidos no aperfeiçoamento da gestão. Outro conjunto de ações buscou aumentar a eficiência de escala da rede hospitalar por meio de investimentos que objetivaram adensar tecnologicamente os hospitais macro e microrregionais, de tal forma que pudessem resolver, nessas regiões, a custos sociais e sanitários mais baixos para os cidadãos, os problemas que exigissem atenção hospitalar. Esses investimentos, que corresponderam à maior fração dos recursos transferidos aos hospitais, objetivaram superar os vazios assistenciais detectados, especialmente nos campos da atenção às urgências e emergências e da atenção às mulheres e às crianças (Viva Vida). Finalmente, houve um conjunto de ações que visaram à melhoria da qualidade, introduzindo metas específicas nos termos de compromisso ou promovendo um direcionamento dos recursos financeiros transferidos para o cumprimento das exigências da Vigilância Sanitária estadual.

Recente avaliação realizada pela Fundação João Pinheiro (2007) em relação às metas contratadas nos termos de compromissos mostrou os seguintes resultados em termos de metas cumpridas total ou parcialmente: I: Indicadores de gestão – participação das direções hospitalares nos cursos de gestão: 98%; elaboração de plano diretor: 68%; implantação de sistemas de apropriação de custos: 71%; adesão a bancos de preços: 83%; elaboração de censo hospitalar diário: 92%; notificação compulsória de agravos: 89%; informatização da rede: 96%. II: Indicadores de processos – dispensação de medicamentos: 93%; comissão de prontuários: 81%; comissão de verificação de óbitos: 76%; controle de eventos adversos: 67%; taxas de ocupação: 64%. III: Indicadores de resultados – taxa de mortalidade hospitalar: 69%; taxa de infecção hospitalar: 78%.

Após quatro anos de operação, esses resultados atestam que o PRO-HOSP tem avanços a celebrar, mas há ainda muitos desafios a superar, para o que será necessário convocar novas ações. O programa deverá se expandir para incluir um módulo de hospitais locais, hospitais com escala adequada e que têm atuação puramente local, sem polarização de outros municípios. Além disso, deverá ser implantado o módulo de hospitais de pequeno porte, hospitais de até 30 leitos que terão uma importância fundamental na rede de atenção às urgências e emergências. Um programa de qualidade com a marca PRO-HOSP deverá ser implantado com o objetivo de atingir, em toda rede, pelo menos, o nível 1 de acreditação e de colocar um selo do programa em cada hospital. Um acompanhamento mais fino de cada Plano Diretor deverá ser feito por uma equipe de monitores. O sistema de monitoramento deverá ser aperfeiçoado, realizado por um sistema gerencial de informação eletrônico e será



editado um boletim periódico que permita até análises de tipo *benchmarking* na rede PRO-HOSP. Finalmente, à semelhança do que já ocorre com outros programas prioritários da Secretaria de Estado de Saúde, deverá ser instituído um prêmio de qualidade a ser ofertado, anualmente, como incentivo às boas práticas dos hospitais do programa.

Referência

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Caracterização dos hospitais do PRO-HOSP: desafios para o monitoramento*. Belo Horizonte: CEES/Fundação João Pinheiro, 2007.

Reestruturando a rede hospitalar do SUS no Estado de Minas Gerais: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)

Marilene Fabri Lima¹


Introdução

Entre as políticas que compõem o sistema de proteção social brasileiro, Almeida (1996, p.20) destaca a política de saúde como a única em que a reforma dos anos 1980 promoveu uma descentralização deliberada e radical, definida no espaço federal, envolvendo o Executivo e Legislativo. Foram definidas competências diferentes para União, Estados e municípios, a saber: aos municípios foi atribuída a responsabilidade pela atenção básica e por formas menos complexas de atendimento; aos Estados foi definido o papel de supervisionar os sistemas municipais, o de apoiar a descentralização e o de prover serviços nos municípios ainda incapazes de fazê-lo; ao governo federal foi atribuída a tarefa de regular e financiar o sistema (ALMEIDA, p. 36-37). Em resumo, para a autora, a divisão de competências dos entes federados, nessa política, está claramente definida sob um pacto federativo assentado em uma concepção de cooperação entre os três níveis de governo.

No tocante à questão hospitalar, as realidades do País e de Minas Gerais denunciavam a existência de uma rede hospitalar fragmentada, ineficiente e sem qualidade, herança dos tempos anteriores à criação do Sistema Único de Saúde (SUS). De fato, dados do Datasus, de 2004 (*apud* MINAS GERAIS, 2004), apontam que o Estado tinha 593 hospitais, dos quais 60% tinha menos de 50 leitos. Além disso, a média da taxa de ocupação das unidades era de 47%, segundo o Ministério da Saúde (pesquisa da AMS/2000, *apud* MINAS GERAIS, 2004).

Do ponto de vista da gestão profissionalizada, o cenário apresentado não era muito diferente. Segundo dados do BNDES (2002, *apud* MINAS GERAIS, 2004), 83% dos hospitais filantrópicos apresentavam classificação “incipiente” para sua modalidade de gestão. Os outros 17% apresentavam gestão “em desenvolvimento”. Embora a pesquisa trate apenas dos hospitais filantrópicos, é preciso destacar que esses hospitais representam 56% dos hospitais do Estado, sendo, portanto, muito relevantes para o SUS.

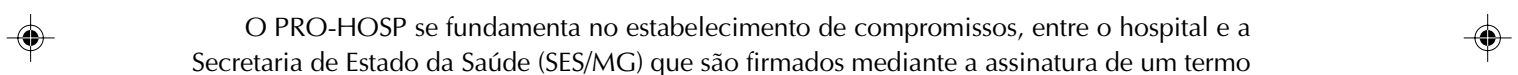
¹ Marilene Fabri Lima é coordenadora do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP). Atualmente cursa Mestrado em Gestão de Políticas Sociais na Fundação João Pinheiro.



Paralelamente, segundo Mendes (2001), a municipalização extremada (ou autárquica) agravou ainda mais a fragmentação da oferta dos serviços e a ineficiência sistêmica, visto que a disponibilização de procedimentos aos cidadãos era feita sem ser observadas as economias de escala e escopo. Nesse sentido, a ineficiência da rede hospitalar em Minas Gerais repercutiu diretamente no processo de regionalização da saúde no Estado, sem contar o grau de endividamento das instituições hospitalares. Essas unidades, de forma isolada, seriam, portanto, incapazes de fazer vigorar os princípios do SUS, a saber: integralidade, descentralização e participação da comunidade.

Diante desse cenário, a questão da atenção hospitalar passou a integrar a agenda pública do governo do Estado, tornando-se um dos temas prioritários do governo estadual eleito em 2003. A solução encontrada foi desenhar e aprofundar o processo de regionalização da assistência à saúde por meio da implantação de políticas específicas para o setor, consideradas prioritárias para a organização da saúde no Estado.

Assim, em 2003, foi criado o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais (PRO-HOSP), um programa do governo estadual que visa possibilitar ao cidadão mineiro atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade, o mais próximo possível de sua residência, segundo a lógica dos níveis de complexidade (média ou alta), otimizando a eficiência dos hospitais.



O PRO-HOSP se fundamenta no estabelecimento de compromissos, entre o hospital e a Secretaria de Estado da Saúde (SES/MG) que são firmados mediante a assinatura de um termo de compromisso que estabelece que a Secretaria repassa recursos financeiros e os hospitais se comprometem, em contrapartida, a promover a melhoria da qualidade da assistência com o cumprimento de metas preestabelecidas pelo termo.

Segundo Minas Gerais (2007), a introdução da lógica contratual na gestão entre organismos governamentais – ou mesmo entre estes e prestadores de serviços –, constitui uma importante inovação que vem se estendendo a diversos âmbitos das políticas públicas. Essa inovação é estruturada em alguns princípios, entre os quais as autoras destacam: o relacionamento entre um principal e um agente, a perspectiva estratégica da missão das instituições, e a gestão orientada à obtenção de resultados (p. 3). Esse movimento, contudo, não é exclusivo do Brasil, como podemos ver na passagem a seguir:

Em vários países latino-americanos foram adotados contratos de gestão nos acordos assinados entre autoridades superiores das instituições públicas e gerentes de áreas estratégicas. Exemplos de adoção deste mecanismo nas políticas de educação, habitação e saúde podem ser encontrados na Costa Rica e no Chile. Neste último, foram estabelecidos contratos de gestão entre o Ministério de Saúde e os serviços de saúde descentralizados nas regiões, assim como entre o Ministério e os municípios, responsáveis pela atenção primária. No Brasil, desde 2004, por iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação vem ocorrendo um processo de contratualização dos hospitais universitários vinculados ao SUS, baseado no

estabelecimento de metas relativas a prestação de serviços, ensino e pesquisa. Mais recentemente, esse processo vem sendo estendido aos hospitais filantrópicos da rede SUS, visando ao fortalecimento gerencial e à melhoria das atividades assistenciais. (p. 2)

As autoras ainda ressaltam que a implementação do compromisso de gestão será alcançada com êxito se for realizado o acompanhamento da execução dos compromissos, assim como o monitoramento e a avaliação do programa e da situação dos hospitais (p. 4).

Assim, este artigo tem por objetivo apresentar os resultados obtidos pelo PRO-HOSP nos quatro primeiros anos de implantação do programa. Para isso, o trabalho está dividido em quatro seções, sendo a primeira esta Introdução. A segunda seção apresenta o programa e como ele se encontra estruturado, a terceira seção sumariza os resultados obtidos e, na quarta seção, são tecidas algumas considerações finais.

Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)

O PRO-HOSP, como mencionado anteriormente, tem por objetivo consolidar a oferta da atenção hospitalar, nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais, mediante um termo de compromisso firmado entre os hospitais e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Com isso, o programa espera contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar público no Estado que seja socialmente necessário e capaz de operar com eficiência. Além disso, as unidades hospitalares participantes do programa deverão prestar serviços de qualidade e que atendam às necessidades e demandas da população. Disso decorre que as lacunas existentes na oferta de serviço (“vazios assistenciais”) devem ser preenchidas, constituindo, assim, uma rede de atenção integral à saúde no Estado.

O PRO-HOSP encontra-se, atualmente, no quarto ano de execução, do qual participam 126 hospitais públicos e filantrópicos distribuídos em todo o Estado conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG). Trinta e sete hospitais estão localizados em 18 municípios-pólos macrorregionais, apontados pelo PDR-MG, e os demais, em 86 municípios das microrregiões.

Para consecução dos seus objetivos, o programa tem definidas sete estratégias de intervenção. A primeira delas, já mencionada, é a **Gerencial**. Essa estratégia se traduz na formalização de um termo de compromisso entre a SES/MG e os hospitais, visando imprimir um caráter contratual à relação, por meio da pactuação de compromissos e metas.

A segunda estratégia é a **Assistencial**, que se estrutura por meio do preenchimento dos “vazios assistenciais” e pela inserção orientada, na rede, dos hospitais de pequeno porte. Na mesma linha, a terceira estratégia é a **Clínica**, entendida pelo desenvolvimento dos protocolos clínicos. O programa direciona suas ações também para o estabelecimento da **Cooperação**



Técnica, a quarta estratégia de intervenção, realizada de forma horizontal entre os hospitais participantes, possibilitando a permuta e a associação de tecnologias e processos entre eles.

Para o fortalecimento da gestão dos hospitais, o PRO-HOSP utiliza a estratégia **Educacional**. Essa quinta estratégia refere-se ao curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Esse curso, oferecido pela SES/MG em parceria com a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, promove capacitação gerencial dos gestores hospitalares, formando o grupo gestor e, ao final, os alunos produzem o Plano Diretor do hospital.

A sexta estratégia de intervenção é a **Econômica**, que se refere ao incentivo financeiro repassado pela SES/MG aos hospitais participantes, que se desdobra em duas partes. A primeira é referente aos recursos destinados ao programa. Para 2007, estão previstos investimentos da ordem de 105 milhões de reais, acumulando cerca de 300 milhões desde o primeiro ano de implantação.

A segunda parte refere-se ao direcionamento do referido recurso financeiro, que é previamente regulamentado por resolução, que estabelece: (i) no mínimo 10% do recurso total deve ser alocado de forma a promover a melhoria e o fortalecimento da gestão do hospital; (ii) no mínimo 40% deve ser aplicado na melhoria da qualidade da assistência com os investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos), prioritariamente aqueles estabelecidos pela Vigilância Sanitária; (iii) e os 50% restantes podendo ser usados no aumento de qualquer uma das aplicações anteriores ou utilizadas no custeio hospitalar.

Esses percentuais apresentam uma dupla função. Há uma restrição quanto à forma de utilização dos recursos, necessária para assegurar a otimização e a potencialização dos investimentos aplicados pelo alcance de suas linhas de ação. Assim, além de modernizar a estrutura física e dos equipamentos dos hospitais participantes, assegura, também, que recursos sejam aplicados na gestão da instituição e na melhoria da segurança da assistência prestada. Isso também impede que todo o recurso seja utilizado na reprodução das práticas gerenciais e assistenciais adotadas até então, proporcionando melhorias efetivas.

A sétima estratégia, derivada destas últimas, é a **Redistributiva**, entendida pelo fator de alocação segundo necessidades. Para fazer quantificar os recursos financeiros que serão investidos em cada região de saúde a cada competência², são utilizados dois critérios, a saber:

- *Densidade demográfica*: o cálculo do recurso financeiro de cada região é proporcional à população referenciada às macrorregiões e as microrregiões assistenciais de saúde em Minas Gerais, de acordo com a população polarizada, identificada no PDR-MG;
- *Necessidades das regiões*: consideram-se, no cálculo, valores diferenciados entre as regiões, atendendo aspecto redistributivo, baseado no princípio da equidade. Nesse

² "Competência" é cada ciclo de duração do termo de compromisso. Via de regra são 12 meses, mas houve duas exceções. O PRO-HOSP Macrorregional – Competência 2005-2006 durou 16 meses, e o PRO-HOSP Microrregional – Competência 2004-2005 durou 7 meses (Macrorregiões Norte, Nordeste e parte da Leste).

sentido, é aplicado o valor de R\$ 4,10 (quatro reais e dez centavos) *per capita* para as regiões Norte, Nordeste, Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Doce e R\$ 3,00 (três reais), *per capita*, para as demais regiões do Estado.³

O PRO-HOSP pode ser definido como um programa de natureza interativa, de acordo com Molina (2002), pois embora a decisão de implementá-lo tenha partido do cerne do governo, o programa tem sofrido modificações ao longo de sua execução, aperfeiçoando sua metodologia de funcionamento, visando atender às necessidades dos gestores e dos atores envolvidos. Essa afirmação pode ser comprovada pelas deliberações da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), em qualquer das suas modalidades (fórum estadual, macrorregional ou microrregional). Nesses fóruns, os atores locais interagem em todo o processo para escolher os hospitais, determinar a alocação dos investimentos e acompanhar o desempenho dos hospitais, determinando, até a permanência destes no programa.

Essa característica interativa permite identificar uma série de atores públicos e privados. Além do governo do Estado, principal ator político do processo e da equipe técnica, pode ser destacados vários atores segundo as atribuições no programa. (Minas Gerais, 2007).

O primeiro deles é a **Comissão Estadual de Avaliação do PRO-HOSP**. Composta por oito membros, é formada por representantes da SES/MG e do COSEMS. Sua finalidade principal é avaliar, no nível central, o pleno cumprimento dos requisitos estabelecidos pelo programa.

O segundo ator são os **Comitês de Avaliação Macrorregional e Microrregional do PRO-HOSP**. Esses comitês compõem-se de representantes do Estado e dos municípios envolvidos, conforme regras estabelecidas em resolução. Eles são responsáveis, entre outras atribuições, por emitir parecer sobre assuntos referentes ao PRO-HOSP, a fim de subsidiar as decisões da CIB-Macrorregional e da CIB-Microrregional (no caso do Comitê Microrregional).

O terceiro ator são as **Gerências Regionais de Saúde (GRS)**. As GRS são unidades administrativas do nível estadual de governo, responsáveis pela reprodução das políticas estaduais regionais. Compete às GRS: (a) instituir os Comitês de Avaliação Macrorregionais e Microrregionais do PRO-HOSP; (b) coordenar os trabalhos realizados pelos Comitês; (c) facilitar a comunicação entre os Comitês, a Coordenação Estadual, as Comissões Intergestores Bipartite Macro e Microrregionais e os hospitais; (d) organizar e executar o Seminário Anual do PRO-HOSP; (e) organizar e disponibilizar informações sobre o perfil epidemiológico da população regional, a demanda por serviços, a oferta da rede vinculada ao SUS e a sua capacidade de produção.

Os **hospitais** integrantes do SUS em Minas Gerais, que assinaram um compromisso com a SES/MG, são o quarto ator. A principal atribuição dessas instituições é promover a melhoria

³ O valor per capita foi de R\$ 2,00 entre 2003 e 2005 no PRO-HOSP Macrorregional, para os municípios-pólos não pertencentes às regiões mais carentes do Estado. No PRO-HOSP Microrregional, esse valor foi aplicado somente na competência 2005-2006.

da sua gestão e da qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS-MG por meio do cumprimento daquilo que foi pactuado no Plano de Ajustes e Metas (PAM).

As **Secretarias Municipais de Saúde (SMS)**, quer sejam de municípios-pólo quer não, têm uma participação importante no PRO-HOSP e constituem o quinto ator relevante. As SMS de municípios-pólo são signatárias do termo de compromisso e devem monitorar a execução contratual de forma mais próxima, assegurando sua perfeita execução. Na mesma linha, as SMS dos demais municípios que compõem a região de saúde devem ficar atentas para que as necessidades de sua população inscritas nos planos sejam sanadas e, por conseguinte, que a população referenciada por esses municípios tenha acesso a uma atenção hospitalar com qualidade e segurança.

O sexto ator é a **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**, principal fórum de articulação entre os gestores municipais e o Estado, de grande importância para a gestão das políticas de saúde. No PRO-HOSP, são elas que definem os hospitais participantes do programa e a alocação de recursos financeiros, com base em relatórios elaborados pelos Comitês Macro e Microrregionais. Além disso, a CIB aprecia os relatórios apresentados pelo hospital e validados pelos Comitês de Avaliação Macro e Microrregionais, aprovando-os ou não.

Por fim, o sétimo ator são os Conselhos de Saúde, peças-chave para o bom andamento do programa. Cabe ao **Conselho Municipal de Saúde** acompanhar a implementação do programa em cada município. Espera-se a sua participação no seminário anual de avaliação do PRO-HOSP nas macro e microrregiões. Da mesma forma, ao **Conselho Estadual de Saúde** cabe acompanhar a implementação do programa no conjunto do Estado. Espera-se a sua participação nos seminários de avaliação do PRO-HOSP nas macro e microrregiões.

As instituições participantes pactuam diversos compromissos e metas, listados no Plano de Ajustes e Metas (PAM), anexo ao termo de compromisso, instrumento contratual. A seguir estão listados, separadamente, os compromissos e metas pactuados (Quadros 1 e 2, respectivamente).

Quadro 1 – Compromissos pactuados nos Planos de Ajustes e Metas do PRO-HOSP 2007.

Item	Compromisso
1.1	Implantar e realizar o Censo Hospitalar Diário.
1.2	Manter em pleno funcionamento as seguintes comissões:
1.2.1	Comissão de prontuário;
1.2.2	Comissão de verificação de óbitos;
1.2.3	Comissão de ética médica;
1.2.4	Controle de eventos adversos;
1.2.5	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
1.2.6	Comissão de Farmácia e Terapêutica;
1.2.7	Comissão Enteral e Parenteral;

Item	Compromisso
1.2.8	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA);
1.2.9	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante.
1.3	Aderir e implementar os programas da SES/MG, abaixo relacionados:
1.3.1	Política Nacional de Humanização (PNH);
1.3.2	Programa Viva Vida, específico aos hospitais que possuem Obstetrícia e/ou Pediatria,
1.4	Gestão profissionalizada:
1.4.1	Manter a participação dos diretores administrativos e do diretor técnico nos cursos de especialização/capacitação oferecidos pela SES/MG;
1.4.2	Compor o grupo gestor e mantê-lo em atividades;
1.4.4	Utilizar Banco de Preços;
1.4.5	Apropriação de Custos;
1.4.6	Gestão de Materiais e Suprimentos;
1.4.7	Dispensação de medicamentos;
1.4.8	Desenvolver e implantar no mínimo 10 protocolos clínicos para 10 procedimentos mais relevantes;
1.4.8.1	Implantar o Protocolo do Programa Viva Vida;
1.4.9	Implantar sistema informatizado em rede;
1.4.10	Dispor de acesso à internet.
1.5	Garantia da qualidade:
1.5.1	Dispor do alvará sanitário expedido pela Vigilância Sanitária. Caso o alvará esteja condicionado a um Termo de Obrigações a Cumprir (TOC), os recursos do PRO-HOSP deverão ser direcionados, obrigatoriamente, para a resolução das pendências elencadas no TOC.
1.5.2	Dispor de gerador de energia;
1.5.3	Uso de hemocomponentes seguros;
1.5.4	Realizar sistematicamente análise da água hospitalar;
1.5.5	Elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSS) da instituição;
1.5.6	Manter em funcionamento a(s) equipe(s) de Auditoria Interna constituída(s) para acompanhar/avaliar:
1.5.6.1	Contrato e convênio SUS;
1.5.6.2	Metas e compromissos do PRO-HOSP;

Item	Compromisso
1.5.6.3	Setores/serviços integrantes da estrutura da instituição.
1.5.7	Garantir a notificação de 100% dos casos suspeitos de doenças de notificação compulsória, conforme legislação vigente, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por intermédio do gestor municipal;
1.5.8	Manter atualizado o cadastro do hospital no CNES junto ao gestor municipal;
1.5.9	Emitir relatórios de Alta Hospitalar em 100% dos pacientes do SUS;
1.5.10	Aderir ao Sistema Nacional de Informação para o Controle de Infecções em Serviços de Saúde (SINAIS).
1.6	Compromissos Assistenciais (observando as especificidades de cada microrregião e a referência estabelecida pela instituição):
1.6.1	Implantar Unidade de Cirurgia Ambulatorial;
1.6.2	Implantar Unidade de Atenção Domiciliar Terapêutica junto ao município e o Programa de Saúde da Família;
1.6.3	Implantar Unidade de Hospital-Dia;
1.6.4	Manter a urgência e emergência.
1.7	Fluxo assistencial: ter 100% dos leitos que são ofertados ao SUS, pela instituição, regulados pela Central Estadual de Regulação.
1.8	Procedimentos pactuados: relacionar o quantitativo mensal dos procedimentos que foram caracterizados como pontos de estrangulamento, conforme avaliação da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB/SUS-MG), cuja oferta será ampliada.

Quadro 2 – Metas pactuadas nos Planos de Ajustes e Metas do PRO-HOSP 2007.

Item	Compromisso
1.1	Taxa de cesáreas (geral)
1.2	Tempo médio de permanência (geral)
1.3	Taxa de ocupação (geral)
1.4	Taxa de mortalidade hospitalar
1.4.1	Institucional
1.4.2	Materna
1.4.3	Infantil
1.5	Taxa de infecção hospitalar/Sepse
1.5.1	Cirúrgica em cirurgia limpa

Item	Compromisso
1.5.2	Relacionada a cateter venoso em UTI adulto
1.5.3	Relacionada a cateter umbilical na UTI neonatal
1.5.4	Relacionada a Pneumonia em ventilação mecânica
1.5.5	Urinária associada a cateter visical
1.6	Taxa de transferência externa

Para as metas, é utilizada como referência a média do desempenho dos últimos 12 meses, para cada hospital, e pactua-se o referido indicador com o índice de melhor desempenho apresentado até então. Isso estimula a eficiência e a melhoria da assistência aos pacientes atendidos pela instituição, com a melhoria dos processos gerenciais e o aporte de recursos financeiros investidos pelo Estado.

Resultados

Para mensuração dos resultados, considera-se que o público-alvo do programa são os cidadãos das macrorregiões e microrregiões de saúde do Estado, que são beneficiados por um sistema de saúde de maior qualidade, próximo a sua residência, por meio dos hospitais contemplados no processo (o foco do PRO-HOSP). Nesse sentido, os investimentos seriam um meio de promover a melhoria dos processos gerenciais dos estabelecimentos de saúde, especificamente os hospitais, e, por conseguinte, atingir o público-alvo do programa.

No curto prazo entendido como os primeiros anos de adesão dos hospitais ao programa, o PRO-HOSP tem como objetivo promover a garantia da segurança e da qualidade da assistência. Isso é perseguido por meio da readequação das instalações hospitalares, do aumento da resolutividade da instituição por meio da incorporação de tecnologia e da ampliação das atividades assistenciais, e da fixação de profissionais qualificados em regiões menos atrativas com a melhoria das condições de trabalho.

Em relação ao cumprimento de metas e compromissos, Fundação João Pinheiro (2007) aponta os principais resultados obtidos e as dificuldades encontradas. As informações referentes ao cumprimento, fornecidas pela coordenação estadual do programa, foram segmentadas conforme as áreas temáticas Gestão, Processos, Resultados, Relação com a Comunidade e Estrutura, previstas no Manual do PRO-HOSP (MINAS GERAIS, 2007).

Em relação à área de “processos”, a dispensação de medicamentos e o uso de hemocomponentes seguros foram cumpridos por 87% dos hospitais beneficiados. A meta relativa à taxa de cesárea, entretanto, foi cumprida integralmente somente por 18% das instituições. Os hospitais do PRO-HOSP Microrregional também apresentaram baixos percentuais de cumprimento para os indicadores “protocolos clínicos implantados”, com 23% de cumprimento, e

“comissões em funcionamento” (variando de 30% a 39%). A meta de aumento da taxa de ocupação foi cumprida por apenas 27% dos hospitais, parcialmente cumprida por 37% e não cumprida por 36% das instituições hospitalares participantes.

Quanto aos indicadores de “resultado”, 61% dos hospitais cumpriu a meta relativa à taxa de infecção hospitalar. A taxa de mortalidade hospitalar pactuada foi cumprida por 45% dos hospitais. Em contraste, a meta da taxa de mortalidade institucional foi a mais difícil de ser alcançada, com apenas 29% de cumprimento.⁴

Entre os indicadores de “estrutura”, destacam-se com o menor percentual de cumprimento a implantação da Unidade de Hospital-Dia (11%), Unidade de Atenção Domiciliar Terapêutica (17%) e o Plano de Gerenciamento de Resíduos (34%). Todos os outros compromissos foram cumpridos por mais de 50% dos hospitais microrregionais, e quatro indicadores alcançaram percentuais de cumprimento de mais de 80%. Segundo as autoras (MINAS GERAIS, 2007, p. 46), esse resultado “indica que a resposta dos hospitais aos compromissos relacionados à dimensão da estrutura, pelo menos quanto aos quesitos avaliados, apresenta um grau de adequação superior ao das demais áreas”.

Nota-se que esse resultado sugere um alcance dos objetivos de curto prazo estabelecidos pela coordenação do PRO-HOSP. De fato, observa-se que os hospitais do PRO-HOSP estão readequando suas instalações físicas e adquirindo equipamentos essenciais ao seu funcionamento em conformidade com a legislação da Vigilância Sanitária, permitindo o cumprimento do Termo de Obrigação a Cumprir, o que é traduzido em segurança da assistência prestada aos usuários.

Quanto ao fortalecimento da gestão dos hospitais participantes, os impactos dos avanços qualitativos e quantitativos apresentam dificuldades quanto à sua mensuração, devido ao fato de os hospitais, em sua grande maioria, ao pactuarem, no primeiro ano, não disporem de dados e/ou aplicação correta da metodologia estabelecida pelo Ministério da Saúde para o processamento dos indicadores de qualidade e produtividade. O adequado processamento desses indicadores (taxa de ocupação, tempo médio de permanência, taxa de infecção, taxa de mortalidade e outros) foi implantado no decorrer do programa, com a uniformização da metodologia estabelecida pelas portarias ministeriais. Atualmente, tem-se a garantia, por meio do acompanhamento das Gerencias Regionais de Saúde, de que todos os hospitais do PRO-HOSP monitoram o desempenho e a qualidade de seus processos assistências, um importantíssimo impacto do programa na mudança na cultura organizacional hospitalar.

⁴ “Também insuficiente foi o cumprimento da taxa atendimento a paciente referenciado (39%), especialmente por se tratar de hospitais localizados em pólo microrregional. Neste caso, é preciso esclarecer que com o processo de implantação das Centrais de Regulação, em curso no Estado, 100% dos leitos passam a ser regulados, não dispondo, portanto, o hospital de autonomia para aumentar essa taxa. Como consequência, embora esse indicador deva continuar a ser monitorado, a sua inclusão entre os que serão pactuados precisa ser reavaliada” (MINAS GERAIS, 2007, p. 45-46)

Outro impacto do programa é a extensão das suas ações por todo o Estado, com 100% de cobertura do PDR-MG. Conforme mencionado, participam do programa 126 hospitais nos 18 municípios-pólos das macrorregiões em 86 municípios das microrregiões.

Além disso, o PRO-HOSP promove o adequado funcionamento das comissões hospitalares (infecção hospitalar, óbito, prontuário, ética médica e outras) que são responsáveis pela proposição, pelo monitoramento, e pela avaliação dos processos assistências. O programa também fomenta a utilização de práticas humanizadas, com a capacitação e investimentos em ações que promovam a humanização do cuidado.

Para o preenchimento dos “vazios assistenciais”, nas micro e macrorregiões, o PRO-HOSP tem promovido o aumento da resolutividade da instituição com a incorporação de tecnologia e a ampliação das atividades assistenciais e, por conseguinte, a fixação do profissional em regiões menos atrativas.

Em relação ao fortalecimento da gestão nos hospitais participantes, houve a capacitação de 260 gestores hospitalares em todos os hospitais do PRO-HOSP. Nos cursos de especialização em Gestão Hospitalar foram elaborados 119 Planos Diretores (PD), já aprovados.

A partir do curso é fomentada a utilização de ferramentas de gestão para a otimização dos processos. Com isso, as instituições participantes são motivadas a implantar controle de estoques, sistemas de custos e outros que visam a ajudar o hospital a atingir o equilíbrio financeiro. Além disso, todos os hospitais agora dispõem de acesso à internet.

Por fim, objetivando o fortalecimento do SUS, o PRO-HOSP provoca o estreitamento das relações entre os gestores municipais das macrorregiões e microrregiões, estimulando o planejamento regional da atenção hospitalar no âmbito das regiões de saúde.

Enfim, o resultado esperado, em médio e longo prazo, é a garantia do atendimento de qualidade da assistência hospitalar em todo o Estado, efetivando a regionalização da assistência à saúde. Para isso, o PRO-HOSP investe no aumento da qualidade do atendimento aos usuários, com pelo menos um hospital público ou filantrópico em cada microrregião que tenha resolutividade em procedimentos de média complexidade e em cada macrorregião em alta complexidade.

Considerações finais

Como foi exposto, o PRO-HOSP é um programa inovador que ainda está em sua fase inicial. Alguns resultados tangíveis, entretanto, já podem ser medidos, como a cobertura de 100% do PDR, a uniformização da metodologia do Censo Hospitalar, o número de Planos Diretores aprovados, os alunos capacitados e o acesso à internet em 100% das instituições.

Nesse momento, entretanto, o programa alcançou um resultado intangível, mas de grande impacto para o sistema público de saúde, que é a disseminação da mudança do paradigma de contratualização com o setor público. De fato, o estabelecimento de metas e a busca

do resultado fazem com que o programa não seja um convênio de simples repasse de recurso para custeio.

O processo de aperfeiçoamento do programa, contudo, ainda não parou, reforçando o caráter interativo citado. Foi implantado, no final de 2006, o sistema de repasse de recursos financeiros vinculado ao desempenho obtido. Isso quer dizer que o recurso financeiro será repassado na proporção dos resultados que a instituição obtiver nas metas pactuadas.

Paralelamente, está sendo implantado um sistema informatizado de monitoramento. Esse programa será integrado ao sistema já utilizado pelas Centrais Estaduais de Regulação, diminuindo o caráter declaratório das informações assistenciais fornecidas pelas instituições. Os resultados dessas ações somente poderão ser mensurados em um momento futuro.

Assim, ao fim e ao cabo, espera-se que a mudança do paradigma vigente, a partir de todo o esforço de fomento na melhoria da qualidade das instituições de saúde de Minas Gerais, promova, no futuro próximo, assistência hospitalar de qualidade, mais perto do cidadão, reduzindo as desigualdades regionais do Estado.

Referências

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo e políticas sociais. In: AFFONSO, Rui de Brito Álvares; SILVA, Pedro Luiz de Barros (Orgs.). *Descentralização e políticas sociais*. São Paulo: FUNDAP, 1996.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Caracterização dos hospitais do PRO-HOSP: desafios para o monitoramento*. Belo Horizonte: FJP, 2007. (mimeo)

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 2 t.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro, 2007.

MOLINA, Carlos Geraldo. *Modelo de formación de políticas y programas sociales*. Notas de clase. Mimeo. Curso Diseño Y Gerencia de Políticas y Programas Sociales. INDES. Washington, 2002.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Mendes. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

A capacitação dos gerentes hospitalares no Programa de Melhoria da Qualidade do atendimento da rede hospitalar conveniada do SUS/MG (PRO-HOSP)

Marileni Marta Nascimento Martins¹

Rubensmidt Ramos Riani²

RESUMO: Este trabalho propõe uma reflexão acerca dos resultados obtidos com as atividades pedagógicas desenvolvidas no curso de Especialização em Gestão Hospitalar para Gerentes de Unidades Hospitalares de referência das regiões macro e microrregionais de saúde do Estado de Minas Gerais, que teve seu início em outubro de 2003, dentro das definições do Programa de Governo Estadual. Coube à Escola de Saúde Pública viabilizar a capacitação dos gerentes hospitalares das unidades de referência macro e microrregionais de saúde, para que ao final do curso pudessem assimilar o paradigma da nova gestão pública; pois “o sistema requer pessoas capazes, que tenham idéias próprias, que compreendam e saibam solucionar os problemas de suas unidades, e transformar rapidamente tais idéias em ações eficazes” (BEHN,1998). É importante que entendam e dominem as técnicas de utilização das ferramentas gerenciais de controle, avaliação e monitoramento dos processos, estruturas e resultados organizacionais, em uma perspectiva pluri-anual dentro da elaboração e execução do planejamento. Para dar conta desse novo sujeito, foi acordada uma proposta pedagógica centrada no participante, com conteúdos integrados, avaliação focada na apropriação dos processos e resultados, orientados e baseados na perspectiva da comunidade hospitalar inserida no contexto de saúde loco-regional (redes assistenciais) e aprendizagem com base no contexto específico do participante. Ao final de maio de 2007, 111 instituições inseridas no programa tiveram em mãos um instrumento de gestão construído dentro da realidade das unidades e pelos próprios funcionários (discentes) e Grupo Gestor.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação; tutoria; gestão hospitalar; modelo de gestão; Plano Diretor – PRO-HOSP.

Introdução

Segundo Platão,[...] a essência de toda verdadeira educação ou Paidéia é a que dá ao homem o desejo e a ânsia de se tornar um cidadão perfeito e o

¹ Marileni Marta Nascimento Martins é jornalista e relações públicas, especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – Saúde Coletiva-FM-UFMG –, professora de Economia da Saúde da ESP/MG e coordenadora do curso de Especialização em Gestão Hospitalar.

² Rubensmidt Ramos Riani é engenheiro civil, especialista em Gestão Microrregional de Sistemas e Serviços de Saúde – FELUMA-ESP/MG – e diretor geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

ensina a mandar e obedecer, tendo a justiça por seu fundamento. (Apud SOUZA, 2005)

Este trabalho propõe uma reflexão acerca dos resultados obtidos com as atividades pedagógicas desenvolvidas no curso de Especialização em Gestão Hospitalar para Gerentes de Unidades Hospitalares de referência das regiões macro e microrregionais de saúde do Estado de Minas Gerais, que teve seu início em outubro de 2003, dentro das definições do programa de governo estadual.

O Projeto de Regionalização da Assistência à Saúde, construído de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, criado pela Norma Orientadora da Assistência à Saúde – NOAS/01 – tem como premissa implantar a “melhor qualidade em serviços de certa densidade tecnológica, bem como a interiorização dos serviços de média e alta complexidade”. Assim, a regionalização da saúde em Minas Gerais, por meio da implantação de 75 microrregiões e 13 macrorregiões de saúde possibilitará o alinhamento de um sistema de saúde complexo, abrangente, mais eficiente e de maior qualidade, “contribuindo para a ordenação dos fluxos de paciente no Estado, permitindo que a população seja atendida na região onde vive, diminuindo assim os custos econômicos e sociais [...]” (MENDES, 2003).

Segundo publicação do Ministério da Saúde, Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, vol. 4, 2003 “...é fato que hoje o sistema de saúde pública no Brasil convive com vários problemas, entre os quais se destacam: o subfinanciamento (CAMPOS, 2004), inadequação dos mecanismos de alocação de recursos financeiros para a atenção hospitalar no SUS e insuficiência dos mecanismos de auditoria, controle e avaliação do uso dos recursos alocados na rede e a falta de gestão qualificada (CAMPOS, 2004), baixa capacidade de gestão da rede hospitalar e a baixa capacidade gerencial dos estabelecimentos tanto da rede privada quanto da rede pública. Esses fatores juntos causam *per se* a baixa efetividade das ações e serviços disponibilizados”.

Para tentar melhorar a questão gerencial e conseqüentemente o atendimento nas unidades hospitalares conveniadas ao SUS-MG, coube à Escola de Saúde Pública viabilizar a capacitação dos gerentes para que estes pudessem assimilar o paradigma da nova gestão pública; pois “o sistema requer pessoas capazes, que tenham idéias próprias, que compreendam e saibam solucionar os problemas de suas unidades, e transformar rapidamente tais idéias em ações eficazes” (BEHN, 1998). É importante que entendam e dominem as técnicas de utilização das ferramentas gerenciais de controle, avaliação e monitoramento dos processos, estruturas e resultados organizacionais, em uma perspectiva plurianual dentro da elaboração e execução do planejamento.

