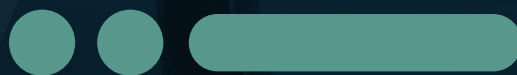
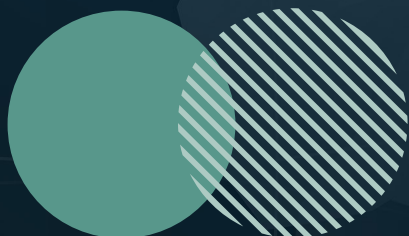




CEAG E MS

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES MARÇO/ MAIO DE 2025

GRUPO – SISTEMA DE MONITORAMENTO



Projeto: Estruturação de Monitoramento na gestão estratégica de projetos e cooperações do Ministério da Saúde (MS)

Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública
Universidade de Brasília

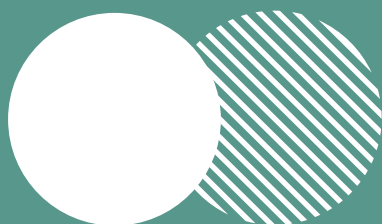
2026



CEAG E MS

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES MARÇO/ MAIO DE 2025

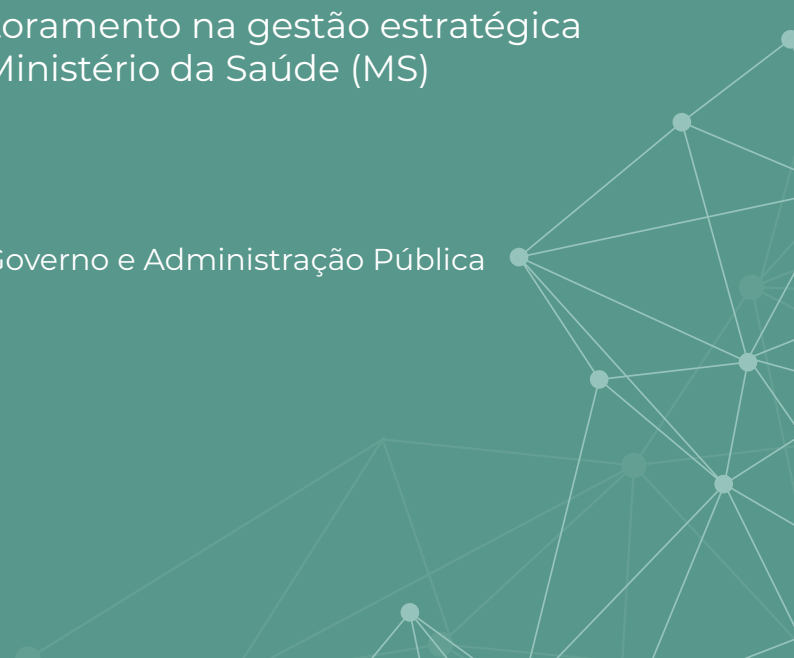
GRUPO – SISTEMA DE MONITORAMENTO



Projeto: Estruturação de Monitoramento na gestão estratégica de projetos e cooperações do Ministério da Saúde (MS)

Centro de Estudos Avançados de Governo e Administração Pública
Universidade de Brasília

2026



PROJETO DE PESQUISA

Estruturação de Monitoramento na gestão estratégica de projetos e cooperações do Ministério da Saúde (MS)

EQUIPE ACADÊMICA E TÉCNICA – UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

Prof. Dr. Luiz Guilherme de Oliveira

Prof.a Dra. Doriana Daroit

Prof.a Dra. Susan Elizabeth Martins Cesar de Oliveira

Prof.a Dra. Gabriela Borges Antunes

Prof.a Dra. Fátima de Souza Freire

Prof. Dr. Arnaldo Mauerberg Junior

Prof. Dr. Antônio Nascimento Junior

Prof. Dr. Leonardo Cavalcanti da Silva

Prof. Dr. Paulo Carlos Du Pin Calmon

Prof. Dr. Roberto Góes Ellery Júnior

Prof. Dr. Victor Gomes e Silva

Prof. Dr. Wladimir Ganzelevitch Gramacho

ADMINISTRATIVO

Ms. Simone Braga Farias

Me. Wilson Alves Borba Junior

BOLSISTAS DO PROGRAMA DE DOUTORADO

Paula Daniella Prado Ramos

Solana Irene Loch Zandonai

Fabiana Bandeira dos Santos





LISTA DE QUADROS

- Quadros 1.** Entrevistas realizadas, datas e duração **8**
- Quadros 2.** Mapeamento da Matriz de Planejamento PROADI-SUS para componentes do modelo lógico **27**
- Quadros 3.** Exemplos de indicadores por componente do modelo lógico para diferentes tipos de projetos PROADI-SUS **40**
- Quadros 4.** Matriz de indicadores de projetos PIPS **48**
- Quadros 5.** Modelo de dicionário de indicadores **49**





SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 6

PARTE 1 – ATIVIDADES REALIZADAS 7

PARTE 2 – RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS COM OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (HOSPITAIS BENEFICIADOS) 11

PARTE 3 – SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MODELO LÓGICO NO ÂMBITO DOS PROJETOS DO PROADI-SUS 19

- 3.1. Alavancando e Reformulando a Matriz de Planejamento do PROADI-SUS 21
- 3.2. O modelo lógico para os projetos do PROADI-SUS 28
- 3.3. Um Framework Abrangente de Indicadores para Projetos PROADI-SUS 34
- 3.4. Considerações finais 42



PARTE 4 – SOBRE O USO DE INDICADORES NO MONITORAMENTO DOS PROJETOS DO PROADI-SUS 43

- 4.1 Importância da matriz de indicadores no processo de monitoramento do PROADI-SUS **43**
- 4.2 Vantagens do uso de matrizes de indicadores na fase de monitoramento **44**
- 4.3 Definição de KPIs e sua importância no contexto do PROADI-SUS **45**
- 4.4 Tipos de KPIs para Monitoramento do PROADI-SUS **45**
- 4.5 Desafios na Implementação e Utilização de KPIs no PROADI-SUS **46**
- 4.6 Proposta de matriz de indicadores para projetos do PROADI-SUS **47**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 52

ANEXOS 53

ANEXO A: Roteiro das Entrevistas com os Hospitais Beneficiados **53**

ANEXO B: Relatório do Clube RH **57**

ANEXO C: Roteiro de Entrevista das Secretarias Finalísticas e das Agências Reguladoras **150**

ANEXO D: Roteiro de Entrevistas dos Hospitais de Excelência **153**

ANEXO E: Guia para Elaboração do Modelo Lógico **156**





APRESENTAÇÃO

Este relatório apresenta as atividades realizadas pelo grupo responsável por desenvolver a proposta de um sistema de monitoramento para gestão estratégica de projetos e cooperações do Ministério da Saúde. Este é o quinto relatório elaborado pelo grupo, e apresenta as atividades realizadas entre março e maio de 2025.

O relatório está dividido em quatro seções e anexos. Na primeira seção é feito um relato das atividades realizadas pelo grupo durante o período acima indicado. Na segunda seção, apresentam-se os resultados da análise das entrevistas com representantes dos hospitais beneficiados pelos projetos do PROADI-SUS. Na terceira parte, é formulada uma análise sobre o uso dos modelos lógicos no âmbito dos projetos submetidos ao PROADI-SUS e como o mesmo pode ser compatibilizado com a atual matriz de planejamento do programa. Na quarta parte há uma discussão sobre o uso de indicadores nos projetos do PROADI-SUS. Nos anexos constam: (i) o roteiro das entrevistas elaborado pela equipe do projeto; (ii) o relatório detalhado da análise do corpus das entrevistas com os hospitais beneficiados realizadas utilizando técnicas avançadas de pesquisa qualitativa e (iii) a proposta preliminar de um guia para elaboração de modelos lógicos de projetos no âmbito do PROADI-SUS.



PARTE 1 – ATIVIDADES REALIZADAS

Ao longo do período abrangido por esse relatório, foram realizadas três atividades principais:

- Reuniões de trabalho semanais com a equipe de pesquisadores do projeto, interações diversas via mensagens e e-mails;
- Realização de reuniões e revisão dos resultados preliminares da análise dos dados coletados nas entrevistas com a equipe de especialistas em pesquisa qualitativa;
- Realização de entrevistas com os hospitais beneficiados pelo PROADI-SUS indicados pela equipe do DECOOP.

Em relação às entrevistas, o foco foi dar continuidade à análise dos dados coletados mediante entrevistas com os atores diretamente envolvidos no PROADI-SUS. As entrevistas foram realizadas com membros dos seguintes hospitais: Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle da Universidade do Rio de Janeiro – Unirio.

As entrevistas totalizaram aproximadamente 4 horas de gravações em áudio e vídeo, com duração média de 1 hora, e foram devidamente transcritas e inteiramente disponibilizadas para o Ministério da Saúde.

QUADRO 1

Entrevistas realizadas, datas e duração

#	Descrição	Data	Duração
1	HE-UFPe - Hospital Escola da UFPe	28/03/2025	1h22min
2	HUAC-UFCE - Hospital Universitário Alcides Carneiro	25/04/2025	53min
3	HUGG-Unirio - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	28/04/2025	1h11min

Fonte: elaboração própria.

A equipe do projeto elaborou o roteiro das entrevistas, que incluía questões fundamentais sobre o programa, sua gestão, a comunicação entre os participantes, a supervisão dos projetos e o efeito do PROADI-SUS. O roteiro também incluiu a solicitação para os entrevistados apresentarem propostas para aperfeiçoar o monitoramento dos projetos, gerando algumas contribuições significativas.

A análise qualitativa dos dados já coletados foi realizada em conjunto pela equipe do projeto e um grupo de pesquisadores pertencentes ao CLUBE RH. A empresa Clube RH, sediada em Brasília, é majoritariamente composta por estudantes e ex-estudantes da Universidade de Brasília, com foco em estudos nas áreas de psicologia social, estudos organizacionais e análise de dados.

O IRAMUTEQ (Interface de R para Análises Multidimensionais de Textos e Questionários), versão 0.7, foi utilizado para analisar os dados coletados (Camargo & Justo, 2013; Ratinaud, 2014). O IRAMUTEQ é um software livre e de código aberto que possibilita a execução de análises lexicométricas e estatísticas em textos, sendo frequentemente empregado em estudos qualitativos (Marchand, 2013). Ao contrário da análise de conteúdo convencional, a análise lexicométrica consiste na quantificação de dados textuais, para detectar padrões e tendências nas dimensões formais e semânticas do texto (Bardin, 1977; Leblanc, 2015; Salem, 1986).




O processo de análise no IRAMUTEQ envolveu as seguintes etapas:

- **Transcrição e Preparação do Corpus:** As entrevistas foram transcritas e revisadas para garantir a fidedignidade das informações. Em seguida, foi criado um corpus textual único, contendo todas as transcrições. Cada entrevista foi delimitada por uma linha de comando, contendo informações sobre o entrevistado (). Essa codificação facilita a identificação das evidências empíricas e a análise comparativa entre os diferentes grupos de entrevistados. As perguntas dos pesquisadores foram removidas, focando a análise no discurso dos participantes. O arquivo foi salvo no formato UTF-8 para garantir a compatibilidade com o software.
- **Processamento no IRAMUTEQ:** O corpus textual foi importado para o IRAMUTEQ, onde foram realizadas diversas análises, incluindo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise de similitude.
- **Classificação Hierárquica Descendente (CHD):** A CHD, também conhecida como método Reinert, é uma técnica estatística que visa identificar classes de segmentos de texto (STs) que compartilham vocabulário semelhante (Reinert, 1983). O algoritmo divide o corpus em classes sucessivas, buscando maximizar a homogeneidade interna e a heterogeneidade entre as classes. O resultado da CHD é um dendograma, que representa a estrutura hierárquica das classes, e tabelas com as palavras mais significativas de cada classe, que permitem caracterizar o conteúdo temático de cada uma delas.
- **Análise de Similitude:** A análise de similitude é uma técnica que visa identificar as palavras que coocorrem com maior frequência no corpus, representando as relações entre elas em um grafo de similitude. Essa análise permite identificar os conceitos centrais e a estrutura do discurso dos participantes.
- **Interpretação dos Resultados:** A etapa final da análise consistiu na descrição e interpretação dos resultados gerados pelo IRAMUTEQ, buscando identificar os temas centrais, as relações entre os conceitos e as perspectivas dos diferentes atores sobre o PROADI-SUS. A interpretação foi realizada à luz do referencial teórico do estudo, buscando relacionar os resultados da análise textual com as questões de pesquisa e os objetivos do estudo (Leblanc, 2015).

Além das gravações e vídeos, as transcrições e análise qualitativa das entrevistas foi disponibilizada para o Ministério da Saúde. Os resultados da análise qualitativa serão discutidos nas próximas seções e em outros relatórios a serem divulgados futuramente.





PARTE 2 – RESULTADOS DA ANÁLISE QUALITATIVA DAS ENTREVISTAS COM OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS (HOSPITAIS BENEFICIADOS)

O resultado preliminar da análise qualitativa das entrevistas realizadas está disponível no anexo B deste relatório. O anexo inclui tanto os resultados das entrevistas realizadas com as Secretarias do Ministério da Saúde, quanto as entrevistas com os hospitais de excelência e com os hospitais beneficiados, no caso os hospitais universitários. Nesta seção, serão analisados somente os resultados das entrevistas com os hospitais beneficiados, visto que as demais entrevistas foram objeto de análise no relatório anterior. Cabe ressaltar que esse relatório ainda é preliminar e continua sendo objeto de análise e discussão entre os pesquisadores. No próximo relatório será apresentada a análise final, consolidando os resultados de todas as entrevistas realizadas.

