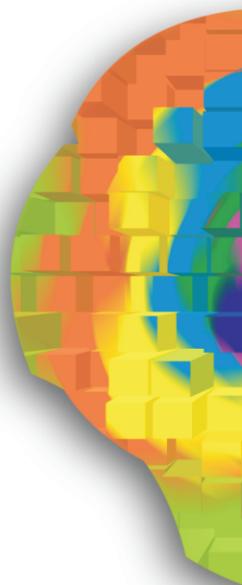
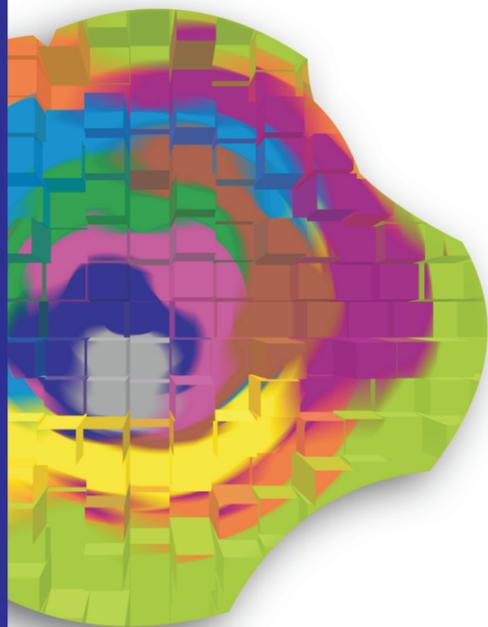


Ações premiadas no 11^o Concurso Inovação na Gestão Pública Federal 2006

Juliana Girão de Morais
(organizadora)

ENAP

inovação
inovação
inovação



Ações premiadas
no 11º Concurso
Inovação na Gestão
Pública Federal –
2006

Juliana Girão de Morais
organizadora



Ministério
do Planejamento



ENAP Escola Nacional de Administração Pública

Presidente

Helena Kerr do Amaral

Diretora de Desenvolvimento Gerencial

Margaret Baroni

Diretora de Formação Profissional

Paulo Sergio de Carvalho

Diretor de Comunicação e Pesquisa

Celio Yassuyu Fujiwara

Diretor de Gestão Interna

Augusto Akira Chiba

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca ENAP

Ações premiadas no 11º Concurso Inovação na Gestão Pública Federal – 2006 /
organizado por Juliana Girão de Moraes. – Brasília: ENAP, 2007.
164 p.: il.

ISBN 978-85-256-0057-8

1. Inovação na Gestão Pública 2. Servidor Público: Concurso: Motivação
3. Serviço Público: Otimização 4. Administração Pública I. Moraes, Juliana Girão de
II. Título.

CDU 35

CDD 350.81

Editor: Celio Yassuyu Fujiwara – *Coordenador-Geral de Publicação:* Livino Silva Neto
– *Produção gráfica:* Ana Claudia Ferreira Borges – *Revisão:* Juliana Girão de Moraes e
Roberto Carlos Ribeiro Araújo – *Projeto gráfico:* Francisco Inácio Homem de Melo –
Capa: Livino Silva Neto – *Editoração eletrônica:* Ana Carla Gualberto Cardoso

Equipe Pesquisa ENAP: *Coordenadora-Geral de Pesquisa:* Mônica Lúcia Rique
Fernandes – *Pesquisadores:* Juliana Girão de Moraes; Clarice Gomes de Oliveira; Karla
Roberta Soares Campos, Amanda Machado Marques e Roberto Carlos Ribeiro Araújo.

© ENAP, 2007

Tiragem: 500 exemplares

ENAP Fundação Escola Nacional de Administração Pública

SAIS – Área 2-A

70610-900 – Brasília - DF

Telefones: (61) 3445 7096/3445 7102 – Fax: (61) 3445 7178

Sumário

Apresentação 5

Introdução 7

Arranjos institucionais para coordenação e implementação de políticas públicas

Projeto hospitais sentinela: uma estratégia de vigilância para a pós-comercialização de produtos de saúde 15

Gestão dos escritórios brasileiros de turismo no exterior 29

Atendimento ao usuário

Implantação do pré-atendimento na agência dos correios Adolfina de Pinheiros em São Paulo 45

Avaliação e monitoramento de políticas públicas

O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas do MDS 55

Controle de resultados

Apuração automática do desempenho da distribuição do serviço SEDEX 69

Estabelecimento de padrões de atendimento de serviços

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência 83

Melhoria de gestão com foco no trinômio: pessoas, processos e tecnologia de informação 99

Implementação de melhoria contínua

Rede SUAS: o sistema nacional de informação da assistência social 117

Planejamento e gestão estratégica

A gestão da pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação na Eletronorte 135

Cidadania e inclusão social

Reinserção do aluno ao seu ambiente de convívio escolar e social após a alta hospitalar 153

Apresentação

A administração pública tem, em nosso país, o grande desafio de aumentar a capacidade de governo na gestão de suas políticas públicas. Acreditamos que, para vencer esse desafio, é imprescindível que os servidores públicos sejam, efetivamente, valorizados e profissionalizados e que assim possam contribuir para melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços prestados à sociedade e ampliar a vantagem competitiva do Brasil.

Há 11 anos, faz parte do escopo de atividades da Escola Nacional de Administração Pública premiar equipes de servidores que ousam imprimir ao seu trabalho a inovação, a iniciativa e a criatividade. Os leitores desta publicação poderão conhecer a ousadia de quem colocou em prática novos arranjos institucionais para coordenar e executar políticas públicas; implementou melhoria contínua nos serviços prestados e adotou a cidadania e inclusão social como objetivo de suas ações.

Temos certeza também de que esses servidores puderam desenvolver seus projetos inovadores, porque contaram com o apoio e o estímulo dos dirigentes das organizações em que trabalham. É por

isso que convido vocês a conhecerem como a Eletronorte, o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a Anvisa, a Embratur, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre e a Empresa de Correios e Telégrafos criam ambientes de trabalhos que contribuem para a inovação.

Helena Kerr do Amaral

Presidente da ENAP

Introdução

O Concurso Nacional de Experiências Inovadoras de Gestão na Administração Pública Federal teve início em 1996, sendo criado pela parceria entre a Escola Nacional de Administração Pública ENAP e o antigo Ministério da Administração e Reforma do Estado MARE. Naquele momento, o foco do concurso dirigia-se ao reconhecimento do trabalho dos servidores responsáveis pelas iniciativas de implementação dos princípios gerenciais preconizados.

Ao longo das várias edições, passou-se do simples reconhecimento de novas práticas de gestão para a premiação das melhores práticas, julgadas por meio de resultados quantitativos e qualitativos.

É na 8ª edição que o concurso passou a se chamar Inovação na Gestão Pública Federal, refletindo a adoção do conceito de inovação como elemento central para a identificação e o julgamento das iniciativas e flexibilizando a análise com base nos princípios da administração gerencial.

O 11º Concurso dá continuidade ao objetivo de estimular a implementação de iniciativas inovadoras de gestão em organizações do Governo Federal, entendidas como melhoria de práticas anteriores ou novas práticas de trabalho que sirvam de inspiração ou referência

para outras iniciativas. Esta edição premiou os dois primeiros colocados com visitas técnicas à Espanha e à França, patrocinadas pelas respectivas embaixadas.

Lançado em março de 2006, o 11º Concurso recebeu a inscrição de 66 projetos, dos quais 56 foram selecionados. Os demais foram desqualificados por não preencherem os critérios estabelecidos pelo regulamento do concurso, como, por exemplo, ter pelo menos um ano de implementação. Esse é o fundamento que certifica o Concurso como sendo de práticas já em funcionamento e não apenas de idéias.

As iniciativas inscritas foram desenvolvidas em órgãos e entidades do Poder Executivo Federal e envolvem desde equipes de servidores, atuando em pequenas unidades administrativas, até setores ou coordenações engajados em processos de mudança.

Os projetos pré-selecionados foram analisados pelo Comitê Julgador, composto pelos seguintes especialistas em gestão e políticas públicas:

- Alexandre Kalil Pires – Secretaria de Gestão, MPOG
- Augusto Akira Chiba – Escola Nacional de Administração Pública, ENAP
- Carlos Longo – Fundação Getúlio Vargas, FGV
- Célio Yassuyu Fujiwara – Escola Nacional de Administração Pública, ENAP
- Clarice Copetti – Caixa Econômica Federal, CEF
- Daniel Annenberg – Consultor
- Eduardo Carnos Scaletsky – Departamento de Coordenação e Controle das Empresas Estatais, MPOG
- Francisco Gaetani – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, PNUD
- Helena Kerr do Amaral – Escola Nacional de Administração Pública, ENAP
- Henri Kobata – Empresa Brasileira de Radiodifusão, Radiobrás
- Jackson de Toni – Agência Brasileira de Desenvolvimento Industrial, ABDI

- José Carlos Vaz – Universidade de São Paulo, USP
- Kaiser Freitas – Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação, MPOG
- Leandro Côrte – Secretaria de Gestão, MPOG
- Lúcia Carvalho Pinto de Mello – Centro de Gestão de Estudos Estratégicos, CGEE
- Luiz Fernando Lara Rezende – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA
- Magali dos Santos Machado – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária, Embrapa
- Marcelo Viana Estevão de Moraes – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, MPOG
- Maria da Penha Barbosa da Cruz Carmo – Secretaria de Gestão, MPOG
- Maria Lúcia de Matos Felix Silva – Secretaria de Gestão, MPOG
- Maria Rita Garcia de Andrade – Escola Nacional de Administração Pública, ENAP
- Mônica Almeida Gonczarowska – Caixa Econômica Federal, CEF

Os critérios que nortearam a análise das iniciativas foram: introdução de inovação em relação a práticas anteriores; geração de resultados e impactos positivos; existência de articulação e sinergia com outras iniciativas; importância e coerência com a missão institucional; contribuição para a capacidade de resposta da organização; utilização eficiente de todos os recursos; melhoria no atendimento ao usuário; contribuição para o exercício da cidadania; e redução efetiva e mensurável nos gastos públicos.

As dez iniciativas premiadas no 11º Concurso Inovação estão sendo desenvolvidas em empresas públicas (4), em instituições da administração direta centralizada (2), em agência reguladora (2), em autarquia (1) e em sociedade de economia mista (1).

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Casa Civil e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) foram as entidades que mais

enviaram iniciativas. Vale apontar que o HCPA, assim como na décima edição, ficou entre os finalistas do décimo primeiro concurso.

Ao analisar as dimensões de gestão pelo conjunto dos projetos premiados, constata-se que as áreas temáticas “arranjos institucionais para coordenação e implementação de políticas públicas (intra e inter-governamental)” e “estabelecimento de padrões de atendimento e de serviços” apresentam o maior número de iniciativas.

A dimensão arranjos institucionais é representada pelas iniciativas “Projeto Hospitais Sentinelas: uma estratégia de vigilância de pós-comercialização de produtos de saúde”, da Anvisa, e “Gestão dos escritórios brasileiros de turismo no exterior”, da Embratur, que refletem as mudanças no processo de formulação e, principalmente, implementação de políticas públicas. As iniciativas são marcadas pela emergência de arranjos institucionais para a consecução da inovação, seja para a difusão de informações qualificadas a respeito da qualidade dos produtos sujeitos à vigilância sanitária, como para a disponibilização de informações relevantes na promoção dos destinos brasileiros entre parceiros estratégicos da Embratur.

A dimensão estabelecimento de padrões de atendimento e de serviços é representada pelas iniciativas “Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência”, do HCPA, e “Melhoria de gestão com foco no trinômio: pessoas, processos e tecnologia de informação”, da Anvisa, que se referem a estratégias de prestação de serviços aos cidadãos. Na iniciativa do HCPA, há a priorização do atendimento aos pacientes graves. Na Anvisa, a revisão dos processos de trabalho permitiu o desenvolvimento de um sistema de informação que viabilizou a uniformização de condutas, gerando, conseqüentemente, uma melhoria na produtividade.

Ao analisar as dimensões de gestão pelo conjunto dos projetos inscritos, verifica-se que a área “implementação de melhoria contínua” apresenta o maior número de iniciativas e representa a inovação que, efetivamente, permanece na instituição.

As equipes vencedoras do 11º Concurso receberam os seguintes prêmios:

Primeira colocação

- Uma passagem e diárias ao responsável pela iniciativa para visita técnica à Espanha;
- Uma assinatura de 1 ano da Revista do Serviço Público – RSP.

Segunda colocação

- Uma passagem e diárias ao responsável pela iniciativa para visita técnica à França;
- Uma assinatura de 1 ano da Revista do Serviço Público – RSP.

Terceira colocação

- Uma vaga no Curso de Especialização em Gestão Pública da ENAP, condicionada à aprovação no processo seletivo e respeitando o calendário do referido curso;
- Uma assinatura de 1 ano da Revista do Serviço Público – RSP.

Quarta a décima colocação

- Três vagas em Curso de Desenvolvimento Gerencial oferecido pela ENAP;
- Uma assinatura de 1 ano da Revista do Serviço Público – RSP.

Além disso, as iniciativas premiadas receberam certificados para os integrantes das equipes, publicação dos relatos em livro, divulgação no Banco de Soluções e Selo de Inovação.

O evento de premiação foi realizado em conjunto com o Prêmio Nacional da Gestão Pública e o Prêmio DEST de Monografias sobre Estatais, ambos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

Dimensão de gestão

Arranjos

institucionais para
coordenação e
implementação de
políticas públicas

Projeto hospitais sentinela: uma estra- tégia de vigilância para a pós-comercialização de produtos de saúde

*Agência Nacional de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde*

O Projeto Hospitais Sentinela, criado em 2002, é uma experiência inovadora que congrega a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa, o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, SNVS, o Programa para o Desenvolvimento das Nações Unidas, PNUD, e 180 hospitais escolhidos entre os maiores e mais complexos serviços do país para a criação de uma rede sentinela que objetiva obter informações qualificadas a respeito da qualidade dos produtos e do seu perfil de risco-benefício, tendo em vista o subsídio de ações de regulação de mercado. O projeto também contribui para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da busca ativa, bem como da investigação de eventos adversos nesses serviços e da adoção de medidas para a redução e para o controle de riscos relacionados às tecnologias em saúde, inovadoras ou não. A avaliação de desempenho do projeto revela-se como uma estratégia poderosa e de custo reduzido para a obtenção de informação sobre a qualidade e segurança de produtos sujeitos à vigilância sanitária, bem como para a observação da difusão, uso racional, efetividade, segurança e custo de novas práticas em saúde. Esses

aspectos da avaliação de desempenho do projeto possibilita recomendá-la como ferramenta de trabalho para estados e municípios que desejem qualificar a atenção hospitalar em seus territórios.

Caracterização da situação anterior

A Anvisa tem a responsabilidade e a missão de promover e proteger a saúde, garantindo segurança sanitária de serviços e produtos de saúde e participando da construção de seu acesso. Para tanto, deve atuar desde o registro e a autorização para que esses produtos e serviços entrem no mercado até o acompanhamento de seus desempenhos, nas fases subseqüentes de pós-comercialização.

A fase de registro tem caráter documental e se baseia nas informações apresentadas pela empresa produtora. Após análise e aprovação, pela Anvisa, é emitida a autorização para a comercialização durante um período de 5 anos. Nesse período, o produto estará sujeito ao teste de uso e desempenho em grande escala, avaliação fundamental para embasar as revalidações subseqüentes ou a retirada de produtos do mercado, caso se verifiquem evidências de agravos à saúde ou efeitos adversos relacionados ao seu uso.

Na prática, porém, há grandes dificuldades em se obter informações, sistematizadas e de boa qualidade, a respeito do desempenho de produtos de saúde, em uso no país, que possam subsidiar a tomada de decisões pela Anvisa. Falhas em produtos de saúde estão estritamente relacionadas à qualidade, quando da atenção prestada aos pacientes e, não raro, podem ser responsabilizadas por agravos à saúde, seqüelas e, mesmo, mortes.

Outro aspecto relevante a ser considerado é a ausência de tradição dos profissionais de saúde e dos dirigentes de serviços em notificar a ocorrência de falhas ou de eventos adversos envolvendo produtos de saúde. A constatação dessa realidade compromete a atuação da Anvisa, pois a notificação espontânea sobre a ocorrência de eventos adversos, agravos ou queixas técnicas sobre produtos de saúde, não tem o volume e o grau de confiança desejável para embasar

a regularização do mercado e oferecer condições seguras para as reavaliações futuras de um dado produto.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

Para tanto, propõe-se o presente projeto, cujo objetivo é criar condições para fortalecer, ampliar e consolidar uma rede de serviços de saúde sentinela que favoreça as ações de vigilância sanitária de serviços e produtos de saúde pós-comercialização, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população.

A integração de hospitais em rede confere um caráter inovador à gestão pública pela formação de parcerias, na qual se estabelecem compromissos recíprocos que, por um lado, garantem a consecução dos objetivos do projeto e possibilitam à Anvisa o cumprimento de seu papel regulador e, por outro, estimulam e favorecem o desenvolvimento institucional e a modernização dos hospitais, contribuindo para assegurar a prestação de serviços mais seguros e de maior qualidade à população beneficiária.

Ações realizadas

Assim, a Anvisa iniciou, em 2002, o projeto Hospitais Sentinelas, que formalizou uma parceria com hospitais de grande porte, prioritariamente, os públicos universitários, para a implantação da vigilância de insumos utilizados em hospitais: 1) artigos médico-hospitalares, kits laboratoriais e equipamentos, por meio da Tecnovigilância; 2) medicamentos pela Farmacovigilância; e 3) sangue e hemocomponentes, por meio da Hemovigilância. A rede de hospitais incorporou a coleta sistemática de dados de eventos adversos e não-conformidades relacionados a esses produtos de saúde, além de contar com profissionais capacitados para identificar erros de processo de trabalho nos serviços de saúde e verificar suspeitas de falta de qualidade desses insumos, para, nesse caso, notificar o evento à Anvisa.

Etapas de implementação

A formação da rede sentinela previu um número limitado a 102 hospitais para estabelecimento do contrato e repasse de recursos financeiros. A rede foi ampliada, posteriormente, por meio da adesão de serviços colaboradores, atualmente em número de 78, que não assinam contrato, nem recebem recursos financeiros, porém recebem treinamentos e notificam eventos para o sistema. A constituição da rede teve como base a adesão voluntária ao convite dirigido a hospitais de grande porte e alta complexidade, envolvidos com assistência, ensino e pesquisa; e distribuídos em todos os estados brasileiros. A priorização nos convites levou em conta a complexidade do serviço, medida pelo número de leitos de terapia intensiva, diversidade de especialidades atendidas e de residências médicas em atividade. A distribuição geográfica de hospitais a serem convidados acompanhou a proporção de hospitais com essas características nos estados brasileiros.

O vínculo entre os 102 hospitais sentinela e a Anvisa foi formalizado por contratos individuais, intermediados pelo PNUD, nos quais foram acordados cinco produtos, cuja entrega era condição para a manutenção da instituição na rede sentinela. Esses produtos foram centrados na implantação das gerências de risco sanitário-hospitalar, na produção de relatórios de divulgação do projeto para a comunidade do hospital e na notificação de eventos adversos e desvios de qualidade relacionados a produtos de saúde. Nas fases subseqüentes, 2005/2006, os produtos acordados em contrato pelos hospitais foram a elaboração e implementação de dois planos de melhorias por hospital e, em 2006/2007, a elaboração e implementação de plano de uso racional de medicamentos para o seu serviço.

Recursos Utilizados

Os recursos financeiros disponibilizados pela Anvisa foram fixados em R\$ 50.000,00 por hospital, entregues em cinco parcelas, durante um ano de atividade, em troca da apresentação e aprovação

dos cinco produtos acordados no termo de referência dos contratos. Coube ao hospital fornecer os meios para a implantação e o funcionamento da gerência de risco com as seguintes responsabilidades: disponibilizar profissionais para os treinamentos; buscar e receber notificações de suspeitas de eventos adversos relacionados à utilização de tecnologias em saúde; e investigar sua relação com os problemas do processo de trabalho ou da qualidade do produto utilizado e, neste último caso, notificar a ocorrência à Anvisa. Além disso, a instituição responsabiliza-se por alocar ou contratar um profissional da área da saúde específico para coordenar as atividades da gerência de risco sanitário hospitalar, que é o contato da Anvisa para todos os assuntos referentes ao projeto.

A Anvisa ficou responsável pela capacitação dos gerentes de risco e suas equipes parceiras que envolvem profissionais da farmácia hospitalar, da engenharia clínica, dos serviços de hemoterapia, responsáveis pelo gerenciamento racional das tecnologias e da vigilância dos respectivos produtos afetos às suas competências. Outra responsabilidade da Anvisa foi tratar as informações das suspeitas enviadas pelos hospitais da rede sentinela como notificações qualificadas que demandam pronta resposta de vigilância sanitária e de retorno ao notificador. A Anvisa também colabora com os hospitais, realizando visitas técnicas aos estabelecimentos componentes da rede e colaborando com eventos locais e regionais que tenham como objetivo a implementação de ações das gerências de risco.

Para atender a essa necessidade, a Anvisa desenvolveu um Sistema de Informação e Notificação de Eventos Adversos e Queixas Técnicas relacionados a Produtos de Saúde, SINEPS, com a função de receber notificações da rede sentinela por meio eletrônico e de proceder à auditoria, investigação e resolução dos casos notificados, de forma compartilhada e em tempo real com as vigilâncias sanitárias locais (sistema *workflow*).

O SINEPS foi desenvolvido para atender à necessidade de gerenciamento da informação local pelo notificador, funcionando como ferramenta de gerenciamento de riscos em serviços de saúde e para enviar os dados às áreas de fármaco, tecno e hemovigilância

da Anvisa, que consolidam o banco de dados nacional. Essa exigência trouxe maiores desafios à construção do sistema, mas foi considerada essencial para estimular a adesão e a manutenção das parcerias.

Na área de farmacovigilância, os desvios de qualidade (ou não-conformidade) de produtos são notificados de forma separada dos eventos adversos associados ao uso do medicamento. Caso a suspeita de não-conformidade se repita em vários hospitais, com frequência de ocorrência acima do aceitável, será enviada à rede sentinela, pelas áreas de atuação específica da Anvisa, uma solicitação de informações, confirmando ou não o uso do produto em análise e a presença de eventos adversos semelhantes.

Como a comunicação rápida entre os participantes da rede foi considerada fundamental para o sucesso do projeto, criou-se um portal de comunicação, aberto aos gerentes de risco e profissionais dos núcleos de gerenciamento de risco, onde, em diferentes fóruns, discutem-se aspectos das tecnologias em saúde e se compartilham informações sobre qualidade e segurança de produtos.

A partir de 2002, foram iniciados os encontros nacionais de gerentes de risco, com periodicidade semestral, planejados para incentivar a troca de experiências entre os participantes da rede. Para novembro de 2006, foi prevista a realização do 8º Encontro Nacional da Rede Sentinela.

Essas atividades de estímulo à melhoria têm um papel importante na progressão do trabalho, reduzindo os obstáculos à implantação do projeto e elevando o potencial de atuação dos participantes da rede, em sua maioria constituída de profissionais de hospitais públicos e de ensino que enfrentam diversas dificuldades de gestão.

As sub-redes sentinela das regiões sul e nordeste e dos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro reúnem-se, regularmente, para capacitação, troca de experiências e discussão de assuntos polêmicos em vigilância sanitária. A organização e financiamento desses encontros regionais são compartilhados entre os participantes. As

vigilâncias sanitárias locais e a Anvisa participam como convidados nesses eventos.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Rede Sentinela como universo amostral da alta complexidade no SUS

Embora a rede sentinela reúna menos de 3% dos hospitais do Brasil, a rede concentra cerca de 10% dos leitos totais, 13% dos leitos de UTI, 15% dos leitos de alta complexidade para transplantes e oncologia e cerca de 21% dos leitos de cardiologia de alta complexidade, o que reflete a alta concentração de tecnologia em saúde nesse grupo de hospitais. Vide tabelas 1 e 2.

Tabela 1: Distribuição da cobertura de hospitais participantes do projeto rede sentinela em relação ao número de hospitais com UTI por regiões brasileiras (Anvisa/GVISS, 2005).

Regiões	Nº de leitos de UTI	Nº de leitos UTI na rede sentinela (proporção na rede)	Cobertura (%)
Centro-Oeste	2261 (6,77%)	300 (6,84%)	13,27%
Nordeste	6084 (18,22%)	803 (18,30%)	13,20%
Norte	1361 (4,08%)	154 (3,51%)	11,32%
Sudeste	18479 (55,35%)	2237 (50,98%)	12,11%
Sul	5202 (15,58%)	894 (20,37%)	17,19%
Total	33387(100%)	4388 (100,00%)	13,14%

Fonte: Dados CNES/ MS e GVISS/Anvisa

Tabela 2: Distribuição da cobertura de hospitais participantes do projeto rede sentinela em relação ao número de hospitais quanto à presença de atendimento de alta complexidade do MS/SUS, em transplantes, oncologia e cardiologia por regiões brasileiras (CNES/MS e GVISS/Anvisa, 2005).

Regiões do Brasil	Transplantes alta complexidade			Oncologia alta complexidade			Cardiologia alta complexidade		
	Sentinela	Geral	Cobertura	Sentinela	Geral	Cobertura	Sentinela	Geral	Cobertura
Centro-Oeste	6	32	18,75%	5	30	16,67%	3	21	14,29%
Nordeste	16	99	16,16%	6	49	12,24%	7	37	18,92%
Norte	2	5	40,00%	0	6	0,00%	2	5	40,00%
Sudeste	32	222	14,41%	25	172	14,53%	17	86	19,77%
Sul	18	111	16,22%	12	51	23,53%	10	35	28,57%
Total	74	469	15,78%	48	308	15,58%	39	184	21,20%

Outros resultados

Uma consequência importante do impacto da implantação da rede sentinela foi a incorporação do gerenciamento de risco e a notificação de eventos adversos e de não-conformidades relacionados a insumos como requisito obrigatório para o cadastramento de hospitais de ensino. Essa norma foi publicada em conjunto pelos Ministérios da Educação e da Saúde na portaria de N° 1000 de 2004.

Ademais, o sucesso do projeto levou à utilização dos hospitais da rede como campo para desenvolvimento de diversos projetos da Anvisa e do Ministério da Saúde, a saber: monitoramento da resistência microbiana, implantação de um sistema de informação sobre infecções hospitalares, o SINAI, rede de avaliação de novas tecnologias em saúde, gerenciamento de resíduos e implantação de núcleos de epidemiologia hospitalar.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

Rede sentinela notificando por meio do SINEPS

Na fase piloto do projeto, foram desenvolvidas atividades de motivação e capacitação para a notificação de eventos adversos e queixas técnicas, implantação das gerências de risco em hospitais, além de capacitação para a investigação e a notificação *on-line* de eventos.

Alguns indicadores foram construídos para avaliar esse progresso:

a) percentual de hospitais da rede contratados com gerências de risco implantadas e atuantes: 96% na fase piloto e 100% em 2006.

b) percentual de hospitais da rede, notificando regularmente à Anvisa no SINEPS: 75% na fase piloto e 91% em julho de 2006.