Para dar conta desse novo sujeito, foi acordada uma proposta pedagógica centrada no participante. Esse modelo propõe conteúdos integrados, avaliação focada na apropriação dos processos e resultados orientados e baseados na perspectiva da comunidade hospitalar inserida no contexto de saúde loco-regional (redes assistenciais) e aprendizagem tomando-se por base o contexto específico do participante. Para Mamede (2001)

a utilização como eixo condutor do aprendizado de problemas semelhantes àqueles da vida profissional, a aquisição de conhecimentos no contexto em que serão aplicados, a participação ativa num processo de aprendizagem que é essencialmente centrado no estudante e baseado na cooperação entre os membros do grupo tutorial são essenciais para o despertar de atitudes reflexivas e inovadoras no ambiente de trabalho.

E ainda para Schmidt (1983b),

os problemas usualmente similares àqueles enfrentados em sua prática profissional pelo indivíduo engajado no programa educacional representam uma importante fonte de motivação para a aprendizagem.


Aqui a Escola de Saúde Pública busca ocupar a lacuna evidenciada no distanciamento que muitas vezes se cria entre ensino e serviço, propondo diretrizes metodológicas em que os instrutores sejam capazes de trabalhar com o modelo centrado no aluno, adotando metodologias e técnicas que insiram a integração curricular, com avaliação de forma processual, observando e acompanhando o desenvolvimento das habilidades cognitivas, afetivas e atitudinais dos participantes com base em sua prática de trabalho.

Isso proporciona ao discente melhor conhecimento do seu *locus operandis* e um repensar da execução deste dentro de técnicas apropriadas, numa melhor contextualização de seu ambiente, trazendo maior interação entre as unidades hospitalares das micro e macrorregiões e melhoria nas pactuações de referências a partir da (re)estruturação da rede de assistência e de soluções para os vazios assistenciais.

São promovidas assim as condições necessárias para o estabelecimento e a obtenção de indicadores de sucesso (melhoria da qualidade da assistência à saúde da população loco-regional; aumento da satisfação do usuário, aumento da produção e produtividade; redução das infecções hospitalares; redução da média de permanência; aumento da taxa de ocupação; melhoria da relação custo-benefício das ações técnico-administrativas, entre outras) nas unidades prestadoras de serviço macro e microrregional de saúde do SUS. Espera-se obter maior satisfação dos usuários com a melhoria da qualidade e humanização da assistência à saúde, traduzida assim em eficiência, eficácia e efetividade.

Escopo geral do curso

No decorrer das atividades presenciais, os discentes tiveram a oportunidade de entrar em contato com conteúdos das Políticas de Saúde no Brasil e em Minas Gerais; Introdução ao SUS: Noções Básicas sobre ambiente do Sistema e das Unidades de Saúde; Gestão Estratégica:



missão, objetivos, resultados organizacionais – Plano Diretor e Modelo de Gerência; Gestão Hospitalar: Atividades-meio, apoio técnico e logístico. Os discentes foram, então, acolhidos nas práticas de produção e trabalho em saúde, dentro de uma ação programática que culminou com um trabalho específico de cada conteúdo realizado em suas respectivas instituições e que contou com a participação especial dos professores, em sua maioria mestres e doutores que atuam no serviço. Esses momentos foram privilegiados para análise e reflexão do modelo atual e daquele que se propõe construir, bem como para a troca de experiência com os colegas, em busca de interfaces e proposições que possam contribuir para o desenvolvimento da capacidade gerencial dos serviços.

Com os objetivos de proporcionar aos alunos um encontro com a realidade e de poder realizar uma troca de experiências vividas na compilação dos trabalhos, ao encerramento do conteúdo de planejamento foram realizadas oficinas de planejamento e pequenos seminários internos com a apresentação de Planos Diretores aprovados no curso de Gestão Hospitalar em turmas anteriores.

Valendo-se dos conteúdos de planejamento, os discentes passaram a contar com a orientação dos tutores, que teve como objetivo precípuo o acompanhamento e o apoio contínuo, estimulando o discente no desenvolvimento de um trabalho de gestão compartilhada que deveria ter interferência direta na instituição de origem, contribuindo assim para a melhoria da qualidade desse serviço.

Esses tutores perfizeram um total de 27 profissionais escolhidos não só pela competência acadêmica (especialistas, mestres e doutores), mas também por sua capacidade de lidar com a tutoria e com os serviços hospitalares; metodologia essa fundamental para o acompanhamento dos discentes e a construção dos projetos – Planos Diretores.

Dando início ao processo de tutoria, foi realizado o Seminário de Capacitação para os tutores, com duração de 32 horas, tendo por finalidade alinhar as bases conceituais. Também foi designada uma assistência de coordenação para a tutoria, para dar suporte à coordenação.

No decorrer do período de tutoria, foram realizadas várias reuniões avaliativas entre tutores, coordenação pedagógica do curso, coordenação de pós-graduação e direção da ESP. Momento privilegiado não só de avaliação pedagógica dos discentes, mas também de explicitação das fragilidades apresentadas pelas instituições – *Mentory e Coach*. Aqui a figura do tutor se mostra ainda mais importante, uma vez que desempenha concomitantemente o papel de acompanhar e o de acolher o discente em momento de grande desafio na composição do Grupo Gestor e execução das oficinas de planejamento.

A composição do Grupo Gestor lida com os locais de conforto daqueles que não almejam as mudanças, e a primeira oficina de planejamento sempre provoca algum desconforto, que se expressa pela tempestade de idéias, quando vêm à tona muitas das fragilidades institucionais. Isso muitas vezes coloca o discente em momento de grande desafio, fazendo com que ele necessite, assim, de apoio, tanto do tutor quanto da coordenação. Entre as queixas

mais freqüentes, ressaltamos o relato dos tutores quanto à existência de uma enorme pressão sofrida pelos alunos participantes advinda das instituições, para que eles não expressassem fatos verídicos e/ou dados reais colhidos na pesquisa de campo; na medida em que isso ocorreu, foram demitidos. Divergências internas, diversas, disparadas com o processo de constituição do Grupo Gestor, demonstram a grande dificuldade das instituições em lidar com a gestão compartilhada. Nota-se aqui certo desconforto das instituições com a atitude inovadora do Estado em convidar seu fornecedor, tratado aqui como parceiro, a explicitar sua dificuldade e juntos buscarem uma solução que seja boa para ambos. Em princípio, pareceu-nos que eles não confiavam nessa “mão estendida” e que estavam um pouco receosos do que viria posteriormente.

Compilar as planilhas de custos, avaliação e monitoramento era tarefa muito difícil porque implicava adentrar a intimidade das instituições. Nesses momentos de tutoria, denominada *Mentory*, era quando tanto o tutor quanto a coordenação acolhia e ouvia o aluno e o ajudava a encontrar caminhos para traçar um plano estratégico de alcance das metas propostas. Muitas vezes, porém, vimos-nos frustrados, já que a desavença interna se mostrava tão arraigada que resultava no afastamento do discente do Grupo Gestor ou até mesmo da instituição. Outro fator observado foi a discórdia entre alunos de uma mesma instituição, que demonstraram dificuldade em terminar o curso juntos, muito embora continuassem trabalhando na mesma instituição, numa clara demonstração de disputa de poder interno. Houve ainda aqueles alunos em cuja instituição não tinham a menor governabilidade, o que se explicita na compilação do documento formal do Plano Diretor, no qual existe uma relação de nomes indicando o Grupo Gestor constituído, mas no trabalho a solidão se torna clara.

A fim de melhorar as relações de trabalho dentro do Grupo Gestor e propiciar momentos de construção eficaz do projeto, foram realizadas reuniões conjuntas entre discentes, instituição, Secretaria de Estado da Saúde, coordenação do curso, tutores e direção da Escola de Saúde Pública. Esses encontros foram de grande importância, por se tratar aqui de uma mudança de paradigma, em que capacitação, planejamento e investimentos estavam atrelados a um contrato de gestão e o descumprimento do item capacitação levaria a instituição a ter seus recursos suspensos. Isso gerou certa tensão em dado momento, o que exigiu da coordenação do curso, juntamente com os tutores, a capacidade de gerenciar conflitos e amenizá-los na medida do possível, para que, ao final, toda a catarse, que sempre acontece no início do levantamento dos problemas do planejamento, fosse transformada em projetos de melhoria para as instituições, sem ferir as relações de trabalho e sem sermos intervencionistas.

Acreditamos ser ainda um pouco prematuro avaliar o quanto cada instituição absorveu da proposta do PRO-HOSP, mas o que se nos apresenta é algo muito novo, principalmente aos olhos daqueles que são contratados para atuar na prestação dos serviços hospitalares aos usuários do SUS. Gestão de qualidade, eficácia e efetividade ainda são conceitos muito recentes para esse novo gestor.



Vale ressaltar que, no último momento de concentração, os alunos participaram de um seminário em instituições que fizeram parte de cursos anteriores e puderam apresentar experiências exitosas desencadeadas no decorrer do curso e que impactaram na gestão dos serviços. Foram elas: implantação da Ouvidoria e da Internação Domiciliar no Hospital das Clínicas de Belo Horizonte, no Hospital Regional de Varginha e no Hospital Universitário de Montes Claros.

O impacto positivo causado pelo processo de gerenciamento do grupo na implementação das ações do planejamento em instituições como Hospital Universitário de Uberlândia, Hospital Universitário Clemente Faria de Montes Claros, Hospital César Leite de Manhuaçu, Hospital Nossa Senhora de Lourdes em Nova Lima, Hospital José Lucas Filho de Contagem, Hospital Arnaldo Gavazza Filho de Ponte Nova, Hospital Monsenhor Horta de Mariana e Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte é um dos resultados mais importantes.

Conclusão

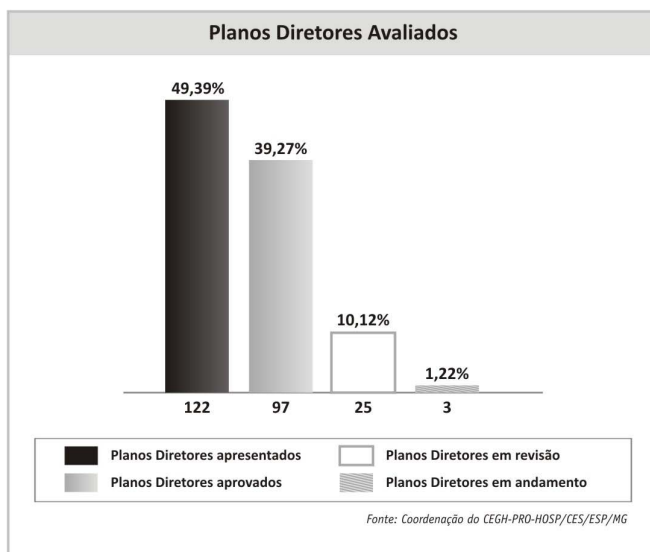
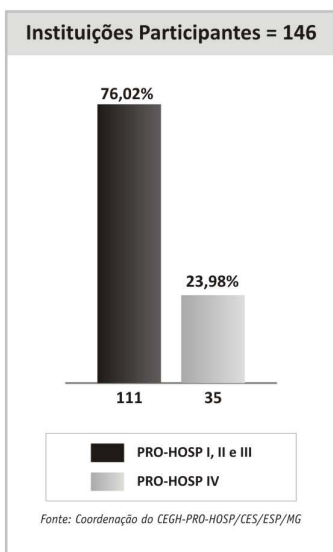
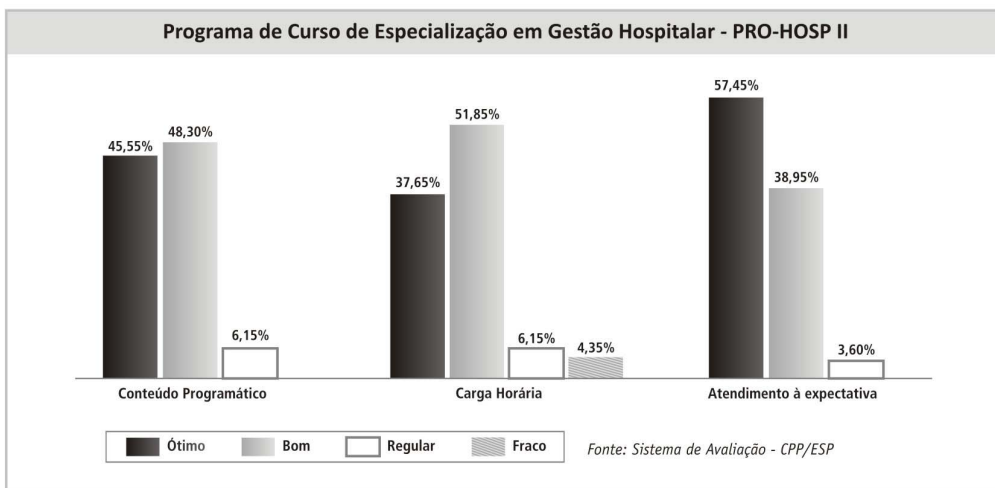
Fazendo uma avaliação parcial do curso, podem-se levantar algumas evidências:

- quanto aos conteúdos do primeiro módulo, “Políticas de Saúde”, em que são explicitadas as políticas de Saúde de Minas Gerais, um dado nos chamou a atenção: 90% dos alunos não conheciam o SUS ou o confundiam com o INPS ou com o INSS;
- esse dado é importante, porque a totalidade dos hospitais atendem ao SUS em pelo menos 60% de seus leitos disponíveis. Então nós perguntamos: Como vocês atendem a um cliente de tal porte sem conhecê-lo?
- para eles o SUS quase que se resumia ao Boletim de Produção da Atenção Básica (BPA), à Autorização de Internações Hospitalares (AIH) faturadas e aos contratos com as prefeituras, e não com o SUS local através dos Fundos Municipais de Saúde;
- as consultas especializadas e as cirurgias eletivas eram algo “arranjado” pelo Estado junto com os municípios e que eles não entendiam e de cuja contratualização não participavam, apenas as realizavam e recebiam “pouco” por elas;
- a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Regionalização (PDR) foram apresentados à maioria dos discentes pela primeira vez no curso. Eles não haviam sido convidados pelo gestor local a participar de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com raras exceções, aí situadas aquelas instituições localizadas como referência dos pólos macrorregionais e alguns de microrregiões;
- ainda, no que diz respeito aos discentes, muitos declararam que estavam conhecendo a instituição a partir do curso, visto que a proposta do planejamento estratégico, a formação do Grupo Gestor e o trabalho conjunto fez com que eles mudassem suas atitudes dentro da instituição;

- quanto ao trabalho final “Planos Diretores”: em 2004, 7 tutores orientaram 35 trabalhos/hospitais, de 68 alunos, obtendo um resultado positivo em 40% dos trabalhos. Em 2005, 16 tutores orientaram 70 alunos de 39 hospitais, tendo 92,5% dos trabalhos aprovados, mas ainda com alguma fragilidade no que se referia à planilha de custos. Em 2006, 27 tutores orientaram 70 hospitais/trabalhos e 134 alunos, tendo em média 87,5% dos trabalhos aprovados pelas bancas;
- havia uma expectativa de que, na medida em que as metas do programa se definissem e se fortalecessem, o curso avaliaria e se adequaria no sentido de apresentarem um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com uma performance mais completa e adequada aos objetivos do programa. E isso se concretizou, pois, mesmo com o rigor acadêmico, unido à grande tarefa de realização das oficinas de planejamento para compilação do Plano Diretor, obteve-se uma aprovação de 87,5% dos trabalhos com 12,85% merecendo uma revisão, já que os alunos não conseguiram acesso às planilhas de custos das instituições, fragilizando o trabalho e deixando de cumprir com a meta de implantação do centro de custos. Cinco instituições não passaram pela banca de qualificação, representando 7,13% delas. Nesse grupo estavam os desistentes e aqueles cujo hospital foi suspenso do programa por não conseguir cumprir várias metas. A mais freqüente delas diz respeito ao fato de se desligar o funcionário do curso assim que recebia os repasses do financiamento;
- ao final de março 2007 111 instituições, referências nas 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde de Minas Gerais, foram inseridas no programa que tem em mãos um instrumento de gestão construído dentro da lógica da regionalização, pelos próprios trabalhadores/discentes juntamente com o Grupo Gestor;
- importante ressaltar que muitos discentes, por terem vínculo precário com uma instituição, transferiam-se para outras instituições, o que ocultaram da coordenação do curso e do PRO-HOSP, tentando assim evitar a suspensão dos repasses. Deve-se, portanto, repensar os processos de contratualização/seleção para os próximos cursos, pois os indicados muitas vezes não atendem aos quesitos pressupostos nos objetivos do curso e têm bastante dificuldade em acompanhar o desenrolar do processo educacional, seja pela falta de disponibilidade, seja pela falta de governabilidade, ou ainda pela pouca ação cognitiva (alunos oriundos de gerências secundárias) É, portanto, evidente a necessidade de uma seleção prévia dos candidatos, e não somente a indicação pelas instituições, que muitas vezes o fazem sem avaliar o perfil.

Concluimos que esse é um programa exitoso do governo de Minas Gerais, uma vez que, ao capacitar para o serviço, unindo academia, ação prática e financiamento da ação a mecanismos modernos de gestão da qualidade, se muda definitivamente o paradigma da Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Gráficos



Referências

- ACÚRCIO, F. A; SANTOS, M. A; FERREIRA, S. M. G. O planejamento local de Serviços de Saúde. In: MENDES, E. V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998, p. 111-132.
- BEHEN, Roberto D. O novo paradigma da Gestão Pública e a busca da Accountability democrática. *Revista do Serviço Público*. v. 49, n. 4, p. 7. Brasília, out./dez. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro*. v. 3, Brasília, 2004.
- CAMPOS, Gastão Vagner de Souza. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 14, n. 4. Rio de Janeiro, out./dez. 1998.
- CAMPOS, Gastão Vagner de Souza. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 231-234.
- CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3. ed. Porto: Editora Afrontamento, 1998.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 13, n. 3, p. 469-478. Rio de Janeiro, jul./set. 1997.
- CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.
- CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 20, n. 5, p. 1417-1423. Rio de Janeiro, out. 2004.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Equidade em saúde no Brasil – I parte. *Revista Saúde em Debate*. n. 49, p. 147-170. São Paulo, dez./1995 .
- MACHADO, Edite Novaes da Mata. *Caracterização da Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.
- MAMEDE, Silvia *et al.* *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. Campinas, Mimeo (no prelo da revista *Saúde em Debate*), 2002.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça. *Apresenta uma visão geral dos sistemas integrados... Fonte: Mendes/2001/2003/2004*. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/exibedetalhes>> Acesso em 12 fev. 2007.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes movimentos da Gestão da Saúde no Século XXI ... em suas decisões os valores institucionais e sociais, 2003. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/apresentacao>> Acesso em 12 fev. 07.

MENDES, Eugênio Vilaça. As diferenças entre os sistemas fragmentados e integrados de serviços de saúde. Sistema Fragmentado. Disponível em: <<http://chagas.redefiocruz.fiocruz.br/~ensp/biblioteca/www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/exibedetalhes>> Acesso em 14 fev. 07.

MINTZBERG, Henry. *MBA? Não obrigado: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gerentes*. Porto Alegre: Brookman, 2006.

NETO, E., R. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde; suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS*. Brasília: 1994.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *A transformação da gestão dos hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integridade e equidade na atenção à saúde. In: *Os sentidos da integridade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Solon Magalhães. *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. 3. ed. Brasília: IPEA, 2002. 298p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Plano de Ajustes e Metas*. Disponível em : <<http://www.saude.mg.gov.br/prohosp>> Acesso em 9 set. 2006.

SILVEIRA, L. T. *Construindo indicadores e escutando "ruídos": uma estratégia combinada de avaliação de uma política de saúde, por um autor/ator implicado. O Qualis/Zerbini/SP (uma modelagem do PSF)*. Campinas: DMPS/FCM/Unicamp. Tese de doutorado, 2003.

I SEMINÁRIO do PRO-HOSP. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2006.

SOUZA, Denise Araújo Oliveira. *A participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde: a efetividade dos conselhos de saúde*. (TCC apresentado). USP/ESP/MG, dez. 2006, p. 16-34.

URIBE, Francisco Javier. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. *Revista Ciência e saúde coletiva*. v. 6, n.1, p. 209-219. Rio de Janeiro, 2001.

A tutoria no curso de Gestão Hospitalar do PRO-HOSP

Maria Emi Shimazaki¹

Marco Antônio Bragança de Matos²

RESUMO: O processo de tutoria desenvolvido dentro do curso de Especialização em Gestão Hospitalar buscou possibilitar que o Plano Diretor elaborado para cada um dos hospitais participantes, como produto final do curso, cumprisse o seu papel de instrumento de gestão manejado por um grupo gestor. Em 2005, 16 tutores orientaram 73 alunos de 38 hospitais, alcançando um resultado positivo na apresentação final: os 38 planos foram aprovados, sendo quatro após revisão. Em 2006, o processo de tutoria foi aperfeiçoado em vários itens: 27 tutores orientaram 132 alunos de 70 hospitais: 63 planos foram aprovados, sendo 9 após revisão.

PALAVRAS-CHAVE: Tutoria; gestão hospitalar; PRO-HOSP; Plano Diretor.

Introdução

A tutoria não é um processo recente nem um fenômeno da modernidade. Esse método foi criado por Sócrates (470 aC – 399 aC), há 2.500 anos, e visava desenvolver as pessoas que o rodeavam – os seus discípulos. O processo socrático consistia em um exercício diário e constante de aprendizagem, por meio da busca do autoconhecimento.

No século XIX, os universitários ingleses adotaram a palavra “*coach*” como um sinônimo de tutor. Ela vem do inglês e significa coche, carruagem, carro de passageiros, ônibus, mas pode significar também treinador, técnico e o ato de preparar pessoas. Os universitários ingleses passaram a utilizar o novo termo, pois se sentiam guiados pelos professores, durante a vida acadêmica, no processo de desenvolvimento pessoal.

Da Antigüidade para o presente, o processo socrático passou por modificações, mas permanece atual: o mundo corporativo dos negócios também adotou a palavra “*coaching*” (CHIAVENATO, 2002), e a academia permaneceu com o termo “tutoria” (MINTZBERG, 2006).

¹ Médica, pediatra, especialista em gestão de sistema de saúde, consultora em gestão da clínica nos sistemas de saúde. Atualmente, presta consultoria para a SES de Minas Gerais, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, SES do Espírito Santo, SESAU de Tocantins e SMS de Palmas. E-mail: mariaemi@brturbo.com.br.

² Médico, pediatra, especialista em gestão microrregional de sistemas e serviços de saúde. Gerente de Normalização da Atenção à Saúde da SES de Minas Gerais. E-mail: marcobmatos@yahoo.com.



Para Mintzberg (2006), a tutoria personaliza o processo de aprendizagem, proporciona a conexão do aluno com o docente e permite um apoio contínuo durante toda a cadeia do aprendizado – sala de aula e trabalho. Para esse autor, o resultado esperado para a tutoria vai além da obtenção de conhecimento e da melhoria de competências técnicas, ajudando as pessoas a se tornarem seres humanos mais sensatos, criativos, engajados e éticos.

Assim, a tutoria é mais do que um processo de treinamento e de aconselhamento; inclui o processo socrático de descobrir competências, desenvolver habilidades, preparar intelectualmente, orientar, incentivar, comunicar e motivar (CHIAVENATO, 2002). Na academia, a tutoria desempenha a função de mediação – entre o aluno, o material didático, o docente e a escola – na busca de uma comunicação cada vez mais ativa e personalizada, respeitando a autonomia na aprendizagem de cada aluno (MASUDA, 2005).

O tutor, por sua vez, tem a função primordial de estimular e orientar o aluno na organização de sua atividade acadêmica e de auto-aprendizagem, oferecendo o suporte necessário para que ele possa superar os problemas que for encontrando no seu percurso, tanto no que diz respeito à compreensão dos temas específicos em estudo quanto na adaptação ao processo de tutoria.

A tutoria pode ser realizada de duas formas: presencial e a distância.

A tutoria presencial:

- É a tutoria realizada com a presença do tutor e dos alunos.
- Tem a importante função de promover a transição do aluno de uma posição mais passiva para uma posição mais ativa, em que ele passa a ser o agente de sua própria aprendizagem.
- Visa criar hábitos, comportamentos e estratégias de estudo para alcançar metas estabelecidas dentro de um cronograma.
- As sessões de tutoria presencial podem constituir-se de grupos de estudo, que se espera se multipliquem aos poucos, independentemente da presença de um tutor formal.

A tutoria a distância:

- Na tutoria a distância, o tutor atua fisicamente longe dos alunos e, para tanto, faz uso de meios de comunicação, em especial a internet.
- A função é compatibilizar a teoria e a prática, entender as dificuldades encontradas pelo aluno e colaborar na busca de soluções, independentemente do calendário da disciplina que está sendo ministrada, já que se trata de atendimento individual.
- O objetivo é o de não oferecer respostas prontas, mas, sim, apresentar alternativas, orientar na procura do caminho certo, conduzir o raciocínio, indicar caminhos para uma análise mais profunda, sugerir novas fontes de consulta, promover comparações com situações previamente experimentadas no cotidiano.
- Na tutoria a distância, o tutor, embora distante do aluno, deve acompanhar o seu desenvolvimento, para que possa rapidamente propor correções de rumo, quando for necessário.

Desenvolvimento

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais desenvolve o curso de Especialização em Gestão Hospitalar destinado ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) para profissionais e ocupantes de cargos de direção dos hospitais vinculados ao programa.

Cada hospital designa duas pessoas, entre profissionais e dirigentes, para participar do curso. Para as duas primeiras turmas, entretanto, não foram estabelecidos critérios para a seleção dos alunos, e constatou-se que muitos não tinham perfil para participar do curso.

A direção da Escola e a coordenação do PRO-HOSP definiram como produto do curso de Especialização a elaboração de um Plano Diretor para cada hospital. O Plano Diretor, muito além de um produto acadêmico, deve ser um instrumento de gestão para o hospital, de modo que possa ser adequado à realidade e necessidade de cada hospital. Compete à direção do hospital constituir um grupo gestor, com representação e delegação de responsabilidade para a elaboração do plano.

Com o objetivo de orientar os alunos nesse trabalho, a Escola designou professores das várias disciplinas, como tradicionalmente fazia com os trabalhos de conclusão de curso. No entanto, as disciplinas voltadas para a gestão dos meios, o despreparo dos orientadores quanto ao conteúdo e metodologia de um Plano Diretor, aliado à falta de perfil de alguns alunos, contribuíram para que os resultados não fossem satisfatórios.

Assim, dos 30 hospitais, somente 17 tiveram os planos aprovados pela banca de avaliação, e 13 foram reprovados, sendo indicada participação da instituição em nova edição do curso, com elaboração de novo plano. Além disso, dos planos aprovados, poucos eram direcionados para o cumprimento das metas pactuadas nos termos de compromissos entre os hospitais e a Secretaria de Estado de Saúde.

Com o início de duas outras turmas em junho de 2005, para que os Planos Diretores deixassem de ser peças de ficção e se tornassem documentos de caráter estratégico, inserindo as políticas e as diretrizes de médio e longo prazo para os hospitais, a Escola de Saúde Pública contratou uma consultoria para desenvolver uma nova proposta.

A consultoria, então, propôs para a coordenação do curso o redirecionamento do conteúdo programático, por meio da revisão da disciplina de planejamento, da ênfase na gestão da clínica e da introdução de novas disciplinas, entre as quais a de metodologia científica. Para a elaboração dos Planos Diretores, a consultoria propôs a implantação de um processo de tutoria em substituição à convencional orientação de trabalho para conclusão de curso. Desse modo, o curso de Gestão Hospitalar deixou de ser um acúmulo de disciplinas teóricas para tornar-se um espaço no qual os alunos têm acesso à fundamentação teórica, à reflexão das práticas cotidianas e à incorporação de novos instrumentos para que os hospitais possam cumprir as suas funções com eficiência, eficácia e efetividade.



A tutoria é uma estratégia de aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o curso na construção do Plano Diretor, ou seja, possibilita que os alunos possam compartilhar e compatibilizar teoria e prática. Dessa forma, a tutoria potencializa o aprendizado e integra a academia e o serviço.

Assim a Escola designou para cada hospital um tutor, totalizando 16 tutores. O tutor é um profissional com especialização em Gestão de Serviços de Saúde, com ampla experiência em planejamento e em gestão. Ele deve ser capaz de fornecer orientação, direção, aconselhamento, estímulo e incentivo para que os alunos possam, junto com o grupo gestor do hospital, elaborar o Plano Diretor.

Para a capacitação, foi realizado, em julho de 2005, um seminário para alinhamento conceitual dos tutores, além de reuniões para a elaboração do roteiro para o Plano Diretor e do instrumento de avaliação final com os respectivos critérios a ser utilizados pela banca de avaliação. Também nas reuniões, compartilhavam-se os problemas vivenciados e as soluções encontradas no processo de tutoria.

Embora tenha sido estipulado no contrato que os tutores disponibilizariam 30 horas para cada dupla de alunos de um mesmo hospital, até a conclusão do Plano Diretor, esses utilizaram cerca de 40 horas além das horas do seminário e das reuniões com a coordenação e a consultoria. Os alunos tiveram um período de 7 meses para a elaboração do Plano Diretor.

Dos problemas identificados pelos tutores, destacaram-se: a falta de perfil de alguns alunos; o pouco engajamento da direção dos hospitais e, por conseguinte, a pouca participação do grupo gestor na elaboração do Plano Diretor e ainda a visão de alguns alunos de que o Plano Diretor era simplesmente um trabalho de conclusão de curso.

Para a superação desses problemas, em outubro de 2005, foi realizada uma reunião com os diretores dos hospitais, a coordenação do curso, a coordenação do PRO-HOSP, os tutores e a consultoria. Nessa ocasião, os problemas foram discutidos, e os tutores puderam solicitar à direção dos hospitais maior colaboração. Além dessa, foram realizadas reuniões específicas com os alunos, o tutor, a direção do hospital e as coordenações do curso e do PRO-HOSP para tratar de questões específicas.

Outro problema foi a rotatividade dos coordenadores do curso: no período de 7 meses, passaram pela coordenação três profissionais. Felizmente, graças ao trabalho dos profissionais de apoio da Escola, dos tutores e do empenho da atual coordenação, a solução de continuidade foi minimizada.

Vale destacar o esforço hercúleo dos tutores para que os alunos pudessem melhorar o desempenho, de tal forma que, antes do prazo estabelecido pela coordenação do curso para a entrega dos trabalhos (fevereiro de 2006), os tutores davam a certeza de que a maioria dos alunos havia concluído e mais: atestavam a qualidade dos Planos Diretores.

Na apresentação dos Planos Diretores para a banca de avaliação final, em março de 2006, a constatação da melhora dos resultados: todos os 38 planos foram aprovados, sendo

quatro após revisão. Outros indicadores puderam ser aferidos na apresentação dos trabalhos: a segurança dos alunos, os depoimentos pessoais repletos de entusiasmo e a participação dos grupos gestores dos hospitais.

Em outubro de 2005, quatro novas turmas iniciaram o curso, com um total de 132 alunos e 70 hospitais. Para essa nova etapa, participam 27 tutores. Em junho de 2006, foi realizado um seminário para apresentação dos tutores para os diretores dos hospitais e, na ocasião, a realização de alinhamento conceitual e a definição do plano de trabalho dos tutores.

Nessas novas turmas, por solicitação dos tutores e da consultoria, ocorreram algumas inovações: a carga horária da tutoria foi ampliada para 48 horas; os tutores aprazaram os trabalhos e realizaram a avaliação de desempenho dos alunos, e a Escola adotou uma tecnologia informatizada de comunicação para a tutoria a distância.

A avaliação final do grupo de tutoria identificou os seguintes pontos fortes: melhoria do processo de tutoria, melhoria da coordenação e do apoio dado aos tutores e aumento da qualidade dos planos diretores elaborados. Com base nos pontos fracos identificados, foram indicados novos passos para aperfeiçoamento: melhoria da seleção dos alunos e elaboração progressiva do Plano Diretor, de acordo com a execução das disciplinas do curso, sem dilatação dos prazos.

Do total de 70 instituições, 63 (90%) finalizaram o trabalho de elaboração do Plano Diretor dentro do prazo estabelecido, apresentando-o à banca de qualificação. O resultado dessas bancas foi o seguinte: 86% (54 planos) de aprovação e 14% (9 planos) de indicação para revisão. Das sete instituições que não apresentaram o trabalho em tempo hábil, duas obtiveram a possibilidade de apresentá-lo em nova data, três finalizaram o trabalho apenas para leitura, não sendo submetidos à qualificação pela banca, e duas decidiram não concluir o trabalho.

Conclusão

Até o presente, o processo de tutoria dá mostra de personalização da atenção ao aluno, melhor capacidade da aplicação da fundamentação teórica na prática cotidiana dos serviços e de monitoramento do ensino-aprendizagem.

Segundo Chiavenato (2002), num mundo de rápidas mudanças e muitas turbulências, é imprescindível aprender e inovar. Não basta fazer apenas o que sempre foi feito; assim, as atividades tópicas e esporádicas de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos não são suficientes.

É preciso muito mais. Por isso, a tutoria vem ganhando força e espaço nos meios acadêmicos e nas empresas, já que é uma solução relativamente simples, que agrega valor inestimável às pessoas e às organizações, num processo de compartilhamento de conhecimento, de horizontalização da comunicação e do fomento ao espírito de aprendizado colaborativo.

Referências

ALMEIDA, M. R. D. de G. *O tutor no veredas*. Belo Horizonte: SEE, 2002. (mimeo)

ARREDONDO, S. C.; ARETIO, L. G. El profesor tutor e la tutoria em el modelo UNED. In: ARETIO, L. G. (Org.) *La educación a distancia y la UNED*. Madrid: UNED, 1996.

BELLONI, M. L. *Educação a distância*. Campinas: Autores Associados, 1999.

BIELSCHOVSKI, Carlos Eduardo. *Projeto Didático Pedagógico dos Cursos do CEDERJ*. CEDERJ: Rio de Janeiro, 2000.

CHIAVENATO, Idalberto. *Construção de talentos*. Rio de Janeiro: Campos, 2002.

DUARTE, M. *A Tutoria CEDERJ – Orientação para os novos tutores*. CEDERJ: Rio de Janeiro, 2003.

MACEDO, M. V. *Orientação para a tutoria presencial no curso de Ciências Biológicas a Distância do CEDERJ*. CEDERJ: Rio de Janeiro, 2002.

MASUDA, M. O. *Educação à Distância na Universidade do século XXI*. Comissão de Tutoria da Fundação CECIERJ/Consórcio CEDERJ. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.cederj.edu.br>>

MINTZBERG, Henry. *MBA? Não obrigado: uma visão crítica sobre a gestão e o desenvolvimento de gerentes*. Poto Alegre: Bookman, 2006.

OPEN UNIVERSITY. *Teaching at the OU – Tutor Recruitment – Roles & Requirements: Associate lecturers – UK:Open University*. Disponível em <http://www.open.ac.uk/employment/associate-lecturers/roles_1.shtml> Acesso em: 14 out. 2003.

SHIMAZAKI, M. E. *Seminário – PRO-HOSP*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, jun., 2005.

SHIMAZAKI, M. E. *Seminário – PRO-HOSP*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, jun., 2006.

UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA. Un nuevo concepto de formación universitaria. Espanha: UOC-Universidad Virtual. Disponível em: <<http://www.uoc.edu/web/esp/launiversidad/comoseestudia/tutores.htm>> Acesso em: 14 out. 2003.

Plano Diretor da Santa Casa de Belo Horizonte

Aline Carla Xavier de Oliveira Guilherme¹

RESUMO: O Plano Diretor da Santa Casa de Belo Horizonte refere-se a uma das metas pactuadas com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) assim como a participação de colaboradores da instituição no curso de Gestão Hospitalar ministrado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG), que originou este trabalho como estratégia na busca pela melhoria da qualificação dos profissionais que trabalham na gestão dos hospitais. Possibilita uma visão da instituição e da macrorregião em que se encontra, norteando para o cumprimento das metas pactuadas e implementação de ações para aquelas ainda não atingidas.

PALAVRAS-CHAVE: Administração; Plano Diretor; hospital.

Introdução

Pretende-se com este artigo, apresentar o Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, que é hoje um dos maiores prestadores de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Minas Gerais. O objetivo desse plano é promover a melhoria da qualidade da assistência aos usuários do SUS. Essa ação reforça a assistência à saúde tanto no município de Belo Horizonte como no Estado de Minas Gerais e cria mecanismos para o fortalecimento, a promoção, o aprimoramento e o desenvolvimento técnico-operacional do SUS, na busca de maior equidade e garantia de acesso aos usuários.

Desenvolvimento

O SUS é destinado a todos os cidadãos, tem como meta tornar-se um importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população e oferta serviços com qualidade, presteza e eficiência.

¹ Administradora de empresas; especialista em Gestão Hospitalar – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: aline@santacasabh.org.br



A publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/02 – pelo Ministério da Saúde propõe a organização de uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões – com base em territórios auto-suficientes em atenção básica, média e alta complexidade (PESTANA; MENDES, 2004, p. 37).

Belo Horizonte tem cerca de 2,3 milhões de habitantes e é a terceira maior cidade do Brasil. Em relação ao Estado de Minas Gerais como um todo, e até mesmo no que concerne ao restante do País, é o seu pólo estadual na assistência à saúde. O município é sede da Macrorregião Centro e da Microrregião Belo Horizonte / Nova Lima / Caeté e também pólo macro e microrregional. Caracterizado como Gestão Plena, concentra a maioria dos hospitais do Estado que atendem a todos os níveis de complexidade.

Nas palavras de Cherubin e Santos (2002, p. 253),

O Hospital de base ou macrorregional é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência médica especializada, de alto grau de complexidade, em regime de internação, aos pacientes referidos das áreas de menor complexidade do sistema.

Os leitos são regulados pela Central de Internação, e as consultas especializadas, coordenadas pela Central de Marcação de Consultas. Portanto, o gerenciamento da origem dos pacientes é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH), de acordo com a demanda macrorregional. A taxa de atendimento a paciente referenciado é de 40%.

A Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, com 106 anos de história, é o maior hospital do Estado de Minas Gerais, o que disponibiliza o maior número de leitos para o SUS, e o 3º maior complexo hospitalar do País. Tem todos os leitos de internação em diversas especialidades disponíveis para a Central de Internações, oferece 100% das consultas especializadas pela Central de Marcação de Consultas e atende à demanda conforme necessidade do gestor.