A análise das entrevistas com os três hospitais universitários (Hospital Escola da UFPel, Hospital Universitário Alcides Carneiro e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle), detalhada no relatório em anexo, revela percepções e vivências distintas sobre o programa, seu funcionamento, o relacionamento com hospitais de excelência, desafios de comunicação e o estado dos sistemas de monitoramento.

Um dos principais temas identificados nas entrevistas em relação aos projetos do PROADI-SUS sendo executados nas suas respectivas

unidades, especialmente o projeto “Saúde em nossas Mãos”, é a dificuldade de replicar metodologias previamente bem-sucedidas na UTI adulto para a UTI neonatal, como apontado no relato de um profissional do HE-UFPeL. A equipe tentou adaptar o mesmo pacote de cuidados utilizado anteriormente, mas percebeu que o contexto neonatal exigia uma abordagem específica, o que levou a um processo de reestruturação do projeto. Este episódio revela a importância de considerar as particularidades clínicas e organizacionais de cada unidade ao aplicar metodologias padronizadas disseminadas pelos hospitais de excelência.

Outro aspecto recorrente nas falas é a capacidade das instituições de gerar aprendizado e inovação a partir das limitações enfrentadas durante a execução dos projetos. Um exemplo disso foi o desenvolvimento interno de um sistema de monitoramento de indicadores por parte do HUAC-UFCCG, motivado pelas fragilidades inicialmente observadas. Este movimento ilustra uma postura institucional proativa, em que os desafios são transformados em oportunidades de qualificação dos processos e melhoria da assistência, mas que muitas vezes enfrenta as barreiras e limitações de cada hospital.

Também chama atenção a focalização excessiva dos projetos do PROADI-SUS em áreas específicas do hospital, como a UTI neonatal, fazendo com que o programa seja percebido como uma presença localizada e não necessariamente integrada ao conjunto da instituição. Esta visão fragmentada pode comprometer o engajamento de outras áreas do hospital e a consolidação de uma cultura de melhoria contínua mais ampla, que seria desejável no âmbito dos projetos do PROADI-SUS.

A relação com os hospitais de excelência, como o Moinhos de Vento, é percebida como uma parceria que contribui com diagnósticos situacionais e planos de ação, fornecendo instrumentos estruturadores. No entanto, a comunicação e o planejamento por parte dos hospitais de excelência (hubs) são, por vezes, criticados. Profissionais do HE-UFPeL relataram dificuldades de participação em atividades devido à falta de comunicação antecipada. O Hospital Moinhos de Vento é citado como executor do projeto “Saúde em Nossas Mãos”, realizando diagnósticos iniciais focados, por exemplo, no controle de infecções.

Na verdade, os problemas de comunicação são um ponto crítico. Há relatos de comunicação predominantemente informal e descentralizada, com uso de grupos de WhatsApp para avisos de reuniões e encontros virtuais genéricos e pouco interativos com múltiplos hospitais,



o que limita o aprofundamento das trocas. A falta de planejamento antecipado das reuniões e encontros por parte dos Hubs também é uma queixa, dificultando a participação. No Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG-Unirio), percebe-se uma comunicação informal, inclusive via WhatsApp, e reuniões online com muitos participantes, descritas como pouco interativas.

Um outro ponto importante é que os hospitais universitários percebem haver uma certa imprevisibilidade no convite para participar dos projetos formulados pelos hospitais de excelência, além de incerteza sobre a continuidade da sua participação nas diferentes rodadas do projeto. Apesar disso, os projetos são vistos como relevantes para a qualificação profissional, levantamento de indicadores e melhoria da assistência. A autonomia na condução das ações é destacada, com a gestão do projeto ocorrendo diretamente com as equipes locais, apesar do contato inicial via Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Do mesmo modo, há também evidência da presença de uma tensão entre o PROADI-SUS e outras iniciativas institucionais, como os programas de cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde. A interação entre secretarias e hospitais enfrenta dificuldades relacionadas à burocracia, à alocação de recursos e às limitações operacionais. Um dos principais entraves identificados é a divergência de prioridades: enquanto as secretarias buscam estruturar políticas de longo prazo, os hospitais precisam lidar com a pressão da demanda diária, o que pode resultar em conflitos sobre a destinação de verbas e a implementação de projetos. Além disso, a comunicação entre os dois grupos nem sempre é eficiente, dificultando a identificação de problemas em tempo hábil e a tomada de decisões coordenadas.

A sobrecarga gerada por reuniões simultâneas e a necessidade de conciliar agendas distintas revela um desafio importante de articulação e gestão do tempo das equipes. Isso se manifesta especialmente no âmbito do monitoramento e avaliação dos projetos, visto que as demandas do PROADI-SUS e das secretarias não convergem. Ainda assim, o relato de que os profissionais, especialmente as enfermeiras, pediram para não sair dos projetos apoiados pelo PROADI-SUS, demonstra um sentimento de valorização e reconhecimento do programa, indicando que, apesar das dificuldades, o PROADI-SUS é percebido como relevante e mobilizador para os profissionais da assistência.

Como mencionado acima, a relação entre secretarias de saúde e hospitais universitários é fundamental para a governança e eficiência do sistema de saúde, mas apresenta desafios e diferenças perceptivas que impactam diretamente a formulação e implementação de políticas públicas. Enquanto as secretarias atuam no planejamento estratégico, regulamentação e coordenação das ações ao nível macro, os hospitais estão diretamente envolvidos na execução e operacionalização dos serviços de saúde. A análise das evidências empíricas revela que, apesar de compartilharem objetivos comuns, como a melhoria da qualidade da assistência e a otimização de recursos, as percepções de cada grupo sobre as prioridades e desafios da gestão são distintas.

No entanto, há uma clara diferença na abordagem adotada por cada um. As secretarias, ao possuírem um papel regulador e estratégico, enfatizam a necessidade de planejamento de longo prazo, com foco na formulação de políticas públicas e no estabelecimento de diretrizes para a gestão da saúde. Termos como “avaliação”, “processo” e “gestão” refletem essa preocupação com a estruturação e normatização das ações. Por outro lado, os hospitais demonstram uma visão mais operacional e pragmática, concentrando-se na viabilidade das iniciativas e na entrega de resultados concretos. Palavras como “indicador”, “monitoramento”, “trazer” e “conseguir” evidenciam a preocupação com a execução de políticas e o impacto imediato na assistência à saúde. A diferença de perspectivas pode gerar desafios na relação entre os dois grupos, especialmente quando há desalinhamento entre a formulação estratégica e a realidade prática da execução hospitalar.

A falta de diretrizes claras e a dificuldade de comunicação entre hospitais e secretarias podem levar à aprovação de projetos que não atendem plenamente às necessidades do SUS. O desalinhamento pode comprometer a efetividade das iniciativas e a alocação eficiente dos recursos. As secretarias enfrentam desafios relacionados à sobrecarga de trabalho e à rotatividade de profissionais, dificultando o acompanhamento detalhado dos projetos. Já os hospitais mencionam a falta de recursos especializados para a avaliação de impacto e a sustentabilidade das iniciativas.

Apesar dos desafios, a colaboração entre secretarias e hospitais pode trazer benefícios para ambos. As secretarias podem se beneficiar dos hospitais ao utilizar os dados clínicos e operacionais para embasar suas políticas, garantindo que as diretrizes estabelecidas reflitam a realidade do atendimento. Além disso, os hospitais podem servir como la-



boratórios para a implementação de projetos-piloto, permitindo ajustes antes da ampliação para um escopo maior. O incentivo à pesquisa e à inovação nos hospitais também pode gerar insumos para o aprimoramento das políticas públicas.

Da mesma forma, os hospitais podem tirar proveito do suporte das secretarias para garantir financiamento e estabilidade institucional, viabilizando projetos de modernização e melhoria na qualidade dos serviços. O acesso a capacitação e suporte técnico também é um benefício direto, permitindo que os hospitais aprimorem seus processos de gestão e incorporem boas práticas. Além disso, políticas de incentivo e reconhecimento podem estimular hospitais a adotarem abordagens inovadoras e eficientes, melhorando o atendimento à população.

Para que essa relação seja mais produtiva, é essencial investir em estratégias que promovam mais integração entre secretarias e hospitais. O fortalecimento dos canais de comunicação, a criação de sistemas compartilhados de monitoramento e a definição de métricas conjuntas de desempenho são algumas das medidas que podem otimizar essa colaboração. O desenvolvimento de modelos de financiamento mais flexíveis e eficientes também pode contribuir para um uso mais racional dos recursos, evitando desperdício e garantindo maior previsibilidade orçamentária.

Outro elemento de destaque é o papel da EBSEH como interlocutor prioritário fora do hospital. Isto indica que, para além da relação direta com os executores do PROADI-SUS, há uma dimensão de articulação político-institucional que estrutura a lógica de pertencimento e responsabilização pelas ações do programa. Há indícios de que essa conexão entre a EBSEH e o PROADI-SUS poderia ser aperfeiçoada e contribuir de forma importante para o aperfeiçoamento do programa.

Garantir a continuidade dos benefícios gerados pelos projetos do PROADI-SUS após o término do financiamento é um desafio comum aos hospitais universitários. A falta de recursos para a manutenção de equipamentos e tecnologias introduzidas pelos projetos pode limitar sua efetividade a longo prazo. A colaboração entre hospitais e secretarias permitiria a sustentabilidade dos benefícios decorrentes da transferência de conhecimento e tecnologia dos hospitais de excelência para os demais hospitais do SUS. Isso contribuiria para a permanência do processo de melhoria da qualidade da assistência e para o fortalecimento da gestão hospitalar no sistema público.

A utilização de ferramentas tecnológicas, como BI e plataformas digitais, pode facilitar o monitoramento e a avaliação dos projetos, além de melhorar a comunicação entre as partes, o que é especialmente importante no contexto de uma organização complexa como aquela inerente ao PROADI-SUS. A integração dos projetos do PROADI-SUS com as políticas públicas do SUS é uma oportunidade para ampliar o impacto das iniciativas e garantir sua continuidade a longo prazo.

Embora em relação aos projetos do PROADI-SUS existam muitos desafios relacionados à comunicação, ao alinhamento estratégico e à sustentabilidade, as oportunidades de aprimoramento são significativas. A transferência de conhecimento, a capacitação de profissionais e a integração com as políticas públicas são benefícios que podem ser maximizados com uma gestão mais integrada e transparente.

Os desafios inerentes à relação entre secretarias e hospitais também representam oportunidades para aprimorar a governança do sistema de saúde. A adoção de uma abordagem mais colaborativa, baseada na troca de informações e no alinhamento estratégico, pode gerar um ambiente mais favorável à inovação e à melhoria contínua. Em um cenário ideal, essa sinergia resultará em uma gestão mais eficiente, uma operação hospitalar mais ágil e, sobretudo, uma melhoria significativa na qualidade dos serviços prestados à população.

Em síntese, as entrevistas revelam uma vivência ambivalente do PROADI-SUS no cotidiano hospitalar: ao mesmo tempo, em que existem limitações relacionadas à informalidade da comunicação, à sobrecarga de reuniões e à setorização das ações, há também um reconhecimento do valor que o programa traz para os profissionais e para áreas-chave do hospital. Essa ambivalência aponta para a necessidade de melhorar a estratégia de integração, ampliar os canais de comunicação qualificados e reforçar a coordenação entre programas concorrentes no ambiente hospitalar.

Assim, a análise das entrevistas evidencia que o PROADI-SUS, no contexto dos hospitais universitários, é compreendido como um projeto estruturante, que articula dimensões assistenciais, gerenciais e formativas. Ele aparece não somente como vetor de inovação clínica, mas também como instrumento de reorganização institucional e fortalecimento da governança hospitalar.

A comunicação com entidades externas ao hospital, como a EB-SERH e a Secretaria Municipal de Saúde, é considerada prioritária, mas



a interação limitada com a equipe executora de projetos anteriores foi vista como um fator que enfraquece a experiência da parceria.

Os hospitais universitários demonstram uma orientação por metodologias de planejamento e avaliação própria e são guiadas pelo seu relacionamento com a EBSE RH e com as secretarias municipais de saúde. Em termos de metodologia, o destaque é para o uso do ciclo PDCA (Planejar, Fazer, Checar, Agir) e o papel central dos indicadores no monitoramento de desempenho. Eles desenvolvem relatórios baseados nos PDCA e nos resultados dos indicadores monitorados pelo programa. O Hospital Moinhos de Vento, por exemplo, utiliza uma matriz diagnóstica e fornece diagramas e estruturadores do projeto para orientar o desenvolvimento do ciclo PDCA.

As sugestões para melhoria dos sistemas de monitoramento abrangem os seguintes elementos:

- **Fortalecer a comunicação:** Melhorar os canais formais e a previsibilidade das interações entre os hospitais universitários e os hospitais de excelência/executores dos projetos.
- **Planejamento conjunto e participativo:** Maior envolvimento dos hospitais universitários no planejamento das atividades e cronogramas para garantir a exequibilidade e o engajamento.
- **Critérios de elegibilidade e continuidade mais transparentes:** Esclarecer os processos de seleção e continuidade nos projetos para reduzir incertezas.
- **Sistemas de monitoramento adaptados:** Embora os hospitais demonstrem capacidade de desenvolver seus próprios sistemas, o suporte para sistemas de monitoramento que considerem as especificidades e a sobrecarga das instituições universitárias poderia ser benéfico.
- **Valorizar a autonomia com suporte:** Manter a autonomia local na execução, mas com suporte técnico e metodológico claro e acessível por parte dos hubs.
- **Integração e coordenação:** Melhorar a integração do PROADI-SUS com outras iniciativas institucionais para evitar sobrecarga e fragmentação das ações.