A tabela 3 mostra o número de notificações enviadas ao SINEPS, no período de 2003 ao primeiro semestre de 2006, por área de atuação da Anvisa.

Tabela 3: número de notificações enviadas por meio do SINEPS, por área da Anvisa, de 2003 a 2006.

Área de atuação / Ano	2003	2004	2005	2006*	Total
Tecnovigilância	1186	2402	1598	1321	6507
Farmacovigilância	230	798	1160	387	2575
Queixa técnica medicamentos	42	617	379	350	1388
Hemovigilância	700	855	1351	955	3861
Total	2158	4672	4488	3013	14331

* Somente até 31/07/2006. Fonte: SINEPS/ Anvisa

c) percentual de hospitais que receberam treinamento para implantação do projeto: 100%.

Em relação à preparação de profissionais, nomeados como gerentes de risco e de pessoal de suas equipes para atuarem em áreas tão diversas como tecnovigilância, hemovigilância e farmacovigilância, a Anvisa realizou oito oficinas de capacitação para profissionais de saúde e quatro encontros nacionais da rede sentinela, nos quais foram capacitados 853 profissionais de saúde, durante o período de 2002 a 2005.

Elaboração e implantação de planos de melhoria em áreas de apoio à assistência

Cerca de 80% dos hospitais sentinela elaboraram e estão desenvolvendo dois planos de melhoria em áreas críticas de gerenciamento de riscos e tecnologias em saúde, envolvendo pessoal e recursos próprios.

Algumas das áreas mais favorecidas nos projetos de melhoria foram: a farmácia hospitalar, em projetos que aliam melhoria da infraestrutura e modernização de processos de trabalho para o gerenciamento de medicamentos no serviço; o serviço de engenharia clínica em projetos de inventário de equipamentos e implantação de processos de manutenção destes; e o serviço de hemoterapia, em projetos de melhoria do processo de trabalho e na implantação de comissões de hemoterapia.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

O fomento à estruturação e manutenção da rede de hospitais sentinelas traz diversas oportunidades à Anvisa e ao Sistema Único de Saúde, uma entre elas é o banco de dados do SINEPS, que conta com cerca de 14.000 notificações produzidas por 91% dos hospitais da rede. Problemas na informática da Anvisa impediram, temporariamente, que melhoramentos necessários a esse sistema fossem implementados, de forma que ainda não há o compartilhamento

dessas informações entre a Anvisa e as vigilâncias sanitárias dos estados, condição necessária para que sejam geradas ações consistentes e articuladas para a regulação de mercado, como previsto no planejamento estratégico. A Anvisa está elaborando um novo sistema que deverá substituir em breve o SINEPS e que permitirá o compartilhamento das informações e a avaliação de seu impacto no processo de trabalho da vigilância sanitária.

As notificações de não-conformidades e eventos adversos são um meio e não um fim. A investigação das suspeitas, muitas vezes, evidencia falha de processo no ambiente hospitalar, gerando recomendações para treinamentos e demais providências internas por parte da gerência de risco. A avaliação da quantidade de novos processos de trabalho internalizados nas rotinas hospitalares, desencadeadas pelas gerências de risco, não foi prevista no projeto inicial, mas deverá ser incluída na próxima etapa, que se inicia em 2008.

Com utilização da rede foi possível verificar que é necessária motivação constante para que os serviços troquem experiências, realizem atividades em conjunto e se mantenham cooperativos entre si e com a Anvisa.

Por sua característica de reunir ensino, assistência e pesquisa, essa rede é um ambiente ideal para o desenvolvimento de pesquisas em serviço e estudos nas áreas afetas ao gerenciamento de riscos e uso racional de tecnologias em saúde. Assim, em 2006, deu-se início o patrocínio às pesquisas em serviço, com o objetivo de motivar a capacitação de novos pesquisadores, a ampliação da rede de pesquisa em saúde e a acumulação de conhecimento em áreas pouco estudadas dos serviços de saúde. Os contratos estão sendo feitos para patrocinar 10 pesquisas multicêntricas que envolvem 41 hospitais da rede.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

O projeto hospitais sentinela tem se revelado uma interessante estratégia de baixo custo, para a difusão dos conceitos de vigilância

em saúde e serviços hospitalares. Enquanto incentiva a notificação de eventos adversos e queixas técnicas, relacionadas a produtos de saúde, facilita a introdução de novos enfoques para as ações de controle de infecção hospitalar, propicia a ampliação da vigilância para diferentes eventos sentinela e contribui para o aumento da eficácia, segurança e sustentabilidade de hospitais estratégicos da rede SUS do país.

O projeto tem potencial para melhorar a integração entre a Anvisa e as vigilâncias sanitárias distritais, estaduais e municipais, por meio do compartilhamento das ações em vigilância sanitária de produtos de saúde de pós-comercialização.

As gerências de risco têm desenvolvido ações diretas sobre os serviços de assistência ao paciente e também com seus fornecedores, promovendo a aproximação entre estes e os hospitais com o objetivo de obter produtos mais eficazes, mais seguros e a preços competitivos. Assim, as gerências de risco têm papel importante na profissionalização do setor que gerencia tecnologias e insumos de saúde.

Outros desdobramentos e capacidades estão sendo desenvolvidos na rede dos hospitais sentinela que retroalimentam o sistema nacional de vigilância sanitária. Além da capacidade de obter e disseminar informações sobre riscos inesperados, ou maiores que os esperados, a rede vem se aperfeiçoando para atividades e metodologia de investigação dessas ocorrências, bem como para a pesquisa epidemiológica relacionada à qualidade dos bens e serviços para a saúde. Assim, a rede dos hospitais sentinela permite iniciar a construção da pró-atividade das ações de vigilância sanitária e vigilância epidemiológica em hospitais, como definidas na Lei Orgânica da Saúde, desde 1990.

Além disso, espera-se que esse exemplo de pró-atividade e ações de formação se multiplique e apresente novos desdobramentos, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde no país como um todo.

Projeto hospitais sentinela: Uma estratégia de vigilância de pós-comercialização de produtos de saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Gerência de Vigilância em Serviços Sentinela

Responsável

Clarice Alegre Petramale
Gerente

Endereço

SEPN 515, Bloco B, Edifício Ômega, 3º Andar, Sala 5
Brasília-DF
Tel: (61) 3448-1282
Fax: (61) 3448-1302
clarice.petramale@anvisa.gov.br

Data de início da implementação da experiência

Março de 2002

Gestão dos escritórios brasileiros de turismo no exterior

*EMBRATUR – Instituto Brasileiro de
Turismo
Ministério do Turismo*

A experiência vivida pela Embratur, desde 2003, demonstra a aplicação de conceitos inovadores nos modelos, de gestão pública do turismo, experimentados pelo Brasil ao longo de sua história. Será destacada a experiência da implantação, gestão e estratégia de atuação dos Escritórios Brasileiros de Turismo no Exterior, EBTs, que se consolidaram como unidades avançadas de promoção, marketing e apoio à comercialização dos destinos, produtos e serviços turísticos brasileiros no mercado internacional.

Essa gestão possui reconhecida competência na sistematização de informações estratégicas obtidas a partir da atuação dos EBTs e da disponibilização das mesmas para outras coordenações e parceiros estratégicos para promoção do Brasil.

O relato apresenta a experiência desenvolvida, a fim de implantar estratégias para alcançar as metas estabelecidas pelo Governo Federal, por meio do Plano Nacional de Turismo, lançado e coordenado pelo Ministério do Turismo em abril de 2003. Dentre essas, o papel dos EBTs consolida-se como fundamental para atingir as metas de número de turistas estrangeiros que visitam o Brasil,

volume de entrada de divisas e geração de emprego e distribuição de renda para o país.

Caracterização da Situação Anterior

Durante 36 anos, a Embratur foi o Instituto responsável por todos os assuntos relacionados ao turismo no âmbito do Governo Federal. Nesse período, esteve subordinada a diversos ministérios, dentre eles o Ministério da Indústria Comércio e Turismo e o Ministério do Esporte e Turismo. Em 1º de janeiro de 2003, foi criado o Ministério do Turismo, data em que as ações e atribuições da área foram redesenhadas.

Naquele momento, todos os programas que diziam respeito à políticas públicas, regulamentação e fiscalização ficaram sob a responsabilidade do novo ministério que passou a desenvolver programas de infra-estrutura, qualificação, regionalização e promoção do turismo interno com maior autonomia e solidez orçamentária. À Embratur coube a promoção do destino Brasil no exterior. A nova estrutura do Instituto assume a responsabilidade de alcançar três metas até 2007: garantir a vinda de 9 milhões de turistas estrangeiros, gerar o ingresso de U\$ 8 bilhões em receita e contribuir na geração de 1,2 milhão de novos empregos, conforme definidas no Plano Nacional de Turismo. Tais tarefas exigiram, a partir daquele momento, repensar a forma como o Brasil havia implantado sua política pública de promoção internacional até o momento e, especialmente, quais ações e ferramentas haviam sido utilizadas e estavam disponíveis.

Com os avanços conquistados pelo país, principalmente a estabilização econômica, a consolidação do regime democrático de governo e o processo de modernização, houve uma projeção internacional. O país deixou de ser um “ilustre desconhecido” e posicionou-se como candidato a destino turístico competitivo com outros até então já reconhecidos mundialmente. Entretanto, para tornar a oportunidade em realidade, era necessário desenvolver e implementar uma

nova estratégia de promoção, considerando as demandas do atual consumidor e o perfil dos concorrentes.

Os principais desafios da Embratur, nesse contexto, foram identificar e organizar a oferta disponível no país, compreender o perfil e as necessidades do turista internacional, traçar e implementar estratégias para consolidar o sistema de promoção comercial do país no exterior.

Nesse raciocínio, foi lançada uma série de inovações pela instituição. Para começar, foi necessário pesquisar os principais países emissores de turistas em potencial para o Brasil. Então, foram identificados e trabalhados, 18 principais mercados, nos quais 6.000 consumidores (operadores e agentes de viagens, representantes de companhias aéreas e turistas) foram entrevistados. Da mesma forma, foi pesquisada e organizada a oferta turística disponível no Brasil, com padrão de qualidade mínimo para atender aos desejos dos turistas internacionais. O resultado do trabalho foi a elaboração do 1º Plano de Marketing Turístico Internacional do país, denominado Plano Aquarela.

O Plano apresentou diretrizes para o planejamento de curto, médio e longo prazo, identificando as reais necessidades de implantação de programas de trabalho e priorização de investimentos públicos. Dentre as necessidades apontadas, estava a implantação dos EBTs, justificada pelo fato de que era preciso ter “braços operacionais” próximos dos mercados potenciais para atuação.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

Antes da definição das estratégias táticas e da implantação dos EBTs, buscou-se entender práticas que já haviam sido anteriormente implantadas pela própria Embratur, bem como por países de referência em nosso setor, como os órgãos promocionais *Maison de la France* e *Turespaña*, da França e Espanha, respectivamente, que há décadas mantêm seus escritórios de representação em diversos países.

Entendeu-se que as iniciativas até então implantadas pela Embratur, nas décadas de 80 e 90, não haviam tido continuidade por uma série de razões, a destacar o fato de que não conseguiram trazer resultados que justificassem os investimentos públicos realizados.

As experiências dos outros países, por sua vez, demonstraram que os órgãos possuíam mais funcionários trabalhando no exterior do que em seus próprios países e que os mesmos atuavam de forma pró-ativa e coordenada, por meio de um calendário de ações promocionais. Nesse sentido, os EBTs tinham como principal objetivo apresentar o Brasil como destino turístico aos profissionais de turismo que decidem as vendas em seus países.

Ações realizadas

Para a implantação do programa, entendeu-se que era necessário estabelecer parceria com o setor privado, uma vez que buscava-se uma comunicação direta com esse setor dos países onde o trabalho de promoção do Brasil seria desenvolvido. A entidade que naturalmente se manifestou a favor para a parceria foi a Federação Brasileira de Convention & Visitors Bureau, FBCVB, a qual representa a maior parte dos setores envolvidos com a atividade turística no Brasil, tais como meios de hospedagem, operadoras e agências de viagens, empresas de transportes terrestre e aéreo, centros de convenções, restaurantes, dentre outros. Também foi articulada parceria institucional com o Ministério das Relações Exteriores, por meio de suas representações diplomáticas no exterior.

Etapas de implementação

Ainda em 2004, foi montada a estratégia, definidos os lugares onde iriam ser montadas as unidades e foram inaugurados os escritórios da Alemanha (sede em Frankfurt), França (Paris), Estados Unidos (Nova Iorque), Inglaterra (Londres), Itália (Milão) e Portugal (Lisboa). As cidades escolhidas não levavam em consideração o fato de serem a capital do país, mas sim o local onde há mais oportunidades de negócios turísticos. Nesse mesmo ano, foram estruturados,

ainda, os modelos de promoção do Brasil nos países da América do Sul, que passaram a ter base em Brasília. O escritório com sede em Tóquio, no Japão promove simultaneamente os quatro países do Mercosul e tem o apoio do governo japonês, por meio da Agência de Cooperação Internacional do Japão, JICA. Em 2005, foi inaugurado o escritório da Espanha, com sede em Madri. Nesse relato, vamos nos ater às experiências da Europa e Estados Unidos por serem modelos mais homogêneos de atuação.

No primeiro momento de atuação, os EBTs lançaram-se como o canal de comunicação entre o destino Brasil e os países-alvo. Foi necessário conquistar espaço no mercado e ganhar reconhecimento a partir de um histórico de ações promocionais descontinuadas, que não seguiam um planejamento estratégico, previamente, definido ou mesmo sem a oferta turística organizada de forma a atender às necessidades do consumidor.

Cada EBT passou a ter um executivo responsável pela implantação das ações naquele país. Suas principais atribuições passaram a ser: apoiar a comercialização dos produtos, serviços e destinos turísticos comercializados; identificar potenciais segmentos de consumo; realizar ações promocionais do destino Brasil; fomentar o turismo de negócios e apoiar a captação de eventos para o Brasil; atualizar e aumentar a base de dados qualificada da cadeia produtiva; acompanhar a realização de viagens de familiarização, educativas e de imprensa; apoiar as atividades de relações públicas e de comunicação promocional do Brasil nos mercados-alvo; identificar e analisar outros destinos que mereçam uma análise de *bechmarking* de suas atuações; buscar a ampliação dos canais de distribuição; identificar o perfil do consumidor e suas preferências; identificar nichos de mercado que potencializem a comercialização dos produtos, serviços e destinos turísticos brasileiros; organizar seminários para agentes econômicos da cadeia produtiva do turismo; participar de feiras, eventos e ações da agenda de promoção comercial do turismo brasileiro; apoiar a captação e promoção de eventos e feiras comerciais para o Brasil; realizar palestras para formadores de opinião

(universidades, entidades de classe etc); fornecer elementos para a criação de materiais promocionais e campanhas publicitárias.

Para a realização das atividades, passaram a ser utilizados os seguintes instrumentos de trabalho: o Plano Aquarela, materiais promocionais impressos – pôsters, guias, mapas e folhetos, materiais digitais – vídeos e fotos e ferramentas de apoio a comercialização – feiras, seminários e *famtrips*¹.

As diretrizes e a gestão operacional das atividades eram centralizadas em Brasília, pelas equipes técnicas da FBCVB e da Embratur e os executivos conduziam a ponta do processo, ou seja, a ação de relacionamento com os profissionais de seus mercados de atuação.

De forma coordenada, a Embratur passou então a focar todo o seu trabalho de publicidade – campanhas, anúncios de publicidade e marketing eletrônico – nos mercados-alvo.

Recursos Utilizados

A Embratur e a FBCVB não pouparam esforços para que a iniciativa fosse implantada com todo o brilhantismo possível e, para tanto, investiu recursos humanos, financeiros e materiais no projeto.

Recursos humanos

As equipes técnicas das instituições foram formadas e reforçadas, especificamente, para o projeto a ponto de garantir que o programa fosse estruturado com conteúdo, embasado por meio de estudos em experiências já realizadas pelo Brasil e também por outros países, além das necessidades atuais apontadas pelo Plano de Marketing. Na Embratur, a gestão do programa ficou centralizada na Diretoria de Turismo de Lazer e Incentivo. A Coordenação-Geral de Novos Mercados passou a responsabilizar-se, exclusivamente, pelo programa.

Para ocupar os postos de executivos dos EBTs no exterior, foi realizado um processo seletivo que selecionou profissionais com

ampla experiência nos setores público e privado com reconhecimento no mercado brasileiro e que dominavam com fluência o idioma do país de atuação. Somavam-se seis no primeiro momento e logo incorporou-se à equipe o executivo da Espanha, ou seja, sete executivos. Cada um deles tinha também um assessor técnico, o que resultou em 14 pessoas alocadas no exterior.

Naquele momento, havia também uma equipe mista formada por colaboradores da FBCVB e Embratur, de aproximadamente 10 pessoas, no intuito de dar todo o suporte para esses executivos. Diretamente envolvidas no processo, é possível mencionar 24 pessoas. Entretanto, quase todo o corpo técnico, administrativo e jurídico das entidades se envolveram, a fim de colocar a experiência no ar.

Nesse modelo, os EBTs começaram a funcionar em 2004 e tiveram sua implementação finalizada e consolidada em 2005. Durante esse período, foi possível aferir os resultados do modelo de gestão e, a partir do aprendizado, chegar ao formato redefinido no final de 2005, o qual apresenta outras implementações inovadoras, a fim de agregar ainda mais excelência ao trabalho e resultados. A partir de janeiro de 2006, portanto, implantaram-se estratégias para tornar o modelo mais ágil, menos oneroso e com produção de conhecimento de forma sistematizada. A dinâmica do trabalho, até então estabelecida, foi substituída, de forma a comparar:

Modelo utilizado de 2004 a 2005	Modelo instalado a partir de 2006
Gestão por convênio de parceria	Gestão por contrato de prestação de serviços
EBTs com estrutura física, permanente, e custo fixo mensal	EBTs utilizam salas em escritórios multifuncionais e só são pagas as horas contratadas e utilizadas. Existência de estrutura de apoio centralizada em Brasília

Modelo utilizado de 2004 a 2005	Modelo instalado a partir de 2006
Os executivos, além de realizar visitas a operadores e a agentes de viagens, recebem muitas visitas nos escritórios	Ações voltadas à visitação de operadoras, agentes e outras empresas do mercado. Mais proatividade dos consultores para a proposição de parcerias com o mercado. Realização de pesquisa de mercado, semestralmente, com o mercado e com o público
Acompanhamento de ações por meio de relatórios e planilhas de contabilização de ações e resultados. A ampliação do banco de dados das empresas contatadas era feito por meio de planilha enviada trimestralmente	Construção de sistema <i>on-line</i> de gestão – <i>Trade Business Intelligence</i> . Além do acompanhamento feito por meio de relatórios mensais e planilhas de contabilização de ações e resultados, os executivos dispõem de ferramenta <i>on-line</i> de agendas e de inclusão de novas empresas no sistema de banco de dados
Ações executadas: participação em feiras de turismo, realização de treinamentos de agentes de viagens e de seminários de vendas, reuniões com o mercado, ações de apoio à comercialização, tais como programa de <i>famtours</i> e <i>presstrips</i>	Ações executadas: participação em feiras de turismo, realização de treinamentos de agentes de viagens e de seminários de vendas, reuniões com o mercado, ações de apoio à comercialização, tais como programa de <i>famtours</i> e auxílio na concepção do programa de treinamento de agentes de viagens a distância. Realização de pesquisa de mercado
Iniciação do relacionamento com o mercado	Consolidação do relacionamento com o mercado

Modelo utilizado de 2004 a 2005	Modelo instalado a partir de 2006
Comunicação com os escritórios a partir da utilização intensa de telefones fixos e móveis, o que onerava a operação do processo	Cerca de 90% da comunicação entre a base do Brasil e os consultores a partir de sistema <i>on-line</i> via Internet, o que reduziu custos e informatizou processos

Recursos financeiros

Os recursos financeiros investidos no projeto somam:

Investimentos EBTs			
EBT	2004	2005	Até agosto de 2006
Alemanha	R\$ 574.952,00	R\$ 725.186,30	R\$ 486.720,15
Espanha	–	R\$ 190.838,50	R\$ 486.720,15
Estados Unidos	R\$ 1.029.990,00	R\$ 782.683,00	R\$ 622.731,00
França	R\$ 574.952,00	R\$ 725.186,30	R\$ 486.720,15
Itália	R\$ 574.952,00	R\$ 725.186,30	R\$ 486.720,15
Portugal	R\$ 574.952,00	R\$ 725.186,30	R\$ 486.720,15
Reino Unido	R\$ 574.952,00	R\$ 725.186,30	R\$ 486.720,15
Total	R\$ 3.904.750,00	R\$ 4.599.453,00	R\$ 3.543.051,90

É importante destacar que, no ano de 2004, os custos foram proporcionais, pois os investimentos foram feitos em períodos diferenciados. Os EBTs foram inaugurados no decorrer do ano, de forma esporádica. Em 2005, os custos dizem respeito a todo o período. Em 2006, devido à mudança de modelo, houve uma concentração de custos no primeiro semestre devido a necessidades específicas, como implantação de modelo de tecnologia de informação e banco de dados. Para os próximos cinco meses, a previsão de custos é menor.

Recursos materiais

Os aportes feitos em recursos materiais relacionam-se às estruturas designadas para atendimento ao programa, tanto das instituições realizadoras quanto dos EBTs no exterior.

Na sede da Embratur, foi renovado um espaço já existente, no 2º andar do edifício, onde acomodou-se a equipe da Coordenação de novos mercados. Na sede da FBCVB, organizou-se um espaço específico para a coordenação do programa. A empresa *Mark Up* também adaptou-se para gerir o programa. A estrutura material em Brasília foi montada, exclusivamente, para o projeto e foram incorporados novos técnicos à sede da empresa, em São Paulo, para atendimento exclusivo ao projeto.

Para cada EBT no exterior, foi alocado um espaço pequeno, econômico e funcional para a realização das atividades. No primeiro momento, eram salas entre 30 e 40m² divididos em dois ou três ambientes, de forma a separar a estação de trabalho da sala de reuniões. A partir de 2006, a sede física dos EBTs passou a ser contratada e paga apenas pelo número de horas utilizadas para realização de reuniões. Os executivos trabalham atualmente em suas bases domiciliares e utilizam o escritório apenas em momentos de reuniões. Esse modelo gerou economicidade, ao mesmo tempo que garante qualidade ao atendimento de profissionais convidados.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Os resultados, até então contabilizados, confirmam a efetividade do programa. Segundo a Polícia Federal, o número de turistas estrangeiros no Brasil passou de 3,78 milhões para 5,35 milhões em 2005. Isso representa um aumento de 41,59%. Seus gastos no Brasil representam quase 50% de aumento, ou seja, passaram de US\$ 1,998 bilhão em 2002 para US\$ 3,861 bilhões em 2005, segundo o Banco Central.

Um outro indicador de resultado importante é o número de desembarques internacionais. Segundo a Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária, Infraero, os números pularam de 4,6 milhões em 2002 para 6,8 milhões em 2005 (contabilizam os estrangeiros e os brasileiros que retornam ao Brasil).

Seguramente, os números acima apresentados não são apenas resultados exclusivos do programa de EBTs. Entretanto, é fato que os EBTs passaram a atuar com todas as suas energias voltadas para a captação de turistas internacionais para o Brasil. Eles conseguiram se articular com os principais agentes econômicos responsáveis pelo turismo emissor internacional de seus países. Nesses dois anos e meio de atividade, 296 operadoras participaram do Projeto Caravana Brasil e realizaram viagens de familiarização no Brasil. Os destinos turísticos brasileiros passaram a fazer parte do catálogo de produtos de aproximadamente 90 operadoras desses países. Além disso, 4.545 agentes de viagens foram capacitados para comercializar o destino Brasil, em um total de 54 seminários, treinamentos, apresentações e *workshops*. Um total de 89 eventos internacionais foram captados para o país e mais de 226 artigos sobre o Brasil foram publicados em veículos de mídia especializada em turismo ou de grande circulação, por intermédio dos executivos dos EBTs.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

No primeiro momento, o monitoramento das atividades e resultados era feito por meio de relatórios trimestrais, elaborados pelos executivos dos EBTs e encaminhados à gestão do programa em Brasília. Além dos relatórios, os executivos elaboravam agendas semanais, destacando os principais compromissos no período.

A partir de 2006, podemos destacar uma outra parcela de resultado, que é a aplicação de novas tecnologias, por meio da construção de um sistema, especificamente, montado para a gestão e organização das informações do programa. Nele, são trabalhadas as agendas diárias dos executivos, bem como são inseridas informações

detalhadas e qualificadas sobre cada um dos agentes econômicos com os quais o Brasil, por meio dos EBTs, se relaciona em cada país.

O conceito aplicado para desenvolvimento da ferramenta e gestão do trabalho é o *Trade Business Intelligence*, que considera o diagnóstico das informações de mercado, inseridas de forma sistemática no banco de dados, como fonte fundamental para a tomada de decisões e ajuste permanente no foco das atividades. Dessa forma, o papel dos executivos passou a ter um cunho de maior pró-atividade, buscando as oportunidades com base em dados consistentes.

Por meio desse sistema construído, é possível saber, em tempo real, qual a movimentação realizada em cada país de atuação, o que facilita a gestão estratégica do programa como um todo. O banco de dados é trabalhado diariamente, tanto pelos executivos como por seus assistentes e a informação nele contida é absolutamente estratégica para a mensuração de resultados, especialmente, no que diz respeito ao conhecimento do perfil dos agentes econômicos que trabalham, ou não, com o Brasil.

Com computador, internet e celular, esse executivo pode percorrer o país onde está atuando, o que marca uma agressiva aproximação do EBT com o mercado e, conseqüentemente, uma atuação muito focada no público-alvo. Atualmente, já são 1632 empresas qualificadas e inseridas no banco de dados. A meta, até o final de 2006, chega a 3.600 empresas.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

Nesses mais de dois anos e meio do programa, é possível identificar uma série de aprendizados. Pode-se mencionar que a parceria com a iniciativa privada, no primeiro momento, foi fundamental para o fortalecimento do programa e para o respaldo da abordagem com o setor privado do país onde o EBT atua. Entretanto, por questões de modelo de gestão pública, a prática do convênio já se colocava como

um dificultador para a agilidade necessária no processo como um todo. Nesse sentido, vieram a aplicação da licitação e a contratação de uma empresa para a prestação dos serviços, o que garantiu mais agilidade na gestão, ampliando também os resultados.

Outra lição a ser mencionada é que o EBT passa a ser um ente consolidador do calendário de ações promocionais do Brasil naquele país. Isso se dá pelo fato de que o conhecimento de mercado e os relacionamentos adquiridos permitem uma atuação bastante próxima dos agentes econômicos internacionais com quem os profissionais das iniciativas pública ou privada no Brasil pretendem negociar.

O trabalho de promoção comercial, que o Brasil desenvolve, passou a ser reconhecido de forma mais profissional, uma vez que o executivo consegue atuar de acordo com as práticas estabelecidas naquele mercado, verificando necessidades específicas, protocolares e, especialmente, realizando parcerias com os principais atores do turismo emissor daquele país.