Pela dimensão dos números, podemos ter uma idéia do tamanho da instituição e de sua importância. Com base nos dados levantados em dezembro de 2005, o número de pessoal é 3.899, dividido em corpo clínico (878), funcional (2.936) e terceirizados (85). Foram realizados 1.501.408 atendimentos: Obstetrícia (8.788), Apoio ao Diagnóstico e Tratamento (1.153.318), Hemodiálise (61.642) e Clínica de Olhos (241.808). São 13.500 pessoas que circulam todos os dias pela instituição. Possui uma extensão de área total de 19.776,86 m² e 40.571 m² de área construída. São quase 1.000 leitos disponíveis, 31.098 internações por ano, com uma média de 200.000 refeições servidas por mês e 90 toneladas de roupas processadas na lavanderia mensalmente.

A metodologia utilizada neste trabalho foi de pesquisa bibliográfica descritiva e explorativa, utilizando a técnica de problematização (*brainstorming*), análise dos dados e planejamento

estratégico com elaboração dos planos de ação para as metas pactuadas com o PRO-HOSP que não foram atingidas ou o foram parcialmente.

A análise dos ambientes interno e externo procurou a definição das prioridades que constam da planilha FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças), realizada com os funcionários e comitê gestor e auxílio de consultoria externa.

Foram elaborados planos de ação para todas as metas que não foram alcançadas ou que o foram parcialmente, totalizando quatro planos de ação.

Meta não atingida

- 1. Reduzir a taxa de cesáreas:** com a inauguração das novas instalações da Maternidade Hilda Brandão, serão implantadas ações que visam a um atendimento mais humanizado às gestantes, monitorização e aumento do número de partos e estratégias para aumentar a captação de gestantes de risco habitual e otimizar as condutas no pré-natal de alto risco.

Metas atingidas parcialmente

- 1. Implantar no mínimo 10 Protocolos Clínicos:** foi criado um Núcleo de Qualidade, que, juntamente com uma equipe multidisciplinar, levantou as principais necessidades, levando em consideração os procedimentos de maior relevância para garantir a eficácia dos Protocolos Clínicos a ser implantados, além de monitoramento para acompanhamento dos resultados e qualidade .
- 2. Dispor de sistema periódico de análise de água hospitalar:** a análise da água é realizada apenas na hemodiálise. Para atingir 100% dessa meta, foi proposta a terceirização do serviço, com a contratação de um laboratório de controle de qualidade para análise da água, segundo as exigências da Vigilância Sanitária.
- 3. Acompanhar/avaliar metas e compromissos PRO-HOSP:** criação de uma equipe responsável pelo acompanhamento e avaliação das metas e compromissos pactuados PRO-HOSP, de acordo com a meta e o compromisso assumido.

Conclusão

Desde a última grande e prolongada crise, em meados de 2003, muitas mudanças ocorreram na instituição. A crônica situação econômica e financeira levou a Santa Casa a enfrentar problemas com os seus fornecedores e trabalhadores. A própria interlocução e diálogo com os médicos se tornou inviável em determinado momento. Um grande fornecedor de equipamentos tentou remover, por força de mandado judicial, equipamentos imprescindíveis que estavam com prestações atrasadas, ação impedida pelos médicos e pelos funcionários.



A premência dos fatos impunha atitudes rápidas e fortes. Houve diálogo com os fornecedores e com as representações dos trabalhadores. Iniciou-se a discussão com representantes do Judiciário, em busca de agilização e solução de pendências, para evitar, em curto prazo, uma situação de paralisa financeira.

A situação dos bloqueios financeiros para ações trabalhistas em contas bancárias da Santa Casa já ultrapassava R\$ 4,5 milhões. Havia penhoras constantes de bens patrimoniais, oriundas de ações judiciais pretéritas.

Em 2004 alguns resultados já ficaram explícitos, fruto dos avanços obtidos por meio de um conjunto de decisões políticas, administrativas e de gestão. Com a Caixa Econômica Federal, um dos maiores credores, conseguiu-se suspensão temporária de pagamento de parcela mensal do principal da dívida contraída em 2000. Finalmente se conseguiu a retomada do equilíbrio financeiro, até mesmo mediante significativo aumento da Receita Operacional Bruta.

Aliado a essas mudanças, o PRO-HOSP veio contribuir para atingir os objetivos traçados, ou seja, buscar a excelência em gestão e prestação de serviços de saúde.

O principal objetivo desse trabalho foi o conhecimento detalhado da instituição e sua macrorregião, o que resultou na conscientização da importância do cumprimento das metas e compromissos pactuados com o PRO-HOSP e, por meio do Plano de Ajustes e Metas, a elaboração e aprovação desse Plano Diretor.

Graças ao alto grau de complexidade da instituição, as metas de inovação que se referem às prioridades de ação para melhorias da Santa Casa serão desenvolvidas em um segundo momento pelos funcionários da instituição inscritos no curso de Especialização para Gerentes Hospitalares Macro e Microrregionais de Saúde, PRO-HOSP III. Como produto final dessa nova fase, será apresentado o aprimoramento do presente Plano Diretor, o desempenho da Santa Casa no cumprimento das ações aqui propostas e a elaboração de planos de ação para atendimento às necessidades da instituição.

Referências

ANDRADE, Eli lola Gurgel. *Análise de situação da economia da saúde no Brasil*. Belo Horizonte: Coopmed, 2004. 2 p.

ARAÚJO, Maria Rozoneide Negreiros de. Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde. In: MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. *Construindo ou reformando Unidades Básicas de Saúde*. Belo Horizonte, 2004.

BELO HORIZONTE. Gerência de Planejamento e Desenvolvimento – GPLD. *Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte – 2005-2008*. Belo Horizonte, 2005. 149 p.

BELO HORIZONTE. *Relatório de Gestão 2004*. Belo Horizonte: Grupo Santa Casa de Belo Horizonte.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília. Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação. *O consórcio e a gestão municipal em saúde*. Brasília, 1997. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar*. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Orientações para contratação de serviços de saúde*. Brasília, 2002.

CHERUBIN, Nirvesindo Antonio; SANTOS, Naírio Augusto dos. *Administração Hospitalar – Fundamentos*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

CHERUBIN, Nirvesindo Antonio; SANTOS, Naírio Augusto. *Regulamento do Hospital*. 3. ed. São Paulo: Federação Brasileira de Administradores Hospitalares, 2000.

ESTATUTO da Santa Casa de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 24 de maio de 2004.

GITMAN, Lawrence J. *Princípios de Administração Financeira*. 7. ed. São Paulo: Harbra, 2002.

GOMES, Leonardo José Magalhães. *Aspectos históricos da cidade – Belo Horizonte: a cidade descrita – documentos de uma história urbana*. Anuário Estatístico de Belo Horizonte – 2000. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>

MACHADO, Cláudio Caetano. *Indicadores sócio-demográficos: Belo Horizonte e Região Metropolitana*. Anuário Estatístico de Belo Horizonte – 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>

MEDEIROS, Marcelo. *Princípios de justiça na alocação de recursos de saúde*. Rio de Janeiro; IPEA, 1999. 13 p. (texto para discussão, 687).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual para o Gestor Municipal de Saúde*. Belo Horizonte, 2005. 139 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Equidade em saúde: metodologia de alocação equitativa de recursos: uma proposta para Minas Gerais*. Mônica Viegas Andrade et al. Belo Horizonte: 2004. 63p. il.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva e Eugênio Vilaça Mendes. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

MINAS GERAIS. Prefeitura de Belo Horizonte. *Anuário Estatístico 2000; 2003*. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>

SAES, Sueli Gonzalez. *Estudo bibliométrico das publicações em Economia da Saúde, no Brasil, 1989-1998*. São Paulo: s.n, 2000. 104 p.

SOUZA, José Moreira de; CARNEIRO, Ricardo. *Aspectos sócios-espaciais: O hipercentro de Belo Horizonte: conformação espacial e transformações recentes*. Anuário Estatístico de Belo Horizonte – 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br>>

TARONI, Dirce Maria; SILVA, Ênio Eduardo Pereira; NETO, José Gonçalves Moreira. *Indicadores e políticas sociais – Analfabetismo: Belo Horizonte no caminho de sua superação*. Anuário Estatístico de Belo Horizonte – 2003. Disponível: <<http://www.pbh.gov.br>>



O Hospital das Clínicas e sua inserção no PRO-HOSP

Aline Cesar¹

Geraldo Majela Garcia Primo²

Mônica Pena Abreu³

Introdução

A transparência da gestão, a divulgação de seus resultados e o compartilhamento das dificuldades e progressos devem ser objetivo de todo e qualquer serviço de saúde comprometido com uma gestão eficiente e de qualidade.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência do Hospital das Clínicas da UFMG nesses três anos do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP), significando para toda a comunidade hospitalar mais uma oportunidade de prestar contas aos gestores e à sociedade.

O Hospital das Clínicas da UFMG

O Hospital das Clínicas da UFMG (HC) é um hospital público, geral, universitário, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS), vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais, e cumpre papel de referência nos sistemas de saúde municipal e estadual, atuando no atendimento à sociedade, na formação de recursos humanos, no desenvolvimento de pesquisa, na produção e na incorporação de tecnologia na área de saúde.

Algumas de suas áreas de atuação são referências nacionais e, às vezes, estaduais para o sistema público no Estado, tais como os tratamentos oncológicos, transplantes, hemodiálise, quimioterapia, maternidade de alto risco, berçário de alto risco, entre outras. Tudo isso qualifica o HC e exige desse um esforço redobrado em atendimento e manutenção dessa excelência.

¹ Publicitária, com especialização em Comunicação Organizacional. Assistente em administração da diretoria do Hospital das Clínicas da UFMG.

² Médico sanitário com especialização em Administração Hospitalar e Medicina do Trabalho. Mestrando em saúde pública. Assessor de planejamento do Hospital das Clínicas da UFMG.

³ Mestre em Epidemiologia pela UFMG, assessora de planejamento do Hospital das Clínicas da UFMG, especialista em Gestão Hospitalar ENSP/FIOCRUZ – Administração Hospitalar IMS/UERJ e Gestão de Negócios FACE/UFMG.

O hospital interage continuamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo seu pressuposto fundamental a atenção às suas necessidades, como parceiro de referência e contra-referência.

A grande demanda da sociedade pelo atendimento médico-hospitalar de alta complexidade, o atendimento laboratorial e o pronto-atendimento do HC, por si sós, exigem deste uma infra-estrutura organizacional, gerencial, física e de pessoal de alto nível de qualificação e desempenho. Quando a isso se integram atividades de ensino e pesquisa, as exigências tornam-se ainda maiores.

Localizado em uma área construída de 50.053 m², o HC/UFMG conta com 460 leitos ativos e atende a uma população de referência de 3 milhões, abrangendo a cidade de Belo Horizonte, região metropolitana e o interior do Estado.

A inserção no PRO-HOSP

O Hospital das Clínicas está inserido no PRO-HOSP desde a sua primeira versão, em 2003, e pôde presenciar a evolução do programa tanto em sua concepção e organização quanto em sua inserção no hospital. O programa, de acordo com sua proposta inicial, destinou recursos para o custeio e os investimentos em obras e equipamentos e nos programas de capacitação e melhoria gerenciais para vários hospitais de Belo Horizonte. Além disso, apresentou uma inovação, qual seja, a de não se limitar ao simples repasse de recursos e a uma prestação de contas burocratizadas. O Plano de Ajustes e Metas (PAM), componente obrigatório do programa e com prestação de contas trimestral e posteriormente quadrimestral, constituiu-se em uma agenda programática em que o desempenho do hospital pode ser apresentado, exigindo, por conseguinte, a apuração dos dados, sua sistematização, organização e avaliação. Além disso, o programa proporcionou momentos de reflexão sobre o processo de trabalho e seus impactos na qualidade da assistência.

No primeiro ano do PRO-HOSP, até por dificuldades na orientação e acompanhamento central e pelas necessidades financeiras do hospital, todo o recurso foi implantado para garantia do custeio das atividades hospitalares. Nos anos subseqüentes, a Portaria foi cumprida integralmente, e, no último exercício (2005-2006), todo o recurso foi destinado a investimentos (obras e equipamentos) e melhoria gerencial.

Assim sendo, foi permitido ao hospital investir mais de um milhão de reais em equipamentos, melhorando a condição de trabalho de seus profissionais e aprimorando a assistência, com a aquisição de equipamentos, tais como: monitores multiparamétricos, cardioversores, ultra-sons, bisturis eletrônicos, fogão industrial, eletrocardiógrafos, oxímetros, contenedores de resíduos, entre outros, perfazendo um total de mais de 1.700 itens.

Obras de fundamental importância para o HC foram programadas com os recursos do PRO-HOSP, como a construção da nova unidade de Neonatologia, a reforma da Maternidade e a reforma e ampliação do CTI de adultos.

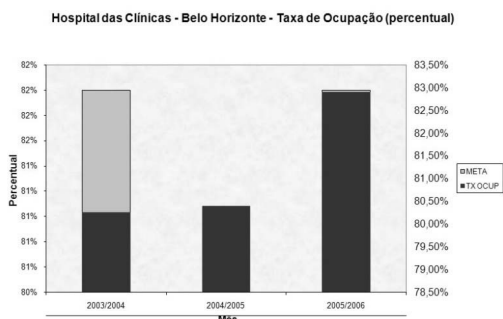
Para a destinação desses investimentos, foram considerados e priorizados os itens de notificação da Vigilância Sanitária para a obtenção do alvará sanitário.

Indicadores de saúde

A evolução dos indicadores hospitalares pôde ser acompanhada sistematicamente com base nos relatórios trimestrais encaminhados à coordenação do PRO-HOSP e com ciência da Secretaria Municipal de Saúde.

Observa-se que, de forma geral, o hospital cumpriu as metas estabelecidas e melhorou seu desempenho ao longo dos três anos do programa.

A taxa de ocupação variou da faixa de 80% a 82%, dentro dos valores acordados.



Média de permanência

A média de permanência foi acompanhada por clínica. Observa-se que, de maneira geral, as metas foram cumpridas, e a permanência foi diminuindo ao longo dos três anos de acompanhamento.

As médias de permanência reduziram no período e estiveram dentro dos parâmetros acordados inicialmente. Esforços foram envidados particularmente na Clínica Médica, na Pediatria e nas Unidades de Cuidado Intensivo, pois, diante de uma carência pronunciada de leitos, é mister o esforço na agilização das internações, garantindo-se obviamente o mesmo padrão de qualidade.

Tabela 1: Média permanência Clínica Médica

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	14,00	16,31
2004/2005	14,00	13,74
2005/2006	12,00	10,82

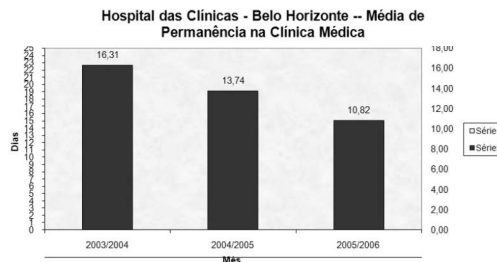


Tabela 2: Média permanência Clínica Cirúrgica

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	7,00	5,12
2004/2005	6,00	5,74
2005/2006	6,00	5,26

Hospital das Clínicas - Belo Horizonte - Média de Permanência na Clínica Cirúrgica

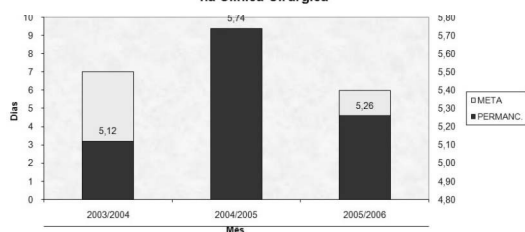


Tabela 3: Média permanência Clínica Obstétrica

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	3,00	2,63
2004/2005	2,50	2,79
2005/2006	3,00	2,73

Hospital das Clínicas - Belo Horizonte - Média de Permanência na Clínica Obstétrica

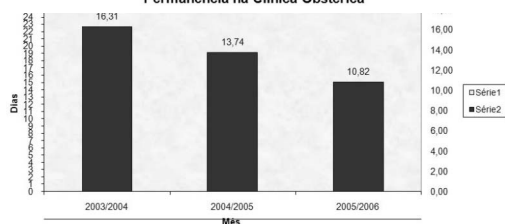


Tabela 4: Média permanência Clínica Pediátrica

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	10,00	9,45
2004/2005	9,00	8,17
2005/2006	8,00	8,19

Hospital das Clínicas - Belo Horizonte - Média de Permanência na Clínica Pediátrica

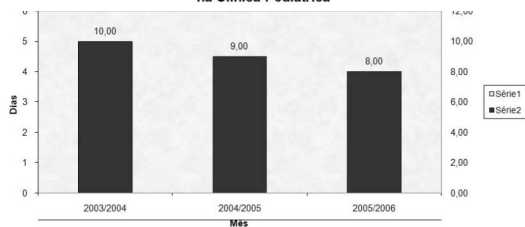


Tabela 5: Média permanência CTI Adulto

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	6,00	5,06
2004/2005	5,00	4,25
2005/2006	5,00	4,18

Hospital das Clínicas - Belo Horizonte - Média de Permanência na UTI Adulto

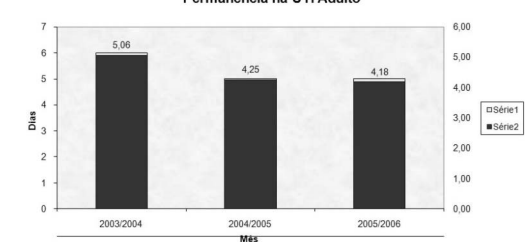


Tabela 6: Média permanência CTI Neonatal

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	14,00	15,44
2004/2005	15,00	15,22
2005/2006	14,00	13,27

Hospital das Clínicas - Belo Horizonte - Média de Permanência na UTI Neonatal

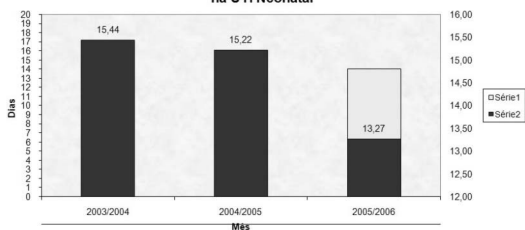
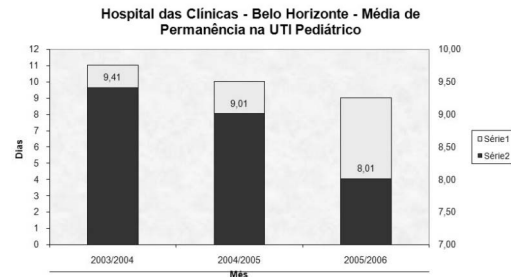


Tabela 7: Média permanência CTI Pediátrico

Exercício	Meta Clínica	Média Permanência
2003/2004	11,00	9,41
2004/2005	10,00	9,01
2005/2006	9,00	8,01



Indicadores de qualidade

Os indicadores de qualidade também foram acompanhados sistematicamente por meio do Plano de Ajuste e Metas.

O percentual de cesáreas é determinado a partir de Portaria do Ministério da Saúde, com meta de redução progressiva do percentual atingindo 28% em 2008. Nesse aspecto, apesar dos esforços da equipe e da atuação das comissões envolvidas, não se obteve êxito em função da referência para pacientes de alto risco.

A mortalidade hospitalar também apresenta números bastante satisfatórios, tendo em vista a complexidade dos pacientes atendidos no hospital. Também a taxa de mortalidade materna logrou êxito no segundo e terceiro exercícios, não apresentando nenhum caso nesse período.

Tabela 8: Percentual de cesáreas 2003/2006

	Meta	Média
2003/2004	28,00	38,41
2004/2005	28,00	36,82
2005/2006	28,00	36,36

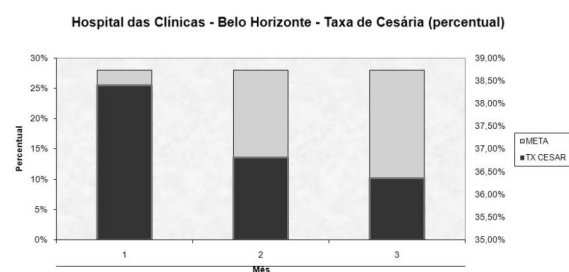


Tabela 9: Taxa de Mortalidade Hospitalar (2003/2006)

	Meta	Média
2003/2004	2,60	2,66
2004/2005	2,60	2,62
2005/2006	2,50	2,62

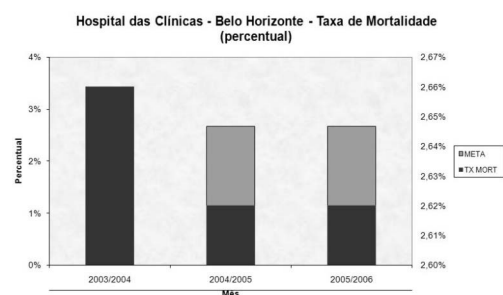


Tabela 10: Taxa de Mortalidade Materna (2003/2006)

	Meta	Média
2003/2004	0,00	0,07
2004/2005	0,00	0,00
2005/2006	0,00	0,00

Capacitação gerencial

Além dos “ganhos” de investimentos em infra-estrutura e custeio, o PRO-HOSP se constituiu num momento histórico para formar e capacitar atores envolvidos e, principalmente, comprometidos com a gestão dos serviços de saúde. A oportunidade de profissionais do HC/UFMG ingressarem no curso de Gestão Hospitalar da Escola de Saúde vai ao encontro das estratégias da instituição de qualificação de seu corpo gerencial.

As profissionais do HC/UFMG, alunas do curso em 2005, caracterizam o PRO-HOSP como uma visão abrangente, estratégica e integrada do setor de saúde, por meio da pactuação de compromissos estabelecidos entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e as instituições participantes do programa, endossado pelos gestores locais. Para elas, participar dessa experiência constituiu uma nova percepção acerca do significado da palavra “gestão”.

A gerente da Unidade Funcional de Nutrição e Dietética do HC/UFMG, Maria Aparecida de Souza, ex-aluna do curso, ressalta que as instituições de saúde buscam, cada vez mais, a profissionalização de sua gestão, pela necessidade de crescimento, ampliação de serviços e sobrevivência. “O investimento em capacitação de pessoal tornou-se parte importante no processo de gestão e fundamental nos programas propostos na área da saúde”.

Segundo ela, a participação do HC/UFMG no PRO-HOSP contribuiu para que a equipe gerencial da instituição pudesse reafirmar a importância do uso do planejamento como instrumento estratégico de gestão hospitalar. Além disso, permitiu a interlocução com outras instituições e troca de experiências, agregou saberes e valorizou ainda mais a constante busca pelo melhor processo de assistência, pesquisa, ensino e gestão de saúde.

Para outra ex-aluna do curso, Márcia Regina Vieira Alves, gerente da UFSPREM (Unidade Funcional de Processamento de Roupas e Esterilização de Material) do HC/UFMG, participar da iniciativa significou para sua gerência uma experiência positiva sob a perspectiva profissional e pessoal. “Pude perceber que aprendi a aprender com mais efetividade as realidades, para as quais, hoje, proponho refletir e construir qualquer planejamento, cujas metas objetivem resultados imediatos ou em longo prazo e a seguir, agir”, afirma.

Segundo Márcia, o grande ensinamento foi: “planejamento sem ação não efetiva nenhum planejar, por mais bonito e exequível que possa apresentar-se aos nossos olhos. E mais: “Os ‘véus’ e nossas paixões humanas somente desvelam-se quando agimos”, lembra.

Esse tem sido, desde então, o norte de sua gerência: tentar fazer com que o riquíssimo banco de dados existente e aqueles criados estrategicamente se transformassem em bancos de informações para tomadas de decisões.

Mas o que dizer da experiência no lado pessoal? Ela descobriu que não estava só nesta realidade que parece ser construída somente de problemas. Descobriu que o trabalho do gestor é ver além do que se mostra em um grande emaranhado, é ver *problemas* e *soluções*, mas sabendo que por vezes pode deparar-se com caminhos sem solução para suas possibilidades de ações.

Considerações finais

Conclui-se que o PRO-HOSP foi bastante positivo para o Hospital das Clínicas da UFMG, tanto pelos recursos materiais e financeiros, imprescindíveis para sua manutenção, quanto pela possibilidade de capacitação de nossos profissionais e pelo olhar reflexivo no processo de trabalho e nos resultados, proporcionando o cumprimento da missão social de assistência, ensino e pesquisa e de integração plena ao Sistema Único de Saúde.

Referências

ALVES M. R. V.; SOUZA M. A. *Impacto do conjunto de mudanças da gestão administrativa hospitalar e da adesão a programas de gestão na consolidação das premissas do sistema único de saúde no Hospital das Clínicas da UFMG*. Belo Horizonte, 2007. Encaminhado ao Conselho Editorial da Revista Mineira de Saúde Pública para publicação.

MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas da UFMG – PRO-HOSP – *Relatório final de avaliação. Competência 2005/2006*. Belo Horizonte, 2006

MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas da UFMG – PRO-HOSP – *Relatório final de avaliação. Competência 2004/2005*. Belo Horizonte, 2005


MINAS GERAIS. Hospital das Clínicas da UFMG – PRO-HOSP – *Relatório final de avaliação, Competência 2003/2004*. Belo Horizonte, 2004

MINAS GERAIS. *Resolução SES nº 082, de 16 de maio de 2003. Institui o Programa de Fortalecimento e melhoria da qualidade dos Hospitais – PRO-HOSP – e fixa suas diretrizes*. Diário oficial. Páginas 16 e 17 de 17 de maio de 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. Hospital das Clínicas da UFMG. *Plano de Ajustes e Metas. Versão 2005-2006*. Belo Horizonte, 2005.




MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. Hospital das Clínicas da UFMG. *Plano de Ajustes e Metas. Versão 2003-2004*. Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. Hospital das Clínicas da UFMG. *Plano de Ajustes e Metas. Versão 2004-2005*. Belo Horizonte, 2004.




MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Redes Interinstitucionais. *Orientação para o cumprimento de validação das metas e compromissos pactuados no PRO-HOSP*. Belo Horizonte, 2006.

PROGRAMA de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP)-Módulo Microrregional. *Relatório de Acompanhamento Anual*. Exercício 2003/2004.



Importância da implantação de um Centro de Custos por Unidades de Produção em hospitais públicos – uma nova visão de gerenciamento

Miriam Luce Campanha¹
Adriana Diniz de Deus²



RESUMO: Este artigo tem como objetivo descrever a concepção e a metodologia de implantação da Central de Custos por Unidades de Produção em Hospitais Gerais e sua importância como ferramenta gerencial eficiente e eficaz em hospitais públicos. O método utilizado denomina-se Rateio por Unidades de Produção, sendo uma metodologia em que os custos dos bens e serviços produzidos são rateados por todas as unidades do hospital, tanto assistenciais como administrativas. Esse método foi concebido e implantado no Hospital Municipal de Contagem, Minas Gerais, em dezembro de 2005 e é resultado do esforço teórico/prático e teve como orientação a disciplina do curso de Gestão Hospitalar ministrado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG) em 2005.

PALAVRAS-CHAVE: Gerenciamento; custo; otimização.



Introdução

O gerenciamento de custos hospitalares deve ser realizado continuamente para identificar se as estratégias adotadas estão possibilitando o cumprimento das metas planejadas pela instituição. É uma ferramenta gerencial indispensável para direcionar onde devem ser feitas melhorias e indicar se o que foi planejado é passível de ser alcançado ou não.

O planejamento de uma Central de Custos por Unidades de Produção visa atingir níveis satisfatórios de desempenho e resultados de um hospital, na busca de se tornar referência em excelência de gerenciamento e, conseqüentemente, em qualidade da assistência prestada; atendendo às suas próprias necessidades e às dos usuários internos e externos. Ele influenciará principalmente na percepção dos profissionais que compõem o quadro funcional da instituição,

¹ Administradora de empresas (Faculdade de Ciências Gerenciais – UNA – Belo Horizonte); especialista em Gestão Financeira (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais); especialista em Gestão Hospitalar (Escola de Saúde Pública de MG - ESP/MG).

² Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia – sanitarista (Universidade Federal de Minas Gerais); especialista em Gestão Hospitalar (Escola de Saúde Pública de MG - ESP/MG).

uma vez que terão acesso ao custo de cada ação e, com isso, à relevância do uso correto dos recursos públicos, valorizando cada centavo aplicado nas ações e nos procedimentos.

O Hospital Municipal de Contagem foi fundado em agosto de 2003, possui 127 Leitos em funcionamento, sendo o único hospital público do município e referência da Microrregião Contagem, que abrange os municípios Contagem, Sarzedo e Ibirité, totalizando uma população de 783.185 habitantes. Na sua estrutura, conta com dez unidades: sendo seis Unidades de Cuidados: Pronto Socorro, Centro de Tratamento Intensivo (CTI), Bloco Cirúrgico, Enfermarias de Cirurgia, de Clínica Médica e Pediatria; e quatro Unidades de Apoio: Diagnóstico e Terapêutico, Gestão de Pessoas, Planejamento e Gestão Administrativo-Financeira.

Tem como missão oferecer assistência hospitalar referenciada de urgência/emergência, cirurgias eletivas e apoio diagnóstico ao usuário do SUS da Microrregião Contagem, de forma humanizada, íntegra, responsável e eficaz, fortalecendo o trabalho em rede, a educação e pesquisa e a gestão participativa.

Quando iniciamos em fevereiro de 2005, e após elaboração do diagnóstico situacional do hospital e região, optamos pela adoção de um modelo de Gestão Participativo, estruturado por unidades de produção com gerenciamento único e integrado por linhas de cuidado, identificado como o mais adequado para alcançar os objetivos propostos.

Objetivo/desenvolvimento

As empresas e instituições que atuam na área da saúde são muito complexas; prestam serviços e bens aos pacientes, acompanhantes e funcionários. Os custos dos serviços e dos bens são obtidos por meio dos Centros de Custos, que conceitualmente são unidades ou pontos de referência, departamentos e seções que, por sistemática própria, acumulam gastos com a finalidade de determinar seus custos totais e o custo da unidade do bem ou serviço produzido ou fornecido. Essa ferramenta permite ao gestor hospitalar saber exatamente qual o custo de cada Unidade Assistencial e de Apoio, onde se gasta mais e o custo leito/dia das unidades de internação.

Ressalta-se a importância da apropriação dos custos pelas diversas unidades do hospital, já que tal sistema compreende a geração de informações de caráter gerencial, extremamente necessárias à gestão do custeio das atividades operacionais, permitindo melhor avaliação de desempenho, planejamento e tomada de decisões.

Em hospitais públicos, é notório que os custos vão muito além do repasse feito pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para todos os procedimentos realizados na assistência. Mas, ao mesmo tempo, como todo bom gerenciamento nunca será eficaz se não dispuser de ferramentas que permitam visualizar os custos reais da instituição, o conhecimento desses custos pelo administrador hospitalar público torna-se ainda mais necessário e indispensável, pois se deve concentrar esforços a fim de reduzir ao máximo esse desequilíbrio entre faturamento e gastos.

Portanto, é imprescindível a administração desses custos para que o hospital possa se tornar viável financeiramente ao orçamento do município em que está inserido.

Conceituação e definição dos Centros de Custos

A concepção do Sistema de Custos Hospitalares sob a orientação de aproximação por Centros de Custos encontra-se contemplada na abordagem conceitual de Custeio por Unidades de Produção Assistenciais e Administrativas (FERNANDES, 1993). E o cálculo do custo de produção dos serviços sob essa conceituação compreende o custeio de todos os insumos utilizados em toda extensão do hospital, independentemente da origem dos custos – operacional ou administrativa.

Com isso, agrupamos os Centros de Custos em dois tipos:

Centro de Custos produtivos (unidades assistenciais)

Corresponde aos Centros de Custos que prestam serviços finais aos usuários, como: Hemodiálise, Urgência e Emergência (Pronto Socorro), CTI (Centro de Terapia Intensiva), UCI (Unidade de Cuidados Intermediários), Bloco Cirúrgico, Clínica Pediátrica, Clínica Médica, UADT (Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), Unidade de Patologia Clínica (Laboratório) e Unidades Externas.

Centro de Custos auxiliares e administrativos (unidades administrativas)

Corresponde aos serviços de apoio e às unidades de natureza administrativa do hospital, que são: Diretoria, Central de Equipamentos, Central de Manutenção, Gases Medicinais (Usina de gás), SND (Serviço de Nutrição e Dietética), Unidade de Recursos Humanos, Almoxarifado, Farmácia, Rouparia/Lavanderia, CME (Central de Material Esterilizado), Unidade de Sistema e Informação Hospitalar, Serviços Terceirizados, Faturamento, Recepções e Portarias.

Definições

Para maior compreensão, segundo Fernandes (1993), os custos podem ser classificados em fixos, variáveis ou mistos: fixo: quando, em um dado período, o montante do custo não sofre alteração pelo nível de atividade (salários; contratos com terceirizados; etc.); variável: quando em seu montante, no período considerado, aumenta na proporção em que aumenta o volume das atividades (medicamentos; material médico hospitalar; refeições; lavagem de

roupas; etc.); misto: quando contém em si uma parcela de custo fixo e outra variável (telefone; água; esgoto; luz; etc.).

Um hospital possui atividades complexas, tendo em seu rol de ofertas um número infinito de serviços e bens. Os serviços são representados pelas diárias, taxas de utilização de salas e aparelhos, procedimentos especializados, serviços auxiliares de diagnósticos e tratamentos, etc. Os bens são os medicamentos, material médico hospitalar, material descartável ou não, alimentação geral, próteses e órteses ortopédicas e cirúrgicas, etc.

Todos os custos das unidades são classificados em Custos Diretos e Custos Indiretos. Os Custos Diretos são aqueles que estão diretamente ligados à produção da assistência. Sem esses custos, a assistência simplesmente não acontece, gerando riscos à vida do paciente. Ex.: recursos humanos, material médico hospitalar, medicamentos, equipamentos de suporte à vida, banco de sangue, gases medicinais, dieta enteral e parenteral, etc. Os Custos Indiretos são os gastos indispensáveis, apesar de não participarem diretamente da assistência. Estão indiretamente ligados à produção da assistência e funcionam como suporte para que ela aconteça de forma eficaz. Ex.: energia elétrica, telefones, refeições, limpeza, lavanderia, rouparia, transporte.

A apropriação correta dos itens depende de informações corretas. Alguns gastos não devem ser aplicados à Central de Custos por Unidades de Produção por serem considerados como não computáveis. Ex.: doações, multas por infrações fiscais e outras enquadradas como não correspondentes ao objetivo da produção da assistência.

Infra-estrutura necessária para implantação de uma Central de Custos

Controle contábil dos produtos estocados na farmácia, Serviço de Nutrição Dietética (SND), almoxarifado, com requisições por Centro de Custos (no HMC essa fase já está avançada, uma vez que utilizamos o sistema de informações Hospub – Datasus –, e as unidades já são agrupadas por Centros de Custos na dispensação de medicamentos e material médico hospitalar); controle dos bens imobilizado por Centro de Custo (inventário real de todo equipamento e material permanente existente em cada unidade); registros para o perfeito controle e informações com referência às Unidades dos bens ou serviços produzidos ou fornecidos; tabela de Indicadores para a correta apropriação desses custos – diretos e indiretos.

Metodologia de implantação da Central da Custos por Unidades de Produção

A fim de atingir os objetivos propostos, é muito importante o planejamento minucioso de cada passo do roteiro de um trabalho a cumprir. Para a implantação do Sistema de Centro de

Custos por Unidades de Produção, é necessário que se siga os seguintes passos propostos por Fernandes (1993b):

- 1) Estabelecer as unidades de bens e serviços que são produzidos ou fornecidos.
- 2) Estabelecer os Centros de Custos.
- 3) Estabelecer as fases de rateio para a apuração dos custos unitários.
- 4) Estabelecer o Plano de Centros de Custos.
- 5) Estabelecer os registros e os relatórios necessários para a apropriação dos custos.
- 6) Estabelecer controle comparativo das unidades de custo, valores de custo e despesas, com a finalidade de evitar erros e distorções.
- 7) Estabelecer a área física dos centros de custos que as possuem.
- 8) Estabelecer critérios de apropriação e base de rateio, bem como convencionar as unidades de mensuração dos Centros de Custo que não possuam unidades reais.
- 9) Estabelecer sistema de ponderação que será adotado quando necessário, com os “pesos” correspondentes.
- 10) Estabelecer a parte gráfica dos mapas de apropriação.
- 11) Estabelecer tabelas com indicadores para o rateio.
- 12) Estabelecer os quadros comparativos mensais dos custos obtidos para análise de administração.
- 13) Estabelecer relatórios mensais para a administração.
- 14) Estabelecer o plano de arquivo.

Aplicação e gerenciamento da Central de Custos por Unidade de Produção

Para se ter o controle eficaz dos custos hospitalares, primeiramente deverá existir um controle confiável e um envolvimento/entrosamento de todas as unidades, tanto assistenciais como de apoio. O ideal é que se crie uma Planilha de Acompanhamento Mensal de todos os gastos e receitas do hospital, manualmente ou via sistema informatizado que comporte todos os dados e que emita relatórios fidedignos para facilitar a monitoração dos dados necessários à implantação de um sistema de custos. Com base nos dados desta planilha, chegamos ao cálculo dos Custos por Unidades de Produção.

Os dados considerados essenciais são: número de internações/mês, número de atendimentos/mês, média geral de permanência, total de diárias, número de funcionários/mês, custos individuais de refeições, contratos terceirizados, contas de consumo; enfim, deve-se fazer o levantamento de todos os custos diretos e indiretos da instituição, naquele período.

O método de Sistema de Rateio por Unidades de Produção considera, para as Unidades Assistenciais:

Pronto Socorro: o atendimento/hora, pois são atendimentos, e ao final dos cálculos sabe-se exatamente qual o custo médio por paciente atendido e o custo/hora da Unidade;

Bloco Cirúrgico: o cálculo é realizado baseando-se no número de cirurgias/dia, chegando ao final dos cálculos ao valor médio por cirurgia realizada em determinado mês. Para as demais unidades, atendimentos/dia e internações/dia, pois o objetivo é saber o Custo Leito/dia (para as demais Unidades Assistenciais) e Custo da Unidade/dia (para as Unidades Administrativas de Apoio).