Em suma, a experiência dos hospitais universitários com o PROADI-SUS é marcada por um engajamento ativo e capacidade de adaptação, mas enfrenta desafios significativos de comunicação, planejamento centralizado por parte dos executores e necessidade de maior integração e previsibilidade. A melhoria do monitoramento passa por fortalecer a parceria, a comunicação e o planejamento colaborativo.





PARTE 3 – SOBRE A UTILIZAÇÃO DO MODELO LÓGICO NO ÂMBITO DOS PROJETOS DO PROADI-SUS

No último relatório apresentado, foram formuladas 10 observações sobre o modelo de monitoramento do PROADI-SUS. Referentes a diversos dos aspectos conceituais, organizacionais e estratégicos do modelo, tais observações foram baseadas nas entrevistas com os atores-chave do Ministério da Saúde e dos hospitais de excelência responsáveis pela implementação dos projetos do PROADI-SUS. Em seguida, será possível continuar essa análise aprofundando no que foi proposto na observação 8 do relatório passado, “importância da obrigatoriedade da caracterização do modelo lógico, da teoria do programa e da teoria da mudança e respectivos indicadores para o monitoramento dos projetos no âmbito do PROADI-SUS”.

Conforme apresentado em relatórios anteriores, o modelo lógico é um instrumento reconhecido na área de planejamento, gerenciamento, comunicação e avaliação de programas e intervenções. Instituições internacionais de renome em saúde pública como os Centers for Disease Control and Prevention dos Estados Unidos da América recomendam e usam o modelo lógico extensivamente como parte de suas abordagens de avaliação de programas. A principal virtude do modelo lógico é a capacidade de descrever graficamente a “teoria do programa” ou “teoria

da mudança”, que explica quais são as etapas interligadas do programa e qual é a ordem expectável de acontecimentos ao longo do tempo. A primeira versão do Guia para Elaboração do Modelo Lógico no âmbito dos projetos do PROADI-SUS é anexa a este relatório (anexo C).

Uma descoberta relevante associada ao modelo lógico é que a atual Matriz de Planejamento e Monitoramento do PROADI-SUS, ferramenta já utilizada e obrigatória, contém os elementos essenciais que constituem a “espinha dorsal” de um modelo lógico. Os campos existentes na matriz que coletam informações sobre objetivos, resultados esperados, produtos, atividades, indicadores e suposições fornecem um ponto de partida estimado e um esqueleto conceitual para a construção de modelos lógicos mais detalhados para cada um dos projetos. A convergência provavelmente representa uma oportunidade única, que serviria para aprimorar significativamente o monitoramento do PROADI-SUS, ao mesmo tempo, em que usa uma estrutura conhecida pelas equipes dos projetos e, por isso, minimiza a percepção de uma carga adicional e facilita a adoção dessa nova prática.

A metodologia descrita pode também contribuir para a institucionalização das práticas de monitoramento no âmbito do programa. Com frequência, a implementação de novos sistemas ou requisitos em organizações complexas, como a que existe por trás do PROADI-SUS, é adversamente impactada por barreiras e resistências. Fornecer a oportunidade de reformular e aprimorar uma ferramenta já existente e internalizada pelas equipes – ao invés de impor um novo sistema vigente – garantirá que a transição para modelos lógicos seja percebida como um desenvolvimento “orgânico” do processo de planejamento e monitoramento, em oposição a um novo requisito burocrático. Aborda, ao mesmo tempo, a probabilidade de aceitação, a apropriação e o uso do sistema de monitoramento serão significativamente maiores, baseados na conformidade das rotinas e requisitos existentes e instrumentalizando a adoção eficaz de uma cultura de avaliação.



3.1. ALAVANCANDO E REFORMULANDO A MATRIZ DE PLANEJAMENTO DO PROADI-SUS

3.1.1 Análise da matriz atual

A Matriz de Planejamento e Monitoramento do Projeto, conforme apresentada na legislação e orientações do PROADI-SUS, constitui a ferramenta fundamental para a descrição e o acompanhamento dos projetos. Sua estrutura atual compreende os seguintes campos principais:

LÓGICA DA INTERVENÇÃO:

- **Objetivos do Projeto:** Descreve o propósito central ou o efeito esperado da intervenção, indicando a mudança de estado almejada no público-alvo ao final do projeto. Deve estar alinhado a um objetivo de desenvolvimento do SUS e às áreas prioritárias do PROADI-SUS.
- **Resultados:** Apresenta as entregas ou consequências exclusivas que o projeto irá gerar, definindo o escopo gerenciável pela entidade executora.
- **Produtos (quando aplicável):** Define os bens ou serviços mensuráveis e verificáveis produzidos pelo trabalho do projeto.
- **Atividades Principais de Intervenção:** Lista as ações necessárias para alcançar os resultados e produtos definidos.

INDICADORES OBJETIVAMENTE COMPROVÁVEIS:

- Especifica os indicadores baseados em fatos e evidências, detalhando público-alvo, quantidade, qualidade, período e localização. Inclui a definição de Linha de Base e Metas semestrais, anuais e para o triênio, com campos para valores Previstos e Realizados.

FONTES DE COMPROVAÇÃO:

- Indica onde as informações e dados dos indicadores podem ser verificados (ex: estatísticas oficiais, pesquisas, documentos do projeto).

SUPOSIÇÕES IMPORTANTES:

- Aponta elementos externos ou internos, vistos como verdadeiros para o planejamento, fundamentais para o êxito do projeto que envolvem um certo nível de risco (análise de risco).

Os pontos fortes desta matriz residem na exigência de um planejamento estruturado que considera a cadeia causal do projeto (ainda que implicitamente), na coleta de informações essenciais sobre objetivos e ações, e na inclusão de indicadores e metas para monitoramento.

Contudo, existem **limitações e áreas para refinamento** quando se busca um alinhamento mais estrito com os modelos lógicos padrão. A principal limitação é a hierarquia e a definição dos termos na seção “Lógica da Intervenção”. A distinção entre “Objetivos do Projeto”, “Resultados” e “Produtos” na matriz pode não corresponder diretamente à sequência e à natureza dos componentes de um modelo lógico tradicional (Produtos -> Resultados de Curto Prazo -> Resultados de Médio Prazo -> Resultados de Longo Prazo/Impacto). Além disso, a matriz não possui um campo explícito para “Insumos”, que são a base de qualquer intervenção.

A estrutura de indicadores, embora detalhada em termos de metas temporais, não está explicitamente vinculada aos diferentes níveis da cadeia lógica (Produtos, Resultados, etc.), o que pode dificultar uma análise granular do progresso em cada etapa.

3.1.2 Proposta de Reformulação para um Framework de Modelo Lógico

Propõe-se uma reestruturação da Matriz de Planejamento que organize explicitamente todos os componentes de um modelo lógico padrão, aproveitando a informação já coletada, mas reorganizando-a e adicionando os elementos faltantes. A nova estrutura seguiria a seguinte sequência lógica:

- **Insumos (Inputs):** Introdução de uma nova seção/campo dedicado a detalhar os recursos mobilizados para o projeto. Este campo deve abranger recursos financeiros (orçamento, fontes), recursos huma-



nos (equipe dedicada, consultores, voluntários), recursos materiais (equipamentos, instalações), parcerias estratégicas (instituições colaboradoras do SUS e externas), conhecimento técnico preexistente e dados/sistemas de informação utilizados como base. A explicitação dos insumos é crucial não apenas para o planejamento, mas também para futuras avaliações de eficiência, que relacionam os recursos empregados com os resultados alcançados.

- **Atividades:** Manutenção do campo “Atividades Principais de Intervenção”, assegurando que descreva de forma clara e concisa as ações e processos chave executados pelo projeto utilizando os insumos disponíveis. Exemplos incluem realizar pesquisas, ministrar treinamentos, desenvolver softwares, implementar protocolos, etc.
- **Produtos (Outputs):** Manutenção do campo “Produtos”, reforçando sua definição como os resultados diretos, imediatos e tangíveis das atividades realizadas. São as entregas concretas do projeto, como relatórios publicados, pessoas treinadas, sistemas desenvolvidos, serviços prestados, materiais distribuídos. Devem ser quantificáveis e verificáveis.
- **Resultados (Outcomes):** Reestruturação fundamental dos campos “Resultados” e “Objetivos do Projeto” para refletir uma cadeia hierárquica e temporal de mudanças esperadas:
 - **Resultados de Curto Prazo (Short-term Outcomes):** Referem-se às mudanças mais imediatas que ocorrem nos participantes ou no público-alvo como consequência direta dos produtos do projeto. Geralmente envolvem alterações em conhecimento, conscientização, atitudes, habilidades, aspirações ou acesso. Ex.: Profissionais de saúde demonstram maior conhecimento sobre um novo protocolo após treinamento.
 - **Resultados de Médio Prazo (Intermediate Outcomes):** Representam as mudanças subsequentes que ocorrem em comportamentos, práticas, normas sociais, políticas organizacionais ou funcionamento de sistemas, decorrentes dos resultados de curto prazo. O campo “Resultados” da matriz atual provavelmente se alinha melhor a este nível. Ex.: Profissionais de saúde aplicam efetivamente o novo protocolo em sua prática clínica; uma unidade hospitalar adota uma nova rotina de gestão.

- **Resultados de Longo Prazo / Impacto (Long-term Outcomes / Impact):** Correspondem às mudanças finais e mais amplas que o projeto almeja influenciar, refletindo alterações no estado de saúde da população, na capacidade institucional do SUS, ou na resolução do problema que motivou o projeto. Este nível deve estar diretamente alinhado ao “Objetivo de desenvolvimento do SUS” e ao “Objetivos do Projeto” da matriz original. Ex.: Redução da taxa de infecção hospitalar em hospitais participantes; Melhoria no acesso a determinado serviço no SUS.
- **Fatores Contextuais:** Sugere-se adicionar um campo específico para “Fatores Contextuais”, que descreveria o ambiente mais amplo (político, econômico, social, cultural, epidemiológico, tecnológico, legal) no qual o projeto opera e que pode influenciar seus resultados, positiva ou negativamente, mas que não são necessariamente premissas críticas para o sucesso.
- **Suposições Importantes:** Manter o campo “Suposições Importantes”, focando especificamente nos fatores externos (ou internos, mas fora do controle direto da gerência do projeto) que são considerados verdadeiros e cuja não concretização representaria um risco significativo para o alcance dos resultados planejados.
- **Indicadores, Fontes, Linha de Base e Metas:** Manter as colunas de “Indicadores Objetivamente Comprováveis” (com Linha de Base e Metas) e “Fontes de Comprovação”, mas com uma exigência explícita de que sejam definidos indicadores para *cada* um dos componentes do modelo lógico (Insumos, Atividades, Produtos, Resultados de Curto, Médio e Longo Prazo). A estrutura atual, que já prevê Linha de Base e Metas é um ponto forte a ser mantido e reforçado.

A reformulação proposta para a Matriz de Planejamento é mais do que uma simples mudança de formato; trata-se de um avanço significativo para fortalecer e tornar obrigatória a explicitação e análise crítica da teoria da mudança que fundamenta cada projeto do PROADI-SUS. Ao exigir que as equipes articulem toda a sequência causal — dos recursos mobilizados (insumos), passando pelas atividades, entregas (produtos) e mudanças intermediárias (resultados de curto e médio prazo), até os impactos finais esperados (resultados de longo prazo) — o novo



framework estimula uma reflexão mais profunda e estruturada sobre como e por que se acredita que a intervenção proposta terá efeito.

O processo de preenchimento da matriz reformulada exige das equipes uma explicitação rigorosa das conexões lógicas: “se mobilizarmos estes insumos e realizarmos estas atividades, então entregaremos estes produtos, que gerarão estas mudanças de curto prazo, que, por sua vez, resultarão em mudanças de médio prazo, contribuindo para este impacto de longo prazo”. Com isso, a matriz — muitas vezes vista como um requisito meramente burocrático — transforma-se em uma poderosa ferramenta de planejamento estratégico e validação da lógica interna dos projetos. Essa prática pode resultar em projetos mais coesos, com propósitos mais claros e hipóteses causais mais bem definidas, aumentando a probabilidade de sucesso e geração de valor para o SUS.

Dentro desse contexto, a distinção explícita entre Produtos e os diferentes níveis de Resultados — curto, médio e longo prazo — na matriz reformulada assume uma importância crucial. Essa separação ajuda a evitar a comum “armadilha da atividade” ou o “foco no produto”, onde o monitoramento se concentra muito mais no que foi feito ou entregue, por serem aspectos mais fáceis de medir, do que na avaliação das mudanças efetivas provocadas nos beneficiários, nas instituições ou no próprio sistema de saúde.

A estrutura ora proposta, ao exigir a definição de indicadores para cada um dos elos da cadeia causal, desloca o foco do monitoramento da execução — e, por conseguinte, da entrega — para a efetividade do projeto, ou seja, para as transformações que ele realmente provoca. Isso nos ajuda a responder à pergunta essencial “E daí?” em relação às atividades e produtos, promovendo uma cultura organizacional mais voltada para resultados e para o impacto efetivo das intervenções.

3.1.3 Mapeamento dos campos da matriz para componentes do modelo lógico

Como mencionado acima, a transição da Matriz de Planejamento atual para um formato baseado em modelo lógico pode ser realizada mapeando os campos existentes e reorganizando-os, além de introduzir o componente faltante (Insumos). A análise comparativa entre a

Matriz e os componentes dos modelos lógicos (veja o Quadro 2 abaixo) revela correspondências significativas, mas também a necessidade de ajustes na hierarquia e granularidade.