A gestão do programa no Brasil também realiza um diagnóstico a respeito das possibilidades de promoção conjunta entre os diversos destinos turísticos do país. Desta forma, há a sistematização do conhecimento de mercado gerado, sendo possível disseminá-lo aos profissionais responsáveis pela atividade no Brasil.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

Essa prática de gestão, que estabelece e implanta uma política pública de forma a atender as necessidades dos agentes econômicos que de fato realizam negócios e que, por sua vez, fazem o turismo acontecer, está provando que gera resultados mensuráveis e contribui, conforme o estabelecido no Plano Nacional de Turismo, para a geração de emprego e distribuição de renda no país. Para concluir, menciona-se ainda o fato de que todo o trabalho implantado está gerando um sistema de promoção comercial do Brasil no exterior; consolidando-se também como um agente fundamental no processo de construção da imagem do Brasil como um país de diversidades,

Arranjos institucionais para coordenação e implementação de políticas públicas

moderno, competente, competitivo, jovem, de pessoas cordiais e hospitaleiras.

Embratur – Instituto Brasileiro de Turismo
Diretoria de Turismo de Lazer e Incentivo

Responsável

Ronnie Reus Schroeder
Diretor de Turismo de Lazer e Incentivo

Endereço

SCN Quadra 2, Bloco G, Sala 203
Brasília-DF
Tel: (61) 3429-7774
Fax: (61) 3429-7780
jaqueline.gil@embratur.gov.br

Data de início da implementação da experiência

Janeiro de 2004

¹ Viagens de familiarização feitas com operadores de turismo convidados a conhecer o Brasil.

Dimensão de gestão
Atendimento
ao usuário

Implantação do pré- atendimento na agência dos correios Adolfina de Pinheiros em São Paulo

*Empresa Brasileira de Correios e
Telégrafos – ECT
Ministério das Comunicações*

A experiência da Diretoria Regional de São Paulo Metropolitana dos Correios objetiva implementar melhoria em um dos seus principais processos: o atendimento nas agências. Dentro do contexto de gestão pela qualidade total, destacamos o programa de gerência da rotina e gerenciamento de melhorias (revisão de processos), cujas ferramentas nortearam o nosso projeto.

Nas agências, em decorrência dos diversos produtos e serviços que a ECT comercializa, faz-se necessária a gestão das filas para que o tempo de espera excessivo não ocasione a insatisfação dos clientes. Com a implantação do pré-atendimento em guichê específico, na agência Adolfina de Pinheiros, houve uma redução significativa do tempo de espera na fila, servindo como modelo para implantação em outras agências dos Correios.

Além de atender à necessidade do cliente, estabelecida na matriz do QFD (Desdobramento da Função Qualidade) do sistema de gestão da qualidade da ECT, o projeto objetiva tornar a rotina de trabalho dos atendentes de guichê mais fácil, racional e produtiva.

Caracterização da Situação Anterior

O diagnóstico da situação anterior nos auxiliou na identificação de dados e informações relevantes para o processo em estudo, ocasião em que identificamos as principais causas que impactavam no atendimento propriamente dito.

- Tempo de espera na fila e tempo médio de atendimento abaixo da expectativa do cliente e da empresa;
- Os clientes dirigiam-se aos guichês sem requisitos básicos para efetuar a postagem;
- Insatisfação dos clientes que chegavam preparados para postagem e eram prejudicados, pois tinham de aguardar os demais clientes se prepararem nos guichês;
- Perda na qualidade da informação, uma vez que os atendentes dedicavam parte do tempo do atendimento preparando embalagens ou buscando informações faltantes.

Descrição da Experiência

Com base nos dados apresentados, foi elaborado um plano de ação.

No guichê de informações, os clientes passaram a receber orientações para utilização dos serviços que melhor atendessem as suas necessidades, além de ganhos na hora do atendimento propriamente dito. Foi possível identificar também oportunidades de melhoria nas atividades diárias dos atendentes. A partir de então, passaram a executar operações de postagem, ou seja, execução de postagem e/ou venda de produtos/serviços, o que resultou em maior agilidade no desenvolvimento das atividades.

Tempo médio de atendimento antes da implantação

- Postagem de encomenda sedex envelope: 7min30.
- Postagem de encomenda sedex caixa: 16min20.

Tempo médio de atendimento depois da implantação

- Postagem de encomenda sedex envelope: 1min50.
- Postagem de encomenda sedex caixa: 1min50.

Objetivos propostos e resultados visados

O objetivo macro do presente projeto foi implementar metodologia, no processo de atendimento das agências, capaz de contribuir com as diretrizes dos programas de qualidade da ECT (MEC, PQGA, ISSO, 5S), utilizando recursos já existentes; além de atender aos três primeiros itens do art. 3º do decreto nº 3507, de 13/06/2000, que estabelece aos órgãos e entidades públicas federais padrões de qualidade sobre:

- a atenção, o respeito e a cortesia no tratamento a ser dispensado aos usuários;
- as prioridades a serem consideradas no atendimento; e
- o tempo de espera no atendimento.

Ações realizadas e etapas de implementação

- Formação do grupo de trabalho e treinamento com base nas ferramentas do programa Gerência de Rotina e Gerenciamento de Melhorias (GRGM);
- Diagnóstico dos fatores que se defrontavam com a qualidade do atendimento e o tempo de espera na fila abaixo da expectativa dos clientes usuários da agência de correios;
- Pesquisa nos guichês de atendimento para identificar a quantidade de clientes que não chegavam prontos para o atendimento;
- Mapeamento dos pré-requisitos para o pronto atendimento;
- Pesquisa com os funcionários da agência para colher sugestões para a implementação do projeto;
- Análise dos recursos disponíveis, sendo o nosso objetivo implementar a experiência com custo zero para a organização;
- Adequação dos recursos disponíveis, com a implantação do guichê de pré-atendimento em local de fácil acesso para os usuários;
- Realocação de um funcionário da agência para atuar no guichê instalado;
- Acompanhamento do tempo de espera na fila após a implantação.

Clientela visada

Cientes externos

- Cidadãos/usuários, denominados pela organização como cliente remetente, que utilizam os serviços dos correios;

Cientes internos

- Funcionários da agência, que além de participar da experiência de inovação, participaram efetivamente das mudanças;

- Gerência de atendimento que define as metas do tempo de espera na fila;

- Assessoria da qualidade que estabelece programas de qualidade para atender as expectativas dos clientes, definidas na matriz do QFD (Desmembramento da Função Qualidade), ferramenta utilizada para traduzir as expectativas mais valorizadas pelos clientes, obtidas por meio de pesquisa segmentada e sistematizada, denominada Vox Populi. Sendo que na pesquisa de 2004, apresentada na tabela abaixo, o tempo de espera em fila aparece como prioridade na expectativa dos clientes.

Expectativa no processo de atendimento do cliente remetente

1	Tempo de espera em fila	8,30
2	Educação, cordialidade e responsabilidade do atendente	7,50
3	Prestação atendimento preferencial ao idoso	7,40
4	Tempo sendo atendido no guichê	7,40
5	Localização da agência	6,40
6	Horário de funcionamento da agência	6,30
7	Conhecimento do serviço pelo atendente	5,70
8	Facilidade de acesso às informações	5,60
9	Ambiente interno da agência	5,60
10	Funcionamento de equipamentos e sistemas	5,50
11	Disponibilidade de produtos e serviços	5,30
12	Identificação dos atendentes	5,20
13	Sinalização e placas de orientação da agência	5,10
14	Apresentação pessoal dos atendentes	5,00

15	Organização da agência	4,90
16	Sugestão de soluções mais adequadas às necessidades	4,50
17	Aparência externa das agências	4,40

Fonte: processo de atendimento do cliente remetente – Pesquisa Vox Populi, 2004.

Recursos Utilizados

A implantação da inovação não gerou custos para a organização, tendo em vista que a proposta inicial era diagnosticar uma oportunidade de melhoria no processo de atendimento da agência e implementá-la com recursos materiais e humanos disponíveis no próprio local. O grupo de trabalho viabilizou a execução do projeto com recursos existentes na própria agência, tais como:

- guichê de atendimento;
- funcionário para atuar no guichê;
- computador/autenticadora;
- tarifas e tabelas de consulta.

Além dos recursos físicos mencionados, a realização do treinamento com o grupo de estudo ocorreu nas dependências da empresa por funcionário da área da qualidade, com experiência na ferramenta utilizada. Foi usado, basicamente, o capital intelectual da Empresa que, baseado em experiência adquirida no local de trabalho, direcionou o projeto com vistas a obter resultados positivos, atender a expectativa do cliente, bem como atender à política da qualidade da ECT, a saber: “O cliente é o principal destinatário dos nossos esforços”; definida pela direção da ECT, descrita no manual da qualidade e revisada, anualmente, no planejamento estratégico.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

- Comprometimento e dedicação dos envolvidos para transformar o projeto em experiência aplicável a outras agências;

- Utilização das ferramentas do programa GRGM para auxiliar em outras oportunidades de melhoria da agência;
- Difundir o conceito de mudança entre os funcionários envolvidos no processo;
 - Maior aproveitamento do atendente no ato do atendimento;
 - Agilidade e facilidade na busca de informação;
 - Agilidade no acondicionamento dos pacotes;
 - Maior precisão no preenchimento dos formulários de postagem a ser feito em local apropriado;
 - Melhor aproveitamento dos recursos disponíveis;
 - Aprendizado na busca contínua de melhoria dos processos;
 - Agregação de valor ao cidadão, cliente da empresa que se sente mais valorizado com o atendimento prestado;
 - Melhoria das condições de trabalho dos atendentes;
 - Maior receptividade dos clientes para aquisição de produtos e serviços, tendo em vista a agilidade no atendimento;
 - Melhoria no clima organizacional da agência.

Apresentamos índices atingidos na Agência Adolfin de Pinheiros em relação à meta de 80% dos clientes atendidos em até 15 minutos, lembrando-se que o início da implantação data de junho de 2005.

Antes da Implantação	Depois da Implantação
Janeiro 2005: 66,54%	Janeiro 2006: 88,87%
Fevereiro 2005: 74,07%	Fevereiro 2006: 85,19%
Março 2005: 82,44%	Março 2006: 95,46%
Abril 2005: 72,87%	Abril 2006: 96,38%
Mai 2005: 77,42%	Mai 2006: 91,17%
Junho 2005: 91,26 (início implantação)	Junho 2006: 99,00%
Julho 2005: 92,18	Julho 2006: 96,80%
Agosto 2005: 93,33	Agosto 2006: 98,11%

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

O tempo de espera na fila é acompanhado pelo gerente ou supervisor da agência, pelo Sistema de Gerenciamento de Espera no Atendimento, SGEA, instalado na maioria das agências dos correios. O sistema aponta com exatidão o tempo de espera do cliente desde a sua entrada na agência e a retirada de uma senha, até ser chamado para um guichê. O tempo que o cliente permanece no guichê também é computado. O sistema permite que o gerente faça análise da performance do atendimento e adote estratégias para melhorá-lo, exemplificado no presente projeto.

No item resultados quantitativos, foram apresentados alguns indicadores que demonstram o sucesso da experiência e que ela serve como modelo para outras unidades de atendimento.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

Após os estudos realizados pelo grupo, concluímos que o pré-atendimento é um processo fundamental dentro das unidades de atendimento nas agências, pois agrega um diferencial ao cliente, que se sente valorizado com o atendimento recebido, devendo ser expandido para todas as agências, independente do porte.

Qualidade e produtividade aliam-se à decisão da Empresa de mudar seu enfoque para melhor atender as necessidades do mercado competitivo, com envolvimento de todos os colaboradores e com adequações importantes no atendimento.

Devem ser observados alguns fatores para que o gerente tome a decisão de implementar o pré-atendimento de forma sistemática ou horários específicos, tais como: fluxo de clientes, horários de pico, situações sazonais como recadastramento de CPF, inscrição de concursos etc.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

A experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão, porque atende às expectativas dos cidadãos, clientes usuários das agências de correios, que entram em nossas unidades para enviar seus pacotes, adquirir produtos ou simplesmente obter informações. Com o pronto atendimento no guichê de informações os clientes saem com uma imagem favorável dos serviços prestados, bem como da própria Empresa.

Além de trazer uma melhoria nas condições de trabalho dos funcionários, foi atingido o objetivo inicial, que era o de implementar uma solução que pudesse ser copiada nas diversas agências e com custo zero para implantação.

Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – ECT
Agência Adolfina de Pinheiros

Responsável

Lenice Venâncio Dias
Técnico Operacional Pleno – Gerente de Agência

Endereço

Rua Catão, 72
São Paulo-SP
Tel: (11) 3875-5487
Fax: (11) 3673-6114
lvdias@correios.com.br

Data de início da implementação da experiência

Setembro de 2005

Dimensão de gestão
Avaliação e
monitoramento de
políticas públicas

O sistema de avaliação e monitoramento das políticas e programas do MDS

*Ministério do Desenvolvimento Social e
Combate à Fome*

A experiência diz respeito à criação de um sistema de avaliação e monitoramento dos programas e políticas do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, MDS, formulado e implementado pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, SAGI.

A criação e o conjunto de ações dessa secretaria constituem uma inovação na gestão governamental brasileira, pois até então não existia, em nenhum ministério, uma secretaria com essa finalidade exclusiva.

O relato descreve, sucintamente, as ações necessárias para a implementação do sistema, apresentando-se um quadro dos recursos humanos e financeiros contratados, além dos resultados produzidos. Foram construídos e calculados 60 indicadores relativos aos programas, bem como duas ferramentas para o tratamento da informação: Dicionário de Variáveis e Indicadores de Programas, DICI-VIP e a Matriz de Informações Sociais, MI Social. Na área de avaliação, existem, finalizadas, em andamento ou a contratar, 62 pesquisas, divulgadas por diferentes tipos de publicação.

Caracterização da Situação Anterior

O relato refere-se à criação de um Sistema de Avaliação e Monitoramento, SAM das políticas e programas do MDS, formulado e implementado pela SAGI.

O MDS foi formado em janeiro de 2004¹, a partir da fusão dos Ministérios da Assistência Social, MAS, do Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome, MESA, e da Secretaria Executiva do Programa Bolsa Família, a qual era vinculada diretamente à Presidência da República. O MDS passa a responder pelas políticas nacionais de desenvolvimento social, de segurança alimentar e nutricional, de assistência social e de renda de cidadania, que ficaram a cargo, respectivamente, das secretarias finalísticas que se originaram dos antigos órgãos: Secretaria Nacional de Segurança Alimentar, SESAN; Secretaria Nacional de Assistência Social, SNAS; Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, SENARC. Foram também criadas duas secretarias para o desenvolvimento de atividades-meio: a Secretaria de Articulação Institucional e Parcerias, SAIP e a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, SAGI.

Coube à SAGI as funções de avaliação e monitoramento das políticas e programas de desenvolvimento social do MDS. Isso significou uma inovação na gestão pública brasileira, uma vez que, até então, não existia, em nenhum ministério, uma secretaria com essa finalidade exclusiva; sobretudo, uma unidade localizada, horizontalmente, em relação às secretarias finalísticas, e não verticalmente, como costuma ocorrer com unidades de avaliação e monitoramento.

Ao se estabelecer as funções de avaliação e monitoramento, definir diretrizes básicas de uma política para essas funções, garantir recursos físicos, humanos e financeiros para suas atividades, o MDS criou as condições organizacionais e institucionais para a construção e implementação do sistema de avaliação e monitoramento.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

O principal objetivo da SAGI foi institucionalizar a função avaliação e monitoramento no MDS, incorporando-a à gestão de seus programas e políticas.

Visou-se, como principal resultado, a construção de um sistema de avaliação e monitoramento (SAM) que viabilizasse, por um lado, o acompanhamento contínuo do desempenho dos programas, por meio de indicadores de monitoramento; e, por outro, a incorporação dos resultados obtidos por estudos de avaliação aos programas e políticas do MDS.

Ações realizadas

Diante da inexistência de qualquer sistema de avaliação e monitoramento dos programas e políticas que ficaram sob a responsabilidade do MDS, as primeiras ações necessárias para a construção do SAM visaram a construção de uma base conceitual e tecnológica. Entre elas, destacamos:

Definição do arcabouço conceitual mínimo sobre avaliação e monitoramento

Com uma equipe recém-formada e sem experiência direta na área de avaliação e monitoramento, foi necessária a definição, e o acordo, sobre o que se estava entendendo por monitoramento e avaliação e como essas funções deveriam ser conduzidas, enquanto parte do ciclo de formulação e avaliação de políticas e programas. Estabeleceu-se, com base na literatura do campo da avaliação de políticas, um arcabouço conceitual mínimo sobre monitoramento e avaliação (estrutura, processos, resultados e impactos).

Levantamento da arquitetura informacional

Foram levantados, com as secretarias finalísticas, os dados disponíveis para todos os programas do MDS, os responsáveis por

sua produção e gestão, bem como seus fluxos e principais usuários. Procedeu-se também o levantamento de ferramentas e sistemas de informação existentes no MDS. O objetivo foi verificar a sua utilidade, que tipos de dados eram produzidos e a sua inserção nos processos de gestão dos programas.

Levantamento das variáveis dos programas do MDS

Com o propósito de preparar uma base de dados para a construção de indicadores de monitoramento dos programas do MDS, foram levantadas as variáveis existentes nos bancos e sistemas de informação do MDS, bem como as rotinas de recebimento dos dados.

Criação de instâncias colegiadas

A fim de estabelecer a cooperação entre os diferentes setores do MDS para a execução das ações de avaliação e monitoramento, foram instituídas pela secretaria executiva duas instâncias compostas por membros de todas as secretarias do MDS: o grupo de trabalho de avaliação e monitoramento, encarregado de elaborar a política de monitoramento e avaliação do MDS, bem como o plano anual de monitoramento e avaliação; o comitê gestor de tecnologia e informação, responsável pela política de informação, que estabeleceu regras e padrões em relação aos sistemas de informações gerenciais e executivos, às tecnologias utilizadas, às bases de dados e à infra-estrutura.

Etapas de implementação

A implementação do SAM exigiu a contratação e alocação de recursos humanos, físicos e financeiros. No caso dos recursos humanos, diante da inexistência de um quadro próprio da SAGI, diferentes formas de contratação de pessoal foram utilizadas, com base em critérios, exclusivamente, meritocráticos e na formação e/ou experiência profissional. Investiu-se em competência técnica e formação multidisciplinar, recrutando-se profissionais recém-formados, de diferentes áreas de atuação e de conhecimento: ciências sociais

e humanas, tecnologia da informação, demografia, estatística, economia, nutrição, assistência social, agronomia, os quais foram agrupados por função, conforme mostrado na tabela 1.

Tabela 1: Recursos humanos da SAGI, segundo função e titulação máxima – julho de 2006

Função	Titulação Máxima					
	Ensino Médio	Graduação	Especialização	Mestrado	Doutorado	Total
Direção		2	1	3	5	11
Administração /Gestão		1	2			3
Apoio Administrativo	2	3				5
Técnica	3	13	1	9	2	28
Estágios técnicos	3					3
Total	8*	19**	4	12	7	50

Fonte: SAGI/MDS

* Todos estão cursando o ensino superior.

** Quatro estão cursando o Mestrado.

Recursos Utilizados

Os recursos financeiros originaram-se de várias fontes: Tesouro Nacional, empréstimos do Banco Mundial (BIRD) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Levando em conta o fato de que a unidade foi montada praticamente do zero, em cerca de dois anos de atividades, investiu-se cerca de 3,8 milhões de reais com servidores públicos, terceirizados, consultores nacionais e internacionais em diferentes funções, inclusive seus gastos com passagens e diárias.

Em equipamentos de informática (sem considerar os custos de instalação e manutenção da rede, custeados pelo orçamento do ministério como um todo), investiu-se, até o primeiro semestre de 2006, cerca de 1 milhão de reais em aquisição de servidores, computadores, impressoras e software; em cursos de capacitação e treinamento, investiu-se cerca de 400 mil reais. Desde 2004 até hoje, as pesquisas contratadas e em contratação totalizam pouco mais de 35 milhões de reais que, embora corresponda a menos de 1% dos recursos investidos nos programas implementados, representa o maior percentual dos investimentos da SAGI, que chegam a 40,6 milhões.

Boa parte dos esforços descritos acima foram mobilizados para a construção dos indicadores de monitoramento e execução de estudos de avaliação. Importante destacar que recursos que foram produzidos durante a implementação – base de dados, processos, resultados de estudos, sistemas informacionais – também tornaram-se recursos que auxiliaram na implementação do SAM.

À SAGI cabe a realização ou contratação de todos os estudos referentes aos 22 programas do MDS e também a função de capacitar os gestores do MDS em atividades de avaliação. O objetivo é de que adquiram maior competência para definir suas demandas, debater as metodologias escolhidas e os resultados encontrados e, principalmente, apropriar-se dos achados das investigações para a melhoria dos programas do MDS.

A implementação das ações de monitoramento e avaliação é feita a partir do plano anual de monitoramento e avaliação, definido em conjunto com os gestores das secretarias finalísticas, os quais validam os indicadores de monitoramento e indicam os programas que devem ser avaliados prioritariamente.

A implementação dos estudos de avaliação se articula à divulgação dos resultados e à disponibilização pública dos micro-dados de pesquisa. O processo segue o seguinte fluxo: definição, em conjunto com o gestor da secretaria responsável pelo programa, do estudo a ser feito; elaboração do termo de referência definindo os parâmetros técnicos e legais para a contratação do estudo; contratação de instituição de pesquisa e gestão do contrato; acompanhamento do estudo

e aprovação dos relatórios; incorporação dos resultados e recomendações dos estudos aos programas (quando cabíveis); discussão interna dos resultados; divulgação externa dos resultados; disponibilização dos microdados para a comunidade científica, por meio do Consórcio de Informações Sociais (CIS), sob gestão da Associação Nacional e Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS).

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

O resultado desse processo de implementação das funções de monitoramento e avaliação, iniciado em 2004, foi a construção de um Sistema de Avaliação e Monitoramento composto de dois subsistemas: monitoramento e avaliação. Esses subsistemas estão integrados quanto à forma de utilização das bases de dados, indicadores e ferramentas informacionais que, em conjunto, possibilitam seu funcionamento.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

Subsistema de Monitoramento

Esta estrutura permite acompanhar o desempenho dos programas do MDS a partir de dados gerenciais, os quais também são utilizados para a construção de indicadores. Como parte do subsistema de monitoramento, duas ferramentas para o tratamento da informação foram desenvolvidas: Dicionário de Variáveis e Indicadores de Programas, DICI-VIP e a Matriz de Informações Sociais, MI Social.

O DICI-VIP é uma ferramenta desenvolvida para ser acessada via Internet, que armazena informações de variáveis, programas e indicadores de todos os programas do MDS. Com essas informações é possível recuperar a memória dos dados utilizados para o cálculo de indicadores de monitoramento.

No DICI-VIP estão cadastradas variáveis originárias de várias fontes, bem como indicadores que podem ser formulados a partir dessas

variáveis, as quais são recuperadas a partir de bases de dados e dos instrumentos de coleta relacionados aos programas do MDS. Nele também estão armazenadas as fórmulas matemáticas dos indicadores compostos a partir das variáveis incluídas no dicionário.

A MI Social é uma ferramenta computacional que disponibiliza informações gerenciais sob a forma de indicadores. As informações podem ser visualizadas em vários níveis de desagregação, incluindo as unidades da federação, microrregiões, municípios e territórios especiais. Estão disponíveis, por exemplo, dados relativos à população rural e urbana, fundos constitucionais, dados sócio-econômicos de todos os territórios.

Além dos indicadores e informações básicas dos programas sociais do MDS, estão disponíveis para consulta na ferramenta, informações demográficas e sócio-econômicas em diferentes níveis de agregação territorial. As informações produzidas podem também ser obtidas em vários formatos: planilhas eletrônicas, relatórios, tabelas, gráficos, mapas estatísticos e mapas temáticos. Essas informações são disponibilizadas com o propósito de dar transparência à gestão das políticas públicas, bem como para a tomada de decisões no âmbito do MDS.

Os indicadores apresentados no MI SOCIAL são derivados a partir das variáveis e indicadores dos programas armazenados no DICI-VIP. Os cálculos são realizados em linha e refletem a atualização freqüente dos dados dos programas. Foram construídos e calculados 60 indicadores relativos aos programas, classificados em estrutura, processos e resultados. Além disso, há mais 25 indicadores definidos, embora ainda não calculados.

Subsistema de Avaliação

Definiu-se, como estratégia de avaliação, a contratação de estudos de diferentes tipos, desenhos, abordagens e métodos, desde grandes pesquisas nacionais em conjunto com o IBGE, avaliações de impacto com desenho quase-experimental, passando por avaliações de processos e estudos de caso, com abordagem antropológica.

Atualmente (setembro de 2006), existem 21 pesquisas concluídas, 22 em andamento e 19 em fase de contratação, perfazendo um total de 62 estudos de avaliação (processos, resultados ou impactos), ou de diagnóstico em relação aos programas ou a população e público-alvo dos programas do MDS, como mostra a tabela a seguir:

Número de pesquisas da SAGI concluídas, em andamento e em fase de contratação segundo o programa do MDS.

Programa	Concluídas	Em andamento	Em fase de contratação	Total
Bolsa Família	3	4	8	15
BPC	2	4	1	7
Sentinela	2	0	0	2
População em situação de rua	1	0	1	2
PETI	1	1	2	4
Agente jovem	0	1	0	1
PAIF	0	0	1	1
Rede de serviços de assist. social	0	2	0	2
Inclusão produtiva	0	1	0	1
PAA	2	0	1	3
PAA – Leite	1	0	0	1
Restaurantes populares	2	0	0	2
Cisternas	2	0	0	2
Educação alimentar	0	1	0	1
Distribuição de cestas de alimentos	0	1	0	1
Banco de alimentos	0	1	0	1
Hortas comunitárias	0	1	0	1
Cozinhas comunitárias	0	1	0	1
Chamada nutricional	1	1	1	3
Populações específicas	0	2	1	3
Segurança alimentar	2	0	0	2
Pesquisas de opinião	2	1	0	3
Todos os programas	0	0	3	3
Total	21	22	19	62

Fonte: SAGI/MDS

A divulgação de produtos do sistema de avaliação e monitoramento resultados de pesquisa, indicadores dos programas, manuais de treinamento em monitoramento e avaliação é feita por diferentes tipos de publicações, como mostra a tabela a seguir:

Publicações da SAGI por tipo e número

Tipo	Número
Periódicos	7
Relatórios de pesquisa	4
Manuais	2
Livros (no prelo)	4
Folders	3
Newsletters	2
Total	22

Fonte: SAGI/MDS

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

A construção e implementação de um sistema de avaliação e monitoramento requereu o esforço de muitos profissionais e a mobilização de recursos de diferentes ordens. Várias lições foram aprendidas e incorporadas pela secretaria com o propósito de melhorar sua atuação em um complexo processo, visando sua institucionalização. Alguns pontos merecem destaque como experiências que devem ser registradas como aprendizado institucional:

1. O SAM não poderia ter sido construído sem a cooperação entre a SAGI e as secretarias finalísticas, as quais detêm a gestão de um conjunto de bancos de dados gerenciais sobre os programas, como cadastro de beneficiários, dados físico-financeiros, além de informação, conhecimento sobre os programas e contatos com

municípios. Cooperação e entendimento devem, portanto, ser buscados desde o início do processo com todo um trabalho de sensibilização.