Resultados alcançados

Entre dezembro/2005 e dezembro/2006 foi possível observar uma queda de 6,59% no Total do Custo Leito/Dia nas Unidades Assistenciais e 12,37% no custo geral das Unidades Administrativas de apoio/dia. Os fatores para redução de custos são aqueles que devem ser controlados, manipulados ou melhorados, pois causam sua diminuição ou aumento. Foi possível o alcance desse resultado, aplicando-se recursos e técnicas de controle efetivo por meio da criação e implantação da Central de Custos por Unidades de Produção, melhorias nos processos de trabalho, e campanhas de redução de custos; nunca prejudicando a qualidade da assistência prestada aos nossos usuários. Registramos ainda que realizamos também Campanhas de redução de custos juntamente com o controle das unidades, o que nos auxiliou muito no alcance de melhores resultados operacionais, com menor custo.

Conclusão

Essa Central de Custos por Unidades de Produção foi implantada no Hospital Municipal de Contagem em dezembro de 2005, sendo considerada pela administração municipal e pelo Comitê do Estado através da Gerência Regional de Saúde – GRS Belo Horizonte –, como uma conquista excepcional para o hospital e uma garantia de que o recurso do município e do Programa PRO-HOSP está sendo bem empregado com controle efetivo contínuo, demonstrando seriedade na condução da administração.

Indica ainda transparência na aplicação dos recursos e esforço contínuo da gestão na busca da redução de custos e aumento de receita, o que viemos alcançando gradativamente, conforme demonstrado.

Já se encontra em fase final de elaboração o Sistema de Custos por Absorção, que é uma metodologia decorrente do princípio contábil e tem como critério a apropriação individual dos custos por unidades, em que se sabe exatamente o gasto de energia daquela unidade/mês, telefone, etc. Trata-se de um sistema mais aprimorado e que nos permitirá chegar mais

rápido ao nosso objetivo, que é o cálculo de Custos por Procedimentos, sendo esse um método inovador na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Referências

BIBLIOTECA EM SAÚDE. Disponível em: <http://www.bvsalud.org/php/decsws.php?tree_id=N05.300.375.500&lang=pt> Acesso em 26 maio 2007.

CUSTOS HOSPITALARES. Disponível em: <<http://www.gea.org.br/scf/custos.html>>. Acesso em: 26 maio 2007.

FERNANDES OSWALDO, Luiz. Custo Hospitalar. Técnicas – Problemas – Soluções. 1. ed. v. 1. 1993a.

FERNANDES OSWALDO, Luiz. Custo Hospitalar. Técnicas – Problemas – Soluções. 1. ed. v. 1. 1993b.

INDICADORES DE CUSTOS HOSPITALARES. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/proahsa/indicadores/jul_set2003/pag1_indjs.htm> Acesso em 26 maio 2007.



Plano Diretor da Santa Casa de Caridade de Formiga (MG) Quadriênio 2007-2010

Gonçalo José de Faria¹
Marilene Elvira de Faria Oliveira²
Adalgisa Maria de Almeida³

RESUMO: Este trabalho objetivou conhecer a engrenagem do sistema de saúde atual, tanto no âmbito da atenção primária quanto na atenção secundária e terciária, sendo a instituição hospitalar o foco principal deste trabalho. A complexidade de uma instituição hospitalar exige uma gestão profissionalizada e colegiada, composta por uma equipe multidisciplinar (JÚNIOR, 2005). As instituições filantrópicas, historicamente marcadas por gestões não-especializadas, demandam um avanço no modelo gerencial que permita a modernização dos processos e garanta a qualidade dos serviços prestados. A construção do Plano Diretor da Santa Casa de Caridade de Formiga (SCCF) é uma importante ferramenta de gestão, à medida que traça metas e norteia as ações a ser desenvolvidas no quadriênio 2007–2010, alinhando os esforços profissionais num sentido comum. Permite ainda acompanhamento e constante avaliação do trabalho, de acordo com as metas propostas, assegurando a viabilidade econômico-financeira imposta pelo sistema sem, no entanto, perder de vista o usuário como a razão fundamental de existência da Instituição.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital; gestão profissional; administração; Planejamento Estratégico.

Introdução

A história da nossa civilização mostra que a necessidade de planejar não é um privilégio dos tempos modernos, mas que esteve presente até nas mais antigas civilizações de que temos notícias. Vários foram os feitos, e muitos deles são de tamanha dimensão que as evidências parecem claras de que reis, governantes ou administradores sempre tiveram ou têm a necessidade de decidir antecipadamente quais os rumos ou cursos de ação a seguir. O processo de desenvolvimento e expansão das empresas de saúde exige uma discussão contínua sobre as transformações e seus impactos na estrutura organizacional e na qualidade de assistência a ser prestada aos seus usuários.

¹ Discente do curso de Pós-Graduação da ESP/MG. Administrador hospitalar da SCCF.

² Discente do curso de Pós-Graduação da ESP/MG. Enfermeira do Depart. de Enfermagem da SCCF.

³ Tutora. Especialista em Recursos Humanos. Docente do curso de Pós-Graduação da ESP/MG.



É necessário ter sempre em mente que o mundo contemporâneo se caracteriza por processos muito intensos e de mudanças constantes, seja pela ação do ser humano sobre os fatores ambientais, seja pela busca de maior bem-estar. As alterações de ordem social, econômica e tecnológica exigem grande habilidade dos gestores para acompanhá-las e evitar a obsolescência. Portanto, é imprescindível manter um olhar crítico e constante sobre o que foi planejado inicialmente e propor as estratégias adequadas à nova situação. Nesse sentido, o planejamento estratégico é uma metodologia que desperta para as ações necessárias e imperativas de gestores e seus parceiros para que possam alavancar na busca do sucesso.

Assim como as empresas, os hospitais são organizações complexas que envolvem atividades diversificadas na promoção da saúde e se organizam em departamentos, serviços e setores sob uma administração ampla, que tem autoridade sobre o desempenho das atividades específicas. E, somando-se a essa situação, os avanços tecnológicos, muito presentes na área hospitalar, ocorrem com muita rapidez, exigindo que a prestação de serviços seja resolutive, com qualidade e baixo custo e, concluem Oliva e Borba (2004), que esses fatos obrigam os hospitais a adotar estratégias de excelência hospitalar; do contrário, correm risco de não sobreviver. Necessitam melhorar, constantemente, a prestação de serviços e realizar um gerenciamento minucioso de todas as atividades. A excelência nos resultados é alcançada por meio do comprometimento contínuo com a resolubilidade, a qualidade e os custos baixos dos procedimentos.

Esta é a grande questão: adotar medidas que façam o hospital crescer e superar suas limitações, ou seja, adotar estratégias, medidas, que lhe permitam alcançar os objetivos.

Os hospitais têm vivido muito mais um mercado de demanda do que um mercado de oferta. Esse contexto gera um estilo gerencial apático às grandes mudanças do tipo de humanização dos serviços e ambientes e principalmente à exigência das necessidades dos clientes (TARABOULSI, 2004).

Diante desses fatos, a empresa hospitalar tem-se sentido pressionada a oferecer à sua equipe condições de trabalho no tocante ao ambiente onde ela está e conseqüentemente a necessidade maior de especializar cada vez mais suas equipes (TORRES; LISBOA, 2001).

Segundo Channe (2006), é a falta de recursos financeiros junto à falta de conhecimento que contribui para que não haja hospitalidade bem desenvolvida nas instituições hospitalares, principalmente nas empresas que trabalham no SUS.

No setor da saúde, o planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas e serviços no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. O planejamento não é tarefa dos “planejadores”; ele deve ser feito pelos atores envolvidos na ação. Planejar não é fazer uma mera declaração de intenções. Drucker (1991) diz que o futuro, para acontecer, não depende de que alguém o deseje com intensidade; requer decisões e ações imediatas. O verdadeiro planejamento não é uma lista de desejos ou boas intenções. Ele deve enunciar objetivos factíveis e alcançáveis; caso contrário, perderá a credibilidade.

Planejar exige a ousadia de visualizar um futuro melhor, mas não é simplesmente “sonhar grande”. Exige maturidade para se acomodar às restrições impostas pelo ambiente ou pelo grau de desenvolvimento da organização. Além disso, o planejamento obriga a selecionar as ações concretas necessárias para alcançar o objetivo desejado.

Aliando o pensar estratégico ao planejamento, este como o processo para se antecipar acontecimentos futuros, Serra e Torres (2002) nos deixam claro que estratégia e planejamento têm significados distintos, mas devem coexistir, pois um precede o outro, e o planejamento é fundamental para que os objetivos da empresa sejam alcançados.

Entretanto, o planejamento por si só não garante os resultados, mesmo que tenha sido cuidadosamente elaborado. O planejamento estratégico significa então, segundo Drucker (1991), se constituir no processo contínuo de, sistematicamente, e com o maior conhecimento possível do futuro contido, tomar decisões atuais que envolvam riscos; organizar minuciosamente as atividades necessárias à execução dessas decisões e, por meio de uma retroalimentação, organizada e sistemática, medir o resultado dessas decisões em confronto com as expectativas alimentadas.

Rebouças de Oliveira (1993), após sua larga experiência como consultor, afirma-nos que o planejamento estratégico apresenta diversas metodologias diversificadas para sua aplicação, que decorrem das especificidades da organização e da utilização que se faz de ferramentas para contribuir com o pensar estratégico. Entretanto, todas elas apresentam grandes aspectos que são considerados comuns a todas.

O Plano Diretor como instrumento de planejamento e gestão promove o desenvolvimento institucional. Então fica claro que é necessário que os hospitais busquem conhecer sua realidade, saber qual o seu papel no contexto em que se situam; que variáveis externas impactam, positiva ou negativamente, no alcance da missão a que se propuseram; que competências ou que debilidades estão presentes no seu contexto interno que interferem no alcance dos resultados planejados.

A elaboração do Plano Diretor da Santa Casa de Caridade de Formiga (SCCF) busca atender a princípios e valores, para praticar e vivenciar sua missão no decorrer destes quatro anos para que possa desenvolver-se no sentido de atingir equilíbrio e sustentabilidade financeira.

O objetivo principal foi desenvolver uma ferramenta de gestão para que administradores, diretores, coordenadores e colaboradores pudessem utilizá-las no processo de organização da empresa SCCF, levando em conta suas forças e fraquezas.

O presente documento apresenta resultados do processo de trabalho ainda humilde, e procura, por meio das análises, diretrizes, estratégias e medidas de ação, apontadas em um planejamento dinâmico; portanto há necessidades de fortalecer o processo de gestão para torná-la integrada e participativa.

Objetivo geral

Nortear a gestão do Hospital Santa Casa de Caridade de Formiga nos próximos quatro anos, definindo diretrizes, metas, medidas de ação e indicadores de desempenho hospitalar que possibilitem o cumprimento da missão e da visão estratégica delineada para a instituição.

Metodologia

Para a realização deste trabalho, optou-se por uma pesquisa institucional que recebe tal denominação por caracterizar as atividades de investigação cujo objeto de estudo tem um caráter predominantemente comportamental (GONÇALVES, 2006).

Pesquisa teórica bibliográfica: leitura e estudo dos temas referentes a planejamento estratégico, a unidades administrativas de hospitais, a normas específicas referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), ao Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR) e leitura de artigos e textos distribuídos e recomendado no decorrer do curso pelos diversos professores e que estão mencionados na referência bibliográfica (GONÇALVES, 2006).

Pesquisa teórica documental: análise e avaliação dos documentos do hospital e do município. Pesquisa-Ação de caráter exploratório e descritivo: envolvendo de forma participativa os colaboradores do hospital, desde a mesa administrativa até os que executam diretamente as atividades; em encontros, seminários, oficinas, entrevistas, preenchimento de planilhas, entre outros. Foram pesquisadas as unidades, identificadas suas situações de força e pontos a ser aprimorados ou inovados, visando ao mapeamento da situação atual para a solução dos problemas existentes. Ao mesmo tempo, uma vez que a Santa Casa já atua com Planos de Ação Anuais desde 2005, foram também realizadas avaliações dos resultados das ações anteriormente propostas. E, visando contextualizar o ambiente externo atual em que o hospital está inserido e as diversas variáveis que interferem em sua ação, sejam elas econômicas, político-sociais, sejam elas legais, educacionais, culturais, foram feitas pesquisas junto às diversas esferas do poder que atuam no espaço macro e microrregional e no município, bem como em dados disponibilizados na internet.

O estudo foi realizado no Hospital Santa Casa de Caridade de Formiga, uma entidade privada, filantrópica e sem fins lucrativos; está estabelecida na Rua Dr. Teixeira Soares, 335, Centro, Formiga, Minas Gerais, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 20.499.893/0001-79, Inscrição Estadual – Isenta. Conta com o quadro de 261 colaboradores; o corpo clínico é composto por 48 médicos, que são autônomos e regidos pelo Conselho Regional de Medicina, sob responsabilidade do diretor clínico e de um diretor técnico, com 23 especialidades e 29 empresas conveniadas. A entidade tem 105 leitos ativos, sendo 60% destinados ao SUS, 33 apartamentos para convênio e particular e mais de 5.000 internações, 1.924 cirurgias e 1.440 partos ao ano.

Material e métodos

A revisão da análise dos ambientes interno e externo foi realizada por meio da matriz SWOT (acrônimo que tem origem em quatro palavras do idioma inglês: Força, Fraqueza, Oportunidade e Ameaças), seguindo como critério a atualização do Plano de Ação realizado em 2006. A sua realização foi feita por meio de Oficinas Internas para elaboração do Plano Diretor Hospitalar para o quadriênio 2007–2010, tendo a participação do grupo gestor, coordenadores de departamentos e convidados como gestores municipais da microrregião; e objetivou-se a construção do diagnóstico situacional do município e da instituição, bem como a revisão de qual é o negócio da Instituição, da missão, da visão estratégica e dos princípios e valores praticados e ou a ser implantados.

A escolha das áreas para realização das análises de ambiente interno e externo, por meio da planilha SWOT, teve como critério os gargalos ou nós críticos da instituição. A solução dessas dificuldades propiciará uma gestão profissionalizada e efetiva. Ao mesmo tempo foram identificados os Fatores Críticos de Sucesso da SCCF, também chamados de Determinantes de Sucesso, que servem de base para fortalecer a organização para o alcance das diretrizes e metas estratégicas que ela vai definir para si no planejamento estratégico. Alguns fatores críticos para o sucesso da empresa SCCF são: gestão profissionalizada, equilíbrio financeiro, qualificação e capacitação dos profissionais, processos internos mapeados, sistematizados e implantados, hotelaria hospitalar, entre outros.

Com base nessa análise institucional, foram elaboradas as estratégias globais de ação e uma análise de prioridades a ser incluídas. Para a análise das prioridades, utilizou-se a Metodologia GUT (ALMEIDA, 2005), que significa Gravidade, Urgência e Tendência. Seguindo o processo, foram avaliadas as situações colocadas em cada área chave sob seus aspectos de fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças, seguidas das estratégias de ação propostas. Outra ferramenta utilizada foi o diagrama de causa e efeito (ALMEIDA, 2005), ferramenta que tem por objetivo mostrar o estreito relacionamento entre as causas que influenciam ou interferem em determinado problema. Para tanto foi utilizado o *brainstorming*, que, traduzido, significa tempestade de idéias, em que todos os colaboradores da Santa Casa apontaram as razões para determinado problema e foram priorizadas as causas mais frequentes e consensuais do grupo para elaboração de um Plano de Ação, buscando resolver o problema pelo ataque à sua causa.

Para a construção dos Planos de Ação, foi utilizada outra ferramenta gerencial, o 5W 2H (ALMEIDA, 2005), que consiste na resposta a sete questões: *What* (o que?) – diz respeito ao que deve ser feito. *Why* (por quê?) – quer responder por que a ação é importante e o que se espera obter com sua realização. *How* (como?) – diz respeito ao modo pelo qual as ações serão executadas, aos recursos e tempo necessários e à viabilidade real da ação. *Who* (quem?) – aponta quem deve executar essa atividade ou quem vai responder pela sua execução, supervisão e avaliação dos resultados, identificando prazos, orçamento e qualidade de cada

etapa. Trata-se da identificação da pessoa que será responsável pela medida. *When* (quando?) – responde até quando, ou em que período de tempo, a ação será executada e completada. *Where* (onde?) – procura identificar um local ou área específica onde a ação irá ocorrer. *How much* (quanto custa?) – concerne aos recursos materiais, humanos ou outros necessários para sua execução – informações, relatórios, licenças, equipamentos, espaço, tecnologia, entre outros.

Resultados

Participação e construção do planejamento e Plano Diretor Hospitalar – duas linhas de intenção foram explicitadas pela direção para a implementação de um planejamento participativo na SCCF: organizar ações necessárias para melhorar o serviço prestado e democratizar a instituição, “mexendo” um pouco com os processos e pessoas. Após um primeiro processo de planejamento em que foram definidos a missão, a visão estratégica, os princípios e os valores do hospital, havia a necessidade de se construir um plano mais detalhado, que fosse o “Alcorão” da instituição. A aposta em um processo participativo de planejamento significa o reconhecimento de que não há homogeneidade de visões a respeito do trabalho no interior do hospital e de que os resultados do processo não são previsíveis porque há diferentes atores, com distintas intenções, objetivos e interesses.

Os encontros para a definição das linhas estratégicas do Hospital SCCF tiveram o momento da constituição do “projeto”. Essas linhas serviriam como balizadoras das discussões nas oficinas, clareando o caminho que se pretendia trilhar. Vale destacar que a primeira demanda da direção era a de elaboração de um Plano de Ação, o que, aliás, é comum nas organizações: em geral pensa-se em produzir planos antes de se produzirem projetos. E isso faz toda a diferença no momento da elaboração coletiva de um plano, pois partir para “o que fazer” é bem mais difícil quando não se sabe “o que se deseja”.

Foram realizados dois seminários, quatro oficinas, diversas reuniões e uma assembléia com o grupo gestor, provedor, administrador, os coordenadores de departamentos, gestores da microrregião, médicos do corpo clínico, sindicato, Conselho Municipal de Saúde e colaboradores; para se definir e validar as grandes diretrizes e linhas estratégicas da SCCF que expressassem a missão e o perfil do hospital. Essas diretrizes foram definidas em função da análise de ambientes interno e externo, estudando os pontos fortes, fracos, ameaças e oportunidades em função de novos desafios colocados para a gestão do hospital, como a inserção da SCCF no Sistema de Saúde e a descentralização da gestão.

A metodologia de planejamento aqui adotada tentou, ao mesmo tempo, conjugar a riqueza do processo, caracterizada pela democratização das discussões e envolvimento dos atores, com a efetividade do resultado, caracterizada pela construção de um Plano Diretor hospitalar capaz de fornecer ao hospital maior clareza dos objetivos, metas e ações a ser atingidos e os meios a ser empregados para tal.

Por isso, optou-se por uma adaptação do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que propõe uma tecnologia de intervenção na realidade que reconhece a existência de vários atores que planejam e admite a análise da realidade como situacional. Com esse trabalho foi construído o Plano Diretor da SCCF, que servirá para nortear e instrumentalizar a gestão nos próximos quatro anos rumo à sustentabilidade financeira e excelência na prestação de serviços em saúde aos seus usuários e colaboradores.

Considerações finais

Valendo-se da Constituição Federal de 1988, com a implantação do Sistema Único de Saúde, a política de saúde avançou em princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção.

A estrutura organizacional das instituições de saúde não pode ser mais expressa em organogramas quadrados e estanques, mas, sim, voltada para a atividade-fim da empresa ou do plano de trabalho do momento, e deve haver uma relação íntima entre administrar/gerenciar/supervisionar e trabalhar em equipe.

Sumariando, reconhecem-se as diversas dificuldades enfrentadas pelos administradores para o desempenho de suas atividades e relações, particularmente no âmbito hospitalar. Diante dessas dificuldades, o trabalho em equipe se apresenta em muitas ocasiões como uma "utopia", o que requer de todos muita sensibilidade e criatividade.

Para que a SCCF pudesse amadurecer e entender seu papel na rede de assistência foi de fundamental importância à implantação do PRO-HOSP como um novo paradigma para desenvolvimento dos hospitais.

Sabe-se que muito existe para ser feito, mas agora temos uma ferramenta fundamental que é o conhecimento da instituição, qual a razão de existir, o contexto onde está inserida, sua importância para a promoção da saúde da comunidade e região e onde queremos estar numa perspectiva de quatro anos.

Referências

ALMEIDA, A. M. *Planejamento e estratégia situacional*. Juiz de Fora: FEA/UFJF, 2005. (Apostila do Curso de Especialização e Capacitação de Gerentes Hospitalares.).

BERGAMINI, Cecília Whitaker. *Liderança: administração do sentido*. São Paulo: Atlas, 1994. 234 p.

BOFF, R. J. *Planejamento estratégico um estudo em empresas e instituições do Distrito Federal*. 156 f. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *ABC do SUS : doutrinas e princípios*. Brasília, 1990. 21 p.

BRASIL, Congresso Nacional. *Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília, DF.

CHANNE, Daniel de Freitas. *Hotelaria hospitalar, investir para sobreviver*. 2006. Disponível em: <<http://www.saúdebusiness.com.br>> Acesso em: 06 abr. 2006.

CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. *Planejamento estratégico: fundamentos e aplicações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 415 p.

DRUCKER, Peter F. *Introdução à Administração*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1991. 716 p.

DRUKER, Peter F. *O líder do futuro*. 9. ed. São Paulo: Futura, 2001. 316 p.

JÚNIOR, Heles Soares. *Estratégias Financeiras e Controles de Gestão*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Mimeo).

GONÇALVES, Raquel Quirino. *Metodologia Científica*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2006. (Mimeografado)

OLIVA, Flávio A.; BORBA, Valdir R. *BSC – Balanced Scorecard Ferramenta Gerencial para organizações Hospitalares*. São Paulo: Iátria, 2004. 284 p.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças de. *Planejamento Estratégico: conceitos, metodologia e práticas*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 303 p.

SERRA, Fernando; TORRES, M. Candida e Alexandre. *Administração Estratégica: conceitos, roteiro prático e casos*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002. 178 p.

TARABOULSI, Fadi Antoine. *Administração de Hotelaria Hospitalar: serviços aos clientes, humanização do atendimento, departamentalização, gerenciamento, saúde e turismo, hospitalidade*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004. 188 p.

TORRES, Silvana; LISBOA, Teresinha Covas. *Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar*; 2. ed. São Paulo: CLR Balieiro, 2001, 242 p.

O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) no Hospital Imaculada Conceição – Guanhães (MG): uma análise geral

Laires Cristina Amorim¹

RESUMO: Para discutir o impacto do PRO-HOSP no HIC, utilizou-se a análise dos PAMs apresentados pela Instituição durante as três competências do programa (2004 a 2007, além dos relatórios de janeiro/07 e o último trimestral [fev-abr/07]). Foram estudados levando em consideração a capacidade hospitalar e os principais indicadores de produção e produtividade. Os resultados mostram que a capacidade hospitalar de 101 leitos foi reduzida em 16%; a taxa de ocupação na clínica médica ficou sete pontos percentuais abaixo da meta pactuada; a média de permanência esteve acima da meta pactuada em todas as clínicas, impactando em 0,5% na meta geral. A taxa de mortalidade (5,61%) esteve abaixo do valor pactuado, que foi de 5,93%. A taxa de cesáreas (38%) dobrou em relação à meta pactuada, e, de infecção hospitalar esteve 0,9% acima da pactuação (2,7%). A taxa de atendimento ao paciente referenciado pactuada em 43% excedeu esse valor em quase 10%. Apesar de não terem sido ainda pactuados, estão sendo acompanhados: taxa de ocupação e média de permanência neonatais, as taxas de cesáreas em primíparas e de infecção cirúrgica. Para o HIC o impacto dos primeiros anos do PRO-HOSP mostram que esse programa é um sinônimo de oportunidade em múltiplos aspectos, demonstrando a viabilidade para continuar no próximo período 2007/2008, pois, mesmo frente à forte turbulência que se abateu sobre a instituição, foi possível melhorar qualitativamente a assistência e viabilizar fonte de dados, cálculo e controle dos indicadores, realizando o planejamento de medidas de intervenção.

PALAVRAS-CHAVE: PRO-HOSP; Plano de Ajustes e Metas; Relatório Trimestral; Capacidade Hospitalar; Indicador de Produção; Indicador de Produtividade.

Introdução

O município de Guanhães/MG tem uma população maior que 150.000 habitantes (sede, mais municípios regionais), estando em posição estratégica com acesso aos demais municípios da microrregião. Nele existe apenas um hospital (Hospital Imaculada Conceição – HIC), que presta serviços de urgência e emergência, com pronto atendimento nas áreas básicas, unidade de internação com leitos distribuídos entre as clínicas médica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica e ainda com ambulatório de especialidades. O HIC é filantrópico, mantido pela

¹ Enfermeira especialista em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Associação de Caridade Nossa Senhora do Carmo (ACNSC). Sendo referência regional, atende a usuários das microrregiões de Guanhães e Santa Maria do Suaçuí, num total de 23 municípios, correspondendo a aproximadamente 240 mil habitantes.

Em 2004, o HIC funcionava com 101 leitos com mais de 95% deles dedicados ao SUS. Por ser também referência microrregional foi assim inserido em um dos programas de investimento estruturantes do Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2003/2006 instituído pela Secretaria de Estado de Saúde, SES/MG, o Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais (PRO-HOSP).

Após visita da Vigilância Sanitária (VISA) em 2004, foi verificado que o hospital não oferecia as condições mínimas necessárias para uma assistência segura aos clientes (enfermarias com até oito leitos, ausência de banheiros em muitas delas, alguns leitos sem a distância mínima de segurança, piso poroso e até de madeira em algumas clínicas, lavanderia e o serviço de nutrição e dietética (SND) funcionando em precárias condições, entre outros aspectos específicos carentes de intervenção). Foi então exigida a readequação de sua área.

Dentro desse contexto, na primeira competência do PRO-HOSP (2004/2005), a finalidade dos recursos foi reconstruir os setores de lavanderia e SND, obra esta concluída em abril de 2007. Para melhor aproveitamento do espaço físico e ainda cumprindo outras determinações da VISA e contando com recursos adicionais, foi construído um centro para treinamento e educação permanente, até então inexistente, e a farmácia foi reformada e ampliada.

Na segunda competência do programa, os investimentos continuaram direcionados às áreas consideradas críticas do hospital, garantindo maior comodidade e segurança aos usuários; foram adquiridos até dezembro/06 equipamentos hospitalares. Em melhoria de gestão, com anuência da Comissão Intergestora Bipartite (CIB-Micro Guanhães/MG), em dezembro/06 foi realizada a compra e a instalação de mobiliários e equipamentos para o centro de treinamentos/educação permanente.

A terceira competência do programa buscou efetuar os investimentos necessários para equipar o SND e a lavanderia, construídos com recursos do primeiro PRO-HOSP. Quanto aos indicadores de produção, produtividade e resultados, para melhor ajustar os investimentos às melhorias pactuadas, o HIC solicitou ao Estado a prorrogação do prazo da pactuação da terceira competência, sendo aceito para agosto/07. Conforme o Plano de Ajustes e Metas (PAM) 2006/2007, têm sido realizados gastos com custeio (materiais e medicamentos) e compra de equipamentos, bem como investimentos em capacitação e melhoria de gestão.

Outro ponto importante nessa temática é o projeto do novo centro de diagnóstico a ser desenvolvido através de terceiros e, depois de aprovado, os serviços de mamografia, raios X, ultra-sonografia, endoscopia e ainda tomografia computadorizada (atualmente inexistente na região, diminuindo a eficiência do serviço), serão oferecidos aos usuários do SUS.

É evidente que as três competências do PRO-HOSP trouxeram, e ainda promovem, melhorias ao hospital. A coexistência de outros projetos autorizados pela SES/MG, como a reforma do pronto atendimento, com projeto de R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais), além de R\$ 320.000,00 (trezentos e vinte mil reais) em custeio, permitirá um atendimento mais humano e eficaz ao usuário interno e externo, além de equilibrar o débito da instituição.

A proposta deste artigo é discutir o impacto do Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais no Hospital Imaculada Conceição sobre a capacidade hospitalar e os principais indicadores de produção e produtividade ante a sua principal crise nesses últimos três anos. No desenvolvimento desta análise, procura-se o entendimento da dinâmica hospitalar do HIC dentro das três competências do programa, pontuando as perspectivas de melhora, as dificuldades encontradas e o desempenho da instituição diante dessa proposta de planejamento baseado em indicadores de qualidade e produtividade, buscando a reorganização dos processos produtivos focados nos princípios do SUS.

Desenvolvimento

Fundamentação teórica

Hoje, o Brasil conta com uma rede de serviço hospitalar construída e legitimada historicamente, detentora de uma realidade concreta operacionalizada dentro de um novo cenário sanitário e com diretrizes gerais para as políticas públicas de saúde em muito conflitantes com a prática desenvolvida nessas instituições. Não há como negar a existência de grandes dificuldades em fase de sua grande heterogeneidade co-relacionada em determinantes e determinados, em um ciclo vicioso que perpetua e até colabora para o agravamento dessas dificuldades (BRASIL, 2004). Logo, é indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumidos pelo nível hospitalar, somado a um modelo de organização da saúde hospitalocêntrico.

A problemática da atenção hospitalar no SUS vem se constituindo então em objeto permanente de análise da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), desde o primeiro semestre de 2003, quando da formação da atual equipe dirigente. Em Minas Gerais, entre as diretrizes da política de saúde do governo Aécio Neves, está a necessidade de realização de estudos estratégicos com o objetivo de avaliar resultados alcançados e subsidiar a revisão das políticas adotadas, promovendo um permanente intercâmbio entre execução, avaliação e re-orientação (MINAS GERAIS, 2005a).

Segundo Mendes (2005), a atenção hospitalar do SUS em Minas Gerais perpetua-se então em uma crise manifestada em várias dimensões que levam a um sistema hospitalar ineficiente e de baixa qualidade: a primeira dimensão da crise é da escala dos hospitais, que em 80% têm menos de 100 leitos, gerando enorme ineficiência no sistema; a segunda dimensão da

crise é a da baixa qualidade dos serviços prestados, que resulta da baixa densidade tecnológica e ausência de programas de qualidade; a terceira dimensão é expressa na baixa capacidade gerencial prevaiente e, por fim, a quarta dimensão da crise é o subfinanciamento, que decorre de baixos valores de remuneração dos serviços pelo SUS.

Baseado nesses resultados, o governo estadual já lançou programas de apoio à rede hospitalar, acenando para a necessária revisão da política hospitalar do Estado, que passará por uma definição de uma tipologia de hospitais e por uma estratégia de atenção hospitalar formulada em consonância com o novo Plano Diretor de Regionalização de 2003 (MINAS GERAIS, 2005b).

O PRO-HOSP constitui um dos quatro programas prioritários da saúde do Estado de Minas, cujo objetivo é aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços hospitalares, preenchendo ainda os vazios assistenciais da atenção hospitalar nas 75 microrregiões e 13 macrorregiões do Estado, inserindo os hospitais nas redes integradas de saúde e atendendo satisfatoriamente às demandas da população (MINAS GERAIS, 2003). Suas diretrizes bases permeiam a transparência e participação; estratégias contínuas de investimento; equidade; seletividade; complementaridade; solidariedade e cooperação e contratualização de compromissos.

Então, envolvidos com o financiamento adicional, a contratação de metas, o plano de trabalho de investimentos na média complexidade (específicos às necessidades de cada região), o curso de Gestão Hospitalar e a elaboração do Plano Diretor do Hospital estarão os gestores protagonistas e as Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS) desenvolvendo coordenação e supervisão, os Conselhos de Saúde exercendo o controle social, os hospitais e consórcios em parceria na prestação de serviços e o controle externo, exercido pelo Ministério Público.

Metodologia

Este é um trabalho de natureza quantitativa, no qual foram utilizados o raciocínio indutivo e procedimentos estatísticos na apresentação e discussão dos resultados. Foram tomados como base para este estudo os Planos de Ajustes e Metas apresentados pelo HIC durante as competências 2004/2005, 2005/2006 e 2006/2007, o relatório de janeiro/07 e o último relatório trimestral do programa (fev.-abr./07). Os dados do estudo foram apresentados por meio de tabelas e números percentuais, e os resultados discutidos com base na literatura e na reflexão dos achados tendo em vista a realidade histórica por que atravessa o HIC.

Resultados e discussão

Capacidade hospitalar

Com a inserção do hospital no PRO-HOSP, o Plano de Ajustes e Metas elaborado e contratado apresentou dados nem sempre coerentes com a realidade da instituição. Conforme

explicitado anteriormente, os 101 leitos oferecidos eram inadequados, por não oferecerem as condições básicas exigidas pela VISA para prestar uma assistência de qualidade.

Analisando-se o PAM da primeira competência, verifica-se que o HIC dedicava mais de 95% de seus leitos ao SUS. Hoje, após readequações exigidas pela VISA e devido à realidade da dinâmica hospitalar e às obras do PRO-HOSP, a instituição dedica mais de 92% de seus 90 leitos operacionais ao SUS, ainda atendendo à meta pactuada que é de pelo menos 60%.

A seguir estão relacionadas a capacidade hospitalar em leitos operacionais apresentadas no PAM 2004/2005 e os descritos nos relatórios de janeiro/07 e no último relatório trimestral de fevereiro a abril/07.

Tabela 1: Leitos operacionais do HIC até dez/06. Fonte: PAM do HIC 2004/2005.

Clínica	Leitos operacionais		
	Privado	SUS	% SUS
Médica	2	29	93,55
Pediátrica	1	25	96,16
Cirúrgica	1	29	96,67
Gin./Obst.	1	12	92,31
Isolamento	-	1	100
Total	5	96	95,05

Fonte: PAM do HIC 2004/2005.

Tabela 2: Leitos operacionais do HIC a partir de jan/07.

Clínica	Leitos operacionais		
	Privado	SUS	% SUS
Médica	1	20	95,46
Isolamento	-	1	
Pediátrica	1	18	94,74
Cirúrgica	3	22	88,0
Gin./Obst.	1	13	92,86
Neonat.	-	6	100,0
Total	6	79	92,94

Fonte: Relatório do PRO-HOSP do HIC, jan./07.

Tabela 3: Leitos operacionais do HIC a partir de fev/07.

Clínica	Leitos operacionais		
	Privado	SUS	% SUS
Médica	2	24	92,30
Isolamento	-	1	100
Pediátrica	1	19	9,0
Cirúrgica	2	22	91,67
Gin./Obst.	2	11	84,62
Neonat.	-	6	100
Total	7	83	92,22

Fonte: Relatório Trimestral do PRO-HOSP do HIC, fev.-abr./07.

No relatório de janeiro/07 (TAB. 2) foram descritos 16 leitos desativados em decorrência das reformas e ampliações provenientes das obras previstas no PRO-HOSP e exigências da Vigilância Sanitária. Com a implementação do novo sistema de *software*, os leitos foram recadastrados e redefinidos, melhorando sua operacionalização para os diversos fins; para melhorar a coleta de dados e informações para o planejamento estatístico, os leitos da pediatria foram subdivididos entre esse setor e o berçário, mantendo o mesmo número total de leitos apresentado para tal setor no PAM da terceira competência do PRO-HOSP. Nos últimos três meses, foram reativados 5 leitos, conforme descrito na TAB. 3, restando 11 leitos a ser reativados a partir da transferência da farmácia para a área já construída e da ampliação da área física do segundo pavimento sobre as obras da primeira competência do PRO-HOSP (no terraço da lavanderia e SND), obra essa na dependência da execução do Plano Diretor de Investimento.

Taxa de ocupação¹⁵²

A pactuação na primeira competência do PRO-HOSP foi realizada sobre dados pouco fundamentados na realidade dos serviços prestados. O censo hospitalar, base importante de toda a estatística consultada, não era realizado conforme a Portaria SAS/GM nº 312, de maio/02, comprometendo todos os indicadores relacionados; 16 dos 101 leitos estavam desativados, principalmente pelas exigências da VISA e pelas obras em andamento, mas, no cálculo dos indicadores, eram computados como operacionais. Como resultado, a série histórica utilizada não condizia à realidade; logo, os valores pactuados seriam difíceis de ser cumpridos.

Outro fator agravante foi a forte crise política, financeira e econômica que o HIC atravessou principalmente nos últimos dois anos de administração centralizada pelo CISCEN (que levou à mudança da diretoria-geral por cinco vezes, dificultando muito a execução

das metas pactuadas no PRO-HOSP, além dos períodos de greves/paralisações das atividades médicas sobre os atendimentos de não-urgência, prejudicando a assistência aos 23 municípios de referência e resultando na queda da produtividade e do faturamento hospitalares em cerca de 50%, contraindo uma dívida em torno de dois milhões de reais), o que diminuiu a confiabilidade dos gestores municipais e do usuário sobre a instituição, conseqüentemente diminuindo as taxas de ocupação hospitalar.

A partir de novembro/06, após a Associação de Caridade Nossa Senhora do Carmo assumir a direção do hospital, com o andamento das negociações realizadas com as prefeituras dos 23 municípios atendidos e o conseqüente aumento da credibilidade sobre as mudanças propostas, as reformas e o atendimento assistencial efetivo, a taxa de ocupação hoje apresentada vai aumentar.

Abaixo estão apresentadas as taxas de ocupação do HIC sobre os 83 leitos operacionais dedicados ao SUS nos meses de fev-abr/2007 em relação à meta pactuada no PAM da terceira competência do PRO-HOSP.

Tabela 4 – Taxa de ocupação geral e por clínica do HIC no trimestre fev-abr/07 em relação à meta pactuada no PAM 2006/2007.

Taxa de ocupação	Fev-abr/07 (%)	Meta pactuada (%)
Clínica médica	47,94	55,00
Clínica pediátrica	55,22	52,00
Clínica cirúrgica	50,02	50,00
Clínica gineco/obstetrícia	84,76	65,00
Geral	59,49	61
Neonatologia	19,05*	-

* A taxa de ocupação neonatal está sendo acompanhada, apesar de não ter sido ainda pactuada.

Fonte: Relatório Trimestral de Acompanhamento do PRO-HOSP 2206/2007 do HIC de fev-abr/07.

A taxa de ocupação foi alcançada em todas as clínicas, salvo na clínica médica, que ficou sete pontos percentuais abaixo da meta pactuada, o que pode ser explicado pela sazonalidade de internação dos clientes desse setor, geralmente idosos internados por problemas respiratórios, em menor número nesse período do ano. A média geral ficou cerca de 1,5 pontos abaixo da meta pactuada; um ponto a ser considerado é a utilização de enfermarias com mais de um leito para apenas um cliente em função de quadro clínico que necessita de isolamento (tuberculose, HIV, hepatite, feridas infectadas, cirurgias contaminadas), casos esses freqüentes na instituição.