As “Atividades Principais” da matriz correspondem diretamente às “Atividades” do modelo lógico. Os “Produtos” da matriz alinham-se com os “Produtos (Outputs)”. Os “Resultados” da matriz, definidos como entregas exclusivas e gerenciáveis, parecem mais próximos dos “Resultados de Curto Prazo” ou “Resultados de Médio Prazo”, ao representarem as consequências diretas das atividades e produtos. Os “Objetivos do Projeto”, descritos como o efeito esperado e a mudança no público-alvo, alinham-se mais adequadamente com os “Resultados de Longo Prazo” ou “Impactos” representando a mudança final almejada. O “Objetivo de Desenvolvimento do SUS” mencionado na matriz serve como um alinhamento estratégico, contextualizando a relevância do projeto nas prioridades maiores do sistema de saúde.

Os “Indicadores” precisam ser desagregados para medir especificamente cada nível da cadeia lógica (Produtos, Resultados de Curto, Médio e Longo Prazo). As “Fontes de Comprovação” são essenciais e devem ser mantidas, associadas a cada indicador específico. As “Suposições Importantes” correspondem diretamente aos “Pressupostos” e aos “Fatores Contextuais” dos modelos lógicos.² Finalmente, um campo explícito para “Insumos (Inputs)” precisa ser adicionado para completar a estrutura do modelo lógico.

O Quadro 1 a seguir propõe um mapeamento formal e sugere os ajustes necessários para a transição:



QUADRO 2

Mapeamento da Matriz de Planejamento PROADI-SUS para componentes do modelo lógico

Campo da Matriz Atual	Componente Correspondente do Modelo Lógico	Observações/Ajustes Necessários
1. Objetivo de desenvolvimento SUS	Alinhamento Estratégico / Justificativa	Manter como parte do contexto/descrição do projeto, não como componente direto da cadeia causal principal, mas como elemento norteador.
1.1. Objetivos do Projeto	Resultados de Longo Prazo / Impacto	Reclassificar para refletir a mudança fundamental ou de condição almejada ao final da cadeia causal.
1.2. Resultados	Resultados de Curto e Médio Prazo	Reclassificar e diferenciar explicitamente entre mudanças iniciais (curto prazo) e mudanças em comportamento/prática/política (médio prazo).
1.3. Produtos	Produtos (Outputs)	Manter a definição (bens/serviços diretos e mensuráveis).
1.4. Atividades Principais	Atividades	Manter a definição (ações realizadas).
(<i>Novo Campo</i>)	Insumos (Inputs)	Adicionar este componente para listar os recursos necessários (financeiros, humanos, materiais, etc.).
2. Indicadores Objetivamente Comprováveis.	Indicadores	Desagregar e associar indicadores específicos a cada componente do modelo lógico (Insumos, Atividades, Produtos, Resultados-CP, Resultados-MP, Resultados-LP/Impacto). Manter estrutura de metas e acompanhamento (Previsto/Realizado).
3. Fontes de Comprovação	Fontes de Verificação	Manter, associando cada fonte ao indicador correspondente.
4. Suposições Importantes	Suposições / Fatores Contextuais	Manter, explicitando as condições necessárias e os fatores externos que podem influenciar o projeto.

Fonte: elaboração própria.

Com base no mapeamento, propõe-se uma estrutura reformulada para a apresentação dos projetos PROADI-SUS, organizada explicitamente como um modelo lógico. Esta estrutura pode ser apresentada visualmente (como um diagrama de fluxo) ou em formato de tabela, mas deve seguir a sequência padrão que conecta os componentes mediante uma lógica causal “**Se... então...**” (ver o Guia do Modelo Lógico em anexo):

Insumos (Recursos Necessários) -> Atividades (O que o projeto faz) -> Produtos (Resultados diretos das atividades) -> Resultados de Curto Prazo (Mudanças iniciais em KAS, acesso) -> Resultados de Médio Prazo (Mudanças em comportamento, práticas, políticas) -> Resultados de Longo Prazo / Impacto (Mudança fundamental na condição/status/sistema)

Seções adicionais deveriam detalhar:

- **Indicadores:** Listados para cada componente acima, com linha de base, metas (semestrais/anuais/triênio) e acompanhamento (previsto/realizado).
- **Fontes de Verificação:** Especificadas para cada indicador.
- **Suposições e Fatores Contextuais:** Listados para contextualizar o planejamento e a avaliação.

Esta estrutura reformulada não somente se alinha às melhores práticas internacionais de monitoramento, mas também aproveita a base já estabelecida pela matriz existente, tornando a transição mais intuitiva e prática para as equipes do PROADI-SUS.

3.2. O MODELO LÓGICO PARA OS PROJETOS DO PROADI-SUS

A adoção de um modelo lógico como ferramenta central para o monitoramento do PROADI-SUS requer a definição clara e consensual de seus componentes essenciais, adaptada à realidade e aos objetivos



do programa. Retomando o que já foi proposto no quarto relatório e que consta do Guia do Modelo Lógico em anexo, apresentamos aqui algumas considerações adicionais sobre a adoção do modelo lógico no âmbito dos projetos do PROADI-SUS.

INSUMOS (INPUTS): Representam o conjunto de recursos mobilizados e investidos para viabilizar a execução do projeto. A identificação explícita dos insumos é crucial, pois constituem a base sobre a qual todas as atividades subsequentes serão construídas. A disponibilidade e adequação desses recursos são frequentemente suposições críticas para o sucesso do projeto.

Definição para o PROADI-SUS - Incluem, mas não se limitam a:

- Recursos financeiros (orçamento do projeto, contrapartidas).
- Recursos humanos (equipe do hospital proponente, profissionais do SUS parceiros, consultores externos, pesquisadores, tempo dedicado dos profissionais).
- Recursos materiais (equipamentos médicos e de TI, instalações físicas, materiais de consumo, insumos para pesquisa).
- Recursos tecnológicos (sistemas de informação, software, plataformas digitais).
- Conhecimento e expertise (protocolos clínicos, metodologias de pesquisa, conhecimento técnico especializado, evidências científicas prévias).
- Parcerias estratégicas (acordos de cooperação com outras instituições, secretarias de saúde, universidades, setor privado).
- Tempo (cronograma do projeto).
- Mandato institucional e apoio político (legitimidade e suporte da gestão hospitalar e do Ministério da Saúde).

ATIVIDADES: Correspondem às ações, processos e intervenções que o projeto realiza utilizando os insumos disponíveis, para gerar os produtos esperados. Constituem o “fazer” do projeto.

Definição para o PROADI-SUS - Exemplos incluem:

- Realizar pesquisa clínica ou epidemiológica (coleta de dados, análise, etc.).

- Desenvolver e ministrar cursos de capacitação ou programas de educação permanente.
- Implementar e testar novas tecnologias em saúde (dispositivos, softwares, modelos assistenciais).
- Redesenhar e otimizar processos de gestão hospitalar ou assistencial.
- Conduzir campanhas de informação ou prevenção em saúde.
- Realizar visitas técnicas e intercâmbios de experiência.
- Desenvolver e validar instrumentos de avaliação.
- Prestar consultoria ou assessoria técnica a serviços do SUS.

PRODUTOS (OUTPUTS): São os resultados diretos, imediatos e tangíveis das atividades do projeto. Frequentemente, são quantificáveis e representam a entrega concreta de bens ou serviços. Eles indicam que as atividades planejadas foram executadas e medem o alcance inicial da intervenção.

Definição para o PROADI-SUS - Exemplos incluem:

- Número de artigos científicos publicados ou aceitos para publicação.
- Relatórios técnicos ou de pesquisa concluídos.
- Número de profissionais de saúde capacitados (concluintes).
- Número de oficinas, seminários ou workshops realizados.
- Software ou aplicativo desenvolvido e implantado.
- Protocolo clínico ou diretriz terapêutica elaborada e aprovada.
- Novo serviço assistencial implantado e operacional.
- Número de pacientes atendidos pelo novo serviço ou tecnologia.
- Materiais educativos (cartilhas, vídeos, websites) produzidos e distribuídos.
- Número de consultorias ou assessorias realizadas.

É preciso salientar e diferenciar claramente os Produtos — ou seja, o que o programa entrega ou produz — dos Resultados, que são as mudanças decorrentes dessas entregas. Uma armadilha comum no monitoramento é focar somente na contagem de produtos, como o número de pessoas treinadas, sem considerar se essas ações realmente levaram às mudanças esperadas em termos de conhecimento, atitudes, habilidades ou comportamentos. O modelo lógico exige essa distinção e direciona qualquer avaliação para além da simples contagem de ati-



vidades e produtos, focando na eficácia do programa em provocar as mudanças desejadas.

No contexto do PROADI-SUS, isso significa ir além de contabilizar quantos hospitais adotaram uma nova tecnologia (Produto) e avaliar se essa adoção gerou, de fato, maior eficiência operacional ou melhores resultados clínicos para os pacientes (Resultado).

A cadeia de resultados descreve a sequência lógica de mudanças esperadas como consequência das atividades e produtos do projeto, progredindo de efeitos imediatos para impactos de longo alcance.

RESULTADOS DE CURTO PRAZO: Referem-se às alterações mais imediatas que se espera notar nos envolvidos diretos do projeto (profissionais, pacientes, gestores) ou no ambiente imediato, logo após a exposição às atividades ou produtos. Normalmente, está ligado a avanços no conhecimento, mudanças de posturas ou percepções, aprimoramento de novas competências (ou aprimoramentos no acesso inicial a serviços, ou informações).

Definição para o PROADI-SUS - Exemplos incluem:

- Aumento do nível de conhecimento dos profissionais de saúde sobre um novo protocolo ou tecnologia.
- Mudança positiva na atitude dos profissionais em relação à adoção de práticas baseadas em evidências.
- Desenvolvimento de novas habilidades cirúrgicas ou de gestão pelas equipes treinadas.
- Aumento da satisfação inicial dos pacientes com um fluxo de atendimento redesenhado.
- Maior conscientização da equipe sobre a importância da segurança do paciente.
- Melhora na capacidade dos gestores em utilizar ferramentas de análise de dados.

RESULTADOS DE MÉDIO PRAZO: Representam um estágio subsequente de mudança, envolvendo geralmente a aplicação do conhecimento e das habilidades adquiridas, levando a alterações em comportamentos, práticas (individuais ou organizacionais), adoção de novas rotinas, implementação de políticas ou melhorias no funcionamento de processos e sistemas.

Definição para o PROADI-SUS - Exemplos incluem:

- Adoção e aplicação consistente de um novo protocolo clínico pelas equipes assistenciais.
- Utilização efetiva de uma nova tecnologia incorporada na rotina do serviço.
- Implementação de uma nova política de segurança do paciente no hospital.
- Mudança no comportamento dos pacientes (ex.: maior adesão ao tratamento prescrito, adoção de hábitos saudáveis).
- Melhoria na eficiência de processos administrativos ou assistenciais (ex.: redução do tempo de espera para exames).
- Estabelecimento e funcionamento efetivo de redes de colaboração entre hospitais ou serviços.
- Melhora na qualidade dos registros em prontuários eletrônicos.

RESULTADOS DE LONGO PRAZO/IMPACTO: Referem-se às mudanças fundamentais, significativas e potencialmente duradouras nas condições de saúde da população-alvo, na situação socioeconômica, ou no funcionamento geral do sistema de saúde, que constituem o objetivo último do projeto e sua contribuição para as metas mais amplas do SUS.

Definição para o PROADI-SUS - Exemplos incluem:

- Redução das taxas de morbidade ou mortalidade associadas a uma condição específica abordada pelo projeto.
- Melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde em grupos de pacientes específicos.
- Aumento da eficiência global do serviço de saúde (ex.: relação custo-efetividade de intervenções).
- Redução de custos evitáveis para o SUS (ex.: por meio de prevenção ou diagnóstico precoce).
- Diminuição das iniquidades no acesso ou nos resultados em saúde entre diferentes grupos populacionais.
- Fortalecimento da capacidade institucional do SUS para pesquisa, gestão ou incorporação de tecnologias.
- Contribuição para o alcance de metas nacionais de saúde pública.



SUPOSIÇÕES (PRESSUPOSTOS): São as condições ou fatores que os planejadores do projeto acreditam ser verdadeiros ou que precisam ocorrer para que a lógica do projeto funcione como esperado. Elas explicitam a teoria por trás da intervenção e os riscos associados.²¹

Exemplos para o PROAD-SUS:

- Os profissionais capacitados terão autonomia e apoio da gestão para implementar as novas práticas;
- A tecnologia a ser incorporada será compatível com a infraestrutura existente;
- Haverá adesão dos pacientes à nova abordagem terapêutica;
- O financiamento do projeto será mantido ao longo do triênio.

FATORES CONTEXTUAIS: São elementos do ambiente externo ou interno ao projeto que podem influenciar sua implementação ou seus resultados, mas sobre os quais a equipe do projeto tem pouco ou nenhum controle direto.

Exemplos para o PROADI-SUS:

- Política nacional de saúde vigente;
- Situação econômica do país e financiamento do SUS;
- Perfil epidemiológico e socioeconômico da população atendida;
- Cultura organizacional do hospital;
- Existência de outras iniciativas concorrentes ou complementares;
- Eventos imprevistos (ex.: pandemias).

Por fim, cabe mencionar que a identificação e o monitoramento das suposições e dos fatores contextuais são essenciais. Eles podem ser úteis para antecipar barreiras possíveis, projetar estratégias de gestão de risco e interpretar os resultados do monitoramento de maneira mais assertiva. Em caso de um projeto que não conclui com sucesso inesperadamente, apesar da execução bem-sucedida das atividades, a análise de suposições não confirmadas ou de fatores contextuais variáveis pode fornecer informações valiosas.