2. O convencimento dos membros da organização e, sobretudo, da cúpula de dirigentes e gestores envolvidos diretamente nos programas, em relação à função avaliação e monitoramento, possibilitou não apenas melhorar o desempenho dos programas e verificar se os resultados previstos são alcançados, mas também reformulá-los. Convencimento, e com isso a criação de crenças, atitudes e comportamentos positivos em relação ao papel da avaliação e monitoramento, consiste em uma etapa necessária do processo de institucionalização da avaliação e monitoramento.

3. A SAGI conseguiu, no papel prioritário de contratante, e não executora, de estudos, pelo menos três tipos de ganho: de escala, tendo sido possível contratar um grande número de pesquisas em tempo relativamente curto; de diversidade, pois definiu-se como estratégia de avaliação a contratação de estudos de diferentes tipos, desenhos, abordagens e métodos; de qualidade, uma vez que foi possível selecionar as instituições mais adequadas para a realização de cada tipo de estudo.

4. Outra lição importante foi a necessidade de criar mecanismos institucionais para viabilizar não apenas a interação entre o conhecimento técnico e as políticas, mas sua efetiva utilização na retroalimentação das políticas. A institucionalização da avaliação e monitoramento permite aproximar a dimensão técnica da gestão das políticas.

5. A autonomia e responsabilidade da equipe foram elementos decisivos para a produção de um conjunto significativo de pesquisas, ferramentas, publicações, cursos, em um período de tempo tão curto. Isso ressalta o papel de uma gestão não-burocrática, flexível e centrada no reconhecimento das capacidades individuais como elemento crucial para o desempenho organizacional.

6. A MI Sociais tornou-se um poderoso instrumento de gestão com informação agregada em nível municipal, pela primeira vez, na área de proteção social; ao mesmo tempo, induziu a resolução de pelo

menos três tipos de problemas de informação do MDS: a produção, padronização e atualização dos dados.

7. Quanto aos aspectos críticos, o fato dos dados primários serem alimentados por fontes tão diversas e sobre as quais a SAGI, ou mesmo o MDS, muitas vezes não têm qualquer governabilidade, consiste em um dos nós críticos da produção de indicadores confiáveis. Portanto, a busca pelos dados consiste numa constante por padronização de estruturas de dados, sistemas, tecnologias e registros formais dos indicadores e instrumentos usados para produzi-los.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI

Responsável

Rômulo Paes de Sousa
Secretário de Avaliação e Gestão da Informação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco A, 4º andar
Brasília-DF
Tel: (61) 3433-1501
Fax: (61) 3433-1598
romulo.paes@mds.gov.br

Data de início da implementação da experiência

Janeiro de 2004

¹ Medida Provisória nº 163, de 23 de janeiro de 2004, transformada na Lei nº 10.868, de 13 de maio de 2004

Dimensão de gestão
Controle de
resultados

Apuração automática do desempenho da distribuição do serviço SEDEX

*Empresa Brasileira de Correios e
Telégrafos – ECT
Ministério das Comunicações*

Faz parte da missão do Departamento Operacional de Encomendas (DENCO) acompanhar e gerir os processos, as operações e os recursos envolvidos nas atividades de tratamento e entrega dos serviços de encomendas. Até março de 2005, várias informações essenciais sobre o desempenho da distribuição do principal serviço de encomendas da ECT, o SEDEX, tais como: apurações de prazo das entregas e quantidade de objetos distribuídos por unidades operacionais, eram obtidas por meio de levantamentos manuais de técnicos das diretorias regionais, DR. Em virtude da dificuldade e morosidade em se obter informações precisas, os gestores operacionais tinham dificuldades em identificar os problemas envolvidos nas falhas de cumprimento dos prazos, bem como mensurar a quantidade de encomendas distribuídas pelas unidades. A apuração automática do desempenho da distribuição do SEDEX, atualmente disponibilizada a todos os gestores operacionais das 27 DR da ECT, é utilizada por 150 pessoas, com uma média diária de 690 acessos, oferecendo informações essenciais para a gestão e os processos de tomada de decisão.

Caracterização da Situação Anterior

A ECT possui 12.478 unidades de atendimento, 797 centros de distribuição domiciliária e 96 centros de entrega de encomendas espalhados pelos 5.560 municípios brasileiros. O quantitativo médio mensal de encomendas SEDEX distribuído é de 12 milhões de objetos, ou seja, em torno de 540.000 objetos por dia e uma receita anual, em 2005, de R\$ 1,78 bilhões; o que o transforma no principal serviço da ECT.

Mesmo com o aumento da estrutura de distribuição e o crescimento do quantitativo de carga distribuída, a metodologia utilizada para mensurar os prazos de entrega das encomendas SEDEX datava de janeiro de 1990. O controle de qualidade do serviço SEDEX consistia nas pesquisas de encaminhamento e de distribuição, ambas realizadas manualmente e com amostras restritas das cargas das unidades pesquisadas. Cada DR era responsável pela sua própria avaliação. Apesar do rigor estatístico aplicado à metodologia, os resultados mensais apurados referiam-se apenas a 4 unidades de distribuição, escolhidas aleatoriamente, as quais eram extrapoladas para a carga geral da DR.

Em junho de 2004, devido a ampliação do número de cidades atendidas com o prazo de entrega de 1 dia (data de postagem mais 1 dia), a metodologia manual passou a contemplar 8 pesquisas em cidades com potencial econômico alto e 8 pesquisas em cidades de baixo potencial econômico, por DR. Esse aumento do número amostral de objetos não solucionou os inconvenientes com os erros de apuração ou de manipulação dos dados, não melhorou o tempo de divulgação dos resultados que era de 15 dias após o fechamento do mês, não permitia que os resultados, das unidades operacionais fossem divulgados e, por fim, gerou maiores gastos com viagens dos integrantes das equipes de qualidade às cidades, para a realização das pesquisas.

Os resultados de qualidade da distribuição das regionais, obtidos pela metodologia manual, tinham função meramente informativa à ECT, que os utilizava como parâmetro para distribuição de

lucros e ainda repassava a informação consolidada para o Ministério das Comunicações e à União Postal Universal. Portanto, internamente, a área de operações tinha uma aferição de qualidade do principal serviço da ECT que não era confiável, demorava para ser obtida e não contribuía para as possíveis soluções de problemas na gestão.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

Em 1999, a ECT iniciou a implantação do Sistema de Rastreamento de Objetos (SRO) com o objetivo, dentre outros, de propiciar aos clientes, pela leitura do código de barras, o rastreamento via computador dos objetos, desde a postagem até a entrega. Para cada objeto rastreado, os eventos de postagem, expedições entre unidades operacionais e baixas de entrega são armazenados no banco de dados do sistema. A massa de dados, armazenada diariamente no SRO, chega a 8 milhões de eventos por dia. Extrair informações gerenciais desse gigantesco banco de dados tornou-se um desafio e uma meta da equipe de engenheiros, analistas de sistemas e administradores postais do DENCO, da Coordenação de Integração de Projetos (CIPRO) e do Departamento de Sistemas de Suporte a Negócios (DESUN).

O DENCO, em conjunto com a CIPRO e o DESUN, elaborou e desenvolveu o projeto intitulado “Indicadores de Qualidade da Distribuição do SEDEX”, que teve como objetivos: eliminar a metodologia das pesquisas manuais; propiciar uma sistemática precisa de verificação do quantitativo global de encomendas SEDEX distribuídas; aferir o percentual geral de objetos entregues, tomando-se por base a tabela de prazos-padrão estabelecidos.

A extração de informações do banco de dados do SRO foi possível com o desenvolvimento de uma lógica de sistema que classificava os objetos como dentro ou fora do prazo, conforme a origem e o destino, utilizando parte (3 milhões) do total de eventos diários disponíveis. Foi utilizado o Data Warehouse (DW) da ECT como ferramenta

de disponibilização das informações extraídas, possibilitando que os gestores operacionais passassem a acessar informações da distribuição de 2 dias anteriores.

As consultas desenvolvidas no DW, a partir dos dados do SRO, resultaram nas seguintes informações gerenciais:

- Carga distribuída por tipo de SEDEX, por dia e ao mês, por DR;
- Gráficos da carga SEDEX distribuída pela ECT;
- Ranking das unidades operacionais pelo desempenho da distribuição;
- Índices de distribuição de SEDEX entregue no prazo, por DR, em âmbito estadual e nacional;
- Levantamento da distribuição realizada interna e externamente pelas unidades;
- Lista dos códigos dos objetos classificados como fora do prazo;
- Matriz de/para quantidade de carga originada e distribuída entre as DRs;
- Efetividade da 1ª tentativa de entrega dos serviços SEDEX 10 e SEDEX hoje.

Ações realizadas

Para que fosse possível o sistema apurar, automaticamente, o cumprimento dos prazos de distribuição diários de 540 mil encomendas SEDEX, foi necessária a utilização de um cadastro confiável de todas as unidades operacionais de atendimento e distribuição, com suas respectivas localizações de DR, UF e município. Além do cadastro, foi fundamental disponibilizar a tabela de prazos entre as unidades de origem e destino, o quadro de funcionamento das unidades durante a semana, incluindo o calendário de domingos e feriados nacionais, estaduais e municipais.

Para atender a essas necessidades de dados complementares, foi aproveitado o Módulo de Indicadores de Rastreamento (MIR), um sistema de apoio que era utilizado para gerenciar o uso

do SRO. Portanto, o desenvolvimento das consultas que geraram as informações gerenciais da distribuição do SEDEX no DW nasceu do aproveitamento dos dados disponíveis nos sistemas SRO e MIR.

Etapas de implementação

Em 2003, houve uma primeira experiência de utilização dos dados do SRO para apurar o cumprimento dos prazos de entrega do SEDEX, mas sem sucesso. Essa tentativa esbarrou em inconsistências de utilização das datas dos eventos dos objetos rastreados, associada com uma complicada mensuração de prazos, por meio das faixas de CEP dos municípios, o que gerou imprecisões e muitas falhas nas apurações.

Uma nova experiência em junho de 2004, já utilizando o MIR, culminou em um teste-piloto com as encomendas SEDEX, do tipo cartão de crédito e talão de cheques, que eram, em especial, postadas, por meio de uma grande unidade operacional em São Paulo. As postagens do centro de tratamento de encomendas Leopoldina, em torno de 11.000 por dia, para todo o Brasil, foram apuradas satisfatoriamente. Foi a primeira vez que a ECT deixou de utilizar dados amostrais para obter índices de distribuição de um tipo específico de SEDEX. As apurações precisas do quantitativo total, realizadas a partir da administração central em Brasília, ensejaram inúmeras medidas de correção dos gestores operacionais junto às DRs de destino, mas ainda faltava contemplar todas as demais origens de carga e os demais tipos de SEDEX.

No início do ano de 2005, os analistas de sistemas da CIPRO e do DESUN solucionaram os problemas de concorrência na utilização do banco de dados do SRO, possibilitando a criação de uma nova lógica de extração de dados, que contemplaria toda a troca de carga SEDEX entre as unidades operacionais da ECT. Devido ao grande volume de dados e às questões técnicas de compatibilidade de versões de banco de dados entre o SRO e o DW, o tempo de processamento das apurações de um único dia demorava 10 horas. Após novas alterações e soluções que minimizaram as questões

técnicas, o tempo de processamento foi reduzido, gradualmente, para 2 horas.

Paralelamente ao desenvolvimento da lógica do sistema, foram criados os leiautes das consultas a serem disponibilizadas pelo DW. Em seguida, procedeu-se à validação dos resultados obtidos com a efetiva participação dos gestores das regionais, os quais ratificaram os quantitativos e percentuais dos objetos entregues dentro e fora do prazo pelas unidades operacionais.

A etapa de disseminação das funcionalidades da nova ferramenta ocorreu em julho de 2005, com o aproveitamento da estrutura de cursos montada para o treinamento do DW. Os gestores treinados foram orientados para atuarem como multiplicadores na área de operações em suas respectivas regionais.

Recursos Utilizados

Não foi necessário criar um grupo de trabalho em específico para desenvolver e concluir o projeto de criação da apuração automática do desempenho da distribuição do SEDEX. No entanto, houve ao longo do período de 10 meses de desenvolvimento uma coordenação incisiva do engenheiro e do administrador postal do DENCO sobre os analistas de sistemas da CIPRO e do DESUN. As pessoas envolvidas em todo o processo eram lotadas em seus respectivos departamentos e se engajaram ao projeto em igual proporção, participando das reuniões de definição de parâmetros, das criações de leiautes das consultas, das soluções de problemas com os bancos de dados e do gerenciamento dos prazos de conclusão. Em especial, para a criação da lógica de apuração de prazos, os analistas de sistemas terceirizados, lotados na CIPRO, aplicaram avançados conhecimentos de linguagem de banco de dados à solução.

Como o projeto previa a disponibilização das informações por meio do DW, já existente na ECT, não foi necessária a aquisição de nenhum tipo de equipamento, tornando o projeto isento de gastos financeiros.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Para cumprir a missão de gerir os processos e as operações envolvidas nas atividades de tratamento e entrega das encomendas SEDEX, os gestores operacionais passaram a dispor, de forma acessível, de uma ferramenta informatizada, com base em dados confiáveis das operações de todas as unidades da ECT. Isso poderia facilitar a detecção de inconformidades no processo de distribuição, melhorar os índices de qualidade e, numa visão ampliada, satisfazer a necessidade dos clientes.

A nova ferramenta possibilita, dentre outros aspectos:

- a imparcialidade nas apurações de cumprimento dos prazos;
- a análise de todos os objetos SEDEX, em torno de 12 milhões por mês, contra os dados amostrais de 3.200 objetos da metodologia anterior;
 - a ampliação da verificação de prazos para todos os tipos de SEDEX (SEDEX cartão de crédito e talão de cheques, e-SEDEX, SEDEX 10 e SEDEX hoje);
 - a identificação das unidades operacionais que estão influenciando negativamente no índice de qualidade da DR, o que facilita a ação corretiva imediata;
 - a verificação do fluxo de/para de carga SEDEX entre as regionais, possibilitando, inclusive, visualizar a relação de quantidade e qualidade entre as cidades.

Em 2004, os resultados, extraídos, manualmente, do desempenho da distribuição do SEDEX de todas as DR, giravam em torno de 99%. Com a apuração automática, o resultado passou a ser de 97%. Em virtude da imparcialidade das apurações, houve uma conscientização em torno da máxima: “melhor um resultado ruim e real do que um ótimo e irreal”. Para a gestão operacional, não havia nada pior do que a falta da informação real.

Considerando a qualidade das informações disponibilizadas, o próprio presidente e vários outros órgãos da ECT passaram a utilizar

os dados do sistema, entre eles, o Departamento de Informações Pesquisa e Análise e o Departamento de Inspeção Geral. Os novos indicadores do SEDEX foram oficializados corporativamente, inclusive como parâmetro da distribuição de lucros e passaram a ser utilizados para divulgações no Ministério das Comunicações e na União Postal Universal, agora com informações reais e consistentes.

A área comercial da ECT passou a dispor de informações que subsidiam decisões de mercado, tais como ampliação da área de abrangência de serviços e relacionamento entre cidades-pólo de desenvolvimento econômico regional. Por meio das consultas, é possível, ainda, identificar as unidades de atendimento que postam, indevidamente, objetos para destinos fora da área de abrangência dos serviços SEDEX 10 e SEDEX hoje.

Para o DENCO e toda a área operacional, foi salutar a interligação entre os indicadores do Departamento de Administração da Frota, que controlam o desempenho dos transportes, com os novos indicadores do desempenho da distribuição do SEDEX, o que possibilitou a identificação de problemas no encaminhamento da carga e melhorou o sincronismo de ações corretivas entre os departamentos.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

A efetividade na disponibilização das informações de desempenho da distribuição do SEDEX pode ser avaliada pelo histórico da quantidade de acessos às consultas do SRO, no DW da ECT, conforme o gráfico apresentado em seguida.

Considerando-se que, antes das apurações automáticas, os 150 gestores operacionais eram desprovidos de informações gerenciais confiáveis, a quantidade média de 690 acessos por dia mostra a mudança de postura ante a busca de soluções para os problemas, ao invés de apenas encontrar desculpas. Por meio das reuniões técnicas e pela percepção dos gestores, a disponibilização das informações ampliou o rol de ações a serem implementadas para a busca da melhoria dos índices de desempenho da distribuição do SEDEX.



A redução do tempo de disponibilização e a acessibilidade das informações foram uma das grandes virtudes do projeto. Com a metodologia manual era necessário aguardar 15 dias após o fechamento do mês para se conhecer o resultado consolidado das DRs. Com a apuração automática, é possível obter os resultados diários com apenas 2 dias de atraso, durante o decorrer do tempo, sendo possível analisar os resultados por dia da semana, por região geográfica e, principalmente, pelas unidades operacionais, individualmente.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

Em relação aos problemas da área de sistemas, cabe destacar o empenho para maximizar o aproveitamento das funcionalidades disponíveis no DW, a mudança no barramento de rede para a agilização da captura de dados e o sincronismo com as demais atividades concorrenciais de acesso ao banco de dados do SRO.

A disponibilização inicial das informações gerou um sentimento de desconfiança sobre a acurácia das apurações de prazos dos objetos. Para minimizar a descrença inicial dos gestores sobre as informações disponibilizadas, foram realizadas ratificações comparativas entre as

quantidades distribuídas pelas unidades, utilizando-se levantamentos das listas de objetos entregues aos carteiros (LOEC) e das listas de distribuição interna (LDI), com os dados do DW. Houve ainda a necessidade de explicar, por meio de apresentações e exemplos práticos, a aplicação da lógica de apuração de prazos pelo sistema.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

A apuração automática do desempenho do SEDEX deve ser considerada uma excelente prática de gestão, porque permitiu a obtenção de diferentes indicadores de avaliação da qualidade da distribuição, impossíveis de serem medidos sem um sistema informatizado. Possibilitou ainda que os incontestáveis resultados fossem utilizados para o ranqueamento das DRs, com produtivas comparações entre elas, para a sistematização de normas e procedimentos operacionais de análises e, por fim, para a aplicação da solução em outros tipos de encomendas, inclusive para cartas registradas.

Como pontos fracos da prática de gestão, podem ser mencionados: o despreparo de alguns gestores para trabalharem com números, bem como a restrita capacidade de interpretação de ocorrências do tipo causa e efeito; as falhas humanas de inserção dos eventos de rastreamento que geram pequenos erros de apuração pelo sistema; e a demora para algumas consultas do SRO serem processadas pelo DW.

Os pontos fortes a serem destacados são: visão baseada em fatos apontados; possibilidade de localizar erros humanos; a indução à reflexão por parte dos gestores; rapidez na ação de correção; precisão da apuração do universo total de objetos e de unidades pesquisadas; utilização de filtros comparativos.

Apuração automática do desempenho da distribuição do serviço SEDEX

Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
Departamento Operacional de Encomendas

Responsável

Marcus Vinicius Gonçalves de Souza
Engenheiro de Produção

Endereço

SBN Quadra 1, Bloco A, 8º Andar, Ala Sul - Edifício Sede da ECT
Brasília-DF

Tel: (61) 3426-2584

Fax: (61) 3426-2655

marcusgsouza@correios.com.br

Data de início da implementação da experiência

Março de 2005

Dimensão da gestão
Estabelecimento
de padrões de
atendimento de
serviços

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Ministério da Educação*

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, comprometido com a prestação de assistência de qualidade, possui um serviço de emergência que é referência no estado para o atendimento a pacientes de alta complexidade. O presente trabalho é o relato das melhorias obtidas no processo de atendimento deste serviço, por meio de ações como implantação do protocolo assistencial de classificação de risco e alterações de área física (criação do setor de acolhimento, da área para triagem e da unidade vascular), que resultaram em indicadores de melhoria da qualidade assistencial. O objetivo buscado e alcançado nessa experiência foi a criação de condições para a priorização do atendimento a pacientes graves, ofertando a estes uma assistência de maior segurança, conforto e qualidade, desde a sua chegada ao setor até as diferentes etapas do processo.

Caracterização da Situação Anterior

O HCPA possui uma estrutura de 749 leitos e 67 especialidades médicas e presta assistência, ensino e pesquisa em saúde.

O serviço de emergência, aberto ao público desde 1976, tem capacidade para acomodar 64 pacientes, oferecendo atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde, SUS, nas áreas de clínica médica, pediatria, ginecologia e cirurgia-geral, prestando serviço a cerca de 5.000 pacientes por mês, provenientes de diversas localidades do Rio Grande do Sul e de outros estados.

Os serviços de emergência públicos, sempre superlotados, freqüentemente, são foco de problemas, por não conseguirem oferecer uma qualidade ideal no atendimento aos usuários, atraindo a atenção e a preocupação da comunidade. Podem ser citadas várias causas: esses serviços passaram a ser o principal acesso dos pacientes à assistência; o crescimento, nos últimos anos, da gravidade dos pacientes; o surgimento de novas patologias, obrigando à abertura de mais frentes de atuação; e a impossibilidade de a estrutura hospitalar absorver a totalidade da demanda das emergências, ocasionando a longa permanência dos pacientes, em uma inversão da finalidade de tais serviços, que deveriam ser uma etapa de transição para outro tipo de atendimento.

Os serviços de emergência foram criados para avaliar e manejar pacientes doentes e com mal-estar nas primeiras etapas da crise e sua maior ênfase deve ser na identificação e tratamento de manifestações de doenças que precedam ações de tratamento intensivo. Neste contexto de multiplicidade de funções, manter e ampliar a qualidade dos serviços é uma preocupação permanente. Para os gestores da emergência do HCPA, os principais problemas enfrentados estão descritos a seguir:

Recepção dos pacientes de forma inadequada

Todo paciente que procurava o serviço era recebido por um funcionário administrativo que, em uma recepção fechada, ouvia o relato do paciente e o encaminhava para que a enfermeira realizasse

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência

a triagem. Essa escuta administrativa não possuía nenhum caráter técnico e acolhedor, além de não haver a orientação adequada quanto ao recurso necessário na situação. Não raro, em dias de muita demanda, até mesmo o vigilante do serviço realizava essa escuta.

Falta de padrão para a realização da triagem

Os pacientes eram triados pela enfermagem em local sem as acomodações adequadas, a fim de agendar e priorizar as consultas, com base nos critérios individuais do profissional de plantão. Um número elevado de pacientes era encaminhado indevidamente à emergência, com o objetivo de conseguir algum recurso não obtido eletivamente. Por não existir um padrão de triagem e classificação de risco, esses pacientes, mesmo sem estarem em situação de urgência, eram admitidos.

Falta de diferenciação de local para atendimento de pacientes muito graves

Os pacientes muito graves, após o atendimento, eram colocados na sala de observação do serviço, juntamente com todos os outros casos, não havendo identificação, nem estrutura física para atendimento daquele paciente com necessidade de um cuidado intensivo.

Desconhecimento sobre o perfil da gravidade dos pacientes atendidos

A dificuldade na alocação de recursos baseada em uma informação não fidedigna sobre o perfil da gravidade dos pacientes atendidos gerava insegurança na gestão do serviço.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

O principal objetivo da implantação do protocolo de classificação de risco no serviço de emergência foi garantir a qualidade da

assistência pela padronização do atendimento e da priorização do paciente mais grave. As mudanças na área física, aliadas à implantação do protocolo, garantem espaços mais confortáveis e equipados para a espera e o atendimento de acordo com o grau de risco, além de, por meio da informatização da classificação de risco, conhecer a gravidade dos pacientes que procuram o serviço, o que não ocorria até um ano atrás.

Em dezembro de 2004, o colegiado gestor do serviço de emergência, composto por chefias médicas, de enfermagem e administrativa, iniciou o trabalho do redesenho do processo assistencial de atendimento ao paciente. As premissas básicas deste trabalho eram a garantia da qualidade da assistência prestada e da segurança, por meio da priorização dos pacientes pelo seu risco e a humanização do atendimento. Para dar suporte às mudanças do processo assistencial, foram realizadas reformas de estrutura física, criando espaços mais adequados e confortáveis para os usuários e garantindo um atendimento mais qualificado e humanizado. A partir de agosto de 2005, foram implantadas as ações descritas a seguir.

Ações realizadas

Criação do setor de acolhimento em substituição à triagem administrativa

Neste primeiro atendimento, o profissional técnico realiza uma escuta qualificada e humanizada para todos os pacientes, orientando-os na busca das possibilidades de solução do problema. Nesse setor, os pacientes, além de estarem em local adequado para o atendimento, são orientados sobre onde buscar o recurso procurado se sua situação não for caso para a emergência. Essa orientação ocorre por meio de folhetos em que constam informações, como o nome de outros estabelecimentos, seus endereços e a linha de ônibus utilizada para se deslocar até cada um. Em se tratando de atendimento na rede básica de saúde, os pacientes são informados sobre qual unidade básica devem procurar, e um funcionário administrativo pesquisa no

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência

site da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre o endereço mais próximo ao usuário.

Antes



Depois



Criação do setor de triagem e do protocolo assistencial de classificação de risco

A estrutura física, os materiais e os equipamentos, aliados a pessoas qualificadas, garantem a avaliação e a priorização do paciente grave. Para tornar esse processo ainda mais efetivo, foi criado o protocolo assistencial de classificação de risco. Todo paciente encaminhado do setor de acolhimento à área de classificação de risco é classificado conforme a queixa principal, sinais vitais, saturação de oxigênio e escala de dor. A triagem consiste em avaliar os pacientes e classificá-los por meio de uma das quatro cores selecionadas para identificar os perfis de gravidade. Esse instrumento proporcionou a garantia da padronização do atendimento, não mais baseado em critérios individuais do profissional, mas sim no índice de gravidade detectado. Classificação das cores: roxo – paciente que chega já em estado muito grave e é encaminhado diretamente ao box de atendimento de urgência. Vermelho – pacientes de alto risco que devem ser atendidos em, no máximo, dez minutos. Amarelo – pacientes de risco intermediário que devem ser atendidos em até 1 hora. Verde – pacientes de risco baixo que possuem sinais vitais estáveis e podem aguardar uma consulta agendada.