Média de permanência

Assim como a taxa de ocupação, a média de permanência também foi pactuada sobre uma média histórica infiel à realidade. Esse indicador esteve acima da meta pactuada em todas as clínicas no último trimestre (fev-abr/07), impactando em meio ponto percentual na meta geral.

Tabela 5 – Tempo médio de permanência geral e por clínica do HIC de fev-abr/07 em relação à meta pactuada.

Tempo médio de permanência (dias)	Fev/mar/abr/07 (%)	Meta pactuada (dias)
Clínica médica	4,49	4,00
Clínica pediátrica	4,04	3,50
Clínica cirúrgica	3,15	3,00
Clínica gineco/obstetrícia	2,53	1,70
Geral	3,55	3,05
Neonatologia	3,63*	9,0

* O tempo médio de permanência neonatal está sendo acompanhado, apesar de não ter sido ainda pactuado.

Fonte: Relatório Trimestral de Acompanhamento do PRO-HOSP 2006/2007 do HIC de fev-abr/07.

Isso se pode justificar: o HIC ser referência às necessidades de uma microrregião, acabando por receber os casos de maior complexidade; e ainda clientes que estavam em hospitais com menor complexidade e foram transferidos para o HIC, bem como as recentes dificuldades de fixação do profissional médico e do acompanhamento do cliente por um só profissional médico durante sua internação são fatores que impactam direta e indiretamente nesse indicador. O aumento do número de cesáreas é outro fator importante no aumento específico do tempo médio de permanência na gineco/obstetrícia.

Esforços têm sido feitos com a implantação e implementação das Comissões de Verificação de Prontuário, Ética Médica, Comitês de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, com o processo de elaboração e implantação de protocolos clínicos, a negociação para regularizar o acompanhamento médico dos clientes durante a internação, entre outros.

Taxa de mortalidade

A taxa de mortalidade referente a fev-abr/07 (5,61%) esteve abaixo do valor pactuado, que foi de 5,93%. Certamente as importantes mudanças advindas com o PRO-HOSP e a nova administração foram fatores determinantes para esse sucesso.

Outros indicadores

Tabela 6 – Taxas de atendimento ao paciente referenciado, cesáreas, infecção hospitalar e infecção cirúrgica do HIC de fev-abr/07.

Outros indicadores	Fev/mar/abr/07 (%)	Meta (%)
Taxa de atendimento ao paciente referenciado*	53,21	44,00
Taxa de cesáreas	38,2	19,00
Taxa de cesárea primípara	48,0**	-
Taxa de infecção hospitalar	3,6	2,7
Taxa de infecção cirúrgica	1,9***	-
Taxa de infecção em UTI	-	-

* Este indicador envolve todos os municípios das microrregiões de Guanhães e Santa Maria do Suaçuí (Água Boa, Cantagalo, Carmésia, Conceição do Mato Dentro, Divinolândia de Minas, Dom Joaquim, Dolores de Guanhães, Frei Lagonegro, José Raydan, Materlândia, Paulistas, Peçanha, Rio Vermelho, Sabinópolis, Santa Maria do Suaçuí, São João Evangelista, São Sebastião do Maranhão, Senhor do Porto, Serra Azul de Minas e Virgíópolis) que referenciam para Guanhães/MG.

** A taxa de cesárea em primíparas está sendo acompanhada, apesar de não ter sido ainda pactuada.

*** A taxa de infecção cirúrgica está sendo acompanhada, apesar de não ter sido ainda pactuada.

Fonte: Relatório Trimestral de Acompanhamento do PRO-HOSP 2206/2007 do HIC de fev-abr/07.

A taxa de cesáreas apresentou um aumento nesse período. O fato de o HIC ser referência às necessidades de uma microrregião, acabando por receber os casos de maior complexidade, muitas vezes implica aumento absoluto do número de cesáreas; e ainda as clientes que estavam em hospitais com menor complexidade e após certo período são transferidas ao HIC, a baixa cobertura e efetividade da atenção básica em boa parte da microrregião (caracterizada ainda por um baixo índice de desenvolvimento humano), bem como as recentes dificuldades de fixação do profissional médico e a inexistência de protocolo clínico para o setor são fatores que podem justificar o aumento desse indicador.

Contudo, muitas intervenções ainda são necessárias e estão em andamento. O trabalho de conscientização dos obstetras, o processo de elaboração e implantação dos protocolos clínicos, a manutenção de um médico acompanhando as prescrições da clínica obstétrica, bem como as atividades do Programa Viva a Vida (Comitês de Investigação de Óbitos Materno e Infantil) são fundamentais para melhorarmos esse indicador e já refletiram na diminuição significativa da mortalidade neonatal precoce, que em janeiro foi de 4,54% e no último

trimestre caiu para 1,45%. Tem sido discutido também um processo de contra-referência às Secretarias Municipais de saúde por parte dos Comitês de Investigação de Óbitos Materno e Infantil, no que se refere ao acompanhamento dos indicadores e das causas de complicações (como a identificação do acompanhamento pré-natal inadequado, gestante adolescente e de alto risco, desnutrição infantil e materna).

Há o projeto de redirecionamento dos atendimentos da gineco/obstetrícia para a mesma área da maternidade, visando a um atendimento mais imediato, acolhedor e humanizado à gestante e ao seu acompanhante, além de treinamentos com a equipe assistencial com vistas a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos. A área do berçário e a do posto de enfermagem estão sendo readequadas, buscando atender às exigências da Vigilância Sanitária.

A taxa de infecção hospitalar esteve 0,9 pontos acima da meta pactuada. Isso pode ser justificado pelo aumento em mais de 50% das notificações pelos profissionais médicos. A atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, por meio da realização de busca ativa e passiva dos casos de infecção, divulgação dos indicadores, recente treinamentos e educação continuada com toda a equipe hospitalar, tem sido fundamental com vistas a diminuir esse indicador em longo prazo.

Considerações finais

A despeito da complexidade dos problemas tal como demonstrado anteriormente, é possível identificar elementos propulsores à implementação de alterações para superar os obstáculos identificados.

De modo geral, as melhorias advindas com o PRO-HOSP contribuirão dentro desse contexto para a construção de ferramentas de racionalização dos processos de gestão da instituição, melhor alocação dos recursos disponibilizados, incremento na capacitação sistemática do pessoal técnico, busca do equilíbrio financeiro da instituição, atendimento eficiente, com qualidade e resolutividade, além da manutenção da instituição no mercado em condições de competitividade e perpetuidade.

O Hospital Imaculada Conceição, que pertence à Microrregião de Guanhães/MG, presta serviços de grande relevância aos municípios que dela fazem parte. O impacto dos primeiros anos do PRO-HOSP mostram que esse programa é um sinônimo de oportunidade para o HIC em múltiplos aspectos, demonstrando a viabilidade para continuar no próximo período 2007/2008, já que, mesmo diante da à forte turbulência que se abateu sobre a instituição, principalmente nos anos 2005 a 2006, foi possível melhorar qualitativamente a assistência e viabilizar fonte de dados, cálculo e controle dos indicadores (taxas de cesáreas, infecção hospitalar, ocupação, atendimento ao paciente referenciado, média de permanência, entre outros), viabilizando o planejamento de medidas de intervenção.

Sendo assim, é determinante a presença do Estado que, por meio deste programa e da participação direta da SES/MG pela Gerência Regional de Saúde/Itabira e do apoio dos gestores

dos municípios atendidos, permitiu ao HIC buscar as bases para reerguer a instituição, caminhando paulatinamente para uma melhora efetiva da qualidade da assistência e para o aumento da oferta de serviços ao usuário do SUS.

A partir do cumprimento das exigências do PRO-HOSP, o HIC pôde perceber a real necessidade de saúde das microrregiões de Guanhães e Santa Maria do Suaçuí por meio da identificação das doenças mais prevalentes, da característica de ser referência para traumatologia e cirurgias eletivas, além da assistência voltada à atenção neonatal e infantil, principalmente de alto risco, apesar da instituição não ser credenciada para esses atendimentos.

Agradecemos a iniciativa do Governo do Estado de Minas Gerais em proporcionar melhorias aos hospitais pelo PRO-HOSP, reforçando as políticas de um atendimento humanizado e igualitário para os usuários do Sistema Único de Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. 2004*. Brasília: MS, 2004.




MENDES, Eugênio Vilaça. A atenção hospitalar pública em Minas Gerais. In: I Seminário Estadual do PRO-HOSP: Fortalecimento da Regionalização da Saúde em Minas Gerais. *Anais do I Seminário do PRO-HOSP*. Belo Horizonte: SES, out. 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Acessória de assuntos estratégicos. *O Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS em Minas Gerais: PRO-HOSP*. Belo Horizonte: SES, 2003. Nota Técnica 9p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Caracterização da Rede Hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: Estudos de Políticas de Saúde e de Avaliação Econômica do SUS-MG*. Serviços Hospitalares n. 3. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, ago. 2005a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano diretor de regionalização 2003/2006: PRO-HOSP. In: I Seminário Estadual do PRO-HOSP: Fortalecimento da Regionalização da Saúde em Minas Gerais. *Anais do I Seminário do PRO-HOSP*. Belo Horizonte: SES, out. 2005b.





PRO-HOSP: a experiência de construção do Plano Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga num contexto de descontinuidade político-administrativa

Marilene Socorro Altina¹

Samuel José Gomes²

RESUMO: A descontinuidade político-administrativa brasileira é um fator a ser analisado com profundidade pelas instituições democráticas brasileiras e pela sociedade civil organizada, na perspectiva de que os projetos que envolvem definições e estruturação desses setores não sofram os efeitos de interesses político partidários, mas tenham a garantia de um modelo de Estado que assegure a efetivação desses projetos, de forma a possibilitar a melhoria do acesso e efetivação das políticas públicas envolvidas.

PALAVRAS-CHAVE: Administração; Plano Diretor; hospital.



Introdução



No Brasil, durante décadas, vivenciamos o modelo tecnoassistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, supervalorizando a organização hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimento na área de saúde e realizando ações de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.

A supervalorização das unidades hospitalares enquanto espaço do conhecimento tecnológico e resolutivo do ponto de vista dos usuários – disponibilidade de um rol de procedimentos dentro de uma mesma unidade de saúde – levou esses serviços a se tornarem fragmentados, sem qualquer integração com os sistemas de saúde e com baixa qualidade dos serviços prestados.

A realidade da atenção hospitalar é resultante de um processo histórico com vários determinantes inter-relacionados, tais como modelos de organização e gestão em saúde, perfis epidemiológicos, práticas assistenciais, valores e representações sociais dos usuários em relação à instituição hospitalar, orientação política para a área hospitalar fragmentada e inespecífica, além da falta de vontade política dos gestores de saúde no País.

¹ Administradora – Pós-graduada em Gestão de Sistemas de Saúde pela UFMG; pós-graduada em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG); pós-graduada em Administração de Recursos Humanos pela Fundação João Pinheiro; consultora dos municípios de Rio Acima e Nova Lima – MG.

² Assistente social – Pós-graduado em Gestão de Sistemas de Saúde pela UFMG; pós-graduado em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG); gestor público no município de Contagem – MG.



Diante da conformação dessa realidade, o Estado de Minas Gerais discutiu a necessidade de (re)construção de uma política para o setor hospitalar em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e com as necessidades e demandas das regiões assistenciais. Como resultado instituiu-se o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Minas Gerais (PRO-HOSP), podendo participar do programa os hospitais públicos e filantrópicos.

O PRO-HOSP é um dos quatro programas prioritários da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais integrando o Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência, que contribuiu para a mudança das unidades hospitalares em todos os seus aspectos, tendo como resultado o fortalecimento da rede hospitalar.

O PRO-HOSP se fundamenta no estabelecimento de compromissos entre o hospital e a SES/MG. Esses compromissos são firmados mediante um contrato no qual a Secretaria incentiva financeiramente a melhoria da qualidade dos estabelecimentos beneficiários e os hospitais se comprometem, em contrapartida, a promover a melhoria da qualidade com o cumprimento de metas preestabelecidas pelo contrato.

A elaboração do Plano Diretor é uma das metas estabelecidas pelo PRO-HOSP e pactuada pela instituição hospitalar mediante assinatura do termo de compromisso junto à Secretaria Estadual de Saúde – MG, documento que o Hospital Municipal de Ipatinga assinou em 2004.

O município de Ipatinga está hoje na condição de gestão plena do sistema municipal e, portanto, assume diante do sistema e da população responsabilidades que envolvem não apenas a população do território municipal, mas também a massa populacional de uma região assistencial constituída de cerca de 550.000 habitantes, para a qual é referência em atendimentos de média e alta complexidade, o que demanda um considerável volume de leitos para internação, daí a inclusão do Hospital Municipal de Ipatinga no PRO-HOSP.

Em 2004 o projeto político que estava vigente no município havia 16 anos foi derrotado nas eleições municipais, dando lugar a outro com uma visão político-ideológica completamente divergente daquela, estabelecendo-se assim um novo marco de planejamento e ações para os vários setores da gestão municipal, principalmente o da saúde.

Segundo Cunha & Santos (2004), “A primeira atitude ao se assumir a gestão de um serviço de saúde, no caso o Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal, é tentar fazer uma ‘reforma administrativa’ para inaugurar uma administração que vai fazer tudo diferente e precisa enterrar o passado, como se tudo o que se fez até o momento estivesse errado e nada pudesse se aproveitado.”

Essa afirmativa é o retrato fiel da visão da maioria dos pretensos governantes de nosso País e tem trazido incalculáveis prejuízos à implementação das políticas públicas brasileiras, o que nos leva a uma reflexão do tema proposto sob a ótica das dificuldades técnico-profissionais frente ao aparelho de Estado e sua descontinuidade político-administrativa.

Nossa vivência dentro do SUS remonta há mais de uma década como protagonistas de governos anteriores, tendo o privilégio de ver o nascimento do SUS municipal na década de

1990 e as profundas transformações promovidas na sua implementação, não apenas como uma política pública de saúde, mas também como processo do desenvolvimento de uma consciência de cidadãos de direito com a introdução do controle social.

Essa vivência culminou, em 2004, com a nossa indicação pelo gestor municipal do SUS ao curso de Especialização em Gestão Hospitalar do PRO-HOSP, ministrado com eficiência pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais como parte dos investimentos previstos no PRO-HOSP. O curso tinha como uma das metas pactuadas pelo município a elaboração ou revisão do Plano Diretor hospitalar.


A nossa experiência ao elaborar o Plano Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga, diante da descontinuidade político-administrativa vigente, só não teve maiores conseqüências negativas pela coerência da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, que teve o compromisso com a proposta de uma concepção de Estado, e não de governos partidários, frustrando a tentativa inicial de nossa substituição no curso, e pela habilidade de nosso professor-orientador, o qual nos levou a retomar a reflexão de que o trabalho até então pensado e proposto teria alcance para além de um, dois ou dez anos.

Nesse processo, entre as várias metodologias avaliadas para a elaboração do Plano Diretor, a pretendida inicialmente por nós e pelo professor-orientador foi a do Planejamento Estratégico Situacional (PES), a qual demanda um enorme envolvimento do conjunto dos atores profissionais e gestores envolvidos no sistema em análise e revisão, o que não foi possível dada a conjuntura política daquele momento, sendo que a reflexão acerca de tudo isso nos fez levar a termo o trabalho pelo nosso compromisso ético e profissional com o projeto do SUS e com sua população usuária.

Com os esforços acima mencionados, ainda conseguimos estabelecer um mínimo de envolvimento do colegiado gestor da Secretaria Municipal de Saúde, promovendo, inicialmente, a apresentação da proposta geral do PRO-HOSP, posteriormente, o projeto do Plano Diretor e, finalmente, a minuta do documento final elaborado com base no nosso conhecimento da instituição; e dos sistemas municipal e regional de saúde, produtos esses que, apesar de compartilhados e submetidos à avaliação e críticas, não encontraram a caixa de ressonância necessária e esperada.

Fruto de todo esse contexto de descontinuidade político-administrativa, o Plano Diretor do Hospital Municipal de Ipatinga não foi objeto de apreciação por parte do Conselho Municipal, numa prova de que a formação política dos seguimentos sociais organizados da saúde ainda carece de um maior investimento, que precisa ser realizado de forma descolada do aparelho de Estado, haja vista a forte propensão dos governos em cooptar esses movimentos, inclusive no seu processo de constituição e formação.

Fica aqui registrada essa reflexão baseada em uma experiência vivenciada no âmbito do SUS, na expectativa de que seja registrada nos anais dessa belíssima história de luta por uma sociedade mais equânime e justa, com direito assegurado a todos, como é o projeto em construção do Sistema Único de Saúde.






Registramos também a nossa esperança de que consigamos promover o desenvolvimento e a implementação de uma política pública de saúde que seja de Estado, e não de governos, e que as questões a ela vinculadas não sejam fragmentadas pela descontinuidade político-administrativa em qualquer nível da gestão pública do SUS.

Referências

CUNHA, Rosani Evangelista da; SANTOS, Fausto Pereira dos. *Cadernos Planejamento e Gestão em Saúde*. Brasília: MS, 2004. (Caderno 2)

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Manual do Programa de fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG*. Belo Horizonte, 2006.





Gestão Integrada, desenvolvimento e sustentabilidade do Hospital Monsenhor Horta por meio do planejamento contínuo

Elaine do Carmo de Lima¹

Elizabeth da Silva²

Kátia Ferreira Costa Campos³



RESUMO: Este estudo trata da elaboração do Plano Diretor da Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Monsenhor Horta e compreende um dos compromissos do contrato de gestão celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, por meio do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), e o Hospital. Com o objetivo de contribuir para a regionalização da assistência à saúde e melhoria da qualidade do atendimento aos usuários da Microrregião Itabirito e Macrorregião Centro, o plano prioriza ações relacionadas ao desenvolvimento de políticas, ao planejamento estratégico e à organização da sistemática de governo da instituição. Para a sua elaboração foram utilizadas as metodologias de Pesquisa-ação, pesquisa bibliográfica e análise documental da instituição, sendo feito o levantamento do contexto da saúde pública e da situação da assistência à saúde no Brasil, enfatizando a assistência hospitalar, levantamento de dados estatísticos relacionados à instituição e análise dos ambientes interno e externo. Como metodologia de planejamento foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Análise SWOT, que culminaram no estabelecimento de estratégias e operações para o cumprimento das metas pactuadas – que ainda não foram alcançadas. Considerou-se esse estudo de grande importância, uma vez que propiciou o conhecimento detalhado da instituição, caracterizando o seu papel dentro da macrorregião e da microrregião, além de tornar possível a criação de uma cultura de planejamento na instituição, pelo monitoramento e avaliação periódica da assistência e conseqüente adequação das ações e estratégias propostas no plano de ação desenvolvido.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitais; saúde pública; planejamento estratégico.

Introdução


O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), uma das mais importantes ações programáticas do governo estadual no âmbito da assistência hospitalar, foi implantado na Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Monsenhor

¹ Médica ginecologista, diretora técnica da Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Monsenhor Horta.

² Gerente do Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) da Horta Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Monsenhor Horta.

³ Professora orientadora da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG).





Horta, localizado na cidade de Mariana (Macrorregião Centro, Microrregião de Itabirito), em maio de 2005. Desde então, a instituição vem se reorganizando para se adequar ao propósito principal do programa, que é consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais por meio de um termo de compromisso de gestão celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde, os hospitais beneficiários e os gestores locais.

Desse compromisso de gestão celebrado, vale ressaltar que, além das ações voltadas para o cumprimento das metas pactuadas para promoção da melhoria da qualidade do atendimento, resultou também a elaboração de um Plano Diretor que prioriza as ações relacionadas ao desenvolvimento de políticas, ao planejamento estratégico e à organização da sistemática de governo da instituição.

Em nosso país parecem ser poucos os estudos voltados para a área hospitalar no que se refere à gestão. Desde a criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, muito se avançou em termos de políticas de descentralização dos serviços e da criação de mecanismos que promovam o acesso universal para a atenção básica à saúde. Porém, segundo La Forgia (2003), questões relacionadas à qualidade e à eficiência, especialmente de hospitais, ainda não foram adequadamente enfrentadas. Esse problema parece estar relacionado ao fato de os governos – federal, estadual e municipal – não investirem recursos financeiros suficientes para assumir o princípio constitucional de que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo assim o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, mesmo sendo considerados de relevância pública.

Ao longo da história da saúde pública no Brasil, verifica-se que as ações excludentes, hospitalocêntricas, vêm assumindo um caráter mais centrado no coletivo, na tentativa de garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. E assim foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído pelo conjunto das ações e serviços de saúde sob gestão pública, organizadas em redes regionalizadas e hierarquizadas e atuando em território nacional com direção única em cada esfera de governo: o Ministério da Saúde no âmbito da União e as Secretarias de Saúde ou órgão equivalente no âmbito dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios (POLIGNANO, 2001).

Contextualização

Para a contextualização do presente estudo foi realizado breve levantamento bibliográfico abordando o Sistema Único de Saúde, regionalização e hierarquização no SUS, Programação Pactuada Integrada (PPI), Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG e Plano Diretor de Regionalização (PDR), por ser conhecimentos fundamentais para a sua realização.

E para a contextualização acima referida incia-se a breve revisão bibliográfica, compreendendo a efetivação da saúde como direito universal e desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso país, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia, cabendo a esse

sistema a tarefa de promover e proteger a saúde, garantido atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa.

Nesse sentido, a atual legislação brasileira define saúde como resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como a alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais, caracterizando o SUS como o modelo de assistência que na sua origem e ideologia tem como premissa a atenção global, com saúde privada e pública alinhadas em busca do bem comum.

Para o alcance desse modelo de assistência, o SUS utilizou-se da regionalização e hierarquização, em que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida (CADERNO DE SAÚDE, 1998).

O modelo de regionalização adotado em Minas Gerais estabelece uma nova divisão para a gestão da saúde pública, sendo o Estado dividido em 13 macrorregiões e 75 microrregiões, favorecendo assim a realização e efetivação da regionalização.

Essa regionalização tem suas exigências em cumprimento à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-01/2001). Segundo a Portaria GM 399 (BRASIL, 2006), ela é uma diretriz do SUS e um eixo estrutural do pacto de gestão que deve orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores, sendo os principais instrumentos de planejamento da regionalização o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da atenção em saúde (PPI) (BRASIL, 2006).

A PPI, de acordo com a Portaria 399 (BRASIL, 2006), é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores, deve também explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

Nesse contexto, também é necessário salientar que o êxito das políticas públicas depende de diversos fatores, entre eles é fundamental o conhecimento da realidade para a definição do conteúdo e da gestão dos programas de utilidade pública. Fundamentar o conhecimento na realidade concreta, ou seja, nas circunstâncias em que as pessoas vivem cotidianamente, centrando a atenção na pessoa e em suas experiências de vida, permite maior eficiência de atuação e nova forma de intervenção, capaz de valorizar os aspectos positivos e as tentativas de resposta às necessidades já construídas pela pessoa e por sua comunidade. Fortalecer essas tentativas pode então representar uma decisão importante e inovadora no panorama dos programas públicos.

É com base nessa idéia que se institui o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), por meio da Resolução SES-MG n.º 0082 de 16 de maio de 2003, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais e consolidar a oferta da atenção hospitalar nos



pólos macro e microrregionais por meio de um termo de compromisso de gestão celebrado entre a Secretaria Estadual de Saúde, os hospitais beneficiários e os gestores locais.

Nesse termo de compromisso o hospital se compromete a atingir um conjunto de metas quantitativas e qualitativas; o Hospital Monsenhor Horta tem priorizado a elaboração de protocolos clínicos pela equipe multiprofissional como ferramenta de educação permanente, a fim de possibilitar a melhoria da prática assistencial e da qualidade da decisão de seus profissionais com recomendações claras, diminuindo por conseguinte a variação na prática clínica e a redução de custos. Vale ressaltar que os protocolos são de suma importância para a efetivação do processo de gestão da clínica na instituição, caracterizada como o conjunto de instrumentos tecnológicos que permitem integrar verticalmente os diversos pontos de atenção para conformar uma rede capaz de prestar a atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo e com a qualidade certa (MENDES, 2002).

O Hospital Monsenhor Horta está localizado no município de Mariana, o qual possui uma população estimada de 52.054 habitantes (IBGE, 2005), área de 1.193 km² e economia baseada principalmente na extração e beneficiamento de minério de ferro. Foi fundado em 16 de julho de 1696 e localiza-se na Zona Metalúrgica (Quadrilátero Ferrífero) a 110 Km de Belo Horizonte. Mariana é parte integrante, juntamente com os municípios de Ouro Preto e Itabirito, da Microrregião Itabirito, que apresenta uma população de 162.230 habitantes e área territorial de 2.981 Km², conforme estimativa do IBGE (2005). Por sua vez, essa microrregião está inserida na Macrorregião Centro, composta por 106 municípios e 5.693.057 habitantes, agrupados em 13 microrregiões.

Fundado em 8 de novembro de 1970, o Hospital Monsenhor Horta, em 1985, por deliberação de assembléias, foi doado à Sociedade Beneficente São Camilo, e atualmente possui área de 4.709 m² com 62 leitos ativos, sendo 51 destinados ao SUS, e com média mensal de 1.300 consultas ambulatoriais, 3.500 atendimentos de urgência, 1.000 exames de Raios-X, 4.000 exames laboratoriais e 250 internações, o que gera 78,36% de atendimentos ao SUS. Na área de recursos humanos apresenta um quadro de 218 funcionários, subdivididos nas categorias empregatícias da Convenção de Leis Trabalhistas (CLT) e terceirizados.

Nesse sentido, o Plano Diretor em questão apresenta como objetivo principal contribuir para a regionalização da assistência à saúde e melhoria da qualidade do atendimento aos usuários da Microrregião Itabirito e da Macrorregião Centro, assegurando resolutividade na média e na alta complexidade.

Desenvolvimento

Baseando-se nas metodologias de pesquisa-ação, pesquisa bibliográfica e levantamento de referencial documental, o grupo gestor do Hospital Monsenhor Horta, composto por uma equipe multidisciplinar, elaborou o plano de ação da instituição durante as reuniões realizadas no hospital.

Inicialmente, o grupo partiu do pressuposto de que era necessário, antes de se iniciar o planejamento, alterar a missão do hospital em virtude da inadequação do texto por sua extensão e dificuldade, apresentadas pelos funcionários e também usuários, no que se refere ao entendimento e à verbalização da mensagem. Afinal, como seria possível construir um planejamento se a própria missão não possuía clareza e objetividade. Após a redefinição da missão (“A Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Monsenhor Horta tem o compromisso de garantir a qualidade do atendimento em nome de uma assistência médica hospitalar digna e humana”), foram elencados os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças, dentro da abordagem da Matriz de SWOT, que interferiram no cumprimento das metas pactuadas no Plano de Ajustes e Metas.

Pontos fortes e oportunidades:

- Ser o único hospital da cidade.
- Ter um grupo gestor atuante e comprometido.
- Ter planejamento organizacional.
- Apresentar resolutividade dos serviços.
- Ter equipe multiprofissional.
- Apresentar qualidade dos serviços prestados.

Pontos fracos e ameaças:

- Resistência às mudanças por parte dos profissionais.
- Desconhecimento da população sobre a finalidade do hospital.
- O hospital ter constantemente a sua imagem denegrida por imprensa local.
- Apresentar comunicação intersetorial ineficiente.
- Apresentar inadequação da estrutura física.
- Falta de integração, evolução e treinamento no sistema de informática.

Para elaborar cada item do plano de ação, visando os pontos fortes e fracos investigados, foram discutidas pelo grupo gestor as metas pactuadas no contrato de gestão celebrado com a SES/MG, priorizando as metas não alcançadas e designando o resultado esperado, os responsáveis e o recurso financeiro necessário.

Ilustramos, a seguir, os itens do plano de ação de maior relevância para o hospital:

Compromisso: gestão profissionalizada.

Objetivo estratégico: implantar protocolos clínicos.

Problema associado: resistência às mudanças nas condutas médicas, gerando a falta de padronização da assistência.

Resultado esperado: racionalização de gastos, nivelamento de conhecimento e normatização da conduta assistencial.

Operações: promover integração multidisciplinar para elaboração dos protocolos e pesquisa para melhor evidência científica do tratamento.

Prazo: março/2007

Responsável: Dr. Nivan Gribel

Custo: R\$ 1.500,00

Compromisso: implantar e desenvolver sistema.

Objetivo estratégico: implantar o sistema de apropriação de custos.

Problema associado: falta de integração intersetorial no sistema informatizado.

Resultado esperado: otimização dos custos e melhoria da alocação de recursos financeiros.

Operações: contratar empresa terceirizada KA SANTO LTDA para implantação do sistema.

Prazo: abril/2007

Responsável: Maurício Cunha

Custo: R\$ 11.000,00

Compromisso: indicadores de qualidade e produção

Objetivo estratégico: diminuir a taxa de cesárea

Problema associado: existência de uma cultura, no que se refere às gestantes e aos médicos, do não-sofrimento no trabalho de parto e falta de paciência na condução deste.

Resultado esperado: diminuição da taxa de cesárea.

Operações: implantar partograma, protocolos obstétricos e trabalhos de sensibilização junto às parturientes sobre os benefícios do parto normal.

Prazo: abril/2007

Responsável: Dr. Lincoln Assunção

Custo: R\$ 3.000,00

Considerações finais

Este estudo nos mostrou a importância do grupo gestor na busca de soluções, crescimento e amadurecimento. Vimos todos empenhados na proposição de alternativas para resolução de problemas que são de toda a entidade. A gestão compartilhada motiva as pessoas, pois elas se sentem sujeitas da ação, e não meros coadjuvantes. Também propiciou o conhecimento detalhado da instituição, caracterizando o seu papel na macrorregião e na microrregião. Vimos que a ideologia do SUS não só é factível, mas plenamente exequível, desde que haja vontade política para isso.

Consideramos de suma importância a implementação do PRO-HOSP, pois pela primeira vez o Estado estabeleceu um instrumento contratual que utiliza a pactuação de metas e compromissos condicionados à liberação de recursos financeiros para o seu cumprimento, repercutindo como um grande avanço, pois rompe com a lógica de convênios e alocação de recursos pela esfera pública a fundo perdido, sem o compromisso do retorno do investimento por parte dos hospitais. Vale ressaltar a importância da obrigatoriedade do investimento de no mínimo 10% dos recursos para a gestão, haja vista a grande dificuldade de algumas instituições nessa área, pois sempre há a priorização da manutenção da assistência, ficando então o recurso escasso para esse tipo de atividade.

Por meio do PRO-HOSP, o hospital teve a possibilidade de investir na readequação da estrutura física, na aquisição de equipamentos e na capacitação da equipe multiprofissional. Tudo isso para proporcionar aos seus usuários melhores condições de atendimento. Certamente, os resultados desse programa não serão imediatos, e sim consolidados ao longo do tempo, com o desenvolvimento de uma cultura de planejamento contínuo que visa à melhoria e ao acesso de todos ao sistema de saúde, bem como a efetivação do princípio da regionalização, com a oferta de procedimentos de média e alta complexidade em regiões mais próximas aos usuários do SUS.

Portanto, considera-se que os objetivos traçados para este estudo foram contemplados à medida que a instituição contribuiu para a regionalização da assistência à saúde, de maneira que proporcione melhor qualidade do atendimento aos usuários da Microrregião Itabirito e da Macrorregião Centro, assegurando resolutividade na média e na alta complexidade, cumprindo todas as metas pactuadas no plano de ação estabelecido.

Além da atualização teórica sobre o tema, por meio da pesquisa bibliográfica e da pesquisa documental realizada, foi possível conhecer de maneira mais detalhada a por ele no PRO-HOSP, fazendo uma análise do seu cumprimento e evidenciando o avanço nos indicadores que não foram alcançados.

Referências

- ABNT. NBR6023. *Informação e documentação, referências e elaboração*. Rio de Janeiro, 2002.
- ARTMANN, E. *O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa)*. 1993. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- BARBOSA, Pedro Ribeiro *et al.* *Hospitais filantrópicos no Brasil*. BNDES. Rio de Janeiro, 2003.
- BASTOS, M. V. *Organização da assistência médica. Uma contribuição para o estudo do problema*, s.n.t. [Ed. particular]. São Paulo, 1974.
- BERRY, R. E. J. Product heterogeneity and hospital cost analysis. *Inquiry*, 7 (1): 67-75, 1970.
- BITTAR, O. J. N. V. *Hospital: qualidade & produtividade*. São Paulo: Sarvier, 1997.

BITTAR, O. J. N. V. *Produtividade em hospitais*. 1994. Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

BRASIL. *Lei nº. 8.080 de 19 Setembro 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. *Lei nº. 8142 de 28 dezembro 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL. *ABC do SUS; doutrinas e princípios*. Ministério da Saúde. Brasília, 1990.

BRASIL. *Portaria nº. 2607 de 10 dezembro 2004*. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil.

BRASIL. *Portaria nº. 399 de 22 fevereiro 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS – e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto.

BRASIL. *Portaria nº. 493 de 10 março 2006*. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, Estados e Ministério da Saúde.

BRASIL. *Portaria nº. 648 de 28 março 2006*. Aprova a Política de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2003.

CECÍLIO, L. C. (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

DORNELAS, J. C. A. *Empreendedorismo corporativo*. 1. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2003.

ENGEL, G. I. Pesquisa-ação. *Educar*. n. 16, p. 181-191. Curitiba: UFPR, 2000.

ESTEVES, Maria José Vilar. *Fatores do processo de assistência médico-hospitalar que causam o incremento da permanência do paciente no hospital*. 1999. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo.

FÁVERO, M. *Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto*. 1975. Tese de Livre Docência – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, São Paulo.

FEIJÓ, C. A. V. C.; CARVALHO, P. G. M. Produtividade na indústria brasileira: evidências recentes. In: *Rev. Ind. Qual. Prod, Ipea*, 1 (1): 35-46. Brasília, 1993.

FRANCO, M. A. S. Pedagogia da pesquisa-ação. In: *Educação e Pesquisa*. v. 31, n. 3, p. 483-502. São Paulo, 2005.

GENTILE, F. P.; FILHO, G. N.; CUNHA, A. A. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de cesariana em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. In: *Cadernos Saúde Pública*. v. 13, n. 2. Rio de Janeiro, 1997.

HUERTAS, F. *O método PES: entrevista com Matus*. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE, *Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em 24 novembro de 2006.

LA FORGIA, J. *Em busca da excelência: melhorando a performance dos hospitais no Brasil*. Brasília, 2003.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 6, n. 2, p. 269-291. Rio de Janeiro, 2001.

MACHADO, E. N. M. *Caracterização da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.

MAIA, A. C.; BEZ JUNIOR, A. *Administração Hospitalar, Sistema de Saúde: Resgate Histórico, Evolução dos compradores de serviços*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2005.

MARTINS, M. A. *Manual de Infecção Hospitalar. Epidemiologia, Prevenção e Controle*. Belo Horizonte: MEDSI, 2001.

MÉDICI, A. C.; SILVA, P. L. B. Administração flexível: introdução às novas filosofias de gestão. In: *Rev. Adm. Pública*. v. 27, n. 3, p. 26-35, Rio de Janeiro, jul./set. 1993.

MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. In: *Rev. Mineira de Saúde Pública*. n. 4, ano 3, p. 4-26. Belo Horizonte, 2004.

MERHY, E. E.; OLIVEIRA, L. C. de; NOGUEIRA FILHO, R. C., Por um Modelo Tecno-Assistencial da Política de Saúde em Defesa da Vida: Contribuição para as Conferências de Saúde. *Saúde em Debate*. n. 33, p. 83-84. Rio de Janeiro, 1991.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pró-Hosp)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização 2003/2006*. v. I. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *A Crise Hospitalar e o (sub) Financiamento da Atenção Hospitalar do Sus em Minas Gerais – NOTA TÉCNICA Nº. 18/P*, elaborada pelo Comitê de Assuntos Estratégicos. Belo Horizonte, 2004.

MINAS SAÚDE. SES, v.1, n. 13, out. Belo Horizonte, 2005.

MOREIRA, D. A. Medida de produtividade em bibliotecas acadêmicas: o caso da Universidade de São Paulo. In: *Rev. Ind. Qual. Prod.* 1 (2): 33-48. São Paulo, 1993.

NEGRI, B. *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*, Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

NETO, P. M. *Planejamento de novos produtos por intermédio do Método Technology Toadmapping (TRM) em uma pequena empresa de base tecnológica do setor de internet móvel*. 2005. Dissertação de Mestrado – Departamento de Engenharia de Produção da UFMG, Belo Horizonte.

PAGLIUSO, A. T. *et al.* Estratégias e Planos. In: *Cadernos de Excelência*. Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), v. 2. São Paulo, 2007.

PEREIRA, L. L.; GALVÃO, Claudia R.; CHANES, Marcelo. *Administração Hospitalar: instrumentos para a gestão profissional*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2005.

PESTANA, M. Hospitais sem crise. *Estado de Minas*. Opinião. p. 9, 23 out. Belo Horizonte, 2003.

POLIGNANO, M. V. *História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão*. Cadernos do Internato Rural – Textos de Apoio – UFMG. Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARIANA. *Entendendo a cidade: aspectos socioeconômicos – Plano Diretor Urbano Ambiental de Mariana*, 2ª versão. Mariana, 2003.

RESENDE, J. *Manual de Obstetrícia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

RIBEIRO, J. D. *Sinopse do Relatório de Visita da Auditoria Administrativa*. Sociedade Beneficente São Camilo. Orientação e revisão por: Vanide Alves da Silva. São Paulo, março de 2004. (2ª revisão por: Luiz Carlos dos Santos e Jorge Luiz Alves). São Paulo, 2005.

RIEG, L. D.; ARAÚJO T. *O uso das metodologias “Planejamento Estratégico Situacional” e “Mapeamento Cognitivo” em uma situação concreta: o caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar*. Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Engenharia de Produção. *Gestão e Produção*. v. 9, n. 2, p. 163-179. São Paulo, 2002.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. In: *Cadernos de Saúde Pública*. 18 (Suplemento), p. 203-211, Rio de Janeiro, 2002.

SHIMAZAKI, M. E., MATOS, M. A. B. *Guia de estudos: A Gestão Clínica nos Sistemas de Serviços de Saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2006.

SPIGOLON, J. L. *A crise da assistência hospitalar do SUS – uma reflexão sobre a situação da assistência no País*. MV Informa Saúde. Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.mv.com.br/noticias40.shtml>>. Acesso em: 18 nov. 2006.