3.3. UM FRAMEWORK ABRANGENTE DE INDICADORES PARA PROJETOS PROADI-SUS

Um Sistema de Monitoramento e Avaliação de fato efetivo deve usar um conjunto de indicadores que cubra todos os pontos da lógica do projeto, desde os insumos até os impactos de longo prazo. Monitorar somente um ou dois elementos dessa cadeia oferece uma visão distorcida do desempenho. Não basta saber se os objetivos foram atingidos — é igualmente, ou até mais importante, entender como e por que eles foram (ou não) alcançados. Isso permite identificar gargalos, sucessos intermediários e áreas que precisam de aprimoramento.

A própria Matriz de Planejamento já destaca a importância dos “Indicadores Objetivamente Comprováveis”, e essa proposta reforça esse ponto essencial, alinhando-o com padrões internacionais de avaliação, que defendem o rigor metodológico e o uso estratégico das informações para apoiar decisões baseadas em evidências.

Para garantir essas qualidades, é fundamental que os indicadores selecionados atendam aos critérios SMART: Específicos (claros quanto ao que medem), Mensuráveis (quantificáveis), Atingíveis (viáveis de coletar), Relevantes (conectados aos objetivos do projeto e do SUS) e Temporais (coletados em tempo útil e com regularidade).

3.3.1 Exemplos de indicadores por componente do modelo lógico

Considerando a diversidade dos projetos executados no âmbito do PROADI-SUS – que incluem pesquisa clínica e epidemiológica, desenvolvimento de tecnologias e técnicas assistenciais, aprimoramento da gestão, estudos de avaliação econômica, capacitação de profissionais, entre outros – é essencial que o framework de indicadores seja flexível. Abaixo, são apresentados exemplos ilustrativos de indicadores para cada componente do modelo lógico, adaptados a diferentes tipos de projetos PROADI-SUS, com base em referências de saúde pública:



Indicadores de Insumos (Inputs): Medem os recursos alocados e mobilizados.

- *Financeiro:* Valor total do projeto (recurso de isenção fiscal); percentual do orçamento executado por fase/ano; Custo por participante (em projetos de capacitação).
- *Recursos Humanos:* Número de profissionais (pesquisadores, gestores, técnicos) alocados ao projeto em Equivalente de Tempo Integral (ETI); Número de horas de consultoria especializada contratada/ utilizada; Número de horas de trabalho voluntário (se aplicável).
- *Parcerias:* Número de instituições parceiras (hospitais do SUS, universidades, secretarias de saúde) com acordo formalizado; Número de reuniões de comitê gestor com parceiros realizadas.
- *Infraestrutura/Tecnologia:* Disponibilidade e utilização de equipamentos específicos (e.g., sequenciadores, simuladores); Licenças de software adquiridas; Acesso a bases de dados relevantes.

Indicadores de Atividades (Activities): Medem a realização das ações planejadas.

- *Pesquisa:* Número de pacientes recrutados/acompanhados em estudo clínico; Número de amostras coletadas/analizadas; Número de entrevistas/grupos focais realizados; Número de ciclos de experimentação concluídos.
- *Capacitação:* Número de turmas de cursos/oficinas realizadas; Carga horária total de treinamento ministrada; Número de visitas de supervisão/tutoria realizadas.
- *Desenvolvimento (Técnica/Gestão/Software):* Número de protótipos desenvolvidos/testados; Número de processos mapeados/redesenhados; Número de funcionalidades de software implementadas; Número de reuniões de co-criação com usuários realizadas.
- *Implementação:* Número de unidades de saúde/serviços que iniciaram a implementação da nova prática/tecnologia; Número de sessões de apoio à implementação realizadas.

Indicadores de Produtos (Outputs): Medem as entregas diretas e tangíveis das atividades.

- *Pesquisa:* Número de artigos submetidos a periódicos revisados por pares; Número de artigos publicados; Número de relatórios técnicos/científicos finalizados; Base de dados anonimizada disponibilizada;

Apresentações em congressos realizadas.

- **Capacitação:** Número de profissionais do SUS que concluíram o treinamento; Número de certificados emitidos; manuais, guias ou kits de ferramentas produzidos e distribuídos; Plataforma de EAD desenvolvida.
- **Desenvolvimento:** Versão final de software/aplicativo entregue e implantada; manual técnico ou de processo finalizado e aprovado; Protocolo clínico/assistencial publicado; Relatório de avaliação de tecnologia em saúde (ATS) concluído.
- **Disseminação:** Número de eventos (seminários, workshops) de disseminação realizados; Número de participantes nos eventos; Materiais de comunicação (folders, vídeos) produzidos.

Indicadores de resultados de curto prazo: Medem as mudanças imediatas nos participantes/público-alvo.

- **Capacitação:** Percentual de aumento no conhecimento/habilidades dos participantes (avaliado por pré e pós-testes); Nível de satisfação dos participantes com a qualidade e relevância do treinamento; percentual de participantes que relatam intenção de aplicar o aprendido.
- **Desenvolvimento/Implementação:** Percentual de usuários que consideram a nova ferramenta/técnica útil e fácil de usar (usabilidade); Aumento da conscientização sobre um problema/solução entre gestores ou profissionais; Concordância com recomendações de um relatório de ATS.
- **Pesquisa:** Geração de novas questões de pesquisa a partir dos achados; Interesse de outros grupos em replicar o estudo; Feedback positivo de pares sobre a qualidade da pesquisa.

Indicadores de resultados de médio prazo: Medem mudanças em comportamentos, práticas, políticas ou sistemas.

- **Capacitação/Implementação:** Percentual de profissionais treinados que efetivamente aplicam as novas habilidades/protocolos em sua prática (medido por observação, auditoria de prontuários, autorrelato qualificado); percentual de unidades de saúde que incorporaram a inovação em suas rotinas; Taxa de adesão a uma nova diretriz clínica; Redução no tempo de espera para um procedimento/consulta; Melhoria em indicadores de processo assistencial (e.g., taxa de prescrição adequada).



- *Desenvolvimento*: Redução documentada no tempo ou custo de execução de um processo após redesenho; Aumento na completude ou qualidade dos dados registrados em um sistema de informação; Número de serviços que adotaram o software/aplicativo desenvolvido.
- *Pesquisa*: Citação dos resultados da pesquisa em diretrizes clínicas, protocolos do SUS ou documentos normativos; Uso dos achados para informar o planejamento de novos programas ou políticas de saúde; Incorporação de tecnologia avaliada pela ATS nas tabelas do SUS.
- *Parceria*: Número de projetos ou iniciativas conjuntas desenvolvidas entre os parceiros como resultado da colaboração no projeto PRO-ADI-SUS.

Indicadores de resultados de longo prazo / impacto: Medem as mudanças finais e de maior escala.

- *Geral/Saúde*: Contribuição mensurável para um Objetivo de Desenvolvimento do SUS⁵; Redução em taxas de incidência, prevalência, morbidade ou mortalidade relacionadas ao problema abordado pelo projeto (em população específica ou área geográfica delimitada); Melhoria em indicadores de acesso (e.g., cobertura de exames), qualidade (e.g., satisfação do usuário, segurança do paciente) ou eficiência (e.g., custo-efetividade de uma intervenção) no SUS; Redução de custos evitáveis para o sistema (e.g., internações por condições sensíveis à atenção primária); Diminuição de disparidades/iniquidades em saúde entre diferentes grupos populacionais.
- *Pesquisa/Desenvolvimento*: Adoção em larga escala de tecnologia/técnica desenvolvida ou avaliada pelo projeto no SUS; Mudança comprovada em política nacional de saúde informada pela pesquisa; Criação de spin-offs ou novos núcleos de pesquisa/desenvolvimento a partir do projeto.
- *Gestão*: Melhoria sustentada em indicadores de desempenho gerencial (e.g., eficiência operacional, clima organizacional) em hospitais ou serviços participantes.

É importante também ressaltar que, em relação à seleção de indicadores — especialmente os voltados para os resultados de médio e longo prazo — um critério fundamental a ser seguido é o da *plausibilidade da atribuição*. Mesmo projetos de grande escala, como alguns do PROADI-SUS, atuam no ecossistema complexo do SUS e são influen-

ciados por diversos fatores contextuais. Atribuir uma relação de causa e efeito direta e exclusiva entre um único projeto e uma mudança em um indicador populacional mais amplo (como a redução da mortalidade por doenças crônicas no Brasil) é, frequentemente, um desafio metodológico insuperável e pode gerar expectativas irreais.

Diante disso, o sistema de monitoramento deve priorizar a mensuração dos resultados — especialmente os de curto e médio prazo — onde a conexão causal com as atividades e produtos do projeto seja mais forte, direta e defensável. Já os indicadores de impacto (de longo prazo) devem ser selecionados com cautela, avaliando possivelmente a contribuição do projeto para uma mudança mais ampla, ou ainda mensurando seu impacto em populações, ou territórios mais restritos, onde sua influência seja mais concentrada.

Na interpretação desses indicadores de nível mais elevado, é essencial reconhecer e comunicar claramente as limitações da atribuição, para a avaliação manter seu rigor metodológico e credibilidade.

3.3.2 Fontes de Comprovação e Linha de Base

A definição clara das “Fontes de Comprovação” e o estabelecimento de uma “Linha de Base” para cada indicador são componentes críticos já presentes na matriz atual e que devem ser mantidos e fortalecidos no framework proposto. A escolha das fontes de dados deve ser realista, considerando a disponibilidade, acessibilidade, periodicidade e qualidade da informação. Fontes potenciais incluem:

- **Sistemas de Informação do SUS:** DATASUS (TABNET, SIH, SIA, etc.), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, agora e-SUS AB), entre outros sistemas nacionais ou locais.
- **Dados Primários Coletados pelo Projeto:** Questionários, entrevistas, grupos focais, observações diretas, extração de dados de prontuários, testes de conhecimento/habilidade, logs de sistemas desenvolvidos.
- **Registros Administrativos:** Dados de produção, financeiros, de recursos humanos dos hospitais de excelência e das instituições parceiras do SUS.



- **Documentos e Publicações:** Relatórios do projeto, artigos científicos, atas de reunião, relatórios de gestão, documentos oficiais do MS.
- **Outras Fontes:** Pesquisas populacionais (e.g., IBGE,), dados de outros setores (e.g., educação, assistência social), informações de parceiros.

Vale alertar que a viabilidade dos dados deve ser estrategicamente considerada no planejamento dos indicadores a serem monitorados. Como mencionado, os sistemas de informação em saúde no Brasil apresentam incompatibilidades entre si. Na prática, observa-se duplicação de dados, dificuldades de integração, intercâmbio entre sistemas incompatíveis e, muitas vezes, subnotificações. Com isso, indicadores baseados em dados mais vulneráveis a essas limitações podem se tornar inviáveis.

Por isso, o planejamento do monitoramento deve antecipar esses obstáculos e incluir ações mitigadoras adequadas, como a priorização de indicadores com fontes mais confiáveis ou o investimento na coleta de dados primários. Esses aspectos devem ser contemplados desde a concepção do projeto, por meio da construção de uma matriz/modelo lógico, conforme é exigido.

Esse processo também pode revelar lacunas desde o início — por exemplo, se para acompanhar uma mudança de prática (resultado de médio prazo) for necessário aplicar um questionário específico ou coletar dados de prontuários eletrônicos com regularidade, isso já pode ser incorporado ao plano de trabalho desde o início. A definição de indicadores e suas fontes de comprovação logo no início do projeto, como exigido pelo preenchimento da matriz/modelo lógico, pode ter um efeito retroalimentador positivo no próprio desenho da intervenção. Ao forçar as equipes a refletirem sobre *como* irão medir os resultados esperados *antes* mesmo de iniciarem as atividades, o processo pode revelar lacunas na disponibilidade de dados ou a necessidade de incorporar mecanismos específicos de coleta de informação ao longo da execução do projeto.

Assim, o monitoramento deixa de ser somente uma ação reativa e tem um papel proativo e preventivo, integrando-se ao próprio desenho do projeto e reduzindo a dependência de coletas de dados retrospectivas complexas e caras.

3.3.4 Quadro de indicadores ilustrativos

O Quadro 3 apresenta exemplos de indicadores organizados por componente do modelo lógico e por tipo de projeto PROADI-SUS, ilustrando a aplicação do framework em diferentes contextos.