Antes



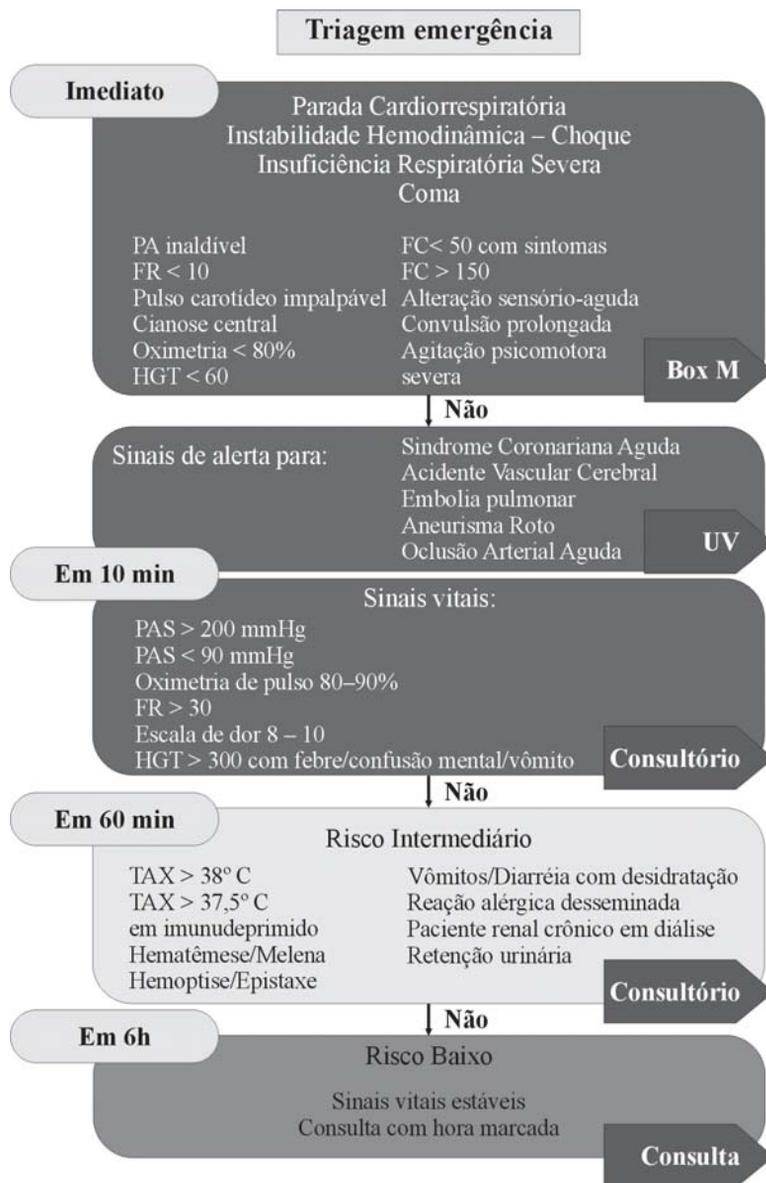
Depois



O protocolo define, além do risco, o tempo que o paciente pode esperar e a qual área do serviço de emergência deve ser encaminhado. Para apoio aos profissionais que realizam a avaliação, foi desenvolvida uma funcionalidade no sistema informatizado que recebe dados da triagem relativos aos sinais do paciente, gerando pelo próprio sistema a cor em que cada um se enquadra, ficando a critério do profissional a mudança da mesma em função dos critérios não-parametrizados (dor, aparência, estado geral).

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência

Figura 1: Protocolo assistencial de classificação de risco



Criação da unidade vascular

Considerando o impacto socioeconômico que a doença vascular representa como causa crescente de morte súbita e incapacidade permanente, sentiu-se a necessidade da organização do atendimento às principais doenças vasculares no serviço de emergência. Nesse sentido, foi criada a unidade vascular, uma área de monitorização intensiva com 5 leitos para pacientes com suspeita de síndrome coronariana aguda, acidente vascular cerebral, síndromes aórticas agudas e tromboembolismo pulmonar. O atendimento nessa unidade é realizado em parceria com diversos serviços do HCPA. Os pacientes são triados pelos enfermeiros e, se apresentarem suspeita de doença vascular, são classificados como de alto risco. Identificados pela cor vermelha, recebem atendimento priorizado, dentro de 10 minutos realizam eletrocardiograma e são encaminhados à unidade vascular, cuja especificidade é diretamente refletida na recuperação do paciente grave.

Etapas de implementação

Para a implementação dessas mudanças, foram necessárias as seguintes etapas: avaliação do diagnóstico da situação atual; reuniões do colegiado gestor do serviço para definições das políticas a serem desenvolvidas; visitas a outros hospitais que já trabalhavam com o processo de acolhimento e classificação de risco; reuniões com a equipe assistencial da emergência para nivelamento de conceitos sobre o novo processo de atendimento; reuniões com todos os serviços médicos do HCPA para definição dos critérios de risco de cada especialidade; construção de um plano de ação contendo atividades, responsáveis e cronograma para viabilizar a iniciativa. Um plano de ação foi executado, por meio da atuação do Colegiado Gestor da Emergência, composto por médicos, enfermeiros e administradores, obtendo-se para cada atividade os seguintes produtos:

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência

Atividades	Produtos
1. Elaboração do novo fluxo dos pacientes para atendimento na emergência.	Fluxograma do processo assistencial de atendimento na emergência.
2. <i>Benchmarking</i> em outros hospitais com o modelo assistencial implantado.	Relatórios das visitas.
3. Definição da nova planta física, contendo as alterações de estrutura previstas.	Planta da nova estrutura, contemplando as alterações propostas.
4. Definição dos critérios de risco para criação do protocolo.	Protocolo assistencial de classificação de risco.
5. Definição e solicitação dos equipamentos necessários para as novas instalações.	Aquisição de monitores, oxímetros e respiradores.
6. Definição dos requisitos do sistema informatizado para a classificação de risco.	Protótipo do sistema informatizado com telas e navegabilidade representando a seqüência de eventos ocorridos no atendimento da triagem.
7. Desenvolvimento do <i>software</i> .	Sistema informatizado de triagem e classificação de risco.
8. Capacitação de toda equipe médica, de enfermagem e administrativa nos novos conceitos do processo e no protocolo de classificação de risco.	100% da equipe multiprofissional capacitada para o novo processo.
9. Definição dos indicadores de acompanhamento.	Gravidade dos pacientes atendidos por classificação de risco; tempo de espera para triagem; tempo de espera para consulta; patologias atendidas na unidade vascular.
10. Gestão dos resultados com a equipe da emergência.	Definição de metas.
11. Validação da implantação do protocolo.	Relatórios dos contatos com os pacientes triados e encaminhados a outros serviços da rede, após o dia em que foram atendidos na emergência.

Recursos Utilizados

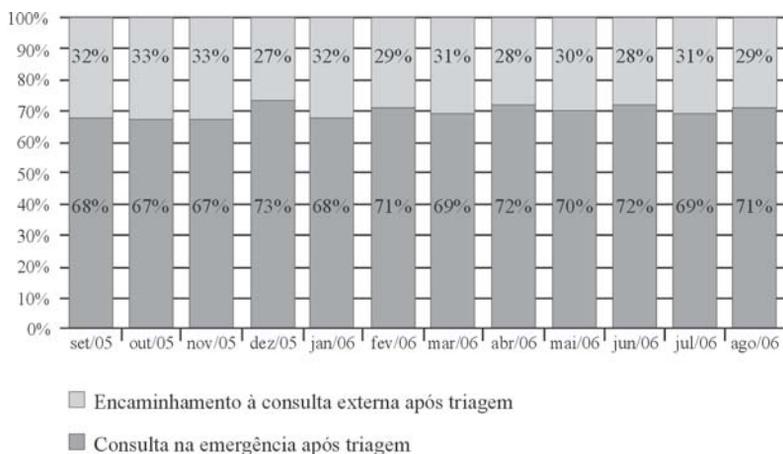
Recursos	Investimento em 7 meses do projeto
1. Recursos Humanos	
<ul style="list-style-type: none">• Membros do colegiado gestor do serviço de emergência.• Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e administrativos do serviço de emergência.• Profissionais de outras especialidades com atuação, por demanda, na construção dos critérios de risco.	<ul style="list-style-type: none">• 50 % do tempo de atuação do conselho.• Horário de trabalho.• Horário de trabalho.
2. Equipamentos	
Respiradores, monitores cardíacos e de pressão não-invasivos e oxímetros.	R\$ 290.100,00.
3. Tecnologia da Informação	
<ul style="list-style-type: none">• <i>Software</i>.• 4 microcomputadores.	<ul style="list-style-type: none">• Horário de trabalho de 2 analistas.• R\$ 6.000,00.
4. Obra	
<ul style="list-style-type: none">• Projeto de reforma e recursos humanos• Materiais	<ul style="list-style-type: none">• Horário de trabalho.• R\$ 186.644,00.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

Além de resultados não-mensuráveis, intrínsecos ao caráter de humanização do novo processo, destacamos os seguintes resultados:

Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência

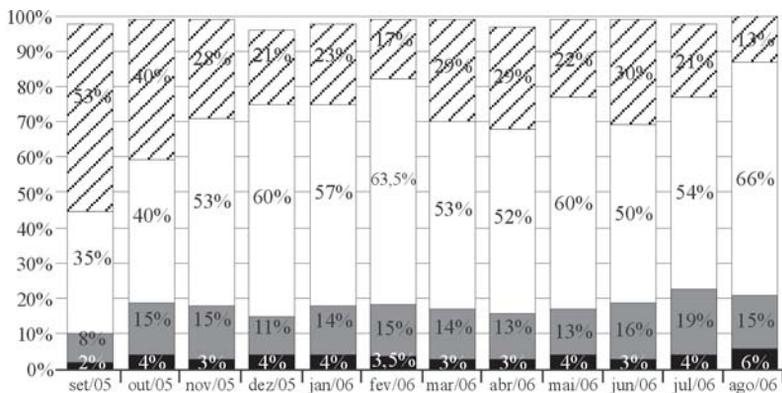


Desempenho da triagem baseada na classificação de risco

O que era sentimento até agosto de 2005, atualmente, é de conhecimento do serviço de emergência. Dos pacientes que procuram o serviço, em média 30%, conforme gráfico abaixo, recebem um encaminhamento com o registro dos sinais avaliados e orientação para atendimento em outro estabelecimento da rede saúde pública.

Perfil dos pacientes atendidos no serviço de emergência por gravidade

O que se ouve, na grande maioria dos serviços de emergência, são comentários de que o atendimento dá-se somente a pacientes ambulatoriais sem gravidade, ou a muitos pacientes graves. O serviço de emergência do HCPA, desde setembro de 2005, conhece a gravidade dos pacientes atendidos. A aquisição de equipamentos, as novas estruturas de apoio, ou físicas, e o aumento de recursos humanos são definidos em função deste indicador.



* Para melhor visualização da tabela, toma-se como padrão as cores indicadas entre parêntesis. Roxo (Preto) – pacientes em estado muito grave; Vermelho (Cinza) – pacientes de alto risco; Amarelo (Branco) – pacientes de risco intermediário; Verde (Riscado) – pacientes de risco baixo.

Sistema informatizado da triagem e da classificação de risco

O desenvolvimento de *software* para triagem e classificação de risco trouxe a agilidade necessária para o processo. Além de sugerir a cor da classificação do paciente, já disponibiliza os horários de consulta e, hoje, é a própria enfermeira triadora que define o horário do atendimento do paciente, garantindo o atendimento pela gravidade. Além disso, esse *software* armazena todos os registros dos sinais vitais coletados na triagem, no prontuário eletrônico do paciente, possibilitando a continuidade do tratamento, por meio do acesso desses dados pelos profissionais de saúde.

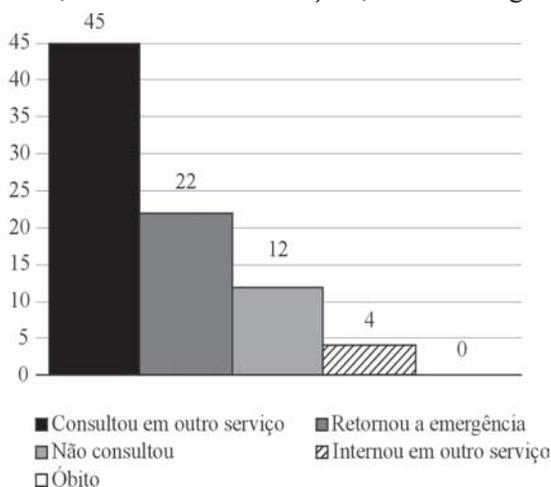
Pacientes tratados na unidade vascular por patologia

A criação dessa unidade é validada pela quantidade de pacientes que tiveram acesso a um atendimento ágil, possibilitado pelo protocolo de classificação de risco, e de recursos humanos e tecnológicos de tratamento investidos pelo HCPA. Essa experiência tem facilitado o atendimento das principais patologias vasculares agudas e contribuído para a formação acadêmica. Uma série de

intervenções custo-benefício estão sendo oferecidas a um grande número de pacientes do sistema público de saúde. De janeiro a junho de 2006, foram atendidos nesta unidade 340 pacientes que representam 10% dos pacientes que foram admitidos no serviço de emergência após a consulta médica. As patologias mais atendidas são: angina, 40%; acidente vascular cerebral, 40%; embolia pulmonar, 6%; acidente isquêmico, 5%; aneurisma de aorta, 5%; e infarto agudo do miocárdio, 4%.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

O maior desafio do serviço de emergência é o de validar seus critérios de classificação de risco. O Protocolo implantado está em constante revisão, a fim de evitar que ocorram falhas de encaminhamento. Para validar os primeiros seis meses de implantação, em março de 2006 foi realizado um trabalho de contato com pacientes que foram avaliados pelo protocolo e que receberam encaminhamentos externos, ou seja, não tinham critérios para serem atendidos no serviço. Foram contatados 100 pacientes com o objetivo de saber o destino nas primeiras 48h após o encaminhamento recebido. Dos 83 contatos, obteve-se as informações, conforme figura abaixo.



Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

O serviço de emergência do HCPA quebrou vários paradigmas de forma de atendimento em emergências. Um deles foi a retirada dos vidros e proteções dos guichês. A substituição das proteções por balcões com local para o paciente sentar e recepções sem vidros encontrou, inicialmente, resistência por parte dos profissionais, por medo da exposição. Mas o treinamento e o acompanhamento dos funcionários durante o atendimento demonstrou que essa sistemática, além de não oferecer riscos, torna o atendimento mais humanizado e tranquilo. As dificuldades associadas à utilização de novas tecnologias de informática foram minimizadas por meio dos treinamentos para uso do sistema. A construção do protocolo demandou extensa revisão bibliográfica e foi realizada com diversas especialidades médicas. A implantação do protocolo de classificação de risco também necessitou de capacitação sobre os critérios de avaliação, para sua aplicação. A garantia de que os pacientes estavam sendo triados com base em critérios técnicos definidos foi o facilitador para a adesão dos profissionais de saúde, que se sentiram respaldados com definições prévias. Para o atendimento na unidade vascular, também foram necessárias diversas capacitações nos protocolos assistenciais das patologias atendidas, visando à real implantação do protocolo de risco.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

Quando se ouve falar em serviços de emergência públicos, normalmente, o foco está na superlotação, nas filas de espera por atendimento e na falta de qualidade. Dessa forma, o serviço de emergência do HCPA prova que é possível a uma emergência pública oferecer atendimento humanizado e de qualidade, baseado em protocolos assistenciais e com diferenciação, conforme a gravidade do

*Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar
o encaminhamento dos pacientes na emergência*

paciente. A implantação do protocolo de risco garante a ação e a prioridade adequada dos atendimentos, além de assegurar que recursos sejam alocados de forma devida. A organização da assistência permitiu conhecer indicadores que direcionam a gestão do serviço e a necessidade de investimentos de recursos. A criação da unidade vascular, referência em atendimento de patologias vasculares, tornou-se possível graças à implantação do novo modelo. O HCPA considera que, acima de tudo, a qualidade assistencial, conferida ao processo de atendimento aos pacientes no seu serviço de emergência, torna essa uma experiência de sucesso, podendo ser reproduzida por outros hospitais, sejam eles públicos ou privados, para a gestão de resultados de sucesso que conduz a um alto grau de segurança no atendimento ao paciente.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Emergência

Responsável

Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado
Presidente

Endereço

Rua Ramiro Barcelos, 2350
Porto Alegre-RS
Tel: (51) 2101-8449
Fax: (51) 2101-8001
hcpa@hcpa.ufrgs.br

Data de início da implementação da experiência

Agosto de 2005

Melhoria de gestão com foco no trinômio: pessoas, processos e tecnologia de informação

*Agência Nacional de Vigilância
Sanitária
Ministério da Saúde*

O trabalho iniciou-se em junho de 2005, na GMEFH¹, cuja metodologia se pautava na revisão dos processos de trabalho, levantados a partir de reuniões semanais com um grupo² representativo, na definição de papéis e responsabilidades dos colaboradores da área, no desenvolvimento de um sistema de informação que possibilitasse a consolidação dos procedimentos e uniformização de condutas e, por fim, no treinamento de uma prática gestora, com estabelecimento de metas, registro e revisão de procedimentos, bem como o monitoramento de prazos e resultados.

O cenário anterior apresentava grande descontrole do fluxo do processo de trabalho, ausência de padrão nos procedimentos, número desconhecido das petições sem análise (passivo), infraestrutura imprópria, subjetividade na análise técnica, inexistência de planejamento estratégico, entre outros.

Após a realização do trabalho, foram observados os seguintes resultados: acréscimo significativo da produtividade, apesar da redução do quadro-geral de pessoas (de 38 para 30) e do número de técnicos (de 34 para 23) desempenhando a atividade-fim (análise

técnica para concessão de registro de medicamentos); tratamento do passivo com redução de 89% das petições que iriam para a análise; grande diminuição do tempo de resposta ao setor regulado; e padronização nos procedimentos de análise técnica, trazendo uniformidade na conduta técnica, tema recorrentemente requisitado pelo setor regulado.

Caracterização da Situação Anterior

O objeto desse trabalho é a Gerência de Isentos, Específicos, Fitoterápicos e Homeopáticos (GMEFH), alocada dentro da Gerência-Geral de Medicamentos (GGMED) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Anvisa. Essa área é responsável por atividades técnicas e normativas relativas ao registro de medicamentos submetidos ao seu controle, traduzindo-se na concessão de registro de produto, cujo desempenho estava muito aquém das expectativas, tanto do corpo gerencial como da sociedade, sem o qual a empresa não pode comercializar seus produtos.

O cenário anterior apresentava, também, vários problemas como o grande descontrole do fluxo do processo de trabalho, ausência de padrão nos procedimentos, número desconhecido das petições sem análise (passivo), sobreposição de funções, despreparo da equipe na realização das tarefas específicas da área, infra-estrutura imprópria, subjetividade na análise técnica, inexistência de planejamento estratégico etc.

Citamos alguns elementos que dificultaram o gerenciamento da área, relacionados com a cultura e o clima organizacional da GMEFH. São esses: nova chefia; chegada de novos técnicos na área (67% do quadro funcional da GMEFH); retirada dos antigos técnicos desde dezembro passado (2004); mudança recente da legislação; e instabilidade funcional (contratos válidos apenas até dezembro de 2005) dos antigos técnicos.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

Este projeto foi delineado após um trabalho de consultoria da Fundação Gerencial de Desenvolvimento (FDG), realizado na Anvisa em 2002, responsável pela definição da identidade organizacional, que estabeleceu a atual missão da Anvisa, “Proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços e participando da construção de seu acesso”.

Apesar dos resultados obtidos, esse projeto foi descontinuado e a mudança da cultura organizacional foi insuficiente para a concretização e perpetuação do trabalho. Assim, o primeiro objetivo era resgatar o trabalho iniciado pela FDG, trabalhando os aspectos operacionais que efetivavam o alcance da missão da instituição. No entanto, os fluxos mapeados anteriormente, além de traduzirem uma visão da macroestrutura e não contemplarem aspectos operacionais, estavam desatualizados e sem aplicação prática.

Dessa forma, o objetivo inicial foi substituído pela realização de um novo diagnóstico, focado nas particularidades da área, com uma estratégia que buscasse a concretização e a perpetuação de um programa de gestão. Sob essa perspectiva, o diagnóstico da GMEFH se baseou na análise da cultura e do clima organizacional e no mapeamento dos processos de trabalho, descrevendo os seus fluxos de forma minuciosa para a identificação de problemas e prioridades, conhecendo as forças determinantes. Uma vez cientes dos problemas que atingiam a sua estrutura interna e daqueles relacionados a seus colaboradores, teve-se melhores condições para, ao traçar a estratégia de atuação, aproveitar os aspectos positivos e minimizar o efeito dos aspectos negativos para a ocorrência da mudança.

Ao término do diagnóstico, os objetivos foram traçados, genericamente, para aprimorar os processos e procedimentos com foco na gestão da qualidade, visando a uniformização dos processos de trabalho, a desburocratização e simplificação dos processos e o alcance de

melhores resultados quanto ao controle das atividades, quanto ao tempo e à qualidade no desenvolvimento das atividades da área.

Observamos que, na sua grande maioria, os objetivos listados, anteriormente, estão relacionados entre si e, no decorrer do trabalho, especificamente no mapeamento do processo de trabalho, outros tantos alvos se apresentaram necessários. Destacaram-se, explicitamente, a interface da gestão do fator humano com a utilização da tecnologia de informação e a gestão de processos. Dessa forma, tanto a definição de papéis e a adoção de uma nova ordem na estrutura funcional da área, como o desenvolvimento de um sistema de informação para a análise de petições, foram fundamentais para o alcance dos resultados.

Outro objetivo secundário, também relacionado com outros já citados, foi melhorar o atendimento ao usuário com estabelecimentos de procedimentos operacionais padrão (POPs) para resposta a usuário por e-mail corporativo, atendimento ao telefone e realização de audiências.

Ações realizadas

Como já foi dito, o diagnóstico situacional da GMEFH foi o instrumento-base para a execução do trabalho, bem como a sua metodologia que considerou, fortemente, a cultura organizacional na elaboração da estratégia. Conseqüentemente, a primeira atividade realizada foi o levantamento dos colaboradores da área, que proporcionou a escolha de um grupo, intitulado como grupo gestor, que atuaria como representante do grupo maior, na busca de informações e também como agente de mudança.

O grupo escolhido conjugava algumas características técnicas e gestoras, como o conhecimento dos trâmites e fluxos da instituição, alta penetração tanto no grupo dos recém-chegados como no grupo dos técnicos antigos, com poder de tomada de decisão, e representação de todos os grupos. Em seguida, foi eleita a principal atividade da área que serviria de objeto para o mapeamento do processo de trabalho. A escolha da principal atividade considerou a complexidade,

correlação com a missão da instituição, o gasto de energia para o seu desenvolvimento, o impacto gerado nas outras atividades da área e a quantidade de atores envolvidos.

No desenvolver do mapeamento desse processo de trabalho, foram sendo identificados os nós críticos. A revelação e a análise desses nós possibilitaram a apresentação do desenho de um novo fluxo de trabalho, a identificação da necessidade de desenvolvimento de um sistema informacional, a padronização de rotinas e as atividades que deveriam ser priorizadas para essa padronização e o estabelecimento de metas.

A padronização das atividades foi etapa fundamental na implantação do trabalho, pois foi realizada a participação de todos, apresentando-se como uma importante ferramenta de motivação das pessoas, condição necessária para o êxito do programa. Essa padronização requer uma sistemática para a gestão de documentos, resultando na elaboração de um POP de gestão de documentos da qualidade e uma ITT (Instrução Técnica de Trabalho), como documentos orientadores à continuidade do programa de melhoria de gestão. Outros POPs foram previstos e acompanhados pela adoção da lista mestra de documentos da qualidade que indicava a sua data de revisão. Os POPs dessa lista foram considerados prioritários, dentre esses, os POPs de análise técnica que aguardavam a elaboração conjunta de uma ferramenta informacional e automatizada, adotada pela GMEFH como plano-piloto da GGMED.

A ferramenta de módulo de análise técnica caracteriza-se por uma implementação do sistema de informação da Anvisa, visando à uniformização de processos de trabalho, desburocratização e agilização da análise de petições/processos na gerência. Como tarefa necessária para a implantação dessa ferramenta e da padronização da análise técnica, a equipe da GMEFH trabalhou na elaboração de uma lista de frases-guia que retratavam as inúmeras possibilidades decorrentes da análise técnica. O sistema permite ao técnico acessar uma ficha virtual de análise, que apresenta opções de conformidade ou não-conformidade, conforme critérios pré-estabelecidos, pelos procedimentos redesenhados.

Essa ferramenta diminui, consideravelmente, o tempo de permanência da petição/processo na gerência, pois os critérios considerados para a tomada de decisão já estão pré-estabelecidos; melhora a comunicação com a empresa, visto que, harmoniza e uniformiza os procedimentos e pareceres técnicos; minimiza a margem de erro técnico; e, acima de tudo, registra, automaticamente, a decisão tomada. Atualmente, depende de ação posterior do técnico, sendo que isso muitas vezes não ocorre.

Outra estratégia de grande importância foi o estabelecimento de metas e a adoção de várias medidas gerenciais que serviam de subsídio para o monitoramento do trabalho.

Metas de produção

1. análise de processos em dia; e
2. tratamento do passivo;

Metas estruturais

1. adequação do espaço físico; e
2. adequação de recursos tecnológicos: disponibilizar computadores, pontos de rede e o acesso a telefone, impressoras e fax para a realização das tarefas.

Metas gerenciais

1. implantar sistema da qualidade com adoção do novo fluxograma; padronização das rotinas gerenciais, técnicas e operacionais;
2. construção de sistema informacional de análise técnica, visando a agilidade nas tarefas e monitoração dos processos de trabalho;
3. implantação de nova estrutura organizacional com definição de novo organograma funcional e o estabelecimento de novas funções com descrição de atribuições e responsabilidades;
4. controle total dos processos de trabalho, adotando as atividades próprias do processo de trabalho que aconteciam centralizadas na GGMed e deslocamento da atuação da Gerência de Arrecadação e Orçamento (GEORA), no fluxo de análise técnica, para após a publicação;

5. adoção do procedimento de guarda temporário, transferindo a responsabilidade de guarda temporária dos documentos técnicos e instaurando rotina de monitoramento desses processos; e

6. gestão do fator humano com a monitoração do desempenho individual dos colaboradores da GMEFH, por meio de estabelecimentos de metas de produção e definição de planos de ação individuais.

Podemos observar uma sobreposição entre os objetivos identificados, pois uma medida gerencial realizada com sucesso contempla objetivos diferentes, definidos em mais de uma meta.

Etapas de implementação

a. Instauração de Grupo Gestor – reunião semanal com esse grupo que deve ter ampla penetração na equipe e grande autonomia de gestão para a tomada de decisões.

b. Mapeamento do fluxo do principal processo de trabalho da área – registro detalhado do processo, possibilitando a análise do fluxo para a identificação dos problemas.

c. Redesenho do fluxo mapeado – registro do fluxo ideal do principal processo da área com foco na solução dos problemas identificados.

d. Identificação dos procedimentos a serem padronizados – o redesenho do fluxo apontará quais os procedimentos que deverão ser padronizados.

e. Elaboração e acompanhamento do plano de ação – identificação de atividades e tarefas que deverão ser executadas para a implantação do fluxo proposto e dos novos procedimentos e definição do responsável pela realização de cada tarefa descrita no plano de ação, bem como do prazo para que essa seja concluída. Trata-se do planejamento da estratégia para a efetiva implantação dos novos procedimentos e fluxo.

f. Definição de atribuições e responsabilidades – definição de nova estrutura organizacional com a identificação de novas funções para a execução dos novos procedimentos e fluxos.

g. Identificação de metas, indicadores e itens de controle – registro do cenário a ser alcançado e de sua evolução, obtendo-se o controle do desempenho das ações e dos procedimentos.

h. Identificação da necessidade de desenvolvimento de ferramentas informacionais para o alcance dos resultados – por exemplo, módulo de análise técnica, automatização de fluxos e processos.

i. Envolvimento de toda a equipe para a elaboração de POPs e a harmonização de questões técnicas – formação de grupos de trabalho com a participação de toda a equipe, objetivando a disseminação e uniformização de conhecimento.