STARFIELD, B. *Avaliação de programas e sistema de atenção primária; um enfoque da população*. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13801.pdf>>. Acesso em: 15/ nov. 2006.

TIRONI, L. F. Indicadores de qualidade e produtividade: conceitos e uso. *Rev. Ind. Qual. Prod., Ipea*. 1(1): 7-17, fev. Brasília, 1993.

TRAVASSOS C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 4, n. 2. Rio de Janeiro, 1999.

WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). *Guia Circular para a formação de atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS*. v. 2, p. 247-260. Brasília, 1998.



O curso de Gestão Hospitalar e a implementação do Plano Diretor do Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF/Unimontes

Denise de Oliveira Lima¹

Joelina da Conceição Alves de Almeida²

RESUMO: Este artigo relata a experiência de participação em um programa inovador com o objetivo de fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais do SUS, o PRO-HOSP. Por meio da metodologia utilizada, constatou-se que a teoria aliada à prática, como no curso de Especialização em Gestão Hospitalar, pode se transformar em uma importante ferramenta de gestão, aplicável nas unidades de saúde que atendem pelo SUS, independentemente do seu tamanho ou complexidade. Além disso, a adoção de métodos de acompanhamento dessa prática podem contribuir ainda mais para a eficácia dos resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Curso de Especialização; gestão hospitalar; experiências; Plano Diretor.

Introdução

No âmbito da gestão em saúde estão ocorrendo mudanças significativas em razão da compreensão obtida pela experiência no processo de aprendizagem e da compreensão ampliada pelos saberes e competências necessários ao trabalho nessa área. Também ocorrem mudanças tanto nas práticas de saúde e na gestão hospitalar como em relação ao seu papel no processo de formação dos profissionais para o cuidado em saúde. O fato é que existem muitos desafios e poucas respostas prontas, e, nesse sentido, torna-se importante abrir este debate, enfrentando todas as suas complexidades, ampliando referenciais e buscando envolver todos os atores interessados na construção de novas maneiras de possibilitar a superação dos impasses atuais nessa área.

¹ Especialista em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP/MG. Professora da disciplina de Gestão Estratégica de Recursos Humanos do Curso de Graduação em Administração e de Administração Hospitalar da Escola Técnica de Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES. E-mail: denise.lima@unimontes.br

² Especialista em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP/MG. Diretora administrativa do Hospital Universitário Clemente de Faria/UNIMONTES. E-mail: joelina.almeida@unimontes.br



São colocados em debate o papel do hospital na formação de seus profissionais e as expectativas dos formadores em relação ao hospital, com melhores condições de produção possibilitadas por uma agressiva política de incorporação tecnológica e crescente aperfeiçoamento e controle de seus processos internos, buscando reengenharias internas e modernizando seus processos de gestão com evidenciadas eficiência e eficácia.

Nesse contexto, é possível observar que parte da produção teórica sobre a gestão dos hospitais é realizada com base no referencial funcionalista/sistêmico, hegemônico no campo da administração hospitalar. De acordo com esse referencial, o hospital funcionaria como um verdadeiro sistema, ou melhor, um subsistema dentro do sistema social mais amplo e consome insumos (humanos, materiais, tecnológicos, financeiros) para desenvolver certos processos internos que resultam em determinados produtos/serviços para seus clientes. O *feedback* da satisfação do usuário é o que possibilita a realimentação do sistema, e assim se fecha o ciclo.

O paradigma funcionalista dá conta de certas questões da gestão hospitalar; já que o hospital possui aspectos de funcionamento sistêmico, existem partes mais estruturadas e previsíveis, fluxos de insumos, processos com certa materialidade e *outputs* claramente reconhecidos. Por outro lado há a necessidade de uma reflexão teórica que inclua outros referenciais para dar conta da singularidade e dos desafios presentes na gestão dos hospitais.

Nesse cenário, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), com o intuito de universalizar a assistência e de incluir todos os serviços instalados, tanto públicos quanto privados, ou que viessem a ser criados. Algumas informações estatísticas evidenciam a importância das ações implementadas pelo SUS quando mostram que ele tem 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de 6 mil unidades hospitalares. O sistema produz anualmente 11,7 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção básica; 153 milhões de consultas médicas; 2,6 milhões de partos; 150 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 23 mil transplantes de órgãos. Tornou-se, desde a sua criação, “um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira, especialmente aos pobres” (MENDES, 2006, p. 1).

É importante também observar que, a partir da 1ª Conferência Mundial da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, a proposta de prevenção avança para a promoção da saúde. A concepção é de que a saúde seja uma produção social, e assim se faz necessário construir ambientes que possibilitem escolhas favoráveis ao atendimento integral ao cidadão, em todos os níveis do sistema.

Nessa perspectiva, buscando a operacionalização de ações que alcancem resultados positivos, no período compreendido entre 1995 e 2001, o Ministério da Saúde investiu 4 bilhões de reais na melhoria da rede física das unidades do Sistema Único de Saúde. Investiu ainda em equipamentos médico-hospitalares para atender desde as unidades básicas até as unidades hospitalares de média e de alta complexidade. Considera-se que esses foram os maiores investimentos na história da saúde pública em tão curto espaço de tempo.

O volume dos investimentos, na época, fez com que o governo federal se preocupasse também com a capacitação dos trabalhadores das instituições beneficiadas. Nesse sentido, ofereceu cursos de capacitação a distância com o objetivo de alcançar o maior número possível de profissionais com menor custo, sem deslocá-los dos seus ambientes de trabalho, além de buscar prepará-los para as novas tendências.

Independente de estarem engajados em programas de qualidade, as organizações precisam estar preparadas para enfrentar as mudanças que acontecem em seus ambientes, cada vez com maior frequência e em ciclos mais curtos. (BRASIL, 2002, p. 69)

Foi observado, no entanto, que o modelo do curso a distância promovido pelo Ministério da Saúde não gerou os resultados esperados, e os profissionais treinados não apresentaram o desempenho desejado. A causa pode ter sido a falta de uma monitoria efetivamente presencial.

Assim, as ações do governo do Estado de Minas Gerais, efetuando uma revisão crítica do quadro atual dos hospitais do Estado levaram em conta, além do caráter estratégico das ações de longo prazo, as oportunidades fundadas na experiência acumulada, o que possibilitou melhores condições para tornar o programa de formação proposto mais eficiente.

Em julho de 2003, o governo do Estado de Minas Gerais deu início ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (PRO-HOSP), com objetivos similares aos implementados pelo governo federal, no sentido de melhorar a qualidade da atenção hospitalar da rede SUS em Minas Gerais e com isso consolidar a regionalização da assistência à saúde com o fortalecimento dos hospitais-âncora dos pólos microrregionais dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e da região Norte de Minas Gerais, porém, com inovações nos critérios de repasse de recursos e nos modelos de capacitação. Essa ação constituiu-se em uma iniciativa inédita por parte do governo do Estado, que aplicou recursos financeiros da saúde, condicionando o investimento em contrapartida aos hospitais. Foram liberados aproximadamente 100 milhões de reais para os hospitais, e estabelecidos planos de ajustes e metas com obrigações a ser cumpridas, sendo 10% dos recursos destinados aos investimentos na melhoria da gestão, 40% em custeio e 50% em equipamentos, obras e reformas.

Conforme avaliação do secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais, Marcus Vinícius Caetano Pestana, “faltam recursos, é verdade, mas há também muito desperdício”, ou seja, o mau desempenho dos hospitais era a grande causa da pouca eficiência no atendimento às pessoas que utilizam a rede SUS.

A diferença do modelo implementado em Minas Gerais em relação ao modelo do governo federal pôde ser observada no processo de se aliar a teoria à prática: o aprender fazendo. Por isso, a Secretaria de Estado direcionou o PRO-HOSP em duas linhas de ação: a primeira visando à modernização da estrutura física e dos equipamentos dos hospitais e a segunda

concentrando esforços na capacitação gerencial dos administradores conquistando até a formação de lideranças técnicas e políticas em saúde.

Nesse contexto, considerando que a melhoria da gestão está condicionada a uma mudança de cultura, que pode ser apreendida por maior capacitação profissional, e objetivando cada vez mais otimizar serviços, rever sistemas de custos, atender clientes, enfim, resolver problemas de toda ordem que envolvam as características dos produtos e serviços da área da saúde, foram abertas possibilidades de formação na área hospitalar suficientemente interessantes para ser exploradas, incluindo a formação em gestão em saúde com o curso de Especialização *Lato sensu* (460h/a) e de Capacitação em Gestão Hospitalar (220h/a).

Objetivos

Analisar a política de capacitação de gestores e colaboradores no âmbito do Hospital Universitário Clemente de Faria, tal qual executada pelo Sistema Único de Saúde, por intermédio do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (PRO-HOSP) na promoção de subsídios e instrumentos necessários ao planejamento e à implantação de um projeto de gestão eficiente e eficaz.

Metodologia

Foram promovidos os cursos de Especialização *Lato sensu* (460h/a) e de Capacitação em Gestão Hospitalar (220h/a), envolvendo a participação dos diretores técnicos e administrativos do Hospital Universitário Clemente de Faria da UNIMONTES, além dos profissionais da área técnica que atuam nas atividades-meio dos hospitais, de forma a capacitar os gestores para esse novo momento.

O curso de Especialização em Gestão Hospitalar foi direcionado especialmente aos diretores técnicos e administrativos dos hospitais. As dificuldades dos pequenos hospitais da região em reter mão-de-obra qualificada (profissionais de nível superior) não permitiram que houvesse um nivelamento da turma com relação ao tratamento do conteúdo técnico. A nossa inscrição no curso nos deixou com boas expectativas, devido ao apoio especializado do corpo docente, e chegamos a pensar que encontraríamos resposta para todas as nossas indagações, soluções rápidas para todos os problemas que envolvem o cotidiano de um hospital e que o curso ofereceria uma “receita pronta” a ser utilizada. Éramos a primeira turma e estávamos abrindo caminho. Os problemas abordados eram maiores ou menores, porém, os mesmos, tanto para os hospitais maiores como para os de menor porte. Os instrutores tentavam adaptar o curso à realidade da turma, e em cada módulo apresentado era exigido um diagnóstico da área em referência, identificando os pontos fortes e os pontos fracos. Trabalhávamos a teoria, discutíamos em grupo as experiências de cada um, observando as especificidades

demográfico-epidemiológicas de cada região e avaliando as políticas de saúde. Além disso, sugeríamos as possíveis soluções e incluíamos o tema na minuta do Plano Diretor. No decorrer do processo, os objetivos iniciais dos alunos foram redefinidos, fazendo com que a análise das experiências municipais se transformasse em instrumento de formação de gestores de natureza mais interativa e dirigida.

A estratégia adotada nas oficinas pedagógicas periódicas proporcionou momentos privilegiados de construção do consenso em torno dos temas abordados; agregou docentes, orientadores e tutores dos diversos módulos e funcionou como um espaço de reflexão e troca de experiências entre o corpo docente e discente. Houve considerável aproveitamento do processo de capacitação, no sentido da potencialização e alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, por meio da transdisciplinaridade dos saberes e das práticas abordadas.

Como os temas abordados aliavam teoria à prática, o nosso envolvimento era completo, e sentíamos a necessidade de incluir outros atores no processo. Dessa forma, utilizamos os recursos de capacitação do PRO-HOSP na educação continuada e permanente e criamos o Programa de Valorização Continuada para os Servidores do Hospital Universitário e da Policlínica (PROVA), com o objetivo de multiplicar o conhecimento que havíamos adquirido durante as aulas, além de buscar entre os próprios instrutores do nosso curso a ajuda profissional.

Assim, na elaboração do Plano Diretor, envolvemos as chefias e os responsáveis técnicos de todas as áreas do hospital que, conscientes do seu papel e com liberdade de participação e exposição de idéias, trabalharam em um clima favorável e estimulante, melhorando a compreensão a respeito do conjunto de necessidades de saúde da população e da importância da participação na busca da resolução dos problemas, o que concorreu para sedimentar uma visão crítica e ampliada da realidade, o compromisso com o trabalho e o respeito ao usuário. Nesse sentido, foram realizadas reuniões em que todos os colaboradores se envolveram na construção de tão importante projeto e foram utilizadas as ferramentas de gestão do planejamento estratégico, extraíndo-se desse instrumento cinco macrodiretrizes que se desdobraram em metas específicas e em planos de ações que são adotados na gestão do hospital. Anualmente as metas programadas são reavaliadas, e os ajustes necessários, efetuados, mas sempre com a participação das chefias e demais colaboradores.

Resultados

O conjunto dessa primeira experiência indicou-nos, de modo geral, a potencial positividade do caminho escolhido ao participarmos do curso de Especialização em Gestão Hospitalar do PRO-HOSP e a possibilidade de trabalharmos na construção e na implantação participativa do Plano Diretor. Como principais indicadores dessa afirmação evidenciam-se o progresso na elaboração conceitual de várias dimensões do “modelo SUS” por parte de alguns gestores menos experientes e o aparecimento de conceitos estratégicos em todos os focos.



O curso nos proporcionou ainda conhecer a hierarquização da rede SUS; a política e a burocracia do Ministério da Saúde e do SUS; as situações micro e macro de interdependências das realidades locais; normas e leis relacionadas à área da saúde; o planejamento do sistema como um todo e obter informações necessárias à capacidade de decisão, mobilidade de administrar os recursos físicos, financeiros, tecnológicos e humanos, comprometidos com o respeito, com a eficiência e com a eficácia, fundamentais para a construção do SUS planejado que tanto almejamos.

Como principal resultado vale destacar, além do conceituado título no currículo, a possibilidade de assumir o compromisso de representar uma instituição pública de ensino com grande responsabilidade social: o Hospital Universitário Clemente de Faria da UNIMONTES.

As discussões acerca da necessidade de novos modelos assistenciais para o processo de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciaram a importância da articulação entre as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação nas dimensões individual e coletiva, na prestação de atenção integral à saúde e evidenciaram também que, nessa perspectiva, é de fundamental importância dispor de um mecanismo de capacitação de pessoal para a geração de dados e informações que possam orientar as ações que se fizerem necessárias.

Conclusões

Mais importante do que o resultado específico obtido por meio de um exemplo de aplicação, foi verificarmos a possibilidade de uso dessa experiência como um apoio subsidiário a interpretações relativas ao processo de avaliação. A experiência acumulada com a realização dessa modalidade de curso tem influenciado positivamente o Hospital Universitário Clemente de Faria da UNIMONTES, na medida em que vem estimulando a reflexão coletiva sobre a natureza do processo de produção de conhecimentos e tecnologias no campo da gestão em saúde e sobre as especificidades do processo de formação dos sujeitos capazes de desencadear ações de mudança organizacional por meio da introdução de inovações tecnológicas nas práticas de planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde. Ademais, prioriza a organização do cuidado à saúde das populações, levando em conta as dimensões política, técnica e ética no sentido da efetividade, qualidade e “humanização” da atenção à saúde e da resolução dos problemas no Sistema Único de Saúde.

Permite também que a prática, aliada ao conhecimento e às habilidades e atitudes dos gestores, transforme-se em importante ferramenta de gestão, capaz de contribuir para que sejam processadas as transformações no sistema de saúde, o que poderá ocorrer de maneira mais ampla e profunda na medida em que profissionais capacitados e com formação mais adequada atuem como agentes multiplicadores em seus ambientes. Os cursos oferecidos podem então ser vistos como importantes mecanismos de ajuste social entre instituições que

há muito tempo deveriam estar dialogando em prol do desenvolvimento integrado de campos de conhecimento e campos de aplicação e, mais do que isso, do desenvolvimento de conhecimentos que visem ao incremento da eficiência e da eficácia de diferentes áreas da gestão hospitalar.

Os cursos constituíram-se ainda em um espaço privilegiado para o exercício dos diálogos inter e multidisciplinares, promovendo uma formação profissional mais adequada às exigências de um mercado em que o trânsito por domínios de interface é cada vez mais valorizado e em que a pesquisa formal constitui-se como uma atividade reflexiva, crítica e inovadora na produção de conhecimento diretamente associado à prospecção de problemas e soluções nas áreas respectivas de atuação.

Certamente serão outras as dificuldades que poderão surgir, e elas serão resolvidas durante o novo caminhar. É nesse sentido que a capacitação dos gestores poderá representar de fato um grande avanço na área da saúde, pois colaboradores competentes, voltados para a resolução de problemas pontuais, bem-formulados, lançando mão de estratégias metodológicas e de quadros conceituais adequados, podem sinalizar para o desenvolvimento de um sistema social mais cômico de suas responsabilidades e de seus problemas e com maior capacidade para equacioná-los.

Conclui-se que a experiência tem sido bem-sucedida e que a avaliação das ações desenvolvidas pelo Plano Diretor vem gerando um processo de reflexão interna em todas as áreas do hospital na busca de alternativas e soluções que conduzam a uma organicidade cada vez maior e ao processo de transformação das práticas de saúde na realidade em que atuamos.

É importante considerar que as reflexões aqui apresentadas não seriam possíveis sem a participação de todo o pessoal envolvido no processo de elaboração do Plano Diretor, quer pelo resultado obtido, quer pelas experiências vivenciadas em equipe, configurando-se em uma perspectiva positiva de desenvolvimento de ações de capacitação, agregação de conhecimentos e implantação de equipes propensas ao trabalho coletivo e ao compartilhamento do conhecimento, concorrendo para a valorização dos gestores que investem em seu crescimento profissional e compartilham seus conhecimentos.

Por fim, como toda nova experiência, contamos com muitos riscos e desafios e estamos conscientes de que o SUS ainda está longe de satisfazer suas demandas de formação de quadros altamente capacitados, o que faz com que haja a premente necessidade de expansão de cursos nos mais diversos níveis, com vistas ao seu aprimoramento e à promoção da saúde nos diferentes cenários em que estão inseridos os seus colaboradores e usuários. Esse foi o primeiro, mas, sem dúvida, um importante passo para a transformação da realidade.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva II*. v. 2, n. 1/2, p. 5-20, Rio de Janeiro, abr. 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde – GESTHOS. *Gestão Hospitalar: Capacitação à Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde*. Módulo IV. Brasília, 2002.

DENISE

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. In: *Anais...* Ministério da Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 189 p.

MENDES, E. V. *O dilema do SUS*. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org.br>> Acesso em: 17 nov. 2006.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Revista Saúde em Debate*. v. 22, n. 64, p. 110-122, Rio de Janeiro, jan./abr. 2003.

MINAS GERAIS, Diário Oficial. *Má Gestão agrava os problemas do SUS*. Belo Horizonte, 8 jan. 2004, p. 5.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR – 2003/2006*. Belo Horizonte: SES/MG. Disponível em: <http://saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao> Acesso em: 17 nov. 2006.

MINAS GERAIS, Universidade Estadual de Montes Claros. *Plano Diretor do Hospital Universitário Clemente de Faria*. Montes Claros: UNIMONTES, 2004.

PASSOS, E; BENEVIDES, B. R. *Transdisciplinaridade e Clínica*. Relatório de Pesquisa. Niterói: Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, 1998. 18 p.

Plano Diretor: um instrumento de gestão na consolidação do SUS na Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo

Ana Lúcia de Castro
Nilva Maria de Jesus¹

RESUMO: O presente trabalho visa apresentar o Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio como um instrumento de gestão que integra o hospital ao município e ao Estado na consolidação da oferta da atenção hospitalar na microrregião. Um instrumento que introduz uma nova forma de pensar na administração hospitalar e atua como elemento de coesão entre os diversos setores do hospital e a alta direção. Essa coesão e a busca coletiva da excelência na prestação de serviços, por meio de uma gestão estratégica participativa e de um gerenciamento profissionalizado, serão responsáveis pelos resultados previstos para o hospital no período 2006/2009.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; hospital; Plano Diretor; gestão hospitalar.

Introdução

A Constituição de 1988, no Título VIII, Capítulo II, seção II, artigos 196 e 198, respectivamente, define que “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Determina que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes.” E estabelece que “O sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Assim surge o Sistema Único de Saúde (SUS): um dos maiores sistemas de saúde existentes no mundo; o único a garantir assistência integral e totalmente gratuita para a totalidade da população. A regulamentação, entretanto, somente aconteceu em 19 de setembro de 1990, com a promulgação da Lei 8.080, que, definindo o modelo operacional do SUS e propondo sua forma de organização e funcionamento, tornou o conceito de saúde mais abrangente, concebendo-o como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e

¹ Alunas do Curso de Gestão Hospitalar/ PRO-HOSP III/ Turma I, da ESP/MG.

instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. Essa Lei gerou profundas mudanças no setor de saúde, destacando-se a intensificação das transferências de recursos da União para os Estados e municípios para custeio dos atendimentos e dos investimentos em outras ações de saúde e a criação de instrumentos de gestão adequados ao gerenciamento dos recursos e efetivação das propostas constantes das legislações (Constituição, 1988 – Lei 8.080/92).

Para garantir a adequada aplicação, o acompanhamento e o controle efetivo dos investimentos públicos nas três esferas é realizado por meio da interação entre os diversos instrumentos de gestão em saúde, como o Plano Nacional de Saúde (PNS), os Planos Regionais de Saúde, os Planos Municipais de Saúde, a Programação Pactuada e Integrada (PPI), os relatórios de gestão, os instrumentos de planejamento do governo (Plano Plurianual – PPA; Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO; Lei Orçamentária Anual – LOA) e outros.

Em Minas Gerais, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), um dos instrumentos utilizados para ordenar o processo de regionalização da assistência, deu-se nos princípios preconizados pelo SUS e em cumprimento às exigências da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001, e, posteriormente, de 2002. Com o objetivo de se adequar ao plano de governo 2003/2006 para o cumprimento das estratégias, princípios e diretrizes (entre os quais a estruturação da atenção à saúde e a descentralização gerencial), o PDR foi revisto e alterado. As alterações processadas promovem maior equidade na alocação de recursos, maior garantia no acesso da população, integralidade e resolubilidade da atenção à saúde com qualidade.

É nesse contexto, integrando o Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência à Saúde, que surge um novo instrumento de gestão: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), que tem o propósito de consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais e contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar público no Estado. (Fundação João Pinheiro, 2006). Para alcançar o seu propósito, o programa estabeleceu metas a ser cumpridas pelos hospitais/SUS e exigiu, além da profissionalização da alta gestão, a construção do Plano Diretor, visando a ações estruturadas e à avaliação de resultados da assistência.

Objetivos

Objetivo geral

Apresentar o processo de construção e implementação do Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio.

Objetivos Específicos

- Apresentar o impacto do PRO-HOSP no contexto dos hospitais pólos de macrorregiões e microrregiões de Minas Gerais;

- Identificar a importância de ações de capacitação na formação de uma gestão profissionalizada.

A importância do planejamento no contexto da saúde

Segundo Peter Drucker (1962, p. 131), o planejamento não diz respeito a decisões futuras, mas a implicações futuras de decisões presentes. Esse pensamento se torna inquietante quando se olha, à luz da razão, a decisão da Constituição em tornar a saúde um direito de cidadania e o processo de construção da saúde no País. Portanto, para assegurar esse direito ao cidadão, urge que as ações sejam bem-planejadas e que os instrumentos de gestão, nas três esferas, realmente se completem. Esse é o grande desafio no trabalho dos gestores da saúde.

Em Minas Gerais, para promover a mudança de cultura e de conscientização necessárias ao desenvolvimento e à consolidação do Sistema Único de Saúde e, paralelamente, preparar os hospitais para gerir eficientemente os recursos públicos a eles destinados, exigiu-se a profissionalização da alta direção, em curso específico de Gestão Hospitalar ministrado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, e a construção do Plano Diretor, um instrumento de gestão cuja finalidade é alinhar e aliar os hospitais/SUS ao município, Estado e União no desenvolvimento e concretização de um atendimento hospitalar de qualidade, resolutivo e eficaz.

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) cumpre, nesse programa de consolidação da oferta da atenção hospitalar nos pólos de macro e microrregiões e de fortalecimento do SUS no Estado de Minas Gerais, uma função primordial: ser a grande responsável pela formação dos gestores hospitalares e, conseqüentemente, pela promoção do processo de mudança da cultura administrativa dos hospitais inseridos no PRO-HOSP.

A importância do processo de capacitação para uma gestão profissionalizada

A reflexão sobre os temas abordados no curso e, principalmente, a extensão do conhecimento agregado ao grupo gestor pelas alunas Ana Lúcia de Castro (superintendente) e Nilva Maria de Jesus (chefe administrativa de pessoal) levaram a uma revisão completa da prática diária da Santa Casa de Patrocínio. Esse fato em si foi considerado um grande resultado. O depoimento de gestores da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio comprovam a importância do conhecimento partilhado:

Quando o PRO-HOSP exigiu dos profissionais já especializados em Gestão Hospitalar, que também, freqüentassem o Curso de Gestão Hospitalar da ESP/MG, achei a atitude excessivamente autoritária. Mudei de opinião após os primeiros módulos. O Curso de Gestão Hospitalar da ESP/MG foi surpreendente e enriquecedor. Tivemos a oportunidade de conhecer, com profundidade, o nosso maior



comprador de serviços, o SUS, e descobrir a importância da atuação do Grupo Gestor na construção e monitoração de um planejamento. [...] O Curso de Gestão Hospitalar, da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, está, sem dúvida, instaurando uma nova cultura, um novo conceito de gestão participativa e de planejamento estratégico nos hospitais de Minas Gerais.” (Ana Lúcia de Castro – pedagoga, especialista em Administração, superintendente da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio, coordenadora do grupo gestor).

Tenho convicção plena de que as decisões coletivas são sempre melhores que as individuais. É, pois, com grande alegria que conheci a proposta de planejamento contida no PROHOSP mediante a criação de um “*Grupo Gestor*” com funções de examinar, debater com seus membros todas as dificuldades encontradas e propor atitudes para superá-las. Esta alegria é ainda maior porque, como um dos representantes do Conselho de Administração, tenho participado ativamente do “*Grupo Gestor*”. O envolvimento das chefias e de um grupo maior de pessoas, diretamente envolvidas no dia a dia da instituição, traz para tal grupo uma experiência de vida extremamente importante. Não posso também deixar de elogiar a visão do poder público na proposta contida no PROHOSP e no formato que deu a seu órgão de planejamento”. (Maurício Carvalho Brandão – administrador de empresas, membro do Conselho de Administração da Santa Casa de Patrocínio, membro do grupo gestor).

Fiquei muito satisfeito com o envolvimento dos funcionários através das pesquisas e da participação direta de praticamente todos os departamentos, com metas específicas e bem distribuídas entre todos. O Seminário com a tutora Adalgisa Almeida foi muito proveitoso e acredito que o trabalho final vá somar muito para sermos um hospital forte, moderno e competitivo; conforme a Visão que definimos no início da construção do Plano Diretor. O resultado superou as minhas expectativas em participação e, hoje, temos idéias claras para solução dos grandes problemas de nossa instituição.” (Ricardo dos Santos Bartholo – empresário, membro do conselho de administração da Santa Casa de Patrocínio, Membro do grupo gestor).

A construção do Plano Diretor

Cumpramos ressaltar que, desde 2003, a Santa Casa de Patrocínio vivencia um processo de gestão planejada representado, principalmente, pelo plano anual de trabalho da superintendência. Contudo, apesar da existência de um planejamento e da experiência de trabalho em equipe, para desencadear a ação para a construção do Plano Diretor com a finalidade de atender às exigências do PRO-HOSP, foi constituído, em 20/07/2006, o grupo gestor da Santa Casa. Como membros desse grupo, foram escolhidos profissionais com perfil de liderança e grande conhecimento da atual estrutura hospitalar e com participação efetiva nas tomadas de decisões juntamente com o conselho de administração.

Considerando a proposta metodológica de Chiavenato e Sapiro (2003), que aponta o planejamento estratégico como um processo de formulação de estratégias organizacionais no qual se busca a inserção da organização e de sua missão no ambiente em que ela está atuando, o grupo gestor procedeu ao trabalho de validação da missão, da visão, dos valores e do negócio do hospital e, em seguida, à coleta de dados externos e internos realizada por meio de relatórios, entrevistas, análises documentais e questionários.

Em reuniões semanais, com o envolvimento de todos os funcionários, médicos e dirigentes do hospital, sob coordenação de gestores norteados pelo conhecimento adquirido no curso de Gestão Hospitalar da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e sob orientação da tutoria, as ações foram planejadas e desenvolvidas dentro da lógica de construção que orienta ações de planejamento e, de forma mais específica, a do planejamento estratégico. Foram seguidas as seguintes etapas:

1º momento: Concepção Estratégica da Santa Casa – Validação da missão e do negócio, definição da visão e identificação dos princípios norteadores da ação.

2º momento: Gestão do Conhecimento Estratégico – Análise externa e interna, sob orientação da tutora Adalgisa Almeida, com utilização de planilhas de identificação e análise situacional.

3º momento: Gestão do conhecimento estratégico – Análise e consolidação do material recebido e obtido com relação às questões externas e internas, buscando identificar os fatores positivos internos e as oportunidades futuras para o hospital, assim como os fatores negativos, ou seja, aqueles que ameaçam ou podem ameaçar, externa e internamente, os esforços da organização para alcançar o desenvolvimento e a competitividade estratégica.

4º momento: Formulação Estratégica e elaboração do Plano Diretor – Sob a coordenação da tutoria, envolvendo os gerentes, o corpo clínico, a direção e representantes do conselho de administração do hospital, foi realizado o Seminário de Formulação Estratégica, o que propiciou a análise e o desenho de cenários, a identificação dos fatores críticos de sucesso do hospital, a análise acurada dos resultados externos e internos obtidos, a elaboração do diagnóstico e a identificação das diretrizes macro e estratégias institucionais. Posteriormente, em reunião, o grupo gestor concluiu o planejamento estratégico do hospital, complementando o desdobramento das diretrizes e estratégias. Sob orientação do grupo gestor, foi então repassado aos gerentes das unidades o resultado, para que procedessem ao planejamento tático e operacional, ou seja, à identificação das medidas de ação e à elaboração dos planos de ação correspondentes.

5º momento: Implementação Estratégica, Monitoramento e Avaliação de Resultados – Mesmo sendo o acompanhamento e monitoramento de resultados uma prática já inerente às atividades do hospital, o grupo definiu, para este Plano Diretor, a implementação das ações e um processo contínuo de avaliação dos resultados, com identificação de contra-medidas estratégicas de inovação ou melhorias, que deverão ocorrer no período de 2006 a 2009.

Resultados

As reuniões semanais do grupo gestor, além de gerarem o Plano Diretor, fortaleceram e continuam intensificando a interação e o respeito profissional entre os participantes do grupo, funcionários e direção do hospital; uma conquista importante para que o planejamento, elaborado e em execução, produza os resultados desejados.

Conclusão

A proposta do Plano Diretor veio consolidar as ações planejadas. Por utilizar a metodologia do planejamento estratégico, proporcionou um conhecimento profundo da situação do hospital e de seus pontos críticos de sucesso, ampliando a visão de futuro, permitindo aos gestores tomarem decisões mais seguras na administração do hospital, com foco na visão e na consolidação da missão da Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora de Patrocínio.

Referências

- BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, Brasília: Gráfica do Senado. 1988. 292p.
- CAVALCANTI, Carlos Alberto Tenório. *Políticas de Saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2006. (Apostila)
- CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. *Planejamento Estratégico: fundamentos e aplicações*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- HALL, R. H. *Organizações: estrutura e processos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Prentice Hall do Brasil, 1984.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG PRO-HOSP*. Belo Horizonte, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. *Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, 2001/2004 – 2003/2006*. Belo Horizonte, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde/Fundação João Pinheiro. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)*. Belo Horizonte, 2006.

Plano Diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas – 2007-2009

Cibele Siqueira Nascimento Rennó¹

Zilda de Cássia Moreira Diniz²

Adriana Azevedo Mafra³

RESUMO: O Plano Diretor aqui é, sobretudo, um documento de proposição, contendo objetivos, diretrizes e rumos a serem alcançados e seguidos, com a finalidade de orientar a gestão administrativo-assistencial da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas (IHSCPC). O objetivo foi o de estabelecer diretrizes e rumos norteadores da gestão administrativa, financeira e assistencial, visando à consecução dos objetivos estratégicos e das metas qualitativas e quantitativas consignadas com a Secretaria de Estado da Saúde (SES). O Plano Diretor é um instrumento de gestão e tem como plano tático as seguintes ações: conhecer o ambiente interno do hospital; aperfeiçoar e promover o equilíbrio econômico-financeiro; implementar medidas capazes de assegurar a cobrança de todos os procedimentos realizados; ampliar o número de convênios de saúde; informatizar o hospital, entre outros. A metodologia utilizada para a construção do Plano Diretor se constituiu, essencialmente, no uso do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e da Matriz de SWOT. Os principais resultados obtidos foram: conquista de uma gestão compartilhada e humanizada; conhecimento dos ambientes interno e externo; revisão de processos e construção de indicadores de performance. Foram utilizados instrumentos que propiciassem mudanças efetivas nos processos de trabalho, com incorporação de ferramentas como: sistema de informação; gestão da qualidade com indicadores de desempenho e de qualidade; gestão de recursos; gestão do planejamento e, acima de tudo uma gestão humanizada, que permitiu que a IHSCPC traçasse suas diretrizes norteadoras.

PALAVRAS-CHAVE: Plano diretor; gestão hospitalar; Planejamento Estratégico Situacional.

Introdução

Atualmente, os serviços de saúde, para acompanhar a influência da globalização e dos avanços tecnológicos, estão passando por um processo de mudança no seu modo de gerenciar as ações para atender às exigências da sociedade, cada vez mais informada sobre seus direitos e, portanto, mais exigente em relação ao consumo das ações de saúde.

¹ Enfermeira, docente de Gerenciamento da Pontifícia Universidade Católica campus Poços de Caldas. Instituição: Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas/MG.

² Administradora de empresas e gerente de recursos humanos da IHSCPC.

³ Médica, docente da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Pautada nos princípios do SUS, a assistência à saúde deve ser prestada de maneira integral e holística, abrangendo ações de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Como profissionais de saúde com experiência na área hospitalar, a nossa atenção sempre esteve voltada para a qualidade da assistência destinada aos usuários do serviço de saúde e requer uma gestão administrativa, financeira e assistencial que atenda às necessidades dos serviços, dos prestadores de serviços e usuários.

Objetivos

Na perspectiva de construir caminhos a serem seguidos e visando a um atendimento de qualidade à população de Poços de Caldas e região, o estudo teve por objetivo:

Objetivo Geral

Estabelecer diretrizes e rumos norteadores da gestão administrativa, financeira e assistencial da IHSCPC, visando à consecução dos objetivos estratégicos e das metas qualitativas e quantitativas consignadas com a SES.

Objetivos Específicos

O Plano Diretor da Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas, concebido como um instrumento de gestão, tem como plano tático as seguintes ações:

- Conhecer o ambiente interno do hospital.
- Aperfeiçoar e promover o equilíbrio econômico-financeiro.
- Implementar medidas capazes de assegurar a cobrança de todos os procedimentos realizados no hospital.
- Definir novas bases para contratos.
- Aperfeiçoar o sistema de suprimentos.
- Ampliar o número de convênios de saúde.
- Informatizar o hospital.
- Aumentar o nível de satisfação do trabalhador com ações de capacitação e desenvolvimento técnico-profissional e de melhoria das condições de trabalho.
- Fortalecer a imagem institucional da Santa Casa com a divulgação das atividades desenvolvidas no hospital.
- Assegurar a eficiência e efetividade da assistência e segurança do paciente com a elaboração de protocolos clínicos, kits para procedimentos técnicos e implantação de sistema de avaliação de desempenho com indicadores quantitativos e qualitativos.

Justificativa

A Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas vem propondo e efetivamente tem realizado mudanças. Tem profissionalizado a sua gestão e, a partir de outubro de 2005, deu início às ações planejadas e está em fase de conclusão de seu Plano Diretor Institucional.

Desde outubro de 2005, como requisito de participação no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS de Minas Gerais (PRO-HOSP), dois profissionais, um da área administrativa e outro da área técnica, integraram-se ao curso de Especialização para Gerentes Hospitalares, cujo trabalho de conclusão é a elaboração do Plano Diretor da instituição.

O grupo gestor do hospital, constituído em 2006, assumiu a idéia e o compromisso de elaborar o Plano Diretor. As reuniões ocorreram semanalmente.

Planejar o futuro de uma Santa Casa é uma oportunidade ímpar para qualquer cidadão, em especial para aqueles que já fazem parte de sua história. Considerando ser a Santa Casa referência na Microrregião Poços de Caldas, torna-se imprescindível a construção de um planejamento estratégico que garanta eficiência, eficácia e efetividade na prestação de serviços.

Os rumos aqui traçados irão nortear os caminhos a serem seguidos, visando a um atendimento de qualidade à população de Poços de Caldas e região. Assim, o Plano Diretor da IHSCPC, construído com a participação de todo o grupo gestor, deve nortear as ações da instituição nos próximos dois anos, de 2007 a 2009, com a responsabilidade histórica de conseguir equilíbrio financeiro e proporcionar atenção global ao ser humano.

Desenvolvimento

Fundamentação Teórica

O hospital é uma instituição complexa, onde atividades industriais são mescladas com ciência e tecnologia de procedimentos, utilizados diretamente em humanos, com componentes sociais, culturais e educacionais, interferindo na estrutura, no processo e nos resultados (BITTAR, 1997). É dentro dessa ótica global que serão conduzidas as descrições, as análises e as conclusões das funções da administração aplicadas à operacionalização das suas atividades.

Cada vez mais o hospital deixa de ser o único lugar a resolver problemas de saúde, expandindo essa responsabilidade para onde o indivíduo vive, trabalha e se diverte, além de promover a saúde e prevenir a doença em conjunto com outras instituições.

A discussão sobre modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância, a ponto de o tema central da 10ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1996, ter

sido “SUS: constituindo um modelo de atenção para a qualidade de vida” (BRASIL, 1996). Já na XI CNS, realizada em 2000, essa questão reaparece como um dos subtemas de discussão: “Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde” (BRASIL, 2000).

Outro ponto a ser observado num projeto ou na administração do hospital é que tudo deve estar diretamente ligado a princípios de melhoria contínua da qualidade, isto é, os programas e os serviços a serem providos pelo hospital, e entre eles o ensino e a pesquisa, deverão ser objetivo de atenção contínua.