QUADRO 3

Exemplos de indicadores por componente do modelo lógico para diferentes tipos de projetos PROADI-SUS

Componente do Modelo Lógico	Tipo de Projeto Exemplo	Indicador Exemplo	Possível Fonte de Comprovação
Insumos	Pesquisa Clínica	Nº de pesquisadores (ETI) alocados	Registros de RH do hospital; Relatórios do projeto
	Capacitação Profissional	Orçamento total aprovado para o projeto	Termo de Execução Descentralizada (TED); Sistema de gestão financeira
	Desenvolvimento de Gestão	Nº de hospitais parceiros do SUS envolvidos	Acordos de cooperação; Atas de reunião
Atividades	Pesquisa Clínica	Nº de pacientes que assinaram o TCLE e foram incluídos no estudo	Banco de dados da pesquisa; Relatórios de progresso
	Capacitação Profissional	Nº de horas-aula de treinamento ministradas	Listas de presença; diários de classe; Plataforma EAD
	Desenvolvimento de Gestão	Nº de processos de trabalho mapeados e analisados	Documentos de mapeamento; Relatórios de análise
Produtos	Pesquisa Clínica	Artigo com resultados principais publicado em revista indexada	Cópia do artigo; Link de publicação
	Capacitação Profissional	Nº de profissionais do SUS certificados	Registros de certificação; Banco de dados do curso
	Desenvolvimento de Gestão	Manual de implementação do novo modelo de gestão finalizado	Documento do manual; Aprovação formal
Resultados Curto Prazo	Pesquisa Clínica	Apresentação dos achados preliminares em congresso nacional/internacional	Certificado de apresentação; Resumo publicado em anais
	Capacitação Profissional	Aumento médio de X% no escore de conhecimento dos participantes (pós-teste vs pré-teste)	Resultados dos testes; Análise estatística



Componente do Modelo Lógico	Tipo de Projeto Exemplo	Indicador Exemplo	Possível Fonte de Comprovação
	Desenvolvimento de Gestão	Nível de concordância dos gestores com a aplicabilidade do novo modelo (escala Likert)	Questionário de avaliação aplicado aos gestores
Resultados Médio Prazo	Pesquisa Clínica	Inclusão de recomendação baseada na pesquisa em diretriz clínica do MS ou sociedade de especialidade	Cópia da diretriz atualizada; Documento oficial
	Capacitação Profissional	% de participantes que reportam aplicar \geq Y% das práticas aprendidas após 6 meses (follow-up survey)	Questionário de seguimento; Entrevistas qualitativas
	Desenvolvimento de Gestão	Redução de Z% no tempo médio de espera para agendamento em serviço específico após implementação do novo fluxo	Sistema de agendamento; Relatórios gerenciais
Resultados Longo Prazo	Pesquisa Clínica	Contribuição para a redução da taxa de mortalidade por determinada condição na população atendida pelos parceiros	Análise de séries temporais
	Capacitação Profissional	Melhoria em indicador de qualidade assistencial relacionado ao tema da capacitação (e.g., taxa de adesão a bundle)	Auditoria de prontuários; Sistemas de informação hospitalar
	Desenvolvimento de Gestão	Aumento sustentado da eficiência operacional (e.g., taxa de ocupação, giro de leito) nos hospitais participantes	Indicadores hospitalares; Relatórios de gestão

Fonte: elaboração própria.

Este Quadro serve como um ponto de partida, e cada projeto deverá desenvolver ou adaptar os indicadores mais adequados à sua própria lógica e contexto, sempre buscando relevância, mensurabilidade e fontes de comprovação viáveis.


3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O investimento em um sistema de monitoramento e avaliação sistemático e baseado em modelos lógicos, para um programa da dimensão e importância estratégica do PROADI-SUS, não é somente uma questão de boa gestão. Trata-se de uma ação essencial para garantir que o retorno sobre os investimentos seja maximizado e que a contribuição do programa para o fortalecimento contínuo do SUS seja plenamente potencializada.

A adoção de modelos lógicos e seus indicadores no âmbito dos projetos do PROADI-SUS alinhará o programa com as melhores práticas nacionais e internacionais em monitoramento de programas de saúde pública. Isso fortalecerá sua capacidade de gerar conhecimento, promover inovação e implementar melhorias reais na saúde da população brasileira.

A existência de uma estrutura já consolidada, como a Matriz de Planejamento, torna este um momento especialmente oportuno para dar um passo decisivo em direção a um monitoramento mais estratégico e orientado por evidências.





PARTE 4 – SOBRE O USO DE INDICADORES NO MONITORAMENTO DOS PROJETOS DO PROADI-SUS

O presente capítulo apresenta proposta de matriz de indicadores a ser utilizada por hospitais de excelência na proposição e acompanhamento de projetos no âmbito do PROADI-SUS.

4.1 IMPORTÂNCIA DA MATRIZ DE INDICADORES NO PROCESSO DE MONITORAMENTO DO PROADI-SUS

O monitoramento de políticas públicas é essencial para garantir a eficácia, a transparência e a eficiência das ações governamentais, especialmente em áreas tão sensíveis como a saúde pública. A matriz de indicadores desempenha um papel fundamental nesse processo, pois permite acompanhar e avaliar o desempenho de programas e projetos, assegurando que as metas contratadas no momento da proposição de novo projeto ao PROADI-SUS sejam atingidas e que os recursos sejam utilizados de forma otimizada. Além disso, a matriz oferece mapeamento detalhado ao longo da execução dos projetos oferecendo aos gestores a possibilidade de intervenção em momento adequado.

Uma matriz de indicadores é uma ferramenta que organiza e estrutura indicadores em diferentes categorias (insumo, atividade, produto, resultado de curto, médio e longo prazo) para medir o desempenho de dado projeto. Ela proporciona uma visão clara e sistemática do progresso, facilita a tomada de decisões e permite ajustes rápidos em estratégias, quando necessário.

4.2 VANTAGENS DO USO DE MATRIZES DE INDICADORES NA FASE DE MONITORAMENTO

- **Avaliação contínua e transparente:** O uso de uma matriz de indicadores permite uma avaliação contínua do andamento das políticas públicas, tornando o processo mais transparente. Através da mensuração constante dos resultados, é possível identificar pontos de sucesso e áreas que precisam de melhorias;
- **Apoio à Tomada de Decisões:** Com base nos dados coletados através dos indicadores, gestores dos hospitais de excelência e das áreas finalísticas do MS podem tomar decisões informadas e baseadas em evidências, facilitando ajustes em tempo real, garantindo que os projetos atendam aos objetivos traçados;
- **Medição de Resultados e Impactos:** A matriz de indicadores facilita a mensuração não apenas das atividades realizadas, mas também dos **resultados** e **impactos** a médio e longo prazo dos projetos. Ela permite que se acompanhe a eficácia da implementação das ações, contribuindo para a avaliação de mudanças substanciais em indicadores;
- **Gestão e Alocação Eficiente de Recursos:** Acompanhando os insumos (recursos financeiros, humanos, materiais) e as atividades em tempo real, a matriz ajuda a garantir que os recursos sejam utilizados de forma adequada. Ela permite identificar rapidamente desvios ou problemas na execução das ações e possibilita uma alocação mais eficiente de recursos;
- **Facilidade na Avaliação de Desempenho:** Com uma matriz de indicadores bem estruturada, torna-se mais fácil comparar o desempenho de diferentes projetos ou programas, identificar boas práticas



e estabelecer benchmarks. Isso ajuda a identificar quais estratégias têm sido mais eficazes e a disseminar boas práticas para outros projetos e áreas;

- **Sustentabilidade dos Resultados:** Por permitir o acompanhamento dos resultados a longo prazo, a matriz ajuda a garantir que os impactos dos projetos do PROADI-SUS sejam sustentáveis. Ela possibilita a verificação se as melhorias alcançadas são duradouras, o que é fundamental para a continuidade e expansão do PROADI-SUS.

4.3 DEFINIÇÃO DE KPIS E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DO PROADI-SUS

Os KPIs (key performance indicators) são indicadores quantitativos e qualitativos que medem o desempenho de um processo ou atividade em relação aos seus objetivos. No contexto do PROADI-SUS, os KPIs são utilizados para monitorar resultados como a eficiência no uso de recursos, a acessibilidade e a qualidade do atendimento, e o impacto das políticas de saúde pública.

Como destacado por Vedung (2010), a avaliação de políticas públicas deve ser baseada em evidências concretas, e a utilização de KPIs é uma forma de traduzir essas evidências em dados quantitativos que possam orientar decisões de gestão. Vedung (2010) enfatiza que, para ser eficaz, a avaliação de políticas deve ser contínua e envolver todos os níveis da administração pública, garantindo que os indicadores sejam relevantes para as metas estabelecidas.

4.4 TIPOS DE KPIS PARA MONITORAMENTO DO PROADI-SUS

Dentro do PROADI-SUS, diversos tipos de KPIs podem ser utilizados para monitorar a performance dos projetos e ações desenvolvidas. Alguns dos principais tipos incluem:

- **KPIs de Eficiência:** Medem o uso adequado dos recursos financeiros e materiais. Exemplos incluem o custo por atendimento e a quantidade de procedimentos realizados por unidade de recurso.
- **KPIs de Qualidade:** Avaliam a satisfação do paciente e a conformidade com as normas de qualidade de atendimento. Exemplos incluem índices de satisfação dos usuários, taxas de reconsulta e de erro médico.
- **KPIs de Acesso:** Monitoram a disponibilidade e a acessibilidade dos serviços de saúde. Exemplos incluem o tempo médio de espera para consultas e exames, e o número de unidades de saúde em regiões carentes.
- **KPIs de Impacto:** Analisam os efeitos de longo prazo das políticas de saúde, como a redução de doenças ou o aumento da expectativa de vida.

4.5 DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE KPIS NO PROADI-SUS

A implementação eficaz de KPIs no PROADI-SUS, enfrenta desafios significativos. Issel e Wells (2007) argumentam que a definição de indicadores eficazes requer não apenas dados quantitativos, mas também um entendimento profundo das condições locais e dos contextos socioeconômicos que influenciam os resultados. Eles enfatizam que os KPIs precisam ser adaptados às particularidades de cada região e à realidade do sistema de saúde, o que torna a personalização dos indicadores um desafio importante.

Além disso, como Vedung (2010) sugere, a avaliação das políticas públicas deve ser contínua e flexível, ajustando-se às mudanças no ambiente e às novas informações que surgem durante a implementação dos programas. Ele ressalta que o uso de KPIs no monitoramento de programas de saúde exige não só a coleta de dados, mas também uma análise crítica sobre como esses dados estão sendo utilizados para melhorar os processos.

O uso de KPIs no monitoramento do PROADI-SUS é uma ferramenta indispensável para garantir a eficiência, a qualidade e o impacto das políticas públicas implementadas pelo SUS. A aplicação dos KPIs



permite uma gestão mais eficaz, baseada em evidências e informações claras, o que contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde. No entanto, como indicam Vedung (2010) e Issel & Wells (2007), a escolha adequada dos indicadores, a compreensão do contexto local e a análise crítica dos dados são fundamentais para que os KPIs cumpram sua função de forma eficaz.

4.6 PROPOSTA DE MATRIZ DE INDICADORES PARA PROJETOS DO PROADI-SUS

A equipe de monitoramento pretende oferecer um cardápio de indicadores materializado em uma matriz para que os hospitais de excelência apontem, na proposição dos projetos ao PROADI-SUS os indicadores que pretendem monitorar ao longo da execução das propostas.

A matriz é separada em 5 macro setores correspondentes a cada uma das áreas do PROADI-SUS:

1. Pesquisas de Interesse Público em Saúde;
2. Capacitação de Recursos Humanos;
3. Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde;
4. Avaliação e Incorporação de Tecnologias e Operação em Saúde; e
5. Serviços Ambulatoriais e Hospitalares.

Para cada um destes macro setores serão elencados um rol de indicadores dos quais os hospitais deverão selecionar para preenchimento e acompanhamento futuro conforme abaixo:

- Indicadores de insumo – Medem os recursos aplicados no projeto;
- Indicadores de atividade / processo - Medem a realização de atividades ao longo do projeto que objetivam produzir bens e serviços;
- Indicadores de produto - Medem as entregas diretas;
- Indicadores de resultado (curto prazo) – Mensuram as mudanças iniciais;
- Indicadores de resultado (médio prazo) – Mensuram as mudanças em comportamentos e sistemas;

- Indicadores de impacto (longo prazo) - Mensuram as transformações mais profundas.

O Quadro a seguir apresenta proposta reduzida de matriz de indicadores para projetos de Pesquisa de Interesse Público em Saúde:

QUADRO 4
Matriz de indicadores de projetos PIPS

1. Pesquisas de Interesse Público em Saúde – PIPS

Insumo	Atividade/ Processo	Produto	Resultado Curto Prazo	Resultado Médio Prazo	Resultado Longo Prazo
Recursos financeiros	Publicações	Estudos	Profissionais capacitados	Alteração de prática	Qualidade
Profissionais	Eventos	Ferramentas	Inovação	Adoção de métodos	Igualdade
Infraestrutura	Capacitação profissional	Tecnologias	Visibilidade	Alteração de policy	Expectativa de vida
Parcerias	Dados	Protocolos/ diretrizes	Alteração de comportamento	Redes	Continuidade
Entrevistas					

Fonte: elaboração própria.

Além das 5 matrizes por área, a entrega também será composta de dicionário de indicadores fornecendo o campo do projeto, o nome do indicador, sua descrição, o tipo, a unidade de medida, a periodicidade, a meta e a fonte de comprovação. A linha de base deverá ser informada pelo hospital proponente.