Plano de ação para a implantação do programa de melhoria de gestão – GMEFH

Descrição da atividade	Cronograma																	
	2005												2006					
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J
1. Instauração de grupo gestor																		
2. Mapeamento do fluxo do principal processo de trabalho da área																		
3. Redesenho do fluxo mapeado																		
4. Identificação dos procedimentos a serem padronizados																		
5. Elaboração e acompanhamento do plano de ação																		
6. Definição de atribuições e responsabilidades																		
7. Identificação de metas, indicadores e itens de controle																		
8. Identificação da necessidade de desenvolvimento de ferramentas informacionais para o alcance dos resultados																		
9. Envolvimento de toda a equipe para a elaboração de POPs e a harmonização de questões técnicas																		

Recursos Utilizados

Trata-se de um projeto bastante econômico, com destaque para o tempo utilizado:

- Financeiros: R\$ 69.000,00 ao ano, para o pagamento, por produto, da consultora que coordenou o programa; R\$ 15.000,00 para a adaptação do módulo de análise técnica do sistema informacional da Anvisa; R\$ 3.000,00 para o pagamento de dois estagiários de farmácia, por três meses, para a aplicação do procedimento de guarda temporária e, conseqüentemente, levantamento do passivo de petições sem análise.

- Humanos: utilizou-se os próprios colaboradores da GMEFH, com dedicação especial daqueles que compunham o grupo gestor (gerente, 5 técnicos e 1 apoio administrativo).

- Tempo: as reuniões aconteciam, semanalmente, (4 horas) com o grupo gestor; a elaboração dos primeiros POPs e a confecção das frases-guia (uniformização da conduta técnica a ser utilizada pelo módulo de análise técnica) alocaram o trabalho da equipe técnica com um todo (aproximadamente 30 colaboradores), dependendo cerca de 2 períodos semanais por técnicos, por um período de três meses. A revisão das frases-guia despendeu aproximadamente doze horas do gerente.

- Materiais: semanalmente, nas reuniões do grupo gestor, ou, eventualmente, em reuniões com toda a equipe, era utilizado um computador, um datashow e um flip chat.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

O trabalho resultou nas principais ações seguintes, que não ficaram restritas a GMEFH, provocando uma melhora de fluxo do trabalho para outras áreas da casa:

1. Envio dos processos para a GEORA após a publicação, o que encurtou significativamente o tempo de publicação, de muitos meses, às vezes chegando a 1 ano, para o prazo de até 150 dias. Impacto: maior agilidade frente ao setor regulado e ao controle do risco sanitário.

2. Encaminhamento da notificação de lote piloto, diretamente, para a gerência-geral de Inspeção de Medicamentos (GGIMP), tornando-se padrão para toda a GGMed e reduzindo a quantidade de documentos que eram encaminhados para a GMEFH. Impacto: não há acúmulo de documentos que não são cabíveis de decisão gerencial. A informação vai diretamente à GGIMP, que pode tomar as medidas necessárias.

3. Identificação do gargalo do tempo de entrega de documentos na sede I. Foi detectado um número insuficiente para a distribuição de documentos, acarretando no aumento do número de pessoas responsáveis por essa tarefa, o que reduziu de 15 para uma média de 2 dias de recebimento de processos solicitados ao arquivo ou ao protocolo, beneficiando todas as áreas lotadas na sede I. Impacto: maior agilidade frente ao setor regulado, visto a redução de tempo de tramitação na Anvisa.

4. Publicação de editais de notificação de interesse na continuidade de análise de processos/petições antigas (passivo). Esse levantamento, que foi efetuado manualmente, permitiu o conhecimento dos documentos que estavam acumulados no depósito de arquivo. Foram localizados documentos que eram considerados desaparecidos, inclusive de outras gerências, que, então, foram encaminhados para as áreas de competência. Como consequência, foram publicados 3 editais, dando oportunidade às empresas a se adequarem a legislação. Impacto: transparência do processo e possibilidade de posicionamento das empresas, além da redução em torno de 89%, de processos do passivo que iriam para análise.

5. Arquivamento temporário da petição primária e secundária no arquivo. Procedimento adotado também por outras áreas da GGMed e da Anvisa. Impacto: controle de informações e melhoria no ambiente de trabalho.

6. Descentralização da publicação. A primeira publicação feita na GMEFH, em novembro de 2005, obteve resposta positiva, pois determinou agilidade na comunicação com os técnicos e com as empresas. Permitiu maior gerência sobre o indicador de qualidade. No mês subsequente à descentralização, o percentual de retificações da GMEFH caiu em aproximadamente 50%. Impacto: maior agilidade frente ao setor regulado.

7. Elaboração de POPs atualizados, que estão em pleno funcionamento:

- POP – T 001 – controle e gestão de documentos da qualidade da GMEFH

- ITT – T 001 – elaboração de documentos técnicos da qualidade

- POP – T 005 – tratamento de expedientes que não são assuntos de publicação DOU

- POP – O 001 – atendimento telefônico na GMEFH

- POP – O 002 – resposta ao usuário por e-mail corporativo

- POP – O 003 – guarda e localização de processos/petições

Impacto: diminuição de reclamações, quanto à padronização de procedimentos da GMEFH, frente ao setor regulado.

8. Estabelecimentos de metas de produtividade negociadas individualmente. Impacto: melhoria no ambiente de trabalho.

9. Esclarecimentos e orientações sobre o processo de registro para o setor regulado. Foram organizados encontros com o setor regulado (Febrafarm, Alanac, Sindusfarq, ABPH, entre outros) para tornar público o novo processo de gestão da GMEFH, o que permitiu um excelente *feedback* para a avaliação das ações e implantação de melhorias. Impacto: transparência e publicidade das ações/atendimento ao usuário.

10. Capacitação interna para a GGIMP e a GPROP (Gerência de Propaganda) em difundir as informações sobre o registro, no Datavisa (Sistema de Base de Dados da Anvisa), de produtos a essas gerências, reduzindo a quantidade de memorandos de solicitação desse tipo de informação. Impacto: outras gerências passam a obter informações sobre o registro de forma autônoma.

12. Treinamento dos técnicos, totalmente elaborado pela equipe da GMEFH, inclusive com a atualização da apostila do Datavisa. Impacto: capacitação de pessoal/harmonização de procedimentos.

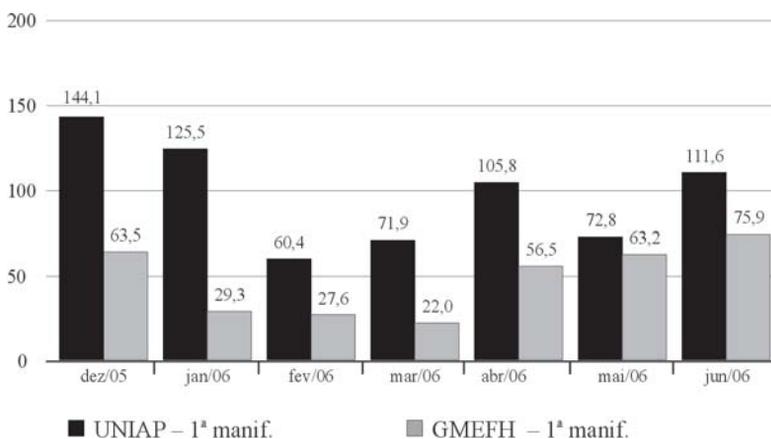
13. Utilização de frases-guia para a elaboração das exigências, o que provocou a harmonização das solicitações feitas às empresas. Atualmente, está sendo elaborado, pela informática, um módulo de análise. Impacto: diminuição de reclamações por parte do setor regulado, quanto à padronização de procedimentos da GMEFH.

14. Instituição de uma comissão para análise de recurso administrativo de indeferimento, evitando que o técnico, que emitiu o parecer de indeferimento, tivesse que julgar o recurso. Impacto: incremento no critério de razoabilidade, na análise de registro.

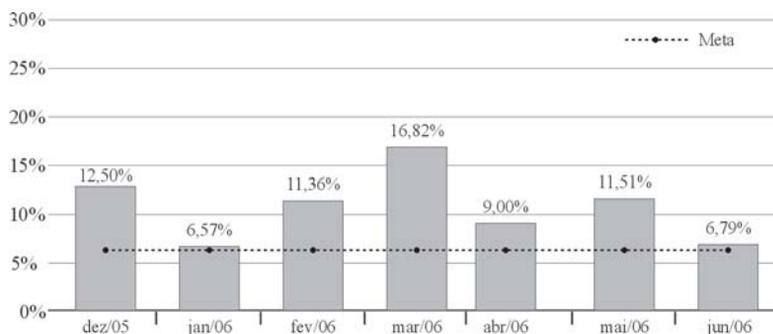
15. Revisão do *check list* para todos os assuntos da GMEFH. Impacto: redução do tempo de envio do protocolo para as áreas-fins. Maior facilidade no peticionamento para o setor regulado.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

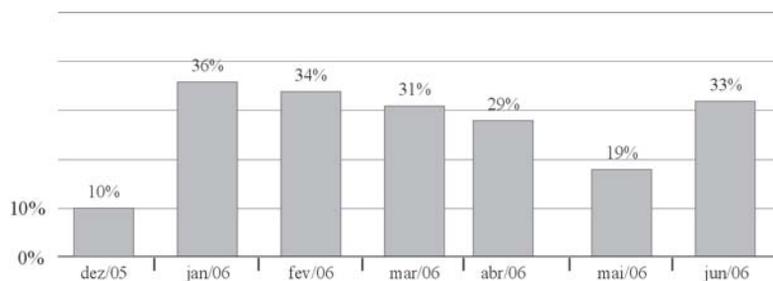
Tempo médio da primeira manifestação da Gerência



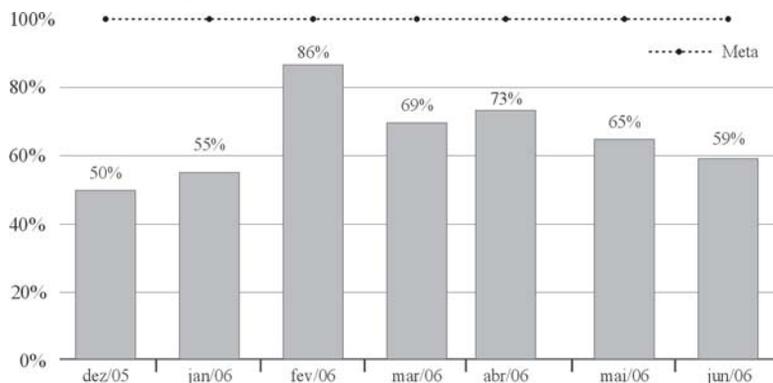
Percentual de retificações Anvisa deferidas



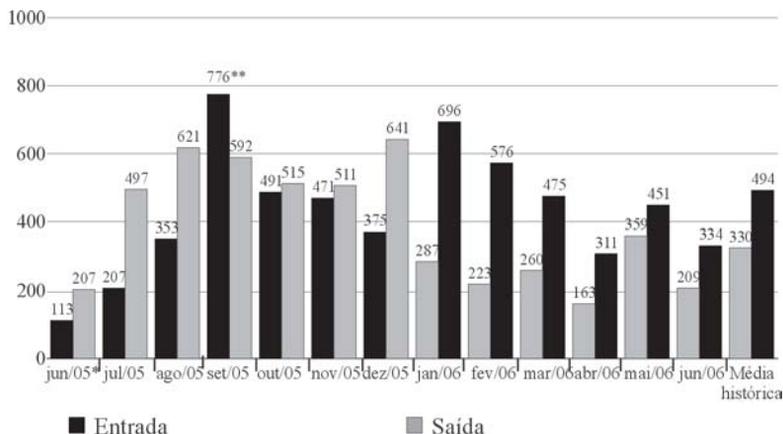
Porcentagem de processos e petições indeferidos



Porcentagem de processos e petições publicados em até 180 dias (prazo legal)



Número de entrada e saída de petições e processos



* Apenas as duas últimas semanas de julho foram contabilizadas

** Foram recebidas 286 respostas aos editais nesse mês

Os indicadores estão sendo acompanhados desde o início do trabalho, no entanto, a deficiência no sistema de informação da Anvisa só possibilita o acompanhamento de várias informações a partir da primeira publicação descentralizada (18/11/2005).

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

Um dos principais obstáculos encontrados na realização desse trabalho foi o não cumprimento do prazo na entrega do sistema de informação – módulo de análise. A entrega estava prevista para início de fevereiro e, só em julho, foi realizada, assim mesmo sem algumas funcionalidades especificadas. No entanto, a prática de realizar atas de todas as reuniões serviu como subsídio para pressionar a entrega do programado.

Na verdade, a realização de atas resgata não só as pendências como as decisões tomadas e suas discussões, poupando, inúmeras

vezes, a perda de tempo em novas discussões, ou mesmo, o encaminhamento contrário de decisões já discutidas e definidas. A tomada de decisão pode sempre ser revista desde que os elementos considerados sejam também revistos e julgados.

As atas servem também de instrumento de gestão, resgatando os planos e ajudando na elaboração e acompanhamento do plano de ação.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

Essa experiência, antes mesmo da finalização da proposta, serviu de modelo, em vários procedimentos, para outras áreas da casa; mesmo sem a sua adoção, facilitou o trabalho para outras áreas.

Constata-se que o êxito desse trabalho está na concomitância das ações de gestão de recursos humanos, de gestão do processo de trabalho e do uso da tecnologia de informação na consolidação dos fluxos e rotinas, e no monitoramento das atividades. Não é suficiente apontar as soluções, mas definir os papéis e sistemas automatizados, para que sejam efetivadas; depois, monitorá-las pela análise dos dados gerados.

Como outra boa prática de gestão, destaca-se o trabalho de revisão de fluxos operacionais que foi efetuado com a participação efetiva da equipe operacional. Com o objetivo de dar aplicabilidade ao trabalho, trazendo adeptos e mais atores atuantes no processo de mudança, optou-se por analisar e rever primeiramente os microfluxos para depois serem adequados os macrofluxos.

As práticas de gestão adotadas valorizaram as soluções que fortalecem a área, e definiram planos de ação, que projetaram a GMEFH como um *case* de sucesso na Anvisa. Além disso, promoveram uma mudança de cultura que, atualmente, é focada na melhoria contínua.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Gerência de Isentos, Específicos, Fitoterápicos e Homeopáticos

Responsável

Ana Cláudia Sayeg Freire Murahovschi
Consultora Técnica

Endereço

SEPN, Quadra 515, Bloco B, Edifício Omega
Brasília-DF
Tel: (61) 3448-1415
claudia.mura@anvisa.gov.br

Data de início da implementação da experiência

Abril de 2005

¹ GMEFH: Gerência de Medicamentos Isentos, Específicos, Fitoterápicos e Homeopáticos – Unidade específica da GGMED da ANVISA/MS.

² Este grupo representativo da equipe técnica e operacional foi denominado neste trabalho de grupo gestor.

Dimensão da gestão

Implementação de melhoria contínua

Rede SUAS: O sistema nacional de informação da assistência social

*Ministério do Desenvolvimento Social e
Combate à Fome*

A Rede SUAS é o sistema de informação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e tem a função de responder às novas necessidades de informação e comunicação no âmbito do SUAS, que é a regulação ampliada da Constituição Federal de 88, no que tange à política pública de assistência social, integrante do sistema brasileiro de seguridade social. Considerada como um instrumento de gestão colegiada, a Rede SUAS inaugurou para os trabalhadores, gestores e entidades da área, a tarefa de redimensionar a cultura de gestão, até então vivenciada, com a instalação de aplicativos que geram novos índices de agilidade e transparência, dando suporte aos processos e procedimentos previstos na Política Nacional de Assistência Social, 2004, PNAS e na norma operacional básica do SUAS/2005.

O projeto resolve duas questões centrais para a área: a reversão das tendências que caracterizaram experiências anteriores de gestão e a necessária associação dos instrumentos e condições tecnológicas de produção, recebimento, tratamento, armazenamento e entrega de dados e informação, com as operações de gestão, financiamento e controle social da política pública de assistência social.

Caracterização da Situação Anterior

Com a Constituição de 88, a assistência social brasileira é incluída no âmbito da seguridade social, com as políticas de saúde e previdência social. Com a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8743/93), essa política é regulamentada e inicia seu trânsito para o campo dos direitos sociais, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal. A LOAS designa uma nova matriz para a assistência social, demarcando um processo que tem como perspectiva torná-la visível como política pública e direito dos que dela necessitarem.

A gestão da política de assistência social funciona baseada nas instâncias de gestão, controle social e financiamento, por meio de órgãos governamentais responsáveis pela implementação da política, de conselhos deliberativos e de fundos específicos de financiamento, nos estados, municípios e na União. Benefícios, serviços, programas e projetos compõem a oferta de ações de assistência social, que é um direito voltado ao atendimento de um público que tem em comum as marcas da vulnerabilidade e do risco social, da pobreza e precária inclusão social. Assim, são dezenas de milhões os brasileiros usuários da assistência social, cuja operação importa em um alto grau de complexidade.

Com uma história perpetrada por diversas opções conceituais e políticas e, assim, parametrizada pelas derivações institucionais e organizacionais daí decorrentes, a assistência social foi marcada, nas décadas passadas, por duas situações bastante emblemáticas. De um lado, um amplo movimento nacional, heterogêneo e dinâmico, de formação política para a compreensão desse direito social e das novas funções do Estado; para a mobilização quanto à exigência das novas ações governamentais necessárias, considerando o conteúdo da lei que instituiu, finalmente, um sistema descentralizado e participativo para a área. De outro, uma opção de gestão político-institucional que seguiu um padrão conservador para o cumprimento dos dispositivos conquistados, priorizando, em todos esses anos, a exoneração das responsabilidades sociais do Estado para com a

coletividade a qual se caracterizou, basicamente, por uma agenda governamental mínima para a área social e uma estrutura de gestão ineficaz diante da importância da tarefa.

Ao avaliar esse processo histórico, foi possível identificar, quando da incorporação dessa área de política pública ao então Ministério de Assistência Social, MAS, em 2003, e, posteriormente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, MDS, um colapso em torno do que é considerado central para o êxito de qualquer política pública: o arcabouço da gestão que deve sustentar o sistema descentralizado e participativo regido pela LOAS e que, como tal, precisa alcançar todos os setores participantes da operação da política de assistência social no território nacional.

As particularidades do contexto institucional encontrado revelaram uma conjuntura de gestão reduzida a uma regulação marcada pelo descompasso entre gestão, controle social e financiamento, demarcada por frágeis instrumentos que consolidavam, em simultâneo, uma estrutura estatal paralisante, com burocracia excessiva, sem qualquer condição de administração que fomentasse os padrões confirmados na legislação pertinente. Tal condição, de forma mais severa, expunha a abissal disparidade em torno de investimentos em tecnologia da informação e comunicação que pudessem representar algum ganho para a gestão colegiada, o controle social e o financiamento da política. Os outros dois campos da seguridade social pública brasileira, saúde e previdência social, diferentemente da assistência social, utilizaram-se da evolução de base tecnológica disseminada pela utilização das tecnologias da informação e comunicação, com a sua incorporação a todas as dimensões das organizações vinculadas ao campo dessas políticas.

Essa diferença significou, entre outros argumentos, a constância, por uma década, de regras institucionais e trâmites gerenciais considerados e criticados como anacrônicos para uma gestão de tamanha complexidade, importando em: atrasos monumentais de repasses de recursos; aproximadamente 60.000 processos de prestação de contas não finalizados; frágil conectividade entre os entes federados; centralização de dados e informações no nível central da

gestão, o Governo Federal; comunicação interna com os setores do órgão gestor e externa, com outros órgãos gestores, condicionada à permuta de papéis e planilhas eletrônicas; estrutura tecnológica ineficiente entre outras circunstâncias.

Até o ano de 2002, essa política estava a cargo da Secretaria de Estado da Assistência Social, SEAS, ligada à estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social, MPAS. Buscando suprir as necessidades tecnológicas da SEAS e MPAS, foram desenvolvidas, no período, duas iniciativas que marcaram, de alguma maneira, a conexão da política de assistência social com a área das tecnologias da informação e comunicação, no âmbito de sua gestão: um sistema de processamento de dados intitulado SIAFAS V2 e a sua atualização, no ano de 2002, por meio do aplicativo denominado SIAFASweb.

Apesar de configurar a primeira experiência de automatização de processos na área, os diagnósticos realizados em 2004, pelo MDS, relacionaram essas ferramentas tecnológicas a características deletérias que não conseguiram favorecer a melhor condição para a gestão da política. As principais conclusões da avaliação, em relação ao contexto tecnológico dos sistemas em uso até 2002 e parte de 2003, foram:

- Fragmentação de dados dos programas sociais em bases de dados heterogêneas e sem rotinas automatizadas;
- Restrição de acessos aos sistemas dos órgãos gestores municipais e restrição a consultas à base de dados, somente com a permissão do nível central da gestão;
- Deficiências no processo de ingestão e migração da base de dados, com a produção de erros como registros duplicados e inconsistência, gerando, inclusive, registros de entidades sem identificação, perdidos na base de dados;
- Modelagem de dados com diversas falhas conceituais como a não-padronização dos tipos de dados;
- Morosidade na alimentação e no processamento dos dados;
- Sistemas desenvolvidos sem a análise de negócios estabelecida com o padrão nacional, com flagrantes divergências conceituais,

visto que o funcionamento do aplicativo não refletia as regras de negócio, tal como ocorria na realidade;

- Tratamento incorreto dos dados migrados e modelagem de dados com diversas falhas conceituais como a não-padronização dos tipos de dados;

- Como não poderia ser diferente, todas essas situações subjulgavam a força dos empreendimentos sociais, desenvolvidos por meio da política de assistência social, e trouxeram conseqüências danosas para esse campo. A superação dessas circunstâncias esteve na agenda de produtividade dos analistas de negócio e de sistemas do MDS, já em 2004, pela urgente necessidade de reversão dos óbices e de continuidade dos processos em curso, sob pena de prejuízo das operações afetas à PNAS.

Foram estas as situações, paulatinamente, superadas com o advento do sistema nacional de informação do SUAS, a Rede SUAS:

- Processo de trabalho lento, complexo e, na maior parte do tempo, pouco previsível: produção de informações por meio de planilhas eletrônicas preparadas manualmente e refeitas conforme novas necessidades; necessidades de controles paralelos; concentração da logística dos fluxos de dados em gerentes de um setor específico;

- Fluxos de dados e informações dos programas da assistência social, não-padronizados e gerenciados, centralmente, com a devida socialização federativa e para controle social;

- Nível de interação precária entre gestores, técnicos, entidades prestadoras de serviço e sociedade envolvidos nos processos dos órgãos gestores entre si e outros órgãos de governo, como resultado da ausência de mecanismos e possibilidades de interoperabilidade ou cooperação;

- Impossibilidade de acompanhamento da execução e do alcance dos programas, inexistindo uma base de dados de apoio para a ação de controle financeiro, monitoramento e avaliação;

- Base de dados com informações desatualizadas, o que prejudicava a tomada de decisões por parte dos gestores; visto que o preenchimento era feito, em enorme volume, pelos setores do nível federal;

- Atrasos nas transferências de recursos fundo a fundo, o que colocava em risco a realização do atendimento socioassistencial;
- Dependência constante de intervenção técnica da equipe de sistemas para desfazer processamentos que geravam erros e/ou inconsistência nos dados;
- Não confiabilidade no sistema que acarretava grandes esforços e retrabalho.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

A partir de 2004, alterações na PNAS, após marcante debate nacional, estabelecem a prioridade de implantação de um novo modelo de gestão da assistência social, o SUAS, como forma de consolidá-la como política pública e como alternativa para o enfrentamento dos desafios de novos níveis de inclusão social no Brasil. O SUAS encontra sua matéria em uma nova ordem de compreensão e, sobretudo, de métodos, refutando o mimetismo que postergou o melhor desenvolvimento da LOAS durante sua década inaugural. Nada faria mais sentido do que sincronizar as modulações trazidas pela PNAS às melhores tendências no campo da gestão pública.

Dessa forma, a definição de estratégias na área da gestão da informação, que viessem a proporcionar novas condições para o atendimento dos objetivos da PNAS, tornou-se fundamental para a subversão do quadro encontrado. A Rede SUAS, o sistema nacional de informação do SUAS, tem exatamente a finalidade central de responder às necessidades de informação e comunicação no âmbito da política de assistência social, agilizando os processos e procedimentos vinculados à operação da política, ao seu controle social e ao financiamento.

Trata-se, especificamente, da associação entre o conjunto abrangente de potencialidades tecnológicas com intencionalidades políticas e técnicas claras, determinadas pelos imperativos de competência com a gestão pública e pela necessidade de cooperação e de

superação de desafios da realização de tarefas, sempre iluminadas por princípios e diretrizes da política e pelos parâmetros da informação. Seu projeto guarda algumas peculiaridades, no que se refere ao seu alcance:

- Absorção do conceito da gestão da informação, adensada pelo sofisticado suporte tecnológico da atualidade, como uma estratégia central para processar transações e decidir no contexto da política pública;
- Investimento na construção de um suporte informacional, de elevada funcionalidade, para favorecer e fortalecer a gestão colegiada, o controle social e o financiamento da política de assistência social, como projeto integrado entre as três esferas de governo;
- Determinação em adicionar volume e qualidade ao obscuro agregado, até então existente, de dados sobre a política, objetivando diminuir incertezas e fazê-la acontecer na perspectiva de quem a formula, de quem a controla e de quem a tem direito;
- Estabelecimento de um novo domínio de modernização administrativa.

Ações realizadas

Inovação de ordem complexa, a Rede SUAS foi estabelecida em conformidade com esses pressupostos e com base nas regras da política de assistência social, que é desenvolvida obedecendo a escala dos processos que cercam a realização da política em todo o território nacional. O sistema permite que a gestão da informação se realize empregando meios para compor a associação entre os compromissos firmados e as normas empregadas para a realização dos serviços/benefícios, e as tecnologias de informação e comunicação. Nessa liga, procura-se, substantivamente, selecionar a informação proveitosa à organização para poder definir os melhores processos, agilizar procedimentos, fluxos e facilitando, por sua vez, a tomada de decisão que afeta todas as áreas e atores envolvidos nas operações da política.