Assim, segundo Rouquayrol e Almeida (2003, p. 567-571), um modelo de atenção é uma maneira de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de “lógica” que orienta a ação. É também uma maneira de organizar os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou nos processos de trabalho em saúde. Aponta para um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde. Incorpora uma “lógica” que orienta as intervenções técnicas sobre os problemas e as necessidades de saúde, constituindo um modo de intervenção em saúde.

Para Cecílio (1994), isso corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde. Koontz e O'Donnell (1976), por sua vez, definem que “planejar é decidir antecipadamente o que fazer, de que maneira fazer, quando fazer e quem deve fazer”.

A Irmandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas vem profissionalizando a sua gestão e, em outubro de 2005, deu início às ações planejadas e está agora concluindo seu Plano Diretor Institucional. Assim, os rumos aqui traçados irão nortear os caminhos a serem seguidos visando a um atendimento de qualidade à população de Poços de Caldas e região.

Metodologia

Esta é uma pesquisa mista de cunho social que usou a abordagem qualitativa e quantitativa. Tem referências teórica, bibliográfica e documental. A metodologia utilizada para a construção do Plano Diretor se constituiu, essencialmente, no uso do PES (Planejamento Estratégico Situacional) e da Matriz de SWOT.

Foram construídas diretrizes previamente estabelecidas, que se constituíssem em subsídios para esse plano. Entrevistamos os responsáveis pelos Programas de Saúde Municipal: Criança, Hanseníase, Tuberculose, Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA), Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de Crianças e Gestantes (SISVAN) e DST/AIDS. Utilizamos a metodologia de entrevista aberta.

Além disso, fizemos uma revisão de todo o material fornecido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG) com o objetivo de relembrar conceitos para a produção deste trabalho. Toda a construção de indicadores hospitalares foi feita com base nos estudos de Olímpio Bittar, em sua obra *Hospital, qualidade & produtividade* (1997).

Resultados e Discussão

Implementar a descentralização político-administrativa da saúde requerida pelo SUS pressupõe o preparo dos municípios para assumir a responsabilidade de gerir os serviços públicos de saúde sob sua responsabilidade e exige autonomia para organizar o processo de produção de ações de saúde segundo o modelo técnico-assistencial que lhes pareça mais apropriado. Essa necessidade da descentralização ultrapassa os muros do município e tem exigido cada vez mais dos hospitais a adequação a esse novo modelo. O PRO-HOSP permitiu aos hospitais o conhecimento de ferramentas que viabilizam uma gestão que permitirá adequação ao novo modelo técnico-assistencial.

O processo de descentralização administrativa tem encontrado dificuldades para se concretizar, tais como: a falta de preparo técnico e econômico de municípios para assumir suas funções gerenciais; o interesse das burocracias do setor público que, com a descentralização, perdem o manejo; a capacidade de influência político-clientelista sobre a saúde e a falta de políticas públicas de financiamento adequadas. Na atualidade, as políticas públicas de financiamento são regidas por critérios redistributivos e de eficiência, o que acaba deslocando e realocando recursos financeiros mais preparados em detrimento dos menos preparados.

O processo de descentralização e as reformas administrativas desencadeadas no Brasil na década de 1980 trazem para o debate a questão das tecnologias gerenciais em saúde. Alguns autores consideram que os problemas relativos à oferta de serviços de saúde no Brasil derivam da baixa capacidade gerencial dos mesmos. Dessa maneira, a construção de conhecimentos que possam contribuir para o enfrentamento dos desafios propostos pelo SUS aponta para a questão de se tomar o trabalho de gerência dos serviços de saúde como tema de importância.

De modo geral, os debates desenvolvidos na área de saúde sobre a temática gerencial e o conjunto de intervenções dos vários grupos sociais interessados nesse setor têm destacado a necessidade de se operar mudanças no modo de trabalhar em gerência em todos os níveis das organizações de saúde. A gerência convencional efetivada por regras estabelecidas, ordens claras e maquinações bem-tencionadas para que o pessoal alcance os objetivos definidos e os resultados esperados não encontram mais eco e é mesmo contraproducente para as organizações de saúde atuais (SHINYASHIKI, 2003).

Segundo o mesmo autor, “cada vez mais, para criar e estabilizar posição de vantagem competitiva sustentável, as melhores organizações de saúde estão investindo na aplicação de conceitos como aprendizagem, conhecimento e competência” (SHINYASHIKI, 2003). O conhecimento da organização é fruto das interações que ocorrem em seu ambiente interno e externo e que são desenvolvidas por meio de processos de aprendizagem. O conhecimento também pode ser entendido como informação associada à experiência, intuição e valores.

Ainda para Shinyashiki (2003), o conhecimento das organizações em saúde constitui-se em ativo invisível que é acumulado vagarosamente ao longo do tempo. Quanto mais especificidades o conhecimento demonstrar em relação à organização, mais ele se tornará seu

ativo estratégico. Esse conhecimento é o fundamento das competências essenciais da organização de saúde, uma vez que ele pertence ao seu capital humano, existindo exclusivamente no cérebro das pessoas. As competências essenciais, portanto, configuram-se por conjuntos de conhecimentos tático e coletivo resultante da aprendizagem, produzindo vantagem competitiva para a organização de saúde.




Considerações finais

É iminente, portanto, a necessidade de incorporação de dispositivos gerenciais em saúde que visem romper com as visões “tradicionais”. Sugere-se a utilização de instrumentos que propiciem mudanças efetivas nos processos de trabalho, com incorporação de ferramentas tais como: sistema de informação; gestão da qualidade com indicadores de desempenho e de qualidade; gestão de recursos físicos, humanos e financeiros; planejamento da incorporação tecnológica; gestão da manutenção; ferramentas do planejamento; acreditação e, acima de tudo, gestão humanizada e compartilhada. O PRO-HOSP trouxe à tona a discussão da descentralização político-administrativa com incorporação de todas essas ferramentas de gestão, tão necessárias à saúde e em especial ao ambiente do hospital.

A IHSCPC não tem medido esforços para desenvolver seus serviços de forma partilhada e humanizada, buscando sempre desenvolver ações centradas nos usuários, trabalhadores, familiares e comunidade, incorporando as diretrizes propostas pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, bem como as definidas nas Portarias que regulamentam esse instrumento. O PRO-HOSP permitiu que esses esforços fossem efetivamente transformados em ações que muito contribuíram, e certamente contribuirão ainda mais, com a saúde em todo seu âmbito.


Referências

- BITTAR, Olímpio J. N. V. *Hospital, qualidade & produtividade*. São Paulo: Sarvier, 1997.
- BRASIL. CNS (1996). *10ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 1996.
- BRASIL. CNS (2000). *11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS, 2000.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 567-571.
- CECILIO, L. C. O. *Inventando mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- KOONTZ, H.; O'DONNELL, C. *Princípios de administração: uma análise das funções administrativas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1976.
- SHINYASHIKI, G. T.; TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v. 11, n. 4, p. 499-506. Jul./ago. 2003.




Análise e resultados da aplicação da ferramenta BSC utilizada no planejamento estratégico para implementação do Plano Diretor do Hospital Arnaldo Gavazza Filho – Ponte Nova (MG)

Cristian Tassi¹
Rosane Grijó de Sousa²



RESUMO: Este artigo analisa e demonstra os resultados da aplicação da ferramenta BSC utilizada no planejamento estratégico para implementação do Plano Diretor do Hospital Arnaldo Gavazza, situado no município de Ponte Nova (MG), o qual traduz o esforço de toda a equipe do hospital na busca permanente de novas tecnologias de gestão e planejamento, conectado a um processo de aprimoramento dos hospitais de Minas Gerais, coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). Foram analisados os ambientes externo e interno do hospital, a relação positiva e negativa entre as forças e as oportunidades, as fraquezas e as ameaças que interferem no êxito do empreendimento, bem como as estratégias e ações definidas para ser realizadas durante o período que abrange o plano, isto é, 2006 a 2010, visando melhorar a qualidade da assistência hospitalar, considerando aspectos importantes como a eficiência e eficácia das ações, a qualidade e a humanização do atendimento e a sustentabilidade financeira, para que o Hospital Arnaldo Gavazza Filho se fortalecesse na posição de hospital de alta complexidade na região de referência. O monitoramento e a avaliação concluem que o hospital tem atingido sua proposta de crescimento e desenvolvimento e cumprido com sua missão.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão hospitalar; administração; planejamento estratégico; *Balanced Score Card* (BSC).




Introdução

Até fins da década de 1990, na hipótese de Costa *et al* (2000), o setor de saúde lutou contra as dificuldades financeiras, administrativas e gerenciais e hoje vem buscando se manter acima da linha vermelha, ultrapassando as barreiras impostas por crises econômicas, instabilidades político-sociais, globalização, entre outros fatores.

As regras ditadas pelos novos rumos profissionais obrigaram o mercado a tomar inúmeras ações que vêm modificando totalmente o sentido da atenção médica, especialmente nos últimos dez anos. Por um lado, a população tem se conscientizado dos seus direitos como

¹ Administrador do Hospital Arnaldo Gavazza Filho – Ponte Nova (MG).


² Coordenadora de Planejamento e Qualidade do Hospital Arnaldo Gavazza Filho – Ponte Nova (MG).




consumidores, ou seja, usuários de serviços, e por outro, alertou os hospitais, sejam públicos ou privados, de que precisavam reconhecer a necessidade de melhorar os seus serviços, otimizar os seus recursos e buscar profissionais cada vez mais capacitados. No segmento privado, essas alterações são ainda mais evidentes, pois os resultados comerciais são diretamente afetados pela concorrência, cada vez mais acirrada.

Evidentemente, em um país em desenvolvimento como o Brasil, nem sempre os projetos andam linearmente, dentro dos esquemas previstos. Porém, nota-se cada vez mais que as entidades buscam de todas as formas se atualizar.

Entendendo o cenário atual, o Hospital Arnaldo Gavazza buscou se atualizar em termos de tecnologia e aprimorar ao máximo sua equipe profissional, de tal forma que o serviço oferecido à população fosse o melhor possível. Para que isso fosse possível, utilizou-se do planejamento estratégico, mais precisamente da ferramenta *Balanced Score Card* (BSC), a qual é analisada na revisão de literatura.



O Hospital Arnaldo Gavazza (HAG) está situado no município de Ponte Nova, Zona da Mata mineira, com população de 55 mil habitantes (IBGE, 2000) e distante 186 km de Belo Horizonte. A cidade hoje é referência e sede do Pólo Macrorregional de Saúde Leste do Sul, que compõe 3 microrregiões: Ponte Nova, Viçosa e Manhuaçu, de acordo com o Plano Regional de Saúde do Estado de Minas Gerais. É também é referência para outras 3 microrregiões na alta complexidade Assistência Cardiovascular. A população total dessas regiões chega a 658 mil habitantes.



Objetivos

O objetivo geral deste artigo é demonstrar a aplicabilidade do planejamento estratégico como ferramenta no processo de modernização do HAG, para que ele ofereça soluções em serviços de saúde com humanização, resolutibilidade, melhoria contínua da qualidade e em condições de atender às expectativas dos gestores e da comunidade, uma vez que ele permite identificar os pontos fortes e as oportunidades externas e corrigir os pontos fracos internos e as ameaças externas, oferecendo subsídios para a busca da qualidade dos produtos, serviços, processos e relações com os clientes internos e externos, servindo de ferramenta para que a instituição atinja sua missão, além de exibir e detalhar o seu plano de ações e metas para os próximos 5 anos.

Desenvolvimento

Fundamentação Teórica

Definir a missão é o principal aspecto do planejamento estratégico. A partir dela tomam-se decisões que vão repercutir no futuro da instituição, ou seja, o planejamento estratégico

pode ser visto como um processo de tomada de decisão sobre quais os objetivos futuros de uma organização e quais os meios e caminhos devem ser utilizados para a consecução desses objetivos.

Entre as muitas ferramentas e métodos para auxiliar uma organização, uma das mais utilizadas é o método de indicadores de desempenho balanceado do BSC, que, embora flexível, pode partir de decisões já tomadas por outros meios, via de regra heurísticos.

Desenvolvido por Kaplan e Norton segundo Rodrigues (2003) o BSC veio atender a necessidade de executivos que consideravam inadequados os sistemas de medição de desempenho tradicionais baseados apenas em medições financeiras ou em medições operacionais, fornecendo uma opção balanceada de indicadores que lhes permite analisar o desempenho de suas organizações simultaneamente com base em diferentes perspectivas.

O BSC inclui, além de indicadores financeiros que mostram os resultados das ações já tomadas, três conjuntos complementares de indicadores operacionais ligados à satisfação do cliente, à eficiência dos processos internos e à habilidade da organização em aprender e melhorar, atividades que levam ao desempenho financeiro futuro. Os executivos podem criar um BSC traduzindo as diretrizes organizacionais e as estratégias de suas empresas em indicadores e metas específicos.

Cumprida essa etapa, as primeiras conclusões devem ser submetidas às seguintes questões: Qual o propósito de nossa organização? O que a instituição deveria ser? O que será a instituição no futuro? Para onde vamos? Assim, uma instituição deve estar disposta a mudar continuamente, a trabalhar com diversos setores, a rever sua filosofia, a procurar novas alternativas em resposta às novas demandas e a assegurar sua sobrevivência e continuidade.

Enquanto a missão aponta de forma genérica a finalidade do trabalho para os públicos interno e externo, os objetivos dizem respeito mais especificamente ao foro interno e gerencial. A partir deles, é possível acompanhar e analisar o desempenho dos responsáveis por seu cumprimento.

Enfim, enquanto os objetivos orientam os dirigentes de uma instituição, mostrando-lhes onde estão concentrados os esforços, as diretrizes estratégicas indicam como atingi-los. As estratégias constituem, portanto, respostas às variáveis intervenientes na análise do contexto, bem como aos pontos fortes e fracos da instituição.

Metodologia

Este artigo foi fundamentado, primeiramente, em uma pesquisa documental e, posteriormente, na aplicação do planejamento estratégico. De acordo com Quirino (2006, p. 7), por meio da pesquisa documental, toma-se conhecimento da produção existente e atualiza-se constantemente. Para Lakatos e Marconi (1991, p. 174), a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados fica restrita a documentos, constituindo o que se denomina de fontes primárias.

No caso deste estudo, as fontes primárias de documentos utilizadas foram livros da área de gestão empresarial e hospitalar, bem como estatutos, documentos e planilhas do próprio Hospital Arnaldo Gavazza.

Devido à realidade e à dinâmica do HAG, a necessidade de construir o Plano Diretor fez com que o HAG utilizasse o planejamento estratégico. Assim, em 22 de agosto de 2006, reuniram-se o administrador hospitalar, os gerentes e os coordenadores dos setores para compor o grupo gestor da instituição, tendo como principais medidas a elaboração do planejamento estratégico com base na metodologia BSC e a implantação de várias ações a partir de 2006, as quais vêm sendo monitoradas e avaliadas constantemente.

Resultados

Com a utilização do BSC, houve a criação de indicadores para acompanhamento das metas e foi implantado o protocolo de registro de reuniões, contendo o fluxo de monitoramento e avaliação, especificando os setores, os responsáveis e a periodicidade da avaliação. Além disso, várias comissões foram criadas, tais como: Comissão de Comunicação e Comissão de Qualidade, bem como as comissões obrigatórias como de Eventos Adversos, Óbito, entre outras, com o intuito de otimizar e monitorar o desenvolvimento das ações. Foi implantado também o programa Sistema de Qualidade Total (SGQ:5S) com base no programa 5S: sistematização, seletividade, sem sujeira, saúde, socialização. Investiu-se ainda em melhoria de gestão, contratando profissionais qualificados das diversas áreas para coordenação dos setores e projetos sociais como o Projeto Viva sem Cigarro.

Primeiramente houve análise dos ambientes externo (elencando oportunidades e ameaças) e interno (pontos fracos e fortes) ao HAG. Os quadros abaixo mostram os resultados:

Quadro analítico das oportunidades e ameaças colhido pelo HAG.

Oportunidades	Ameaças
Hospital de referência macrorregional; Baixa concorrência em alta complexidade; Avanço tecnológico; Expansão do atendimento: serviços diferenciados para “melhor idade”, atendimento particular acessível; Busca de recursos financeiros junto a ONGs, empresas privadas, etc., para investimentos e custeio; Consolidação e busca de novas parcerias: convênios, prefeituras, etc.; Investimento para o crescimento do plano de saúde.	Redução ainda maior de investimentos governamentais; Sobrecarga de atendimento público; Instabilidade econômica e inadimplência; Aumento da concorrência hospitalar e em planos de saúde; Falta de apoio político; Perda da alta complexidade C.C.V. (SUS).

Fonte: Dados colhidos pelo HAG – 2006.

Quadro analítico dos pontos fortes e pontos fracos colhidos pelo HAG.

Pontos fortes	Pontos fracos
Fortalecimento da imagem junto à comunidade; Visão e implementação das ações propostas; Resgate da profissionalização e da educação continuada; Aumento da auto-estima, motivação e valorização dos funcionários; Serviço de alta complexidade; Atendimento humanizado; Recursos humanos capacitados; Administração efetiva e descentralizada; Informatização; Comprometimento; Transparência nas ações; Localização; Envolvimento na comunidade; Plano de Saúde próprio; Corpo profissional atualizado.	Deficiência na comunicação; Falta maior de integração entre os setores; Falta de comprometimento de parte da equipe; Necessidade de maior participação do corpo clínico; Espaço físico; Recursos financeiros para investimento a curto-prazo.

Fonte: Dados colhidos pelo HAG – 2006.

Após análise dos ambientes interno e externo, partiu-se para o processo de formulação estratégica, focando o melhor caminho a ser seguido para garantir a sobrevivência e crescimento sustentável da organização a longo prazo, ou seja, o que pretende fazer e como pretende se comportar no futuro, quanto a postura, negócio, lucratividade, tamanho, grau de inovações e relações com clientes, fornecedores e colaboradores.

Os indicadores de desempenho ou medidas indiretas de qualidade, utilizadas como instrumento de monitoramento, apontaram processos, serviços ou profissionais que poderiam estar apresentando problemas e que necessitavam de uma avaliação mais direta.

Aliado às oportunidades – ambiente externo – tem-se a credibilidade do hospital junto à população e seus atendimentos de alta complexidade, principalmente sendo serviço de referência cardíaca na macrorregião.

Em relação ao seu plano de saúde, estão sendo definidas políticas de marketing externo para ampliação de adesões. Internamente, a partir dos pontos fracos, buscar-se-á a modernização dos sistemas e dos equipamentos. Além disso, identificou-se necessidade de implementar ações de aperfeiçoamento e normatização de processos internos de trabalho e melhor valorização do colaborador.

Identificar a razão de existir do HAG por meio da formulação da missão foi o ponto de partida para o desenvolvimento todas as ações em prol de um hospital forte e eficiente.

Assim sendo, foram definidas 4 grandes diretrizes:

Diretriz 1 – Satisfação e credibilidade de clientes, fornecedores e público em geral.

Diretriz 2 – Equilíbrio econômico-financeiro.

Diretriz 3 – Melhoria dos processos internos.

Diretriz 4 – Aprendizagem e crescimento.

As diretrizes foram desdobradas, e os objetivos estratégicos, as medidas e as metas a serem alcançadas foram definidas, assim como as estratégias foram desdobradas e seus objetivos contemplaram as iniciativas, os resultados esperados, os prazos e recursos necessários.

Enfim, o Plano Diretor que norteará as ações do HAG pelos próximos cinco anos, de 2006 a 2010, partiu do planejamento estratégico, tendo como responsabilidade conseguir o equilíbrio da gestão, integrado à proposta de proporcionar atenção global ao ser humano, especialmente às pessoas desprovidas de recursos financeiros para custear planos de saúde.

Considerações finais

Sendo o Plano Diretor um instrumento básico da política de desenvolvimento, quer seja de um município ou, no nosso caso, do HAG, sabemos que sua principal finalidade é orientar a atuação do poder público e da iniciativa privada na construção e na oferta dos serviços públicos essenciais, visando assegurar melhores condições de vida para a população.

O HAG assumiu o desafio de melhorar a qualidade do gerenciamento com o hospital em funcionamento e busca sempre incorporar novos conhecimentos e práticas, o que se dá por meio da consolidação do seu grupo gestor e do envolvimento da equipe do hospital. Isso somente foi possível porque, além de possuir uma ótima estratégia, é primordial que ela seja executada, como vem acontecendo com o HAG.

Certamente ajustes serão necessários ao longo de sua trajetória, mas espera-se que sirvam de norte para:

- Garantir o atendimento de qualidade, seguindo os princípios que norteiam o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, instituído pelo Ministério da Saúde;
- Garantir eficácia, resolutividade e funcionalidade na realização de procedimentos de médio e grande porte;
- Garantir melhor qualidade e segurança aos profissionais e pacientes, evitando deslocamentos para grandes centros;
- Contribuir para a redução de riscos para a saúde de gestantes;

- Contribuir para a descentralização dos serviços e para o fortalecimento dos princípios que norteiam o SUS;
- Aumentar o número de consultas e procedimentos em otorrinolaringologia tendo em vista as constantes reivindicações dos municípios da macrorregião;
- Aumentar a quantidade de exames de endoscopia digestiva alta e baixa detectados pelos municípios pertencentes a macrorregião, reduzindo o tempo de espera dos pacientes oriundos do SUS;
- Beneficiar os pacientes internados nas enfermarias do SUS com maior conforto, disponibilizando acomodações mais amplas e funcionais.

Referências

IBGE, *Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em 30 novembro de 2006.

COSTA, Nilson do Rosário *et al.* Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 5, n. 2, p. 427-442. Rio de Janeiro, 2000.

LAKATOS, Eva Maria, MARCONI, Marina de Andrade. *Metodologia científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1991, 220 p.

QUIRINO, Raquel. *Metodologia Científica*. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2006. (Apostila mimeografada).

RODRIGUES, Marcelo do Carmo. *Interação entre o Balanced Score Card e as teorias de análise de decisão*. VI SEMEAD – Seminário em Administração. SÃO PAULO: FEA/USP, 2003.



Plano Diretor: ferramenta inovadora na gestão do SUS da Microrregião de Resplendor

Gleide Maria Polito¹
Juliana da Silva Eler²

RESUMO: Na busca por novas propostas de gestão que considerem os elementos necessários para cumprir sua missão e visão organizacional, este trabalho objetivou apresentar os avanços na construção e implementação do Plano Diretor da SBSC – Hospital Nossa Senhora do Carmo e os investimentos do PRO-HOSP. Para alcançar as metas de inovação, utilizou-se como metodologia as reflexões críticas do grupo gestor, por meio das informações obtidas em reuniões, para análise dos ambientes interno e externo do hospital, contando ainda com a participação de todos os colaboradores, que também apontaram problemas e propostas de melhorias. Como resultado de sua implementação, houve melhora nas áreas de informática, recursos humanos, comunicação interpessoal, inter-setorial e no processo de humanização, dando apoio às práticas administrativas. Essa nova gestão trouxe inovações criativas para a humanização e para a qualificação da assistência com equipe multiprofissional. Os investimentos em melhoria de gestão oportunizaram qualificação dos recursos humanos, refletindo positivamente na qualidade e na humanização da assistência. Os investimentos tecnológicos possibilitaram melhoria da informatização em rede, o que agilizou várias atividades no hospital. Os investimentos em equipamentos fortaleceram a resolutividade da instituição em média complexidade para cobrir os vazios assistenciais da microrregião em ginecologia e obstetrícia e ortopedia. O curso de Gestão Hospitalar e Treinamentos de Pessoal impactou na modernização gerencial e na consolidação da equipe multiprofissional, com maior eficiência e melhoria da qualidade dos serviços existentes. O Plano Diretor tem suas limitações, porém, com este trabalho, concluiu-se que, mesmo alcançando grandes avanços na sua construção e implementação, é necessário que a instituição continue a buscar fortalecimento, abrindo novos caminhos para a melhoria contínua e novos projetos.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital; administração, Plano Diretor.

¹ Gerente de Recursos Humanos – Setor Administrativo. Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Nossa Senhora do Carmo. Especialista em Gestão Hospitalar Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: agpolito@lesteweb.com.br

² Gerente de Suprimentos – Farmácia e Almoxarifado. Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Nossa Senhora do Carmo. Especialista em Gestão Hospitalar – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: julianaeler@hotmail.com.br



Introdução

No atual contexto em que a SBSC – Hospital Nossa Senhora do Carmo está inserida, faz-se necessário implementar novas propostas de gestão, que, na ótica administrativa, é considerada uma gama de elementos necessários para cumprir sua missão e para alcançar a visão organizacional.

O presente trabalho objetivou apresentar os resultados alcançados e os avanços obtidos com a construção e a implementação do Plano Diretor do hospital, produto de conclusão do curso de Especialização para Gerentes Macro e Microrregionais de Saúde, inseridos no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP).

A adesão do hospital ao PRO-HOSP se justifica uma vez que o programa é referência para a Microrregião de Resplendor e que é necessário o investimento na melhoria da qualidade de seus serviços, bem como o aumento de sua resolutividade, de forma a atender à demanda da média complexidade de sua região de abrangência.

O trabalho foi estruturado apresentando as características da microrregião, situação da saúde do município, caracterização da instituição e operacionalização do Plano Diretor.



Plano diretor



Fundamentação teórica

O Plano Diretor fundamentado no planejamento e gestão estratégica se constitui num processo de formulação de estratégias organizacionais, através do qual uma organização se mobiliza para atingir o sucesso e construir o futuro [...] (ALMEIDA, 2005)

Implementar um novo modelo de gestão exige que o hospital esteja comprometido com um aperfeiçoamento contínuo dos serviços prestados aos usuários. Isso causa um grande impacto sobre o sistema tradicional. A atual situação do hospital, mediante a implementação do seu Plano Diretor, comprova a importância desse instrumento para a instituição.

Hospitais de sucesso não dependem de um líder para sobreviver, dependem de um sistema de liderança forte que tem no líder seu principal defensor e executor. São sistemas de liderança fortes, fundamentados num modelo de gestão integrada que fazem instituições fortes [...] (ALMEIDA, 2005).

O Plano Diretor é um dos instrumentos mais importantes de política de desenvolvimento e de crescimento de organizações ou espaços. No caso da instituição hospitalar, é parte

integrante de processo de planejamento, devendo ser aprovado pela instância deliberativa (MARQUES, 2005).

O Plano Diretor do Hospital Nossa Senhora do Carmo foi estruturado em duas partes. A primeira apresentou as características da Microrregião de Resplendor, do município de Resplendor, pólo microrregional, e a situação do sistema de saúde desse município. A segunda enfatizou a caracterização da instituição hospitalar e a operacionalização do Plano Diretor, que propõe planos de ação para o alcance das metas e compromissos pactuados com o PRO-HOSP e define as prioridades para o alcance das metas de inovação, de acordo com as necessidades levantadas pela análise dos ambientes interno e externo.

Metodologia

A metodologia utilizada neste trabalho envolveu a pesquisa bibliográfica descritiva e explorativa, aliada às técnicas de planejamento estratégico, com o levantamento de problemas por meio de *brainstorming* para análise dos ambientes interno e externo e a construção dos planos de ação com seus respectivos indicadores.

Resultados e Discussão

Para a construção e a implementação do Plano Diretor da Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Nossa Senhora do Carmo, encontrou-se uma série de desafios e perspectivas inovadoras, envolvendo a participação de toda a direção e dos funcionários da instituição.

Entre os obstáculos encontrados, salienta-se a falta de comprometimento de profissionais que acreditavam que o PRO-HOSP seria mais de caráter teórico do que prático e a dificuldade com o alcance dos indicadores de desempenho e pressão da GRS, o que causou, por várias vezes, desmotivação. Mas a certeza dos propósitos a ser alcançados, bem como o envolvimento e o comprometimento do grupo gestor e de muitos outros colaboradores foram fatores facilitadores e decisivos para a persistência e o conseqüente êxito na conclusão do trabalho.

Para possibilitar a construção de um plano operativo e implementável, dentro das necessidades do hospital, o grupo gestor se reuniu periodicamente durante todo o processo de desenvolvimento do trabalho e considerou a necessidade de seus membros estarem envolvidos em todas as fases do processo desde sua implementação, como no monitoramento e na avaliação de resultados.

No primeiro momento, foram construídos os planos de ação para o alcance das metas e compromissos pactuados com o PRO-HOSP que não foram atingidas ou atingidas parcialmente. Para cada plano de ação elaborado foram criados indicadores de monitoramento e avaliação conforme as seguintes metas: ter centro de custos implantados; desenvolver e implantar, no mínimo, 10 protocolos clínicos para 10 procedimentos relevantes; aumentar a taxa de ocupação de 61,68% para 70%; reduzir taxa de mortalidade hospitalar de 2,10% para 1,52%; reduzir taxa de cesáreas de 51,54% para 27% e implantar unidade de atenção domiciliar terapêutica.



Após a construção desses planos de ação, passou-se às metas de inovação da instituição, que foram definidas por meio do levantamento das prioridades de ação, resultado da análise dos ambientes interno e externo, planilha FOFA.

Para elaboração dessa planilha, foi utilizada a técnica do *brainstorming*, que contou com a participação de todos funcionários, usuários e colaboradores da instituição, além de reuniões com o grupo gestor e com representantes de entidades e conselhos comunitários, usuários e profissionais do hospital.

Após a análise GUT (Gravidade, Urgência, Tendência) e reuniões com o grupo gestor, obteve-se a definição das prioridades de ação para a instituição: sistema de informatização, recursos humanos, comunicação interpessoal e inter-setorial e melhoria e humanização da recepção do hospital.

Definidas as prioridades, partiu-se para descrição do objetivo de cada uma delas, com a definição da meta a ser alcançada. Para cada prioridade foram propostas, no mínimo, quatro ações, e para cada ação, no mínimo, quatro tarefas. Cada ação deu origem a um plano de ação, com a definição clara dos responsáveis por sua execução. Para cada prioridade foram construídos os indicadores de monitoramento e avaliação, bem como a definição dos responsáveis por cada processo.

O Plano Diretor, após concluída sua etapa de construção, se constituiu em uma importante ferramenta de gestão, utilizada de forma efetiva na orientação das práticas e dos processos administrativos propostos, além de possibilitar o monitoramento eficaz durante as etapas de implementação das ações.

Com a implementação do Plano Diretor da SBSC – Hospital Nossa Senhora do Carmo, verificou-se que ocorreram mudanças profundas tanto no nível organizacional quanto no físico, passando o hospital a viver uma nova realidade, tendo sua missão (“Ser referência microrregional em assistência médico-hospitalar, buscando excelência na saúde, visando garantir segurança do atendimento, satisfazendo as legítimas expectativas e necessidades dos usuários”) e sua visão (“Ser reconhecida a melhor instituição de saúde da microrregião, inovando continuamente na aplicação das técnicas, no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria da qualidade de vida da população”) como os pilares para o novo modelo de gestão do hospital.

Essa nova forma de gestão trouxe inovações e desafios. Com o apoio do PRO-HOSP e com o comprometimento dos seus gestores, profissionais e demais lideranças, o hospital passou a oferecer uma assistência mais qualificada e humanizada com sua equipe multiprofissional, investiu na capacitação dos recursos humanos, melhoria dos recursos tecnológicos e das instalações físicas.

A capacitação de recursos humanos oportunizou maior qualificação profissional e melhorou a motivação no ambiente de trabalho, o que refletiu de forma positiva na melhoria da assistência e na humanização do atendimento. Implicou também um maior comprometimento de todos com os processos e os resultados da instituição, sendo, portanto, a continuidade desse investimento um dos compromissos do hospital.

O investimento tecnológico favoreceu a ampliação da rede de computadores, com a informatização de vários setores, aumentando os pontos de acesso à internet.

A parte física do hospital foi completamente reestruturada, a recepção ganhou mais espaço e transformou-se em um ambiente mais acolhedor e humanizado. As unidades de internação tornaram-se mais agradáveis, colaborando, inclusive, com a recuperação do paciente.

Alguns setores foram reformados para a instalação dos equipamentos adquiridos com os recursos do PRO-HOSP, melhorando a resolutividade do hospital em média complexidade, agilizando os processos de alta hospitalar e colaborando para cobrir os vazios assistenciais da microrregião em ginecologia e obstetrícia e ortopedia.

Considerações Finais

O Plano Diretor tornou-se um instrumento norteador para as ações da SBSC – Hospital Nossa Senhora do Carmo. Ele, porém, também tem suas limitações, devido à velocidade das mudanças que ocorrem. Portanto, mesmo tendo alcançado grandes avanços na sua construção e implementação, é necessário estar permanentemente adaptando-se a essas mudanças. A instituição deve continuar a buscar fortalecimento, abrindo novos caminhos para a melhoria contínua e cumprimento de novos projetos. Sendo assim, a permanência da SBSC – Hospital Nossa Senhora do Carmo no PRO-HOSP é um dos grandes objetivos do hospital, que mesmo com seus recursos limitados, busca oferecer aos seus usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) um atendimento de excelência.

Referências

- ALMEIDA, A. M. *Modelo de gestão integrada (PDCA/PES)*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Apostila)
- ANDRADE, A. M. *Modelo de gestão integrada (PDCA/PES)*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Apostila)
- CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. *Administração Hospitalar: fundamentos*. São Paulo: Cedas, 1997, 387 p.
- FERREIRA, J. *Sistema de Informação em Saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Apostila)
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- MARQUES, M. O. *Gestão estratégica: missão, objetivos, resultados organizacionais – Plano Diretor e modelo de Gestão*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Apostila)
- QUIRINO, R. *Gestão de recursos humanos*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Apostila)
- QUIRINO, R. *Metodologia Científica*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2005. (Apostila)
- MINAS GERAIS. Prefeitura de Resplendor. *Plano Municipal de Saúde*. Resplendor, 2005.



Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte (MG)

Tânia Maria de Oliveira¹

RESUMO: O presente artigo tem por finalidade apresentar as mudanças que ocorreram na Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte durante a elaboração e implementação do seu Plano Diretor, trazendo em seu conteúdo a proposta de crescimento e desenvolvimento para o hospital, provocando mudanças em benefício de um melhor atendimento à população de Santo Antônio do Monte e de municípios da microrregião.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão Hospitalar; administração; planejamento estratégico; hospital.

Introdução

Este artigo tem a finalidade fundamental de apresentar algumas considerações e aplicações do Plano Diretor, mostrando a necessidade de implementação de novas propostas de gestão, pois serão elementos necessários para que a Santa Casa cumpra sua missão e alcance sua visão pretendida e também identifique as prioridades do Plano Diretor.

A Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte, por meio da busca pela qualidade na realização de suas atividades e serviços, prima por uma gestão participativa e aberta, visando a uma vigilância constante com o objetivo de alcançar a qualidade e a satisfação de seus usuários, envolvendo o comprometimento de todos os colaboradores da instituição. Pôde observar-se nas últimas décadas, em vários países, uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência desses serviços (CAMACHO, 1998).

A adesão da instituição no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), foi instituída pela Resolução SES nº 0082, de 16 de maio de 2003 e pela Resolução SES nº 0682, de 17 de maio de 2005. Os recursos vêm sendo investidos em aquisição de equipamento, reforma e ampliação da infra-estrutura

¹ Gerente Administrativo\Financeiro – Setor Administrativo da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte. Especialista em Gestão Hospitalar da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: tania_m_oliveira@yahoo.com.br

custeio e melhoria da gestão administrativa. Sendo assim, a instituição temo como oferecer melhor assistência à saúde da população de sua microrregião, atendendo às suas reais necessidades na média complexidade, de forma a ofertar atendimento humanizado e de qualidade.

A elaboração do Plano Diretor vem buscar a melhoria da qualidade da assistência à saúde e o aumento de sua resolutividade para a microrregião onde está inserido.

Plano diretor

Toda organização de saúde tem como objetivo promover a saúde com excelência e proveito humano, bem como criar, manter e gerir outros serviços médicos e hospitalares, propiciando adequadas condições para o exercício dos profissionais de saúde e perfeito atendimento. Esses objetivos se complementam com o que é preconizado pela Organização Mundial da Saúde em seu relatório de nº 122 de 1957:

O hospital é um elemento de Organização de Caráter Médico Social, cuja função consiste em assegurar Assistência Médica completa, curativa e preventiva à determinada população, e cujos serviços externos de irradiam até a célula familiar considerada em seu meio: é um centro de medicina e de pesquisa biossocial. (OMS, 1957, p.)

A implementação de um novo modelo de gestão exige que todos os colaboradores, médicos e diretoria da instituição estejam envolvidos no processo de mudança, para que a proposta seja implementável e atenda às necessidades do hospital, buscando a melhoria da qualidade da assistência à saúde e aumento de sua resolutividade para a microrregião onde está inserido.

O Plano Diretor foi estruturado em duas partes: a primeira apresentou as características da Microrregião de Divinópolis\Santo Antônio do Monte, do município de Santo Antônio do Monte, e a situação do sistema de saúde desse município. A segunda enfatizou a caracterização da instituição hospitalar e a operacionalização do Plano Diretor, que propõe planos de ação para o alcance das metas e compromissos pactuados com o PRO-HOSP, além de definir as prioridades para o alcance das metas de inovação conforme as necessidades levantadas pela análise dos ambientes interno e externo.

As metodologias utilizadas neste trabalho foram:

- Metodologia de pesquisa: para obtenção de dados iniciou-se com consultas bibliográficas, utilizando as apostilas do curso de Especialização para Gerentes Hospitalares Macro e Microrregionais, bem como bibliografias específicas da área e sites, que fundamentaram o desenvolvimento deste trabalho. Foram realizadas visitas técnicas na Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio do Monte e na Gerência Regional de Saúde (GRS) de Divinópolis, além de reuniões com funcionários e com o grupo gestor.
- Metodologia de planejamento: referente ao planejamento e operacionalização dos processos, foram utilizadas as informações obtidas nas reuniões com o grupo gestor, as

técnicas de *brainstorming* para levantamento de problemas da instituição, análise dos ambientes externo e interno, com construção da planilha FOFA e análise GUT, seguido de planejamento estratégico, com a construção dos planos de ação para as metas pactuadas com o PRO-HOSP, não-atingidas ou atingidas parcialmente, e as metas de inovação e aprimoramento, que constam dos objetivos das prioridades de ação, identificados na análise dos ambientes interno e externo.

Para a elaboração e a implementação do Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte, foram encontrados diversos obstáculos e desafios, mas o grupo gestor fez com que todos os colaboradores, os médicos e a direção se envolvessem e participassem do processo de mudança.