QUADRO 5

Modelo de dicionário de indicadores

Projeto	Indicador	Tipo	Descrição	Unidade de medida	Periodicidade	Linha de base	Meta(semestral/ anual/trienal)	Fonte de comprovação
PIPS	Recursos financeiros	Insumo	Valor alocado para a pesquisa e desenvolvimento	reais	trimestral	a ser preenchido pelo proponente	trimestral	recibos
PIPS	Profissionais	Insumo	Quantidade de pesquisadores, assistentes, técnicos, etc.	pessoas	trimestral	a ser preenchido pelo proponente	trimestral	registros profissionais e contratos
PIPS	Infraestrutura	Insumo	Quantidade de equipamentos e materiais disponibilizados para o desenvolvimento da pesquisa	unidade	trimestral	a ser preenchido pelo proponente	trimestral	notas fiscais de compra
PIPS	Parcerias	Insumo	Parcerias com universidades, instituições de pesquisa, entre outros	unidade	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	acordos
PIPS	Publicações	Atividade/processo	Artigos, livros, papers apresentados ou publicados	manuscritos	semestral	a ser preenchido pelo proponente	semestral	manuscritos
PIPS	Eventos	Atividade/processo	Eventos realizados como seminários, congressos, workshops e outras atividades de disseminação do conhecimento	unidade	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	registro de eventos
PIPS	Capacitação profissional	Atividade/processo	Número de treinamentos realizados para os envolvidos no projeto.	unidade	semestral	a ser preenchido pelo proponente	semestral	comprovações de participação
PIPS	Dados	Atividade/processo	Produção de base de dados quantitativos para análise	planilhas	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	arquivos digitais



Projeto	Indicador	Tipo	Descrição	Unidade de medida	Periodicidade	Linha de base	Meta(semestral/ anual/trienal)	Fonte de comprovação
PIPS	Entrevistas	Atividade/ processo	Produção de base de dados qualitativa para análise vinda de estudos de campo	gravações	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	arquivos de mídia
PIPS	Estudos	Produto	Produtos de conhecimento resultantes da pesquisa estudos/relatórios/publicações	manuscritos	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	manuscritos
PIPS	Ferramentas	Produto	Produtos desenvolvidos que podem ser utilizados pelo SUS ou pela comunidade científica.	produto	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	registro/paciente
PIPS	Tecnologias	Produto	Produtos tecnológicos desenvolvidos que podem ser utilizados pelo SUS ou pela comunidade científica.	produtos	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	registro/paciente
PIPS	Protocolos/diretrizes	Produto	Quando a pesquisa gera materiais aplicáveis diretamente na prática de saúde.	protocolos	semestral	a ser preenchido pelo proponente	semestral	registro interno
PIPS	Profissionais capacitados	Resultado de curto prazo	Resultados imediatos de programas de capacitação	profissionais	trimestral	a ser preenchido pelo proponente	trimestral	certificado de capacitação
PIPS	Inovação	Resultado de curto prazo	Introdução de novos procedimentos, tecnologias ou práticas no sistema de saúde	procedimentos	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	registro
PIPS	Visibilidade	Resultado de curto prazo	Indicadores de impacto de divulgação (ex: citações de artigos, impacto midiático, etc.).	citações	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	links
PIPS	Alteração de comportamento	Resultado de curto prazo	Mudanças observadas após treinamentos ou workshops	ocasião	anual	a ser preenchido pelo proponente	anual	registro de situação em logbook

Projeto	Indicador	Tipo	Descrição	Unidade de medida	Periodicidade	Linha de base	Meta(semestral/ anual/trienal)	Fonte de comprovação
PIPS	Alteração de prática	Resultado de médio prazo	Alterações observadas na prática clínica ou na gestão de políticas públicas devido às pesquisas	ocasião	bianual	a ser preenchido pelo proponente	bianual	registro de situação em logbook
PIPS	Adoção de métodos	Resultado de médio prazo	Implementação de tecnologias de forma mais ampla no SUS.	quantidade de casos adotados	bianual	a ser preenchido pelo proponente	bianual	registro em bases de dados do MS
PIPS	Alteração de policy	Resultado de médio prazo	Uso dos resultados da pesquisa para modificar políticas públicas ou influenciar decisões políticas	quantidade de casos adotados	bianual	a ser preenchido pelo proponente	bianual	registro em mídia
PIPS	Redes	Resultado de médio prazo	Conexão de pesquisadores e outras instituições para fortalecer o campo da pesquisa em saúde	acordos	bianual	a ser preenchido pelo proponente	bianual	acordos firmados
PIPS	Qualidade	Resultado de longo prazo	Indicadores de qualidade e eficiência nos serviços de saúde de fornecidos	pesquisa	trienal	a ser preenchido pelo proponente	trienal	registro de survey
PIPS	Igualdade	Resultado de longo prazo	Evidências de redução das disparidades em saúde como resultado das inovações ou práticas implantadas	estudo	trienal	a ser preenchido pelo proponente	trienal	pesquisa de avaliação de impacto
PIPS	Expectativa de vida	Resultado de longo prazo	Indicadores de saúde da população relacionados diretamente com os resultados da pesquisa	indicador	NA	a ser preenchido pelo proponente	NA	registro em base de dados
PIPS	Continuidade	Resultado de longo prazo	Medição de como as mudanças introduzidas pela pesquisa permanecem no sistema de saúde ao longo do tempo	estudo	NA	a ser preenchido pelo proponente	NA	publicação de estudo de longo prazo

Fonte: elaboração própria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Acesso em: 9 set. 2024.
- FLICK, U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. São Paulo: Artmed, 2009.
- GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. Dados qualitativos e análise de conteúdo: referencial metodológico para pesquisas em administração. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 223-247.
- ISSEL, L. M., & WELLS, R. (2007). *Promoting Health in the Community: A Health Promotion Approach*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- LEBLANC, A. Lexicometria e análise de discurso: algumas possibilidades. *Análise*, v. 1, p. 138-154, 2015.
- RATINAUD, P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. 2014. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>.
- REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia 1932-1934. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, v. 1, p. 24-54, 1983.
- SOUZA, M.; WALL, M.; THULER, A.; LOWEN, I.; & PERES, A. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 52. 10.1590/s1980-220x2017015003353.
- VEDUNG, E. (2010). *Public Policy and Program Evaluation*. Transaction Publishers.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.





ANEXO A

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS HOSPITAIS BENEFICIADOS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROJETO CEAG/MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMPONENTE – SISTEMA DE MONITORAMENTO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

HOSPITAIS BENEFICIADOS PELOS PROJETOS DO PROADI-SUS

Data da visita:

Entrevistado e respectiva seção ou diretoria:

Pesquisadores:

Sobre o entrevistado

1. Você poderia nos contar um pouco sobre suas atividades no Hospital em que trabalha?
2. Pode nos contar um pouco sobre sua diretoria e o seu papel? Quais são suas principais atribuições?
3. E quais são as suas responsabilidades e atribuições específicas em relação ao PROADI no seu hospital?

Programa PROADI-SUS – Hospitais Beneficiados

1. Aproximadamente, quantos projetos do PROADI-SUS foram executados no hospital ao qual você está vinculado nos últimos anos? Seria possível nos informar um pouco sobre esses projetos?
2. Dentre esses projetos, quais são os mais importantes para o seu hospital? Por quê?
3. Como se dá a comunicação entre o seu hospital, as secretarias finalísticas do Ministério da Saúde e a ESRE (Entidade de Saúde de Reconhecida Excelência - Hospital de Excelência) responsável pela execução do projeto? O seu hospital está envolvido na elaboração dos projetos que serão executados, indicando os temas ou ações prioritárias? Há um diálogo entre o seu hospital, a ESRE (hospital de excelência) e as secretarias finalísticas do Ministério da Saúde durante a execução do projeto, a fim de permitir ajustes e o acompanhamento dos projetos.
4. Qual a relação do seu hospital com o Decoop (Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde – Secretaria Executiva do Ministério da Saúde)?
5. Devido às mudanças promovidas pelo Decoop (Secretaria Executiva do MS) a partir de 2023, as secretarias finalísticas passaram a ter mais relevância na definição dos projetos a serem aprovados. Qual o impacto dessa alteração para o hospital a que você pertence?



Monitoramento do PROADI-SUS

6. Quais são os procedimentos de acompanhamento de projetos adotados no seu hospital? Existe uma unidade especializada para realizar essa atividade? Como os projetos são monitorados? Ele se baseia em uma metodologia específica (modelo lógico, teoria da mudança, matriz de indicadores, etc.)?
7. Qual o procedimento para acompanhar os projetos do PROADI-SUS no seu hospital? Quem faz esse monitoramento? Que critérios são considerados?
8. Nos relatórios de monitoramento dos projetos do PROADI-SUS, o Hospital recorre a uma metodologia específica como modelo lógico ou matriz de indicadores?
9. A construção dessa metodologia de monitoramento dos projetos contou com alguma orientação das secretarias finalísticas do Ministério da Saúde ou da própria Decoop?

Avaliação e Impacto do Programa:

10. Qual o impacto do PROADI-SUS para esse hospital? É possível afirmar que o PROADI/SUS possibilitou a expansão das atividades relacionadas à pesquisa, administração, inovação e treinamento dentro do Hospital?
11. Quais são as principais dificuldades encontradas para elaborar relatórios de acompanhamento e avaliação dos projetos do PROADI-SUS?
12. Quais são os pontos altos e baixos do PROADI-SUS para atingir os objetivos estabelecidos pelo hospital? E como o hospital entende o papel destes projetos para o alcance das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Sistema Único de Saúde (SUS)?
13. Que sugestões você poderia nos dar para aperfeiçoamento do PROADI-SUS?



ANEXO B

RELATÓRIO DO CLUBE RH



CLUBE **RH**

Brasília-DF, 05 de maio de 2025.

RELATÓRIO

Projeto: Estruturação de Monitoramento na Gestão Estratégicas de Projetos e Cooperações do Ministério da Saúde (MS)

Tópico: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS)



1. INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil enfrenta desafios constantes para garantir atendimento de qualidade e equitativo à população. Diante desse cenário, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) surge como uma estratégia essencial para fortalecer o SUS por meio de projetos voltados à capacitação profissional, pesquisa, inovação tecnológica, gestão e assistência especializada.

Criado em 2009, o PROADI-SUS é resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e seis hospitais de excelência no país, a saber: Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), A Beneficência Portuguesa de São Paulo (BP), Associação Beneficente Síria (Hcor), Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), Hospital Moinhos de Vento (HMV) e Hospital Sírio-Libanês (HSL). O programa se estrutura a partir do investimento desses hospitais, que destinam recursos próprios, correspondentes à imunidade fiscal de tributos como PIS, COFINS e cota patronal do INSS, para o desenvolvimento de projetos alinhados às demandas do SUS.

Desde sua implementação, o PROADI-SUS tem demonstrado impacto no aprimoramento do sistema público de saúde, contribuindo para a redução de filas de espera, qualificação de profissionais, suporte à incorporação de novas tecnologias e melhoria da gestão hospitalar. Além disso, o programa se consolidou como um dos principais fomentadores de pesquisas aplicadas à saúde pública no país, promovendo estudos de alta relevância e auxiliando na formulação de diretrizes clínicas e políticas de saúde.

Este relatório apresenta a percepção dos *stakeholders* envolvidos no PROADI-SUS em relação à estruturação e execução do programa. Para isso, foram realizadas entrevistas em profundidade com representantes das instituições participantes, buscando compreender os desafios enfrentados, as boas práticas adotadas e os impactos do programa na gestão hospitalar e no fortalecimento do SUS.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, criado pela Constituição Federal de 1988 para garantir acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde no Brasil (BRASIL, 1988). O SUS é pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (Paim *et al.*, 2011).

Apesar dos avanços alcançados nas últimas décadas, o SUS enfrenta desafios como o subfinanciamento crônico, as desigualdades regionais e a necessidade de melhorar a qualidade e eficiência dos serviços (Santos, 2018). Nesse contexto, surgem iniciativas para fortalecer e qualificar o sistema de saúde brasileiro.

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) foi criado em 2009 como uma parceria entre o Ministério da Saúde e hospitais filantrópicos de excelência, com o objetivo de fortalecer e qualificar o SUS por meio de projetos de apoio e transferência de conhecimento e tecnologia (Brasil, 2009). O PROADI-SUS permite que hospitais de excelência apliquem o valor de isenções fiscais em projetos de interesse do SUS nas áreas de estudos de avaliação e incorporação de tecnologias, capacitação de recursos humanos, pesquisas de interesse público e desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2021).

Desde sua criação, o PROADI-SUS tem apresentado resultados expressivos. Entre 2009 e 2020, foram investidos cerca de R\$ 6,5 bilhões em mais de 500 projetos de apoio ao SUS (Ministério da Saúde, 2021). As ações abrangem diversas áreas prioritárias, como:

- A.** Capacitação de profissionais de saúde: mais de 500 mil profissionais capacitados em diferentes especialidades e níveis de atenção (Ministério da Saúde, 2021).
- B.** Pesquisas e inovação: desenvolvimento de estudos e tecnologias para aprimorar diagnósticos, tratamentos e gestão em saúde (Lotufo, 2019).
- C.** Apoio à gestão: implementação de ferramentas e metodologias para melhorar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde (Barbosa *et al.*, 2020).



- D. Assistência especializada: realização de procedimentos de alta complexidade e apoio a serviços estratégicos do SUS (Ministério da Saúde, 2021).

O programa tem se mostrado uma estratégia relevante para o fortalecimento do SUS, promovendo a transferência de conhecimentos e tecnologias de instituições de excelência para o sistema público de saúde (Silva *et al.*, 2021). No entanto, estudos apontam a necessidade de aprimorar os mecanismos de avaliação de impacto e sustentabilidade das ações desenvolvidas (Tribunal de Contas Da União, 2018).

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) é uma ação do Ministério da Saúde (MS) em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida, dirigida ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2019). O PROADI-SUS teve suas origens em 1998, com o Decreto nº 2.536, que mencionava projetos de apoio ao desenvolvimento do SUS como forma de concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos (Brasil, 2011). Em 2009, a Lei nº 12.101 formalizou a possibilidade de instituições proporem projetos de apoio ao desenvolvimento do SUS junto ao MS como contrapartida para receber o Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS-Saúde).

O programa atua direta e indiretamente na garantia do direito à saúde. Diretamente, as instituições participantes podem prestar serviços ambulatoriais, hospitalares e cirúrgicos de média e alta complexidade aos pacientes do SUS. Indiretamente, o PROADI-SUS atua na capacitação de recursos humanos, desenvolvimento de inovações e tecnologias avançadas, bem como pesquisas úteis ao SUS (BRASIL, 2011). As instituições participantes recebem como contrapartida o CEBAS-Saúde, que permite isenções fiscais e a celebração de convênios com a Administração Pública (BRASIL, 2009). Para participar, as entidades devem ser reconhecidas como de “excelência” pelo MS, comprovando sua capacidade institucional (BRASIL, 2011).