Assim, os princípios constitutivos do sistema nacional de informação do SUAS, a Rede SUAS, foram concebidos, considerando: a estrutura de funcionamento da assistência social na ordem

de um sistema único, com métodos mais ágeis, transparentes e compartilhados, o envolvimento de todos os atores previstos e seus relacionamentos e as demandas afetas à operação da política. É possível afirmar, nessa linha de argumentação, que a incorporação e a sedimentação desse campo de gestão da informação para a área da assistência social é constitucional ao SUAS e se traduz em uma das maiores inovações na área da gestão de políticas públicas. Inúmeras ações desenvolvidas marcam a construção e consolidação do projeto. Pode-se destacar, entretanto, as que seguem:

- Desenvolvimento de proposta para o sistema nacional de informação, Rede SUAS;
- Realização da 1ª Oficina Nacional sobre Gestão da Informação em Assistência Social, com a participação de estados e municípios, exclusivamente, para inaugurar esse debate e apresentar a proposta da Rede SUAS (180 participantes);
- Delimitação de ideário sobre as finalidades, as linhas diretivas, os padrões e protocolos, as estratégias e os usos e usuários potenciais da informação em assistência social;
- Realização de oficina na 5ª Conferência Nacional de Assistência Social (2005);
- Visitas técnicas e reuniões ampliadas com representantes de estados e municípios;
- Elaboração e acompanhamento dos planos e projetos tecnológicos a partir das normas da assistência social;
- Implementação de novos fluxos de produção, coleta, tratamento, armazenamento e disseminação de dados e informações da política de assistência social;
- Produção de tipologia padronizada de dados produzidos pelos setores de referência e padronizados nacionalmente;
- Atividades relacionadas à instalação de nova cultura de gestão com metodologias e rotinas operacionais automatizadas, substituindo, a utilização de planilhas, tabelas e relatórios e instalando a operação em rede.

Etapas de implementação

As etapas de implementação da Rede SUAS seguem as referências contidas na norma operacional do SUAS. A primeira etapa provisiona o suporte à gestão, ao monitoramento e à avaliação de programas, serviços, projetos e benefícios de assistência social, e contempla, também, gestores, técnicos, conselheiros, entidades, usuários e sociedade civil, sendo constituída pelo desenvolvimento e implantação de aplicativos/módulos. A segunda etapa se refere ao desenvolvimento de funções mais apropriadas à gestão local da política de assistência social, envolvendo registro eletrônico de usuários, sistema de registro de operações, gestão eletrônica de documentos, entre outras funcionalidades.

Como um conjunto de partes coordenadas, que concorrem para a realização de objetivos demarcados, a Rede SUAS é estruturada em hierarquia e módulos que atendem a dois subsistemas: o grupo de suporte gerencial e apoio à decisão, essencial para a organização e administração da política pública de assistência social, sob a ótica do SUAS, e para o campo decisório, incluindo a área do controle social. O grupo transacional responde às necessidades do processamento de transações financeiras da política pública de assistência social; sua operação é vinculada às operações internas da secretaria nacional de assistência social e do fundo nacional de assistência social.

Recursos Utilizados

A Rede SUAS é coordenada pela secretaria nacional de assistência social, a partir de um setor criado, especificamente, para tal fim, qual seja, a assessoria de informação, cuja equipe é formada por profissionais vinculados à área de assistência social. A Rede SUAS é integralmente financiada com os recursos da secretaria nacional de assistência social, MDS, em cujo orçamento encontra-se mapeada. É desenvolvida pela Coordenadoria Geral de Informática (CGI/MDS), cuja assídua e hábil atuação proporciona superar tamanho desafio. Isso significa, entre tantas vantagens corporativas, o desenvolvimento

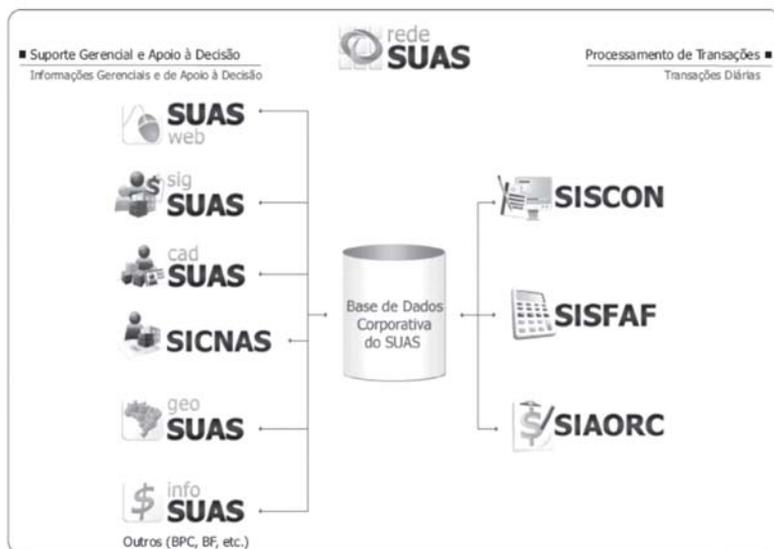
interno dos produtos, dispensando contratos abastados com empresas prestadoras de tais serviços; bem como, o desenvolvimento em plataformas mundialmente utilizadas, permitindo o crescimento das aplicações, com uso intensivo de *softwares* livres. Como a opção para o desenvolvimento da Rede SUAS se estabeleceu sob os parâmetros da tecnologia de *software* livre, sem custos e com interface *web*, cuja incidência financeira da produção dos aplicativos foi de baixo volume, tendo em vista os níveis de eficiência e eficácia, apresentados a seguir.

Nos setores citados, que representam o núcleo central de produção da Rede SUAS, encontram-se 49 profissionais, sendo 5 gerentes, 2 administradores de dados, 1 arquiteto de sistemas, 1 desenvolvedor de banco de dados, 8 analistas de sistemas, 2 analistas de rede, 3 analistas de testes, 4 analistas de atendimento, 2 *web-designers*, 3 analistas de escritório de projetos e 18 programadores.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos concretamente mensurados

Na direção oposta ao legado encontrado em 2003, a situação atual da Rede SUAS apresenta expressivos resultados, tendo em vista as finalidades elencadas anteriormente. O sistema nacional de informação do SUAS, multicomposto e alimentado por subsistemas dinamicamente inter-relacionados, hoje já atende aos escopos dimensionados para a etapa I e pode ser visualizado por meio da seguinte figura:



Os seguintes aplicativos configuram a Rede SUAS atualmente:

SUASweb

É acessado por todos os municípios e estados. Disponibiliza o plano de ação (planejamento das ações co-financiadas) e o demonstrativo sintético físico financeiro (prestação de contas por meio eletrônico) disponibiliza também informações essenciais para gestores como saldos, contas corrente, nome de beneficiários do benefício de prestação continuada, parcelas repassadas, contendo ordem bancária, data do pagamento, entre outros. No ano de 2006, apresenta a validação de 99,34% dos planos de ação municipais, com um total de 5.123 planos municipais preenchidos eletronicamente, contando com quase 8 milhões de registros. Um universo de 11.600 pessoas, entre gestores, técnicos, órgãos de controle (interno e externo) e centros de pesquisa possuem a senha de acesso do SUASweb.

GeoSUAS, sistema de georreferenciamento e geoprocessamento do SUAS

Sistema totalmente aberto à população pela rede mundial de computadores. Desenvolvido com a finalidade de subsidiar a tomada de decisões no processo de gestão da política nacional de assistência social, resulta da integração de dados e mapas, servindo de base para a construção de indicadores. Aborda os aspectos de recuperação e cruzamento de informações a respeito das ações e programas mantidos pelo MDS e variáveis socioeconômicas, ampliando a possibilidade de utilizar-se de operações geoprocessadas para a tomada de decisões. Conta com cerca de 25 milhões de registros.

InfoSUAS, sistema de informações de repasses de recursos

Sistema com acesso totalmente aberto à população pela rede mundial de computadores que disponibiliza informações sobre o alcance de metas e o detalhamento dos valores transferidos para os municípios. É um sistema-espelho das operações do SUASweb e dos sistemas de gestão financeira.

CadSUAS, cadastro nacional do sistema único de assistência social

Sistema que comporta todas as informações cadastrais de prefeituras, órgãos gestores, fundos e conselhos de assistência social, rede de entidades executoras de serviços socioassistenciais e, finalmente, informações cadastrais dos trabalhadores do SUAS em todo o território nacional. O aplicativo observa o aspecto cooperativo entre os aplicativos da Rede SUAS, recebendo e entregando dados. Encontra-se em fase de testes, com a entrada em produção definida para outubro de 2006.

SigSUAS, Sistema de Gestão do SUAS

Sistema que tem como objetivo a coleta, com os estados e municípios, de maiores dados sobre a execução física e financeira. Nesse sistema, os gestores municipais e estaduais poderão administrar

e informar as diferentes modalidades de execução direta e transferências para a rede executora do SUAS, com dados vinculados ao atendimento da rede. Esses dados subsidiarão a emissão de relatórios consolidados anualmente para aprovação dos conselhos municipais, ao CNAS e ao MDS e resultarão no relatório de gestão. Encontra-se em fase de teste, com a colaboração de alguns estados brasileiros.

SICNAS e o SICNASweb, sistema de informação do Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS

Sistema de processamento das operações referentes ao CNAS e tem um módulo de consulta *web* que permite o acompanhamento da tramitação dos processos de registro e certificação de entidades e impressão de certidões para interessados. Existe um módulo *web*, em funcionamento, para consulta de processos. Os outros módulos estão com previsão para início de produção em novembro de 2006.

SISFAF, sistema de transferências fundo a fundo

Sistema que agiliza e moderniza os procedimentos de repasses de recursos do fundo nacional de assistência social para os fundos municipais e estaduais. Operacionaliza os repasses por intermédio de transferências automatizadas de arquivos para o SIAFI. Toda a base de dados de pagamentos está disponível no sistema InfoSUAS.

SIAORC, sistema de acompanhamento orçamentário do SUAS

Específico para gestão orçamentária do recurso gerido pelo Fundo Nacional de Assistência Social. O sistema interage com o SISFAF e é alimentado pelos dados exportados do SIAFI que, após o devido tratamento, são atualizados tanto no SIAFI como no SISFAF.

SISCON, sistema de gestão de convênios

É o sistema da Rede SUAS responsável pelo gerenciamento de convênios, acompanhando todo trâmite, desde o preenchimento dos planos de trabalho, formalização do convênio e prestação de contas. O sistema conta com um módulo de pré-projeto (*SISCON web*),

disponibilizado na Internet, para o envio dos dados do convênio pretendido pelos estados e municípios, um módulo cliente/servidor e um módulo parlamentar, para a administração de emendas parlamentares.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

O funcionamento da Rede SUAS já permite a construção de indicadores simples e compostos, específicos da área. É monitorada por meio da interação constante com os usuários e por meio de oficinas coordenadas de avaliação.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

Estão em pleno curso muitas e meticulosas operações que revertem a história da gestão da política de assistência social, fundando domínios inaugurais nesse arcabouço. O uso planejado de tecnologias de informação e comunicação é exemplo singular nesse novo alicerce. Por isso que a associação da área da política pública com tecnologia e gestão da informação é uma condição essencial, e não acessória, do SUAS.

Como condição essencial, então, está contribuindo para o revolvimento de uma cultura raquítica de gestão, enfocada e abafada em papéis e planilhas desconexas, infofóbica e morosa por concepção. Além do que, favorece o estabelecimento de uma lógica de ação, suportada por padrões tecnológicos que incidam em incremento e destreza para todas as operações (gestão, financiamento e controle social) que envolvam a política nacional de assistência social e formatam suas ações precípuas. Todas as ações, garantidas pela Rede SUAS, são realizadas pelo Portal SUAS (<http://www.mds.gov.br/suas>) que, desenvolvido por meio da tecnologia de *software* livre (*zope plone*), tem garantido um alto nível de

conectividade entre os atores que operam essa política, assim como com a sociedade em geral.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

Socializar o empreendimento da Rede SUAS, afora revelar seus méritos, manifesta a força de uma ação que, sendo coletiva e haurida em uma processualidade cidadã, ultrapassa projetos de governos ou interesses particulares, firmando-se como uma aquisição a ser sempre incrementada, uma conquista a ser defendida e um desafio a ser arrostado.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
Secretaria Nacional de Assistência Social

Responsável

Luziele Maria de Souza Tapajós
Assessora de Informação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco C, Sala 623
Brasília-DF
Tel: (61) 3433-1308
Fax: (61) 3433-1410
luziele.tapajos@mds.gov.br

Data de início da implementação da experiência

Março de 2004

Dimensão da gestão
Planejamento e
gestão estratégica

A gestão da pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação na Eletronorte

*Centrais Elétricas do Norte do Brasil –
Eletronorte
Ministério da Minas e Energia*

Gerenciar pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação no Brasil é um grande desafio. Só no ano de 2004, a indústria brasileira desembolsou cerca de US\$ 4 bilhões, em *royalties*, pelo uso de tecnologias importadas. Com a Lei n. 9.991/00, as empresas do Setor Elétrico Brasileiro (SEB) obrigaram-se a investir, anualmente, o mínimo de 1% da Receita Operacional Líquida (ROL) em Projetos de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (P&D). O processo do Programa Eletronorte de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (PEPD) é inovador e foi estruturado utilizando redes de conhecimentos e parceiros na gestão profissional da P&D. Esse trabalho avalia como o PEPD gerou uma verdadeira revolução empresarial a partir da GTI, Gestão da Tecnologia e da Inovação, tornando-se uma importante estratégia de competitividade e desempenho. O PEPD possibilitou a obtenção de expressivos resultados como o aumento de três vezes dos recursos investidos em P&D, solução de problemas empresariais críticos, redução de custos e adiamento de investimentos, aumento das inserções tecnológica e social, aumento do número de titulações (graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado). O que

ratifica a nova dimensão assumida pela GTI na transformação da indústria de energia elétrica brasileira.

Caracterização da Situação Anterior

A oportunidade da GTI no Brasil

A indústria brasileira vem realizando, nos últimos cinco anos, um esforço suplementar quando se depara com a necessidade de importar tecnologia de outros países para ser utilizada nos processos, produtos e equipamentos. Esse esforço representou uma carga superior a quatro bilhões de dólares só em 2004, remetidos para outros países a título de: *royalties*, contratos de transferência tecnológica, assistência técnica, entre outros mecanismos utilizados pela indústria para a manutenção dos sistemas produtivos (Jaguaribe, R., 2004).

No ano de 2004, a disponibilidade de geração, no SEB, aumentou cerca de 7,5% com a instalação de novas unidades geradoras e transformadores de potência, em sua grande maioria, importados (RE-ONS*, 2004). Considerando que o custo da importação de um equipamento chega a representar mais de 21% do valor total do equipamento, do instrumento e/ou dos sistemas associados e tomando por base o valor do GW (Gigawatts) de geração hidráulica e MVA (Mega Volt Ampère) de transformação, adquiridos no SEB nos últimos anos, cerca de um bilhão e setecentos milhões de reais foram gastos no SEB em importação de equipamentos, o que poderia ter representado uma oportunidade de economia da ordem de trezentos e sessenta milhões de reais para a indústria de energia elétrica brasileira, assim como uma oportunidade de receita de um bilhão, trezentos e quarenta milhões de reais para a indústria nacional de equipamentos de energia elétrica de potência (Jannuzzi, G. M., 2004).

* RE-ONS – publicação sobre a revisão do setor elétrico, produzido pelo ONS, Operador Nacional do Sistema Elétrico, em 2004.

O desequilíbrio regional de investimento em pesquisa e desenvolvimento no Brasil.

Segundo levantamento do Centro de Gestão de Estudos Estratégicos (CGEE), em 2002, apenas 1,69% dos recursos de P&D do fundo CT-Energ foram aplicados na região norte, contrapondo-se a Lei n. 9.991/00, que determina que, no mínimo 30% desses recursos, sejam aplicados nas regiões: norte, nordeste e centro-oeste.

A legislação de P&D para o SEB

A partir do ano 2000, todos os agentes do SEB foram obrigados pela Lei n. 9.991/00 a investir pelo menos 1% da ROL em projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico (P&D). Essa Lei foi alterada pela Lei n. 10.848 de 2004, em que, atualmente, o 1% da ROL deve obedecer à seguinte distribuição: 0,4% da ROL é recolhido, compulsoriamente, ao Fundo Setorial de Energia, CT-Energ, que faz parte do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, FNDCT, gerenciado pelo Ministério de Ciência e Tecnologia, MCT; 0,4% da ROL é gerenciado diretamente pelas empresas do SEB, sob a coordenação e fiscalização da ANEEL e 0,2% da ROL deve ser recolhido para a Empresa de Planejamento Energético, EPE, do Ministério de Minas e Energia, MME.

A política industrial e tecnológica nacional

A política industrial e tecnológica do Governo Federal estabelece diretrizes para a promoção da autonomia tecnológica do país, objetivando o aumento da produção e exportação e a redução do pagamento de *royalties* recolhidos pela indústria nacional pelo uso de tecnologia desenvolvida em outros países; orienta as organizações dos setores públicos e privados para o aumento expressivo de investimentos no desenvolvimento de novas tecnologias e na proteção do capital intelectual, como medida de operacionalização da busca dessa estratégia de desenvolvimento do país (Lei n. 10.973/04).

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

A estratégia da Eletronorte para a GTI

Antecipando-se a esse novo ambiente setorial, a Eletronorte e a Superintendência de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (GPD), com a missão de gerir, de forma integrada, todas as ações orientadas à GTI, ou seja, o P&D+I no âmbito da Eletronorte e das subsidiárias integrais: Manaus Energia, MESA e Boa Vista Energia, BOVESA. A percepção da diretoria da Eletronorte em relação à dinâmica das mudanças no SEB, mudanças indutoras de importantes transformações no setor e mais diretamente nas empresas, foi determinante para o entendimento da grande oportunidade de utilização da GTI como pilar propulsor da visão de futuro, da busca da excelência empresarial na gestão dos processos e da necessária independência tecnológica. Na oportunidade do planejamento estratégico empresarial, a diretoria definiu uma estratégia corporativa específica para a GTI, qual seja: “investimento contínuo no desenvolvimento de novas tecnologias”. A partir do desdobramento dessa estratégia, a GPD buscou sua operacionalização por meio do PEPD, estruturado com o objetivo de materializar as diretrizes empresariais e concentrar e orientar todos os esforços para a melhoria dos resultados da organização, a partir da GTI.

Ações realizadas

Será apresentado como as estratégias, ferramentas gerenciais e os mecanismos estabelecidos no PEPD possibilitaram implementar uma verdadeira revolução empresarial em uma indústria de energia elétrica (Eletronorte), a partir da estruturação de um Sistema de Gestão de Tecnologia e Inovação, SGTI. O SGTI tornou-se um importante fator crítico de competitividade e sobrevivência diante dos desafios estabelecidos pelo novo modelo do SEB. O PEPD, instrumento inovador de desdobramento estratégico, contrariando os paradigmas convencionais da GTI, em poucos

ciclos, possibilitou a obtenção de expressivos resultados sustentados que serão apresentados.

A Eletronorte antecipou-se e quebrou o paradigma de que o investimento em P&D tratava-se de apenas mais uma obrigação legal, premissa que induzia as empresas a procurar investir o mínimo possível no processo de GTI para o atendimento dos requisitos da lei. O novo paradigma percebido pela liderança da empresa é: “sem inovação não há crescimento empresarial sustentável”. Portanto, o investimento no desenvolvimento de novas tecnologias passou a ser visto como uma grande oportunidade de melhoria dos processos, redução de custos e de até aumento de receitas, e não mais como despesas, a fundo perdido, ou mais um imposto a recolher.

A GPD foi estruturada com um grande desafio, integrar e dinamizar todo esforço corporativo para o desenvolvimento tecnológico da organização, por meio da implementação de um Sistema de Gestão de Tecnologia e Inovação – SGTI, estratégia pioneira entre as empresas do grupo Eletrobrás que começou a ser concretizada com a criação do Comitê Gestor de Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da Eletronorte, CGPDI, fórum estratégico, corporativo e formal, orientador do macroprocesso de GTI. O CGPDI foi constituído como um fórum representativo de toda empresa. O seu caráter formal lhe confere o poder deliberativo, no nível corporativo, sobre os macrotemas afetos à GTI. É composto por dois representantes de cada diretoria da Eletronorte e respectivos suplentes, sendo coordenado pela GPD, que promove uma gestão participativa, facilitando o compartilhamento de informações, a disseminação das decisões tomadas e o comprometimento dos integrantes.

Etapas de implementação

As estratégias e diretrizes estabelecidas pelo CGPDI são trabalhadas no nível tático pela GPD. O PEPD é utilizado como mecanismo de operacionalização dessas orientações, assim como dos processos do SGTI (figura 1). Para que as etapas do PEPD fossem desenvolvidas de forma integrada nas unidades da empresa (sede e unidades descentralizadas em nove estados), foi estruturada

a Rede Eletronorte de Tecnologia, RET, composta por coordenadores locais de P&D (profissionais lotados nas próprias unidades usuárias capacitados para a GTI) e pelos gerentes de projetos de P&D (especialistas da empresa que fazem a interface com as instituições de ensino e pesquisa em cada projeto). A estratégia de implementação da RET possibilitou a descentralização do processo de GTI sob a coordenação geral da GPD. Alcançou todas as unidades da empresa e permitiu a participação efetiva das áreas operacionais, desde a primeira etapa do PEPD (diagnóstico de necessidades de P&D) até a última etapa (avaliação do projeto de P&D executado), passando pela execução dos projetos prioritizados. A descentralização facilitou o comprometimento efetivo dos especialistas da Eletronorte com o desenvolvimento de novas tecnologias necessárias aos processos organizacionais.

Figura 1: Sistema de Gestão de Tecnologia e Inovação – SGTI

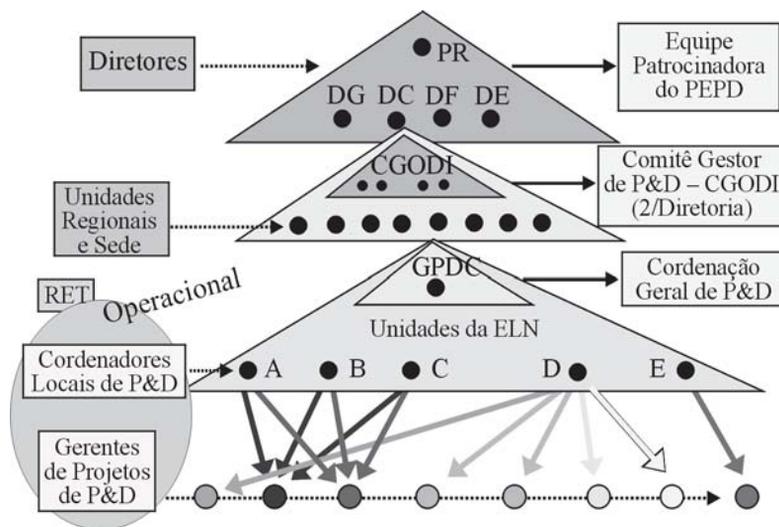


O SGTI implementado pela Eletronorte

A lógica de implementação do PEPD (instrumento de operação da GTI) está fundamentada na construção de redes de conhecimento e redes de parceiros, fatores críticos que possibilitam a grande capilaridade do programa, responsável pelo atendimento a necessidades de desenvolvimento tecnológico de unidades da Eletronorte, distribuídas em praticamente 60% do território nacional.

Internamente na Eletronorte, equipes matriciais multidisciplinares e comitês integrados constituem a RET, com a participação de representantes de praticamente 100% das unidades da empresa, e, externamente, por meio de universidades, fundações e instituições de ensino e pesquisa. As redes são potencializadas, viabilizando a participação, envolvimento e atendimento das várias partes interessadas no negócio da empresa e permitindo a inserção tecnológica das instituições da região amazônica (figura 2), dos pesquisadores e bolsistas.

Figura 2: Estrutura Funcional do PEPD



As diretrizes definidas pelo GCPDI orientam todas as ações operacionais do PEPD e subsidiam a elaboração de critérios e da sistemática de avaliação e priorização de projetos de P&D. Anualmente, o PEPD é iniciado pela etapa de levantamento de necessidades de P&D, executado por um sistema disponibilizado pela Internet, possibilitando a participação de toda força de trabalho da empresa, em todas as unidades. Dessa forma, os principais problemas dos processos organizacionais, assim como idéias inovadoras para melhoria de processos, são captados sistematicamente.

O banco de necessidades de P&D, gerado na etapa de levantamento, é disponibilizado para a consulta de instituições de ensino e pesquisa de todo o Brasil. Essa é a segunda etapa do PEPD, na qual, entre outros mecanismos de oferta de necessidades, são realizados *workshops* (audiências públicas) nas capitais da região amazônica, estimulando o acesso e a participação das instituições de P&D na elaboração de projetos que atendam aos temas apresentados no banco e dando transparência ao processo. Com o intuito de fomentar a participação das instituições, quando da realização dos *workshops*, são também realizados cursos intensivos de elaboração de projetos no padrão ANEEL, cursos que são ministrados em parceria com a própria ANEEL, por especialistas da agência.

A etapa de avaliação e priorização de projetos inicia-se pela recepção dos projetos propostos por instituições de P&D de todo Brasil, por meio da Internet, gerando o banco de projetos de P&D do ciclo. A sistemática de avaliação de projetos baseia-se na participação e no cumprimento rigoroso da metodologia padronizada, que prevê a pontuação de 3 perspectivas e 15 fatores, e que irá gerar uma classificação geral de todos os projetos avaliados. As perspectivas: técnica, social e econômica são pontuadas por uma equipe de especialistas (sessenta e seis técnicos multidisciplinares de todas as diretorias), nomeada pelo CGPDI e denominada Comitê Técnico, Social e Econômico, CTSE.

Priorizados os projetos, a partir da pontuação final recebida, os mesmos são agrupados em carteira de projetos de P&D (conjunto de projetos que serão financiados por uma determinada fonte de recursos) e encaminhados para as devidas aprovações.

Recursos Utilizados

Em apenas cinco ciclos de desenvolvimento de projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico (projeto de P&D), o processo de GTI nas empresas assumiu uma dimensão estratégica na gestão global da indústria de energia elétrica no Brasil, constituindo-se como um dos mais importantes fatores críticos de sucesso no Setor.

As empresas do SEB investiram mais de um bilhão e oitocentos milhões de reais no financiamento de projetos de P&D, coordenados diretamente pelas empresas sob a supervisão direta da ANEEL, e no recolhimento ao CT-Energ – FNDCT, sendo que, aproximadamente, 50% desses recursos já financiaram mais de dois mil e novecentos projetos, desenvolvidos em parcerias com universidades, fundações e instituições de ensino e pesquisa de todo o Brasil (tabela na figura 3). Esses projetos financiados geraram muitos produtos e resultados significativos, que já são utilizados na solução de problemas críticos dos processos da indústria de energia elétrica, assim como na melhoria e/ou inovação de processos, serviços e produtos organizacionais.

Figura 3: Tabela de investimento em projetos de P&D das empresas do SEB

Ciclo	Empresas	Projetos	Recursos (R\$)
1998/1999	13	63	12.899.198,00
1999/2000	43	164	29.744.579,18
2000/2001	67	439	113.304.660,35
2001/2002	72	535	156.226.300,86
2002/2003	101	672	198.801.240,00
2003/2004	81	602	186.974.737,70
2004/2005*	88	430	146.736.509,80
Total	–	2.905	844.687.225,86

* Até fevereiro de 2006.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

A dimensão da transformação do processo de GTI da Eletronorte e, conseqüentemente, dos demais processos corporativos, com a implementação do SGTI, torna-se evidente quando observa-se

resultados concretos registrados em cada ciclo do PEPD, como o efeito imediato da estruturação da gestão tecnológica na empresa, duplicou o volume de investimentos em P&D, e mais, a organização incorporou no planejamento estratégico corporativo orientações específicas para o desenvolvimento tecnológico continuado. Atualmente, quarenta e dois projetos estão concluídos e cerca de cem estão em andamento.