As dificuldades encontradas na elaboração do Plano Diretor foram: pouco envolvimento de alguns colaboradores, falta de conhecimento da direção sobre o que seria o Plano Diretor e controle de processos pouco eficazes para o alcance dos indicadores de desempenho. Mas o comprometimento do grupo gestor foi um dos fatores facilitadores e decisivos para a persistência e o conseqüente êxito na conclusão do trabalho e em sua aplicabilidade.

Para possibilitar a construção de um Plano Diretor aplicável à instituição, e que atendesse à demanda da microrregião, o grupo gestor foi formado por uma equipe multidisciplinar, que realizava reuniões quinzenais e considerou-se a necessidade de seus membros também estarem envolvidos na fase de implementação, monitoramento e avaliação dos processos.

Na operacionalização do Plano Diretor, foram construídos os planos de ação para o alcance das metas e compromissos pactuados com o PRO-HOSP que não foram atingidas ou atingidas parcialmente. Para cada plano de ação elaborado foram criados indicadores de monitoramento, processo e avaliação.

- Atingidas parcialmente: desenvolver e implantar, no mínimo, 10 protocolos clínicos relevantes, aprimorar a auditoria interna para acompanhar/avaliar convênio SUS, metas e compromissos PRO-HOSP e demais ações.
- Não atingidas: reduzir taxa de cesáreas de 40% para 27%, aumentar a taxa de ocupação de 50,46% para 70% e realizar 25% de atendimentos aos pacientes referenciados.

Após a construção de todos os planos de ação, o trabalho foi direcionado às metas de inovação da instituição, que foram obtidas por meio da análise dos ambientes interno e externo e planilha FOFA, que foi avaliada pela análise GUT.

Para a elaboração dessa planilha, foi utilizada a técnica do *brainstorming*, que contou com a participação de todos os colaboradores da instituição e com reuniões com o grupo gestor.

Após a análise GUT (Gravidade, Urgência, Tendência) e as reuniões com o grupo gestor, obteve-se a definição das prioridades de ação para a instituição:

- Ampliação do quadro de médicos;
- Qualificação profissional;
- Sistema de informação;



- Recursos financeiros.

Depois de definidas as prioridades, partiu-se para descrição do objetivo de cada prioridade, com definição da meta a ser alcançada. Para cada uma delas foram propostas, no mínimo, quatro ações, e para cada ação, no mínimo, quatro tarefas. Cada ação deu origem a um plano de ação. Para cada prioridade foram construídos os indicadores de monitoramento, de processo e de resultado e avaliação.

Concluída a etapa de construção do Plano Diretor, ele se constituiu em uma importante ferramenta de gestão, utilizada de forma efetiva, possibilitando o monitoramento eficaz durante as etapas de implementação das ações.

Com a elaboração do Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte, verificou-se que ocorreram enormes mudanças, tanto no nível administrativo quanto no organizacional e até no físico; com isso a instituição tem condições de vivenciar uma nova realidade, seguindo o seu propósito dentro da sua missão e da sua visão, formando o novo modelo de gestão da instituição.

O PRO-HOSP trouxe para a instituição uma nova percepção de programa, pois ele não é apenas um recebimento de recurso financeiro, mas uma nova ferramenta de gestão, inovação, desenvolvimento e comprometimento de todos envolvidos nesse processo de mudança.

Após a adesão da Santa Casa no programa, a instituição conheceu a importância de uma assistência humanizada e investiu na idéia de ter um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) em pleno funcionamento e formado por uma equipe multidisciplinar. Hoje o GTH está desenvolvendo ações e projetos de humanização na assistência à saúde, favorecendo a relação equipe de saúde-usuário-família-instituição. Além disso, os serviços de saúde da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte passaram a contar com as seguintes comissões:

- Comissão de Ética Médica
- Comissão e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
- Comitê de Mortalidade Materna
- Comissão de Controle de Eventos Adversos
- Comissão de Revisão de Prontuário
- Comissão de Revisão de Óbitos

Essas comissões são ferramentas essenciais no dia-a-dia da instituição, pois contam com uma equipe responsável para a solução dos problemas nelas identificados.

A capacitação de recursos de humanos oportunizou maior qualificação profissional, melhorou a motivação no ambiente de trabalho e aumentou a auto-realização e a satisfação dos colaboradores no trabalho. Além disso, com o serviço de psicologia, os colaboradores aprenderam desenvolver e manter a qualidade de vida no trabalho e a administrar as mudanças que vêm ocorrendo no hospital, o que refletiu de forma positiva na melhoria da assistência e da humanização do atendimento.

Os recursos financeiros foram destinados para aquisição de equipamentos, capacitações e reformas na infra-estrutura, melhorando assim a resolutividade do hospital em media complexidade, agilizando os processos, resguardando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e aumentando a resolutividade para a microrregião de sua abrangência.

Considerações finais

Com a sua participação no PRO-HOSP e com a elaboração do Plano Diretor, o grupo gestor, os funcionários e a diretoria da Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte vislumbram um horizonte promissor, sendo que os desafios diante da busca constante pelo aperfeiçoamento e melhoria da qualidade passam a ser motivadores para o alcance das metas propostas.

O grupo gestor se orgulha em participar desse processo de crescimento da instituição e acredita poder contribuir ainda mais durante toda a operacionalização desse Plano Diretor, sendo que ele não é um trabalho isolado; o êxito de sua implantação depende de todos os agentes envolvidos nos serviços da instituição.

O Plano Diretor se constitui em uma ferramenta decisiva para o planejamento e direcionamento das ações da Santa Casa, com indicadores para monitoramento e avaliação que serão importantes para dimensionar o grau de realização dos planos de ação.

Comprometidos com a melhoria contínua de seus processos, a Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte firma o compromisso de implementar esse Plano Diretor e de zelar pelo seu cumprimento, visualizando um avanço tecnológico e gerencial que possibilitará a melhoria da qualidade de seus serviços, beneficiando todos os usuários de seu município e microrregião.

Referências

- BITTAR, O. J. N. V. *Hospital, qualidade e produtividade*. São Paulo: Sarvier, 1997.
- CAMACHO; *Qualidade total para os serviços de saúde*. São Paulo: Novel, 1998.
- CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO. *Administração Hospitalar*. São Paulo: Loyola, 2005.
- CHIAVENATO, Idalberto. *Planejamento Estratégico*. São Paulo: Elsevier, 2004.
- FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – MG*. Belo Horizonte, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde MG. *Orientações para o Cumprimento e Validação das Metas e Compromissos pactuados no PRO-HOSP*. Belo Horizonte, 2006.
- OMS. Organização Mundial de Saúde, *Relatório*. n. 122. Genebra, 1957, p. 38.
- RIVERA, F. J. U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1990.



Gestão Hospitalar: uma visão empreendedora dos serviços de saúde

Márcia Helena Gonçalves Rocha¹

Magali R. Brito Araújo²

RESUMO: O Hospital e Maternidade Vital Brazil (HMVB) foi referenciado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para investimento de recursos visando ao aprimoramento do atendimento de média complexidade na Microrregião de Coronel Fabriciano. Para recebimento dos recursos, o hospital foi incluído no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PRO-HOSP), em que foram estabelecidas metas qualitativas, quantitativas, gerenciais e assistenciais a serem cumpridas pela instituição. Em face da necessidade de atender a essas metas, o objetivo desse trabalho foi elaborar o Plano Diretor do HMVB, contemplando ações, a curto e médio prazo, por meio de investimentos nos serviços atualmente prestados. Recorreu-se à pesquisa bibliográfica e documental, além da colaboração do Grupo Gestor, dos coordenadores de setor e dos funcionários da Instituição, o que resultou na elaboração de uma proposta de ação a partir dos problemas encontrados. O Plano Diretor foi concluído, tornando-se um instrumento de aprimoramento da prestação de serviços hospitalares, com enfoque financeiro, tecnológico e de humanização.

PALAVRAS-CHAVE: Hospital; administração; planejamento estratégico.

Introdução

Em face das constantes mudanças atualmente percebidas no mercado, o gestor hospitalar busca alternativas para que as instituições de saúde não fiquem à margem dos acontecimentos. Não há alternativa senão aprimorar a prestação de serviços hospitalares, com enfoque financeiro, tecnológico e humanizado por meio da melhoria de gestão e da manutenção de custeio e investimentos, tendo o usuário como centro de sua atenção.

Assim, a elaboração do Plano Diretor do Hospital e Maternidade Vital Brazil é resultado do compromisso pactuado junto à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais pelo Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PRO-HOSP).

¹ Administradora, especialista em Administração e Gestão Hospitalar, diretora de serviços de apoio e assistenciais da Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital e Maternidade Vital Brazil. E-mail: marciabeltrame@hotmail.com

² Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, gestora municipal.

Este trabalho foi possível mediante as orientações e os conceitos apreendidos pelos alunos do curso de Especialização em Gestão Hospitalar promovido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, bem como a criação e atuação do grupo gestor do Hospital. Os resultados deste estudo oferecerão oportunidade e orientação por meio de um Plano Diretor que contempla passo a passo a busca pelas metas estabelecidas.

Desenvolvimento

Justificativa

O Hospital e Maternidade Vital Brazil (HMVB) foi referenciado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) macrorregional para investimento de recursos visando ao aprimoramento do atendimento de média complexidade na Microrregião de Coronel Fabriciano, perfazendo um total de sete municípios. Para recebimento dos recursos, o hospital foi incluído, em 2005, no Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PRO-HOSP), em que foram estabelecidas metas qualitativas, quantitativas, gerenciais e assistenciais, constituindo um compromisso a ser cumprido pela instituição.

Em face da necessidade de se atender às metas gerenciais pactuadas no PRO-HOSP, foi elaborado o Plano Diretor do HMVB. Essa ação permitiu uma interação do grupo gestor com as diversas atividades desenvolvidas, bem como o desenvolvimento de uma visão holística e crítica das situações.

A ferramenta que permitiu ao Grupo Gestor levantar os dados e analisá-los foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), para então implementar ações que buscassem concretizar as metas estabelecidas. Partiu-se da premissa de que tudo que não é programado com metas bem-definidas também não pode ser avaliado.

O plano apresentou sugestões para viabilizar a instituição econômica e financeiramente, atendendo aos vazios assistenciais da Microrregião de Coronel Fabriciano por meio da correção e da adequação das possíveis distorções existentes. Para tanto, tem como base dados coletados na Secretaria de Estado de Saúde, Gerência Regional de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e nos setores do hospital.

Objetivo geral

Sugerir a implementação de um plano estruturado, contemplando ações, a curto e médio prazo, por meio de investimentos nos serviços atualmente prestados pelo HMVB.

Objetivos específicos

- Assegurar a otimização nos processos, reestruturando a gestão administrativa.
- Programar a aquisição de equipamentos e material permanente para os setores em estruturação.

- Viabilizar meios para atender à legislação, promovendo as adequações necessárias solicitadas pela Vigilância Sanitária.
- Sugerir melhorias no atendimento ao paciente, com fins à humanização.

Metodologia

Para desenvolvimento do trabalho, os métodos utilizados foram: pesquisa bibliográfica, em revistas, livros e sites; pesquisa documental utilizando-se de apostilas da Escola de Saúde Pública e relatórios do Hospital e Maternidade Vital Brazil.

Recorreu-se à Pesquisa-ação para elaboração do Plano Diretor. Estiveram envolvidos o grupo gestor, como facilitador das ações, os coordenadores de setor, como multiplicadores, e os funcionários da instituição, atuando como colaboradores responsáveis, o que resultou na elaboração de uma proposta de ação com base nos problemas encontrados.

Foram realizadas reuniões com o grupo gestor e apresentada a proposta de elaboração do Plano Diretor recorrendo à coleta de dados, tendo o *brainstorming* como ferramenta. O grupo atuou como multiplicador junto aos setores do hospital, esclarecendo sobre a importância da participação de todos os colaboradores e enfatizando o compromisso e a responsabilidade de cada um. Na seqüência, realizou-se o levantamento das ações a serem implementadas, em seguida, os dados foram compilados pelo grupo, baseado na meta definida pela administração para o período de 2 anos.

É importante frisar que as ações apresentadas que não foram aproveitadas nesse momento serão reavaliadas em uma nova oportunidade e de acordo com novas metas.

Resultados e Discussão

O Plano Diretor do hospital foi concebido a partir da avaliação da Matriz SWOT, pelo grupo gestor, tendo como instrumentos norteadores sua missão, sua visão, sua postura estratégica e as metas pactuadas no PRO-HOSP. Esses foram o ponto de partida para traçar o caminho voltado aos futuros objetivos e desafios.

As estratégias representam atuações selecionadas no contexto das metas estabelecidas em uma nítida integração entre a organização e o seu ambiente, visando à melhor adequação possível, estando inserida nesse aspecto a amplitude de visão dos administradores da organização.

Para a implantação do Plano Diretor, alguns fatores contribuíram sobremaneira para o seu estabelecimento:

- Definição do grupo gestor.
- Envolvimento e representação de todos os setores do hospital.
- Representantes do grupo com autonomia para agir na organização, requisitando os profissionais necessários tanto para a formulação quanto para a implantação do Plano Diretor.



- Ampla divulgação da atuação do grupo para toda a estrutura do hospital, visando gerar conhecimentos e envolvimento de todos com o objetivo.

Após sua formação, o grupo gestor foi submetido a treinamento abordando planejamento estratégico para que fossem definidas as normas para implementação do Plano Diretor, visando aos seguintes objetivos:

- Atuar como facilitador junto aos setores do hospital.
- Desenvolver planos, estabelecendo prioridades para as tarefas.
- Providenciar os recursos para a implantação das estratégias.
- Envolver o maior número possível de funcionários na elaboração do plano para 24 meses.

Para definir o Plano Diretor foi observado o seguinte cronograma das atividades:

- Formulação do Plano Diretor.
- Reunião de apresentação e compatibilização.
- Aprovação formal.
- Evento de lançamento do Plano Diretor.
- Reuniões mensais de acompanhamento.
- Atualização anual do Plano Diretor.
- Formulação de novas ações.

A implementação do Plano Diretor teve como foco as estratégias políticas da instituição e as sugestões apresentadas pelos colaboradores, cujos resultados foram os seguintes:

- Cumprimento dos prazos previstos.
- Enquadramento aos custos pré-estabelecidos.
- Cumprimento da qualidade técnica esperada.
- Cumprimento das exigências de viabilidade.
- Aumento ou manutenção da captação de oportunidades.

Promoveu-se também a interação do grupo com as diversas atividades desenvolvidas, bem como o desenvolvimento da visão holística e crítica para que fossem alcançados os seguintes objetivos:

- Otimização nos processos, reestruturando a gestão administrativa.
- Aquisição de equipamentos e material permanente para os setores em estruturação.
- Atender à legislação, promovendo adequações necessárias, solicitadas pela Vigilância Sanitária.
- Melhorias no atendimento ao paciente, com fins à humanização.

Considerações finais

O Plano Diretor do Hospital e Maternidade Vital Brazil, contemplando estratégias na busca pela meta estabelecida, foi elaborado visando ações, a curto e médio prazo, por meio de investimentos nos serviços atualmente prestados pelo HMVB. Além de constituir o resultado do compromisso gerencial pactuado junto ao Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (PRO-HOSP), tornou-se um instrumento de aprimoramento da prestação de serviços hospitalares, com enfoque financeiro, tecnológico e humanizado.

A conclusão do Plano Diretor foi possível mediante as orientações e os conceitos apreendidos no curso de Especialização em Gestão Hospitalar, promovido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, bem como a criação e atuação do grupo gestor do hospital.

Constatamos que o Plano Diretor constitui importante instrumento gerencial para que sejam alcançados os objetivos de regionalização preconizados pelo PRO-HOSP, atendendo satisfatoriamente às necessidades e às demandas da população mineira, alcançando efetividade e equidade do SUS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *GESTHOS – Gestão Hospitalar: Capacitação a distância em administração hospitalar para pequenos e médios estabelecimentos de saúde: Módulo I: Os sistemas de saúde as organizações assistenciais*. Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. *Padronização da nomenclatura do censo hospitalar*. 2. ed., rev. Brasília, 2002.
- CARVALHO, Antonio Ivo. *Política de saúde e organização setorial no país*. Monografia (Curso de Especialização à Distância em Autogestão em Saúde), Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, 1988.
- CHERUBIN, Niversindo Antônio. *A arte de ser um administrador hospitalar eficaz*. São Paulo: Loyola, 2004.
- CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão. *Planejamento estratégico*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- COLEN, Ladeia Lucimar. *Curso de Especialização em Gestão Hospitalar – políticas de saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2005.
- FABRI, Marilene. Gestor, hospital e Estado – Programa fortalece relacionamento. *Minas Saúde*. n. 13, p. 16. Belo Horizonte, out. 2005.
- HENDERSON, Bruce D. As origens da Estratégia. In: MONTGOMERY, C.; PORTER, M. (Orgs.). *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. *A estratégia em ação: balanced scorecard*. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

KOTHLER, P. *Marketing par ao século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados*. 5. ed. São Paulo: Futura, 1999.

MANSUR, Marília Coser. *O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2001.

MERTHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde Pública, rede básica o sistema de saúde brasileiro. *Caderno Saúde Pública*. v. 9, n. 2. p. 177-184, abr/jun 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 17 jan. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. *Guia do participante*. Belo Horizonte, 2006.

MONTGOMERY, C.; PORTER, M. (Org.). *Estratégia: a busca da vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

O SUS DE A a Z – Introdução... Disponível em: <<http://drt2004.saude.gov.br/susdeaz/introducao/introducao/php>> Acesso em: 17 jan. 2007.

PESTANA, Marcus. Saúde pública. Resultados expressivos. *Minas Saúde*. n. 13, p. 16, Belo Horizonte, out. 2005.

PORTER, Michael. O que é estratégia? In: Condensado de *What is Strategy*, Harvard Business Review, nov./dez. de 1996. Publicado com permissão de Harvard Business Review pelo Grupo Técnico de Planejamento Estratégico da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

SILVA, Helton Haddad *et al.* *Planejamento estratégico de marketing*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

Plano Diretor da Fundação Hospitalar São Sebastião

Regina Célia Coelho¹
Renato Pereira de Moraes²

RESUMO: O presente trabalho resulta da elaboração do Plano Diretor da Fundação Hospitalar São Sebastião (FHSS), elaborado pelos alunos do curso de Gestão Hospitalar do PROHOSP, por meio da análise das mudanças ocorridas durante o processo de construção e implementação do seu Plano Diretor com eixo norteador da gestão da fundação.

PALAVRAS-CHAVE: Administração; Plano Diretor; hospital; gestão

Introdução

A Fundação Hospitalar São Sebastião (FHSS) é referência na Microrregião de Três Corações onde está inserida, sendo assim, fez-se necessário sua inclusão no Programa de Melhorias da Qualidade dos Hospitais Credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, o PRO-HOSP, objetivando a contribuição para o desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade da assistência por meio de estratégias de intervenção assistencial, econômica, gerencial e de cooperação técnica.

A elaboração do Plano Diretor da FHSS, como instrumento norteador da gestão da Fundação, visou ao fortalecimento e ao aumento da qualidade dos serviços prestados à população da microrregião em que se encontra inserida.


Desenvolvimento

Plano Diretor

O Plano Diretor foi desenvolvido em duas partes. O primeiro momento trata-se de uma fase em que predomina o referencial teórico, com características da Microrregião de Três Corações e a situação da saúde na região.

¹ Gerente do Serviço de Nutrição e Dietética. Fundação Hospitalar São Sebastião. Especialista em Gestão Hospitalar – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: diretoria@hospsaosebastiao.com.br

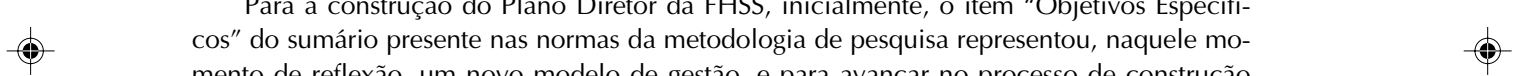
² Gerente de Custos. Fundação Hospitalar São Sebastião. Especialista em Gestão Hospitalar – Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. E-mail: renatoregina@ig.com.br



O segundo momento é predominantemente de caráter operacional, em que é demonstrada a caracterização geral da fundação e a operacionalização do Plano Diretor, que teve como eixo central a construção dos diversos planos de ação para o alcance das metas propostas pelo PRO-HOSP. A análise dos ambientes interno e externo proporcionou o conhecimento da fundação internamente e de suas particularidades e principalmente a compreensão das partes que a compõem, desde equipes, serviços e departamentos, tão importantes no momento de definir as diretrizes prioritárias para o alcance das metas de aprimoramento a que se propunha a fundação.

Metodologia

A metodologia empregada nesse trabalho utilizou a pesquisa bibliográfica, descritiva e explorativa, entrevista e visitas técnicas para observação *in locu*. A análise dos ambientes interno e externo por meio da técnica de *brainstorming*, originou informações que foram agrupadas por área-chave. Posteriormente utilizou-se a planilha FOFA para análise das fortalezas, oportunidades, fraquezas e ameaças. Isso tornou possível a visualização da real situação do hospital em seu contexto interno e externo. Essa planilha foi analisada pela metodologia GUT (Gravidade, Urgência, Tendência) e pelo planejamento estratégico.



Para a construção do Plano Diretor da FHSS, inicialmente, o item “Objetivos Específicos” do sumário presente nas normas da metodologia de pesquisa representou, naquele momento de reflexão, um novo modelo de gestão, e para avançar no processo de construção desse novo modelo foi necessária a constituição do grupo gestor que trabalhou para conhecer as características e o sistema de saúde da microrregião e do município sede, além de definir a missão e a visão da fundação. O grupo também participou ativamente da construção dos planos de ação para o alcance de suas metas.

Iniciou-se uma nova abordagem do modo de gerenciamento, com práticas de gestão descentralizada, causando grande impacto sobre o modelo de gestão até então praticado. Isso contribuiu para reflexões sobre o sistema de liderança praticado com base no atual fluxograma.

A mudança com a participação dos níveis operacionais pelo grupo gestor gerou, em alguns momentos, sentimentos de estranheza ou mesmo desconforto com suas posições àqueles que compunham o grupo. A apropriação de novos conceitos e a incorporação para a prática no dia-a-dia foi um processo de gerenciamento de situações complicado, até o momento em que ocorreu o início da compreensão do processo por todos aqueles que compõem o grupo.

A operacionalização do Plano Diretor da FHSS se deu efetivamente após a identificação dos aspectos que realmente mereciam ou necessitavam de intervenção e que alterassem o seu Estado atual para melhor.

No primeiro momento operacional do Plano Diretor, foram contemplados os planos de ação para o alcance de metas pactuadas e não-cumpridas com o PRO-HOSP. Para cada plano de ação elaborado, foram criados indicadores de monitoramento e avaliação. As metas não-atingidas estão relacionadas a seguir:

Desenvolver e implantar, no mínimo, 10 protocolos clínicos para 10 procedimentos relevantes.

A	Definir equipe de trabalho para elaboração dos protocolos clínicos.
Ç	Definir protocolos clínicos prioritários.
õ	Efetivar a elaboração dos protocolos.
e	
s	Viabilizar a validação dos protocolos clínicos em centros de referência de ensino.

Reduzir o tempo médio geral de permanência 5,34% para 4,09%

A	Identificar as causas da alta taxa de permanência.
Ç	Agilizar a saída de pacientes de outros municípios após alta hospitalar.
õ	Implantar serviço de análise do tempo de permanência por paciente.
e	
s	Solicitação para revisão da meta pactuada junto à Secretaria de Estado de Saúde.

Aumentar a taxa de ocupação de 63,73% para 87,68%

A	
Ç	Identificar as causas da taxa de ocupação estar abaixo da meta pactuada.
õ	Mobilizar o corpo clínico para revisão das condutas de solicitação de internação hospitalar.
e	
s	Estimular o aumento do número de cirurgias eletivas.

Diminuir a taxa de cesária de 36,55% para 26%

A	Realizar a separação dos registros das AIHS da maternidade dos município e externos.
Ç	Revisar as indicações do procedimento de cesárea junto aos obstretas.
õ	Elaborar protocolo clínico para realização de cesárea.
e	
s	Sensibilização interna para o cumprimento das metas pactuadas.

Reduzir a taxa de infecção hospitalar de 2,06% para 0,85%

A	Implementar busca ativa nos prontuários.
Ç	Sensibilizar os profissionais para cumprimento das ações preventivas.
õ	Implementação da auditoria em antimicrobianos.
e	
s	Revisão de metas pactuadas junto a Secretaria de Estado de Saúde.

O segundo momento operacional foi dirigido às metas de aprimoramento para a instituição e constou da análise, da avaliação e do diagnóstico da situação interna e externa. Esse se tornou um processo formal e estruturado, em que foi necessária a avaliação das condições reais da gestão.

Inicialmente os planos de ação foram focados na identificação das necessidades prioritárias. Com o planejamento estratégico chegou-se à definição de como e quem deveria executar as ações, como também do período de tempo para que a ação fosse executada. Após a avaliação de todos os questionamentos, a questão final seria quanto custa a execução de cada plano de ação e suas medidas ação. Após estabelecido nos planos de ação o que; quem; como; onde; porque; quando e quanto, foram planejados os indicadores de monitoramento e avaliação para que as ações fossem acompanhadas e avaliadas por responsáveis envolvidos nos processos de alcançar as metas pactuadas e não-atingidas com o PRO-HOSP.

A análise dos resultados da avaliação dos ambientes interno e externo no contexto em que está inserida trouxe consigo um conjunto de componentes que, interligados e articulados, resultaram nas metas de aprimoramento.

As metas de aprimoramento foram definidas por meio dos objetivos das diretrizes prioritárias, as quais resultam da aplicação de metodologias como *brainstorming* com os funcionários, reuniões com os diretores, com o grupo gestor e com usuários da fundação.

Para cada diretriz foram propostas, no mínimo, quatro ações, sendo que foi elaborado um plano de ação com as tarefas a serem realizadas, seguindo a planilha do planejamento estratégico para o cumprimento de cada ação. Para cada diretriz foram também traçados indicadores de monitoramento e avaliação.

As diretrizes prioritárias estão descritas a seguir:

Aperfeiçoar o pronto-socorro

A	Levantar as principais necessidades de reforma da área física.
ç	Realizar o processo de aquisição de material.
õ	Controlar a qualidade de material adquirido.
e	Execução da obra.
s	

Buscar o credenciamento em alta complexidade

A	Verificação do andamento do processo de credenciamento em alta complexidade.
ç	Realizar novo levantamento de produtividade de cirurgias de alta complexidade.
õ	Quantificação dos valores em reais dos procedimentos realizados.
e	
s	

Captar recursos financeiros externos

A	Aumentar o número de municípios participantes no programa de parcerias.
ç	Realizar processo de cadastramento de convênios no Fundo Nacional de Saúde.
õ	Revisão nos valores de subvenção repassados à fundação pela Prefeitura.
e	
s	

Concretizar as reformas físicas e estruturais programadas

A	Levantar a necessidade de aquisição de equipamentos e material.
ç	Controle de qualidade de material e equipamentos adquiridos.
õ	Execução das obras.
e	
s	

Os indicadores de monitoramento e avaliação foram importantes para que a implantação e a efetivação das estratégias definidas fossem acompanhadas e avaliadas pelos responsáveis pelo processo.

Resultado e discussão

Com a construção do Plano Diretor da Fundação Hospitalar São Sebastião, verificou-se que as propostas apresentadas pelo Programa de Fortalecimento dos Hospitais em Minas Gerais, além de inovadoras, eram essenciais para a manutenção da qualidade da assistência à saúde aos usuários do serviço por meio de suas estratégias de intervenção: assistencial, econômica, re-distributiva, gerencial, clínica, educacional e de cooperação técnica. A capacitação de recursos humanos pelo curso de Especialização para Gerentes de Macro e Microrregionais de Saúde, PRO-HOSP – ESP, foi um grande desafio, mas também a concretização do início de um processo de investimento na modernização gerencial, em que novos conceitos foram agregados e novos ideais surgiram para a continuidade da busca pela qualidade.

Após concluída a etapa de construção, persiste o sentimento de que várias conquistas foram relevantes para a continuidade do trabalho e que as vitórias são parte de um esforço mútuo, mas que não se comparam à grande satisfação de visualizar o desenvolvimento tecnológico que a fundação atingiu com sua adesão ao PRO-HOSP e as mudanças que têm ocorrido desde então.

Conclusão

O Plano Diretor é um marco para a fundação e será instrumento norteador para as ações necessárias, sendo que as dificuldades que ainda permanecem ficam obscuras diante de tão grande missão, que é a de “Prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial, oferecendo serviços de qualidade, por meio de tecnologia moderna e profissionais qualificados, com foco na humanização e excelência no atendimento.”

As dificuldades e limitações referentes às mudanças que ainda estão por acontecer não deverão ser fator de desmotivação para os envolvidos no processo de busca de fortalecimento da fundação, e sim de motivação para encará-lo como abertura de novos caminhos para a

melhoria contínua no avanço da construção e da implementação da qualidade no atendimento aos usuários da fundação.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. *GESTHOS: Gestão Hospitalar: Capacitação à Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde*. Brasília: 2002. (Módulo I: Os Sistemas de Saúde e as Organizações Assistenciais)

BRASIL, Ministério da Saúde. *GESTHOS: Gestão Hospitalar: Capacitação à Distância em Administração Hospitalar para Pequenos e Médios Estabelecimentos de Saúde*. Brasília: 2002. (Módulo I: Gestão de Recursos Nas Organizações de Saúde)

CENTRO DE PLANEJAMENTO/AGE/SES-MG. *PDR-MG. Tipologia da Atenção à Saúde: Tipologia da Assistência Hospitalar: Atenção Hospitalar por nível de Atenção à Saúde e Complexidade Tecnológica*. Fase 2/1ª Etapa. Belo Horizonte, 2005.

CHIVENATO, Idelberto; SAPIRO, Arão. *Planejamento Estratégico: Fundamentos e Aplicações*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. de O.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da Política de Saúde. *Saúde em Debate*. v. 33, p. 83-89. CEBES, 1991.

NEGRI, Barjas . *A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: Avanços e Limites*. Brasília: MS, 2002, 52 p. il. (série B. Texto Básico de Saúde).

NOAS 01/2002 – *Norma Operacional da Assistência à Saúde*. Aprovada através da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e publicada no D.O.U. nº 40 em 28 de fevereiro de 2002.

PESTANA, Marcus; VILAÇA, Eugênio. *Plano de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO – *PDR 2003/2006*. Aprovado em 16 de outubro de 2003 – Deliberação CIB-SUS-MG nº 42, de 13 de novembro de 2003

RODRIGUEZ NETO, E. *A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde*. Brasília: o autor. 1994.



Sites visitados

www.geraes.mg.gov.br

www.ibge.org.br


www.saude.mg.gov.br

www.trescoracoes.mg.gov.br




Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis

Wolney Reis Figueiredo¹



RESUMO: O presente artigo mostra um estudo sintético do Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis, elaborado para o período de 2006 a 2009. O Plano Diretor é formado por um minucioso estudo histórico da instituição e por ferramentas gerenciais que traçam metas e planos de ação. Seu objetivo principal é contribuir para a efetivação do atendimento humanizado e de qualidade, promovendo uma gestão mais profissional, beneficiando toda a Microrregião de Três Pontas. O trabalho se realizou por meio de pesquisas bibliográficas, documentais, de campo e participativas. Com a implementação das comissões propostas no Plano Diretor, houve maior participação dos funcionários, contribuindo para uma significativa melhora nos indicadores de qualidade e produção. Nesse cenário complexo onde os hospitais filantrópicos estão inseridos, o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG (PRO-HOSP) torna-se importante para o desenvolvimento físico, humano e gerencial da instituição.




PALAVRAS-CHAVE: Administração; Plano Diretor; gestão hospitalar.

Introdução

Este é um estudo sintético do Plano Diretor da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis para o período de 2006 a 2009, onde serão tratados seus pontos técnicos mais importantes, sua fundamentação teórica e seus resultados até o momento. O Plano Diretor tem o intuito de traçar uma estratégia de crescimento e de desenvolvimento sustentável para a instituição.

Pesquisar a instituição historicamente, conhecer seus problemas, indicadores e qualidades, usar metodologias atuais para se adaptar à dinamicidade do mercado, traçar metas e planos de ação para atingi-las, treinar 100% dos funcionários, buscar um processo de melhoria contínua e atender à política nacional de humanização são aspirações que o Plano Diretor

¹ Gerente Administrativo da Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis, Graduado Ciências Contábeis pela Faculdade Cenecista de Varginha (Faceca), Pós-Graduado em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde pelo Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares (IPH) e Pós-Graduado em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG). E-mail: wolneyfigueiredo@hotmail.com



projeta para a instituição. Todo o processo aplicado causa um impacto significativamente positivo no final da cadeia, ou seja, no tratamento do usuário. *A posteriori* será apresentado como se desenvolve o Plano Diretor, começando pela revisão da bibliografia, passando pela metodologia adotada e contextualização da instituição e de sua região, terminando com os resultados alcançados.

Fundamentação teórica

Com a Constituição de 1988, um novo conceito de saúde é apresentado: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. De mãos dadas a esse conceito está o primeiro princípio do Ministério da Saúde em relação aos direitos dos usuários do SUS, que diz o seguinte: “todo cidadão tem o direito ao acesso ordenado e organizado ao sistema de saúde”. A Santa Casa, que é uma instituição filantrópica, atendendo 85% de usuários do SUS, cumpre o seu papel perante a comunidade e faz valer o que está escrito na Constituição de 1988 e nos princípios do SUS.



Metodologia



Com a criação do grupo gestor, formado pela administração e chefia dos setores, iniciou-se o processo de coleta interna das informações necessárias à elaboração do trabalho.

Na parte teórica, o trabalho tem seus enfoques principais nas diretrizes do SUS e nas propostas do PRO-HOSP, que devem ser estudadas a fundo por instituições que têm como principais clientes os usuários do SUS.

Na parte prática, as informações colhidas pelo grupo gestor mostraram os pontos fracos a ser corrigidos e as qualidades a ser exploradas. Essas informações, colocadas em reuniões, se fizeram importantíssimas na elaboração do trabalho, pois parte dos problemas acontecia pela falta de diálogo entre dois setores.

Quando o processo de coleta termina, as informações práticas da realidade da instituição no momento são cruzadas com as diretrizes e as propostas do SUS e do PRO-HOSP; feito isso, metas são traçadas e planos de ação elaborados.

A humanização do atendimento vem como a mais nova perspectiva da saúde em todo esse contexto. Para que uma instituição possa se adequar à Política Nacional de Humanização (PNH), é necessário um processo de treinamento dos funcionários (principalmente daqueles que têm contato direto com os usuários e seus familiares), adequações aos horários de visitas, informações mais concisas e maior quantidade de informações; ou seja, um tratamento respeitoso, eficiente e eficaz.

Resultados e discussão

Para que essas aspirações sejam conquistadas, o primeiro passo é, sem dúvida, profissionalizar a gestão. Todo processo de mudança passa pela administração das instituições. Enquanto o amadorismo não deixar de ser uma realidade na filantropia, principalmente em saúde, e as instituições hospitalares não forem geridas como empresas complexas que são, não veremos um desenvolvimento seguro, planejado e benéfico aos usuários.

O PRO-HOSP vem como ferramenta de melhora estrutural e principalmente humana dentro das empresas de saúde; ele é a primeira fonte de financiamento que cobra resultados concretos e disponibiliza cursos para os gestores e demais colaboradores da instituição.

Após o programa, a Santa Casa está com a PNH praticamente implantada, e seu gerente administrativo é pós-graduado em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG). As melhorias são muitas e impactam diretamente nos indicadores de qualidade de produção, grande parte dos gráficos está dentro das metas e pesquisas feitas com todos os usuários mostram mais de 97% de satisfação com o serviço prestado. A Santa Casa melhora a cada dia, e isso se dá pela qualidade da gestão e pelo apoio dos governos estadual e municipal e da população assistida de mais de 124 mil habitantes.

Referências

- BRASIL, *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*, Brasília: Gráfica do Senado. 1988. 292 p.
- FIGUEIREDO, Wolney Reis. *Plano Diretor: Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis 2006 a 2009*. Belo Horizonte, 2007.

E-MAIL DAS INSTITUIÇÕES PRO-HOSP

N	INSTITUIÇÃO	MUNICÍPIOS	E-MAIL	TELEFONE
01	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	Belo Horizonte	diretoria@esp.mg.gov.br gestão@esp.mg.gov.br	(31)3295-6772 (31)3295-7990
02	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais	Belo Horizonte	prohosp@saude.mg.gov.br	(31)3273-2942
03	Santa Casa de Belo Horizonte	Belo Horizonte	rh@santacasabh.org.br	(31)3238-8100
04	Hospital das Clínicas de Belo Horizonte	Belo Horizonte	assessor@hc.ufmg.br	(31)3248-9300
05	Hospital Municipal de Contagem	Contagem	hospital.municipal@contagem.mg.gov.br	(31)3356-2100
06	Santa Casa de Caridade de Formiga	Formiga	adm@santacasaformiga.org.br	(37)3329-1300
07	Hospital Imaculada Conceição de Guanhães	Guanhães	acns@hnet.com.br	(33)3421-1747
08	Hospital Municipal de Ipatinga	Ipatinga	prontosocorro@ipatinga.mg.gov.br	(31)3826-1212
09	Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Monsenhor Horta	Mariana	admsbschmh@veloxmail.com.br	(31)3557-1244
10	Hospital Universitário Clemente Faria de Montes Claros	Montes Claros	cepdhs@unimontes.br	(38)3229-8500
11	Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio	Patrocínio	santacasadp@wbrnet.com.br	(34)3839-1000
12	Imandade do Hospital da Santa Casa de Poços de Caldas	Poços de Caldas	contato@santacasapc.com.br	(35)3729-6000
13	Hospital Arnaldo Gavazza Filho	Ponte Nova	hagf@gavazza.com.br	(31)3819-5000
14	Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Nossa Senhora do Carmo	Resplendor	hospital@lesteweb.com.br	(33)3263-1248
15	Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte	Santo Antônio do Monte	santacasa@isimples.com.br	(37)3281-8900
16	Sociedade Beneficente São Camilo – Maternidade Vital Brazil de Timóteo	Timóteo	hmvb@beloxmail.com.br	(31)3849-9500
17	Fundação Hospitalar São Sebastião	Três Corações	diretoria@hospsaosebastiao.com.br	(35)3231-1366
18	Santa Casa de Misericórdia do Hospital São Francisco de Assis	Três Pontas	stacasa@cpminas.com.br	(35)3265-1357