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

Quebra de paradigma e mudança de cultura

A mudança é evidenciada pelo aumento expressivo de profissionais, na força de trabalho da empresa, diretamente envolvidos no processo de GTI, nas várias etapas de implementação do PEPD, em cada ciclo.

Figura 4: Tabela de gradiente de profissionais envolvidos no processo de GTI

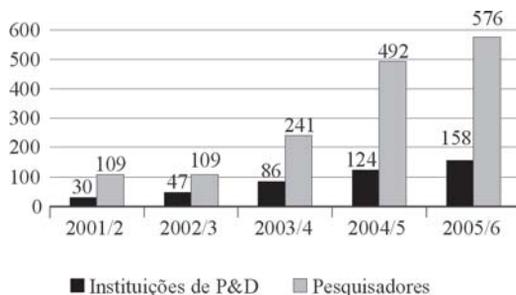
Fatores	Antes do SGTI	Depois do SGTI	Gradiente
Equipe de GTI	3 técnicos	29 técnicos	+1000%
CTSE – Comitê de Avaliação Técnica, Social e Econômica	20 técnicos	103 técnicos	+500%
Gerentes de projeto	16 gerentes	42 gerentes	+200%
Coordenadores locais	nenhum	15 coordenadores	+100%
CGPDI	12 integrantes	26 integrantes	+120%

Aumento da inserção tecnológica das instituições de ensino e pesquisa da região amazônica e inserção tecnológica e social de estudantes e pesquisadores

O aumento é evidenciado pela evolução de mais de 576% no número de pesquisadores presentes nos *workshops* de oferta e

capacitação, assim como no número de pesquisadores participantes, potencializando as instituições da região a obter uma fatia maior de projetos de P&D no PEPD, o que representa uma maior oportunidade de aporte de recursos para bolsas de pesquisa e para a complementação de receita para pesquisadores, além da geração média de 10 empregos em cada projeto desenvolvido.

Figura 5: Evolução das parcerias com instituições e profissionais de P&D



Aumento da qualificação da mão-de-obra regional e da força de trabalho

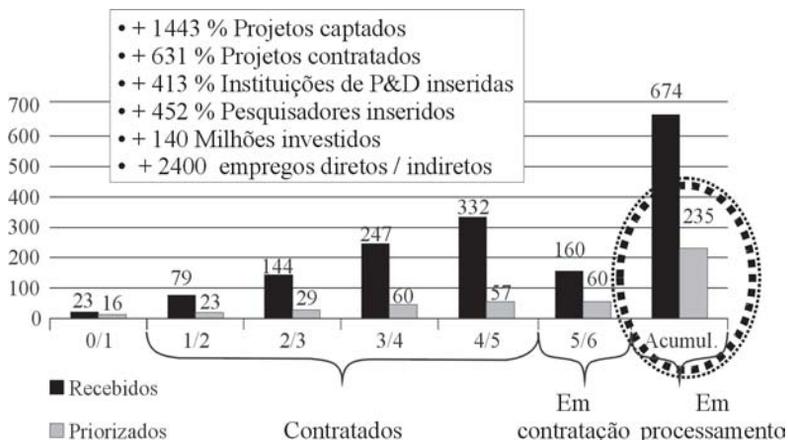
Esse índice é evidenciado pelo aumento expressivo do número de pesquisadores participantes nos projetos de P&D, financiados pela Eletronorte. Saem cerca de 100 pesquisadores e bolsistas no primeiro ciclo, antes da implementação do SGTI, chegando a 2400 pesquisadores integrantes das equipes de pesquisa em 2005 (crescimento de 2400%).

Aumento expressivo de produtividade e eficácia do processo de GTI

Esse dado é evidenciado pelo aumento de cerca de 1443% do número de projetos recebidos das instituições de P&D e pelo aumento de mais de 631% do número de projetos selecionados para serem desenvolvidos nas várias carteiras do PEPD. O número de instituições de P&D, participantes do primeiro ciclo, era três, sendo apenas uma da região amazônica. No ciclo 2004/5, foram

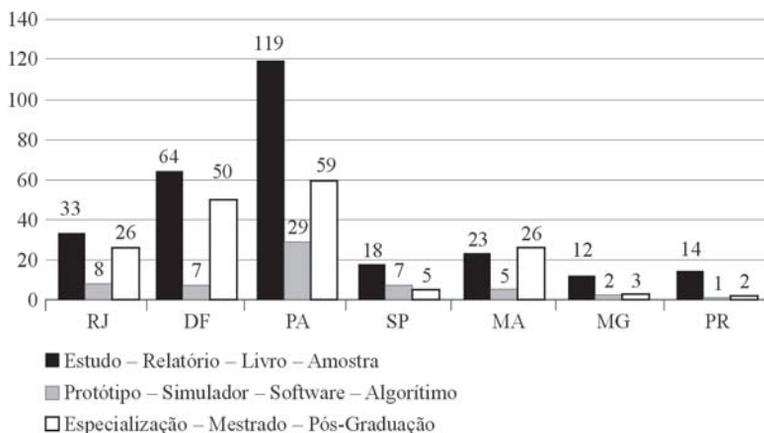
aprovados 57 projetos, sendo 10 deles de instituições sediadas na Amazônia e os demais, em parceria com instituições amazônicas.

Figura 6: Evolução do volume de projetos de P&D em cada ciclo



Resultados operacionais obtidos a partir da solução de problemas críticos nos processos de produção, redução de custos e aumento de receitas

Figura 7: Resumo de produtos já registrados nos projetos de P&D até 2004



A título de exemplos concretos, na tabela a seguir, é listada a proporção de retorno de investimento em P&D, já contabilizado, a partir da utilização, no processo de produção, dos produtos gerados pelos projetos de P&D, previamente concluídos, alertando-se para o fato de ainda não ter sido implementado o processo de replicação da tecnologia para as instalações similares. A avaliação foi feita verificando-se qual o retorno já registrado, em reais, para cada real utilizado no financiamento do projeto em questão.

Figura 8: Retorno de investimento de P&D registrados

Projeto de P&D	Investimento (R\$)	Retorno (R\$)
Amplificador / regenerador óptico para LT (linha de transmissão) de 230KV.	1	20
Sistema de manutenção preditiva de compensador síncrono*.	1	5
Sistema de monitoração de hidrogeradores – UHCN	1	3
Sistema de monitoração de tensão e frequência – Alerta QE**	1	2

* Sistema de manutenção preditiva de compensador síncrono refere-se a um sistema de manutenção preventivo que utiliza o compensador síncrono pra garantir a estabilidade nos fluxos de potência.

** Alerta QE – Sistema que sinaliza Alerta na Qualidade de Energia.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

A mudança de visão da liderança da Eletronorte em relação ao investimento no desenvolvimento de novas tecnologias, seguida da sistematização do processo de GTI e da adoção de estratégias inovadoras na condução desse processo, em uma empresa do SEB, foram os fatores decisivos para a transformação que se procedeu e

que continua acontecendo na organização. Uma nova cultura começa a ser construída a partir da constatação de que o processo de GTI pode ser sustentável e eficaz.

Todo o esforço desenvolvido pela equipe da superintendência de pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Eletronorte resultou na transformação dos processos da empresa, na efetivação de uma rede de conhecimento e inovação interna e de uma rede de parceiros (instituições de ensino e pesquisa), orientados para o desenvolvimento de novas tecnologias para a indústria de energia elétrica brasileira.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

A experiência da Eletronorte de implementação de um Sistema de Gestão de Tecnologia e Inovação tem produzido resultados consideráveis no curto prazo, que permitem afirmar que esse processo empresarial pode ser sustentável e, se administrado profissionalmente, pode deixar de ser apenas um custo legal e transformar-se em importante fonte de receitas e/ou redução de custos para a organização.

Os resultados complementares como a produção de conhecimento, edição de livros e artigos, capacitação da força de trabalho e de pesquisadores, solução de problemas operacionais críticos, entre outros, são obtidos no curto prazo e já estão registrados como os primeiros projetos concluídos no ano de 2004, e que começam a ser replicados para outras unidades da empresa, além de multiplicados por meio de cursos oferecidos aos técnicos da empresa pelas instituições de pesquisa.

A inserção tecnológica das instituições de ensino e pesquisa da região amazônica e a inserção social de pesquisadores e alunos bolsistas, hoje, é uma realidade, quando se observa que, em média, 50% dos recursos aportados nos projetos de P&D destinam-se a bolsas e Hxh (homem x hora) das equipes pesquisadoras.

*A gestão da pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação na
Eletronorte*

Centrais Elétricas do Norte do Brasil – Eletronorte
Gerência de Coordenação de Programas de Pesquisa e Desenvolvi-
mento Tecnológico - GPDC

Responsável

Álvaro Raineri de Lima
Analista de P&D

Endereço

SCN Q 06 Conjunto A, Edifício Venâncio 3000, Bloco C, Sala 510-C
Brasília-DF
Tel: (61) 3429-6259
Fax: (61) 3429-8506
alvaroraineri@eln.gov.br

Data de início da implementação da experiência

Fevereiro de 2004

Dimensão da gestão
Cidadania e
inclusão social

Reinserção do aluno ao seu ambiente de convívio escolar e social após a alta hospitalar

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Ministério da Educação*

O Programa de Apoio

Pedagógico, PAP, é desenvolvido por meio de uma parceria entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, HCPA, e a Escola Estadual Técnica em Saúde, ETS, da Secretaria Estadual da Educação do Estado do Rio Grande do Sul, desde agosto de 1990. A necessidade de incluir o atendimento pedagógico à criança hospitalizada foi sugestão da equipe multidisciplinar responsável pelas internações pediátricas do HCPA, que constatou que, após prolongadas e/ou repetidas internações, algumas crianças eram prejudicadas no retorno às escolas. Além de incluir a presença do professor, a parceria interinstitucional ampliou a possibilidade de atendimento integral, reduziu os prejuízos escolares e, na prática, antecipou a resolução n. 41, de outubro de 1995, que garante os direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Embora o PAP esteja presente nas demais unidades de internação do HCPA, esse trabalho focará os dados pertinentes à pediatria, a partir de julho de 2002.

Caracterização da Situação Anterior

A ETS foi criada, dentro do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por um grupo de profissionais que acreditava na possibilidade de otimização da estrutura hospitalar para o ensino de disciplinas que contemplassem alunos do ensino médio na área da saúde. Assim, antes mesmo de obter um prédio próprio, as atividades da escola iniciaram nas dependências do HCPA, oferecendo à comunidade quatro cursos técnicos na área da educação: administração hospitalar, radiologia médica, nutrição e dietética e patologia clínica. Por outro lado, com o decorrer do tempo, a equipe multidisciplinar responsável pelas internações pediátricas vinha constatando que grande parte das crianças, em internações prolongadas, acabavam sendo excluídas no retorno a suas escolas. Os profissionais envolvidos acreditavam que a existência de técnicos da área educacional, na pediatria, poderia favorecer o desenvolvimento cognitivo das crianças e a permanência delas na escola, após a alta hospitalar. Foi, então, aproveitada a estrutura pedagógica da escola e elaborado o Projeto de Apoio Pedagógico, PAP. Com a vinda de diversos profissionais da secretaria de educação do RS para a organização da ETS, foi possível realizar uma ação interinstitucional integrada. Em 12 de janeiro de 1989, foi firmado um protocolo de intenções, entre a secretaria de educação do RS e o HCPA, dando origem, oficialmente, ao PAP. Tal protocolo versa sobre a colaboração mútua entre as duas instituições no sentido de promover o ensino, a pesquisa e a prestação de serviços; propiciando, a ambos, o pleno aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis para o desenvolvimento de novas tecnologias e experiências em saúde e educação, bem como ações pedagógicas continuadas.

Ao ser firmado o protocolo de intenções entre a secretaria de educação do RS e o HCPA, as atividades docentes se iniciaram de forma bastante tímida. Todas as patologias infantis eram atendidas, somente, na unidade de pediatria. O apoio pedagógico era oferecido apenas a algumas crianças, principalmente às portadoras de mucoviscidose (fibrose cística), em razão do período prolongado de

hospitalização. O quadro geral de atendimentos possuía as seguintes características: um número reduzido de crianças atendidas; os atendimentos eram feitos, geralmente, nos leitos; não havia um espaço físico determinado e adequado aos atendimentos; uma sala era cedida, durante meio turno, por uma funcionária e caso essa funcionária precisasse retornar à sala para alguma atividade, geralmente solicitava que a professora se retirasse com os alunos, o que era muito comum acontecer; não havia um banco de tarefas que contivesse atividades arquivadas para uso diário; não havia um banco de dados para informatizar os registros das crianças com internações frequentes e/ou prolongadas. Conforme a evolução da doença, as crianças costumavam apresentar as seguintes situações:

- afastamento da escola;
- resultados das avaliações, abaixo do mínimo esperado;
- perda do ano letivo;
- afastamento do convívio social;
- dificuldades de reintegração na escola, após a alta hospitalar;
- evasão escolar;
- material escolar não fazia parte da bagagem de internação;
- redução da auto-confiança no retorno à comunidade escolar.

Descrição da Experiência

Objetivos propostos e resultados visados

O PAP foi concebido para ser um conjunto de atividades com a finalidade de acompanhar o desenvolvimento cognitivo dos pacientes pediátricos e de não ser uma suplência escolar. Os alunos tiveram, desde o início do programa, acesso a recursos de informática para propiciar o contato com novas tecnologias e caracterizar essas atividades como uma agregação de valor às práticas pedagógicas então existentes nas escolas. O aspecto lúdico do aprendizado sempre foi preservado. Os alunos/pacientes sempre tiveram respeitados os seus limites físicos para participação nas atividades. O plano individual de estudos e atividades era estabelecido com base nas possibilidades

de cada aluno/paciente, em particular, e o objetivo principal do projeto sempre foi o de reinserir o aluno ao seu ambiente de convívio escolar e social após a alta hospitalar.

Em julho de 2002, analisando a diversidade de doenças atendidas na pediatria, observou-se a necessidade de qualificar a sistemática de atendimento oferecido pelo PAP aos alunos/pacientes e de estabelecer uma rotina para contemplar os seguintes aspectos do cotidiano escolar/hospitalar:

- manejos e cuidados específicos no atendimento a alunos cuja doença possa oferecer risco de infecção cruzada;
- manejos e cuidados específicos com a circulação do material escolar;
- manejos e cuidados específicos com as crianças internadas pela equipe de psiquiatria;
- necessidade de preservar a identidade dos alunos hospitalizados;
- dificuldades de comunicação das mães dos alunos com as escolas;
- dificuldades de as escolas entenderem a necessidade periódica de internação de determinados alunos;
- dificuldades de se fazer cumprir a legislação específica de atendimento e tolerância ao aluno hospitalizado;
- necessidades de aproveitar a estrutura de equipe do HCPA e da ETS e oferecer um atendimento biopsicossocial.

Ações realizadas

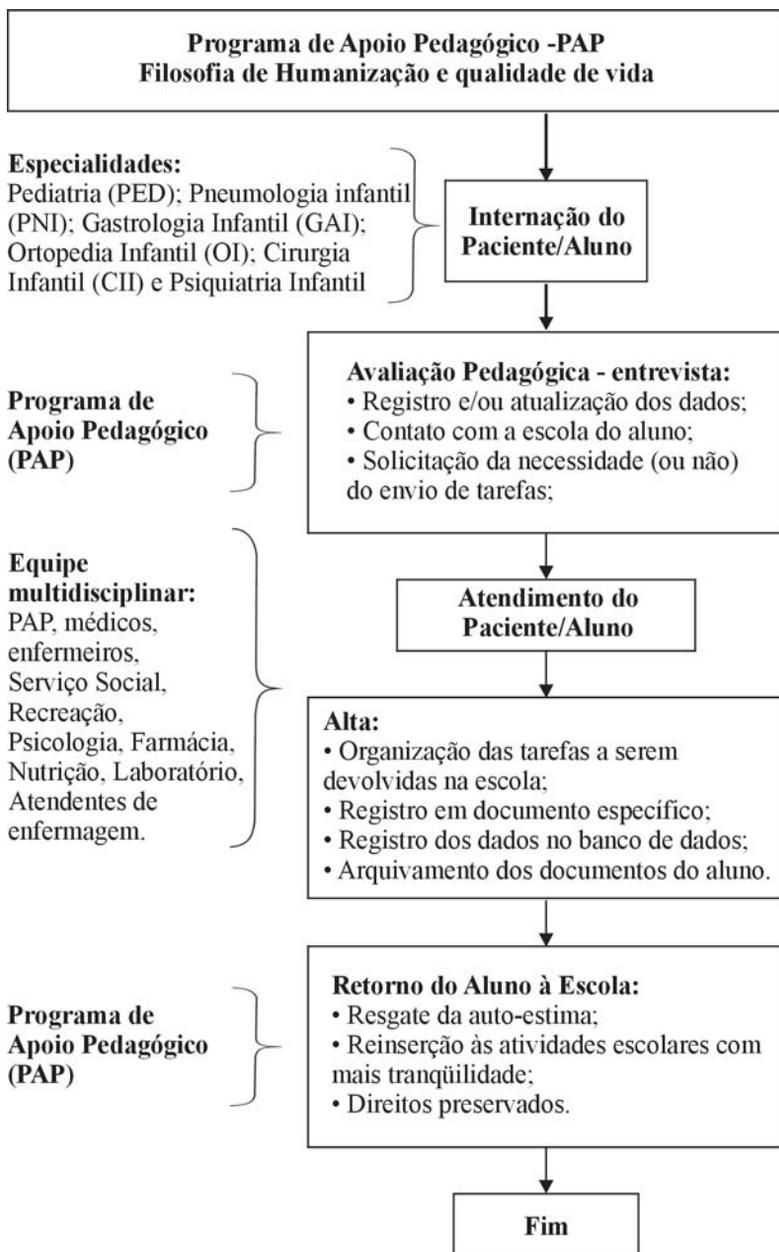
Ações	Produtos
1. Análise da situação do espaço físico pequeno e insalubre; solicitação de ampliação do espaço.	Sala PAP.
2. Análise dos documentos antigos para a definição das reais necessidades de atualização dos documentos de registros PAP/Pediatria.	Documentos antigos de registros de dados e tarefas dos alunos.

Reinserção do aluno ao seu ambiente de convívio escolar e social após a alta hospitalar

Ações	Produtos
3. Elaboração das estratégias de ação.	Plano de ação.
4. Solicitação de linha telefônica e senhas individuais para as professoras da ETS.	Linha telefônica.
5. Solicitação de um computador com Internet.	Computador.
6. Elaboração de uma nova ficha de entrevistas com acréscimo de novos dados.	Ficha de entrevista.
7. Elaboração de um documento específico para a organização dos horários de atendimentos.	Nome do documento: relatinhos.
8. Elaboração de um documento específico para ser utilizado nas visitas às escolas.	Relatório de visita.
9. Elaboração de um documento específico, para ser enviado às escolas, com os conteúdos trabalhados durante o período de internação.	Ficha de devolução à escola.
10. Elaboração do banco de dados 1: planilhas mensais, contendo o número de alunos e a quantidade de atendimento mensal oferecido a cada aluno/paciente.	Planilha em excel, contendo listagens de março a dezembro com o nome do aluno, a equipe de atendimento e o quantitativo semestral de atendimentos.
11. Elaboração do banco de dados 2: fichas em programa <i>access</i> que registram desde o primeiro atendimento pedagógico oferecido ao aluno/paciente.	Banco de dados em <i>access</i> .
12. Treinamento e implantação do sistema.	Exercício diário da equipe docente.

Ações	Produtos
13.Gestão dos resultados da equipe docente e multidisciplinar.	<ul style="list-style-type: none">• Aluno mais confiante no retorno à comunidade escolar;• O material escolar passou a fazer parte da bagagem de internação;• O apoio pedagógico passou a fazer parte da rotina de internação hospitalar pela equipe multidisciplinar, pela família, pelo aluno e pela escola do aluno;• Maior integração escola/família/hospital;• Resgate da auto-estima;• Escolas mais participativas;• Melhora nos escores de aprovação;• Redução do número de evasão escolar; e• Valorização da escola pelos pais dos alunos.

O esquema gráfico abaixo mostra o suporte multidisciplinar oferecido pelo HCPA, em parceria com a ETS, ao paciente/aluno durante o período de internação.



Etapas de implementação

Para implantar a nova dinâmica de atendimento do PAP na pediatria, foram desenvolvidas as seguintes etapas: criação de um grupo de trabalho multiprofissional; avaliação do diagnóstico da situação desde a implantação do projeto original; construção de um plano de ação, implantação do plano de ação e acompanhamento dos resultados.

Recursos Utilizados

Para o desenvolvimento e implementação da atualização do atendimento do PAP na pediatria, o hospital utilizou a estrutura organizacional existente nas áreas envolvidas. O PAP contou com a participação da direção da ETS e de 4 professoras dessa mesma escola, 1 médico chefe da unidade de pediatria, 1 médico chefe da pneumologia infantil, 1 médico chefe da UTIP, 1 biólogo responsável pelo serviço de bioética, 4 enfermeiras, 1 assistente social, 1 secretária do serviço de pediatria; equipe de engenharia e uma equipe gráfica para cópias em xérox.

Por um período de seis meses (2002), foram realizadas reuniões quinzenais para a avaliação do diagnóstico da situação e construção das propostas de melhoria.

Caracterização da Situação Atual

Resultados quantitativos e qualitativos concretamente mensurados

A nova dinâmica de atendimento do PAP tem possibilitado acompanhar a quantidade semanal, mensal e anual de atendimentos oferecidos na pediatria, o retorno dos alunos às suas escolas de origem e o número de internações mais frequentes e/ou prolongadas de determinados alunos durante o ano letivo.

Escola Estadual Técnica em Saúde, no HCPA

Programa de apoio pedagógico da Unidade de Pediatria – 10º Sul

Ano	Nº Alunos/mês	Total de atendimentos
2000	136	700
2001	295	1726
2002	283	1470
2003	293	1209
2004	254	1034
2005	310	1385
Totais	1571	7524

Mecanismos de avaliação de resultados e indicadores utilizados

A avaliação sistemática dos resultados obtidos, desde a implantação da nova dinâmica do atendimento PAP, é realizada pela participação da equipe docente nos ciclos semanais de equipes multidisciplinares, por meio do retorno, dado pelas escolas, na comunicação telefônica e na análise quantitativa das tabelas de atendimento mensal e anual. Além do quantitativo, tais instrumentos sinalizam que a diminuição de atendimentos está associada ao aumento de crianças em situação de isolamento protetor. Ou seja, à medida que o número de isolamentos aumenta, a demanda diminui em razão do deslocamento do docente aos leitos dos alunos.

Lições Aprendidas

Soluções adotadas para a superação dos principais obstáculos encontrados durante a implementação

- Divulgação do programa por meio da distribuição de fôlderes às escolas;
- Flexibilidade e avaliação conjunta nas adaptações necessárias;
- Atenção às combinações de equipes multidisciplinares;

- Desenvolvimento de ações conjuntas entre as equipes; e
- Perseverança.

Por que a experiência pode ser considerada uma boa prática de gestão?

Precursor aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (CONANDA, 1995), esse trabalho vem garantindo às crianças e aos adolescentes em tratamento de saúde no HCPA o acompanhamento do currículo escolar, o vínculo desses pacientes com suas escolas de origem e as devidas reinclusões em suas rotinas escolares e sociais durante e após o período de internação. Muitos desses alunos são portadores de doenças crônicas, cujas internações, além de prolongadas e repetitivas, têm início nos primeiros anos de vida. Trata-se, portanto, de ações pedagógicas que se iniciam no período relativo à educação infantil, cujos pacientes vivenciam o processo de alfabetização no ambiente hospitalar. Outro exemplo é o de jovens que chegam ao hospital matriculados em séries mais avançadas (4^a ou 5^a série, por exemplo), e, em razão da doença, apresentam dificuldades de aprendizado, geralmente associadas à minguada freqüência aos bancos escolares. São sujeitos vítimas, não apenas da doença, mas também dos resultados que dela emergem: baixa-estima, repetência escolar, afastamento de suas escolas, dos colegas e do convívio social. Assim, não basta à equipe do PAP se preocupar apenas em ministrar os conteúdos exigidos pelas escolas. É preciso estar atento à capacidade de compreensão do aluno e tentar fazer com que cada passo da aprendizagem seja significativo. Em paralelo, investigam sua condição social, afetiva, emocional, se está matriculado, se freqüenta regularmente a escola, seu conhecimento de mundo, seu nível de estrutura mental e o que lhe vem sendo solicitado. Uma coleta adequada de dados contribui na administração das atividades a serem oferecidas e também subsidia reflexões sobre ações e alternativas para cada caso; como ser flexível, modificar as ações, refletir sobre os atos e os seus resultados até que ambos, aluno e professor, consigam atingir o plano da compreensão.

O trabalho do professor de classe hospitalar contribui para que o aluno desenvolva suas habilidades e sinta-se mais confiante em seu potencial. É um estímulo para que o aluno realize tarefas que, embora diversificadas, possam, não apenas conduzir ao foco que está sendo solicitado na escola de origem, mas também auxiliá-lo no processo de reflexão e autonomia; principalmente nos casos em que, mesmo sem estar hospitalizado, a doença dificulta suas idas à escola. O contato feito com os professores contribui no esclarecimento da doença e tende a facilitar o manejo e melhorar a recepção. As tarefas, muitas vezes trazidas das escolas de origem por familiares, colegas, ou mesmo enviadas por fax, são iniciativas que dão ao educando a garantia de que, mesmo hospitalizado, está tendo os seus direitos preservados. São atitudes que podem amenizar a inércia da doença e dos procedimentos da internação, podem surtir o efeito de “injeção de ânimo”, facilitar o retorno à rotina escolar e ao convívio social. As decisões do PAP portanto não acontecem de maneira isolada. Primeiro, porque os professores do programa estão sempre em contato com as escolas de origem dos alunos; segundo, porque, estando bem informados, podem transmitir informações importantes nas reuniões de equipe multidisciplinares, as quais freqüentam com regularidade; encontros, cujas combinações e estratégias são seguidas à risca para que não fiquem dúvidas, entre os pacientes e familiares, sobre a importância de um atendimento conjunto. Em suma, ao longo da implantação e atualização do PAP, devem ser destacados:

- o HCPA é o único hospital de Porto Alegre que inclui o atendimento pedagógico no programa de humanização;
- mesmo após freqüentes e/ou prolongados períodos de internação, raras têm sido as perdas cognitivas e sociais;
- o PAP vincula-se, assim, ao tratamento de saúde oferecido pelo HCPA;
- esse trabalho de parceria, entre a ETS e o HCPA, pode servir de exemplo e estímulo a outras instituições; e
- o HCPA tem contribuído, de forma significativa, com a reinserção do aluno ao seu ambiente de convívio social e escolar após a alta hospitalar.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Serviço de Pediatria

Responsável

Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado
Presidente

Endereço

Rua Ramiro Barcelos, 2350
Porto Alegre-RS
Tel: (51) 2101-8449
Fax: (51) 2101-8001
hcpa@hcpa.ufrgs.br

Data de início da implementação da experiência

Setembro de 2002