Atualmente, seis instituições são consideradas “hospitais de excelência” aptos a apresentar propostas e executar projetos no âmbito do PROADI-SUS (Ministério da Saúde, 2019). Os projetos são financiados com recursos de isenção fiscal concedidos a essas instituições, acompanhados pelo MS e auditados por órgãos de controle (Tribunal de Contas Da União, 2017). O processo de aprovação e execução dos projetos

envolve a celebração de um Termo de Ajuste entre o MS e as instituições, a proposição de planos de trabalho, e a deliberação por um Comitê Gestor composto por autoridades do MS, CONASS e CONASEMS (Brasil, 2011). Desde sua implementação em 2009, o PROADI-SUS tem executado projetos em triênios. No último triênio finalizado (2018-2020), foram implementados 135 projetos, sendo 56 de continuidade e 79 novos (Ministério da Saúde, 2021).

3. MÉTODO

Este estudo de caso, que busca responder “como” o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) se manifesta no contexto do Ministério da Saúde, adota uma abordagem qualitativa para interpretar os significados e intenções dos atores sociais envolvidos (Godoi; Balsini, 2010; Yin, 2001). A coleta de dados se baseou em entrevistas semiestruturadas, realizadas com as Secretarias Finalísticas, com os Hospitais de Excelência e com alguns dos Hospitais Universitários participantes do PROADI-SUS (Tabela 1). Os roteiros de entrevista (Anexos A e B) continham questões-chave sobre o programa, a comunicação entre os atores, o monitoramento dos projetos e o impacto do PROADI-SUS, permitindo flexibilidade para aprofundar temas relevantes (Flick, 2009; Yin, 2001).

A análise dos dados coletados foi realizada com o auxílio do *software* IRAMUTEQ (Interface de R pour l'Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), versão 0.7 (Camargo & Justo, 2013; Rattinaud, 2014). O IRAMUTEQ é um software gratuito e de código aberto que permite realizar análises lexicométricas e estatísticas sobre corpus textuais, comumente utilizado em pesquisas qualitativas (Marchand, 2013). A análise lexicométrica, diferentemente da análise de conteúdo tradicional, envolve a quantificação de dados textuais, buscando identificar regularidades e tendências nas dimensões formais e semânticas do texto (Bardin, 1977; Leblanc, 2015; Salem, 1986).

O processo de análise no IRAMUTEQ envolveu as seguintes etapas:

- A.** Transcrição e Preparação do Corpus: As entrevistas foram transcritas e revisadas para garantir a fidedignidade das informações. Em se-



guida, foi criado um *corpus* textual único, contendo todas as transcrições. Cada entrevista foi delimitada por uma linha de comando, contendo informações sobre o entrevistado (por exemplo, **** *SG-TES *SECRETARIA). Essa codificação facilita a identificação das evidências empíricas e a análise comparativa entre os diferentes grupos de entrevistados. As perguntas dos pesquisadores foram removidas, focando a análise no discurso dos participantes. O arquivo foi salvo no formato UTF-8 para garantir a compatibilidade com o *software*.

- B.** Processamento no IRAMUTEQ: O *corpus* textual foi importado para o IRAMUTEQ, onde foram realizadas diversas análises, incluindo a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a análise de similitude.
- C.** Classificação Hierárquica Descendente (CHD): A CHD, também conhecida como método Reinert, é uma técnica estatística que visa identificar classes de segmentos de texto (STs) que compartilham vocabulário semelhante (Reinert, 1983). O algoritmo divide o *corpus* em classes sucessivas, buscando maximizar a homogeneidade interna e a heterogeneidade entre as classes. O resultado da CHD é um dendograma, que representa a estrutura hierárquica das classes, e tabelas com as palavras mais significativas de cada classe, que permitem caracterizar o conteúdo temático de cada uma delas.
- D.** Análise de Similitude: A análise de similitude é uma técnica que visa identificar as palavras que coocorrem com maior frequência no *corpus*, representando as relações entre elas em um grafo de similitude. Essa análise permite identificar os conceitos centrais e a estrutura do discurso dos participantes.
- E.** Interpretação dos Resultados: A etapa final da análise consistiu na descrição e interpretação dos resultados gerados pelo IRAMUTEQ, buscando identificar os temas centrais, as relações entre os conceitos e as perspectivas dos diferentes atores sobre o PROADI-SUS. A interpretação foi realizada à luz do referencial teórico do estudo, buscando relacionar os resultados da análise textual com as questões de pesquisa e os objetivos do estudo (Leblanc, 2015).

3.1 Amostra e coleta de dados

A pesquisa foi conduzida com o objetivo de compreender a percepção dos hospitais participantes do PROADI-SUS sobre a estruturação e execução do programa, bem como os desafios e impactos observados na gestão hospitalar e no fortalecimento do SUS. Para isso, adotou-se uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas em profundidade como técnica de coleta de dados.

A amostra foi composta por representantes de instituições-chave envolvidas no PROADI-SUS, incluindo gestores, coordenadores e especialistas de diferentes hospitais e órgãos reguladores. As entrevistas foram realizadas com membros das seguintes entidades: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde (SECTICS), Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), além de cinco dos seis hospitais de excelência que integram o programa: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Beneficência Portuguesa de São Paulo, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês. Também foram incluídos os seguintes Hospitais Universitários: Hospital Escola da UFPel, Hospital Universitário Alcides Carneiro e Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

As entrevistas foram conduzidas entre setembro de 2024 e abril de 2025, com duração média de uma hora e quinze minutos por sessão, conforme descrito na tabela 1. Os dados coletados foram posteriormente organizados e estruturados para análise, considerando aspectos como principais desafios enfrentados pelos hospitais, impactos dos projetos desenvolvidos e oportunidades de aprimoramento da gestão e monitoramento do PROADI-SUS. O tratamento das informações foi realizado por meio de codificação textual e categorização temática, permitindo a extração de padrões e compreensão sobre a execução do programa.



TABELA 1

Entrevistas

#	Descrição	Data	Duração
1	SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	10/09/2024	1h30min
2	SAES - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde	12/09/2024	1h20min
3	SECTICS - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação e do Complexo Econômico Industrial da Saúde	30/09/2024	1h08min
4	ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária	07/10/2024	1h16min
5	ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar	07/10/2024	50min
6	MOINHOS - Hospital Moinhos de Vento	04/11/2024	1h16min
7	BP - Beneficência Portuguesa de São Paulo	06/11/2024	1h13min
8	EINSTEIN - Hospital Israelita Albert Einstein	07/11/2024	1h17min
9	HAOC - Hospital Alemão Oswaldo Cruz	07/11/2024	1h16min
10	SÍRIO - Hospital Sírio-Libanês	12/11/2024	1h07min
11	SESAI - Secretaria de Saúde Indígena	18/11/2024	51min
12	HE-UFPEL - Hospital Escola da UFPEL	28/03/2025	1h22min
13	HUAC-UFCCG - Hospital Universitário Alcides Carneiro	25/04/2025	53min
14	HUGG-Unirio - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	28/04/2025	1h11min

Dados da pesquisa (2025).

3.2 Procedimento de análise de dados

O tratamento dos dados coletados iniciou-se com a transcrição das entrevistas, realizada com o auxílio da ferramenta de inteligência artificial TurboScribe. Esse *software* permite a conversão automatizada de áudio em texto, proporcionando maior agilidade na obtenção do material textual bruto. Após essa etapa, procedeu-se à conferência manual do conteúdo transcrito, assegurando a fidedignidade das informações e a correção de possíveis imprecisões derivadas do processamento automatizado.

Com o texto validado, iniciou-se a fase de codificação e formatação do *corpus* textual, etapa essencial para a organização dos dados e sua posterior exploração analítica. Na segunda etapa do processo, referente à exploração dos dados, utilizou-se o IRAMUTEQ versão 0.7. Esse *software*, de acesso livre e gratuito, permite a realização de análises lexicométricas e estatísticas de *corpus* textuais, sendo amplamente empregado

em pesquisas qualitativas para a extração de padrões linguísticos e estruturais nos dados textuais (Camargo; Justo, 2013).

O índice de aproveitamento dos segmentos de texto alcançou 85,84%, um valor considerado excelente, pois supera o limiar mínimo de 75% recomendado pela literatura para garantir a validade das análises textuais (Camargo; Justo, 2013).

4. RESULTADOS

A análise dos dados coletados por meio das entrevistas em profundidade permitiu uma compreensão da percepção dos hospitais participantes do PROADI-SUS e das instituições envolvidas quanto à estruturação, execução e impacto do programa. A partir da organização e processamento dos depoimentos, emergiram aspectos fundamentais relacionados aos desafios operacionais, à efetividade dos projetos desenvolvidos e às oportunidades de aprimoramento da gestão e monitoramento das iniciativas.

Os resultados apresentados a seguir estão estruturados em categorias que refletem os principais eixos temáticos identificados durante a análise. Entre os pontos abordados, destacam-se a governança do programa, os mecanismos de monitoramento e avaliação, a articulação entre os hospitais e o Ministério da Saúde, bem como as contribuições do PROADI-SUS para a melhoria da assistência e gestão hospitalar no país.

A seguir, são apresentados os achados da pesquisa, acompanhados de evidências empíricas extraídas das entrevistas, permitindo uma visão sistematizada dos impactos e desafios do PROADI-SUS na perspectiva de seus principais atores.

4.1 Análises do Corpus Completo

A análise do corpus textual das entrevistas foi conduzida por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), permitindo a identificação de padrões lexicais e estruturais nos discursos dos entrevistados. Uma das principais representações dessa análise é o dendograma, que ilustra a segmentação do texto em diferentes classes temáticas, evidenciando conexões entre os principais temas abordados.



O dendograma é um gráfico que organiza os dados de maneira hierárquica, mostrando como os segmentos de texto se agrupam com base em similaridades semânticas. Cada ramo representa uma classe distinta de discurso, destacando palavras-chave e temas recorrentes dentro do conjunto analisado. Essa abordagem possibilita uma visualização clara das relações entre os tópicos emergentes, facilitando a interpretação dos achados da pesquisa.

A CHD constrói classes a partir dos segmentos de textos (STs) do *corpus* textual (Sousa *et al.*, 2020). Esse método agrupa STs de até três linhas de acordo com a frequência das palavras lematizadas e seus respectivos valores de qui-quadrado (χ^2), que demonstram o grau de associação de uma palavra com determinada classe (Camargo; Justo, 2013; Sousa *et al.*, 2020).

Por meio deste método, as palavras são separadas em classes e divididas de acordo com os vocabulários afins, cujo resultado é um dendograma, um tipo de diagrama gerado com as divisões das classes geradas pela análise. Posteriormente, o pesquisador analisa as semelhanças e pode nomear essas classes com temas fundamentados na categorização feita pela CHD, categorizar o conjunto dessas classes e construir sua discussão teórica conforme os resultados gerados.

A CHD é uma técnica de análise de agrupamentos (*clusters*) que particiona segmentos de texto de um *corpus* com base na coocorrência de formas lexicais. Segundo Hair *et al.* (2009), o objetivo das análises de agrupamentos é classificar uma amostra de entidades (como indivíduos, objetos ou textos) em grupos menores e mutuamente excludentes, definidos após o tratamento dos dados e considerando as similaridades entre as entidades analisadas. No caso da CHD, essa análise é usada para identificar grupos de segmentos de texto com vocabulários semelhantes.

Operacionalmente, o processo de CHD envolve quatro etapas principais (Nascimento; Menandro, 2006). Primeiro, o *software* realiza uma leitura automática do *corpus*, segmentando os textos com base no tamanho e pontuação dos enunciados, lematizando as ocorrências e criando dicionários para as etapas seguintes. A diferenciação entre formas ativas (e.g., verbos, substantivos, adjetivos) e formas suplementares (e.g., pronomes, artigos, advérbios) é crucial, pois a maior parte dos cálculos usa formas ativas, que indicam características semânticas dos enunciados (Nascimento; Menandro, 2006).

Na segunda etapa, são construídas matrizes de contingência para os segmentos de texto e seus vocabulários, e realiza-se a CHD propriamente dita. Inicialmente, o *corpus* é dividido em duas classes baseadas nas diferenças de vocabulário. Esse processo é repetido nos agrupamentos resultantes até que não se formem novas classes estáveis (Nascimento; Menandro, 2006; Oliveira *et al.*, 2003). Em seguida, são realizados testes de qui-quadrado (X^2) para verificar a associação entre formas lexicais e classes, apresentando um dendrograma com as formas mais específicas de cada partição.

A terceira etapa envolve a criação dos perfis lexicais de cada classe, reunindo informações detalhadas sobre a distribuição das formas ativas e suplementares e os resultados dos testes de *qui-quadrado* (X^2). Também é realizada uma Análise Fatorial por Correspondência (AFC), que cruza formas reduzidas e variáveis categóricas com as classes resultantes (Nascimento; Menandro, 2006). Finalmente, a quarta etapa realiza cálculos complementares e identifica os segmentos de texto mais representativos de cada agrupamento, resgatando os contextos de enunciação das formas lexicais.

A CHD resultou em um dendrograma composto por cinco classes, cuja leitura deve ser feita da esquerda para a direita. A formação das classes ocorre através da inter-relação entre os textos processados, que possuem palavras homogêneas (Souza *et al.*, 2020). O dendrograma pode ser conferido na Figura 1 e, com mais detalhes, na Figura 2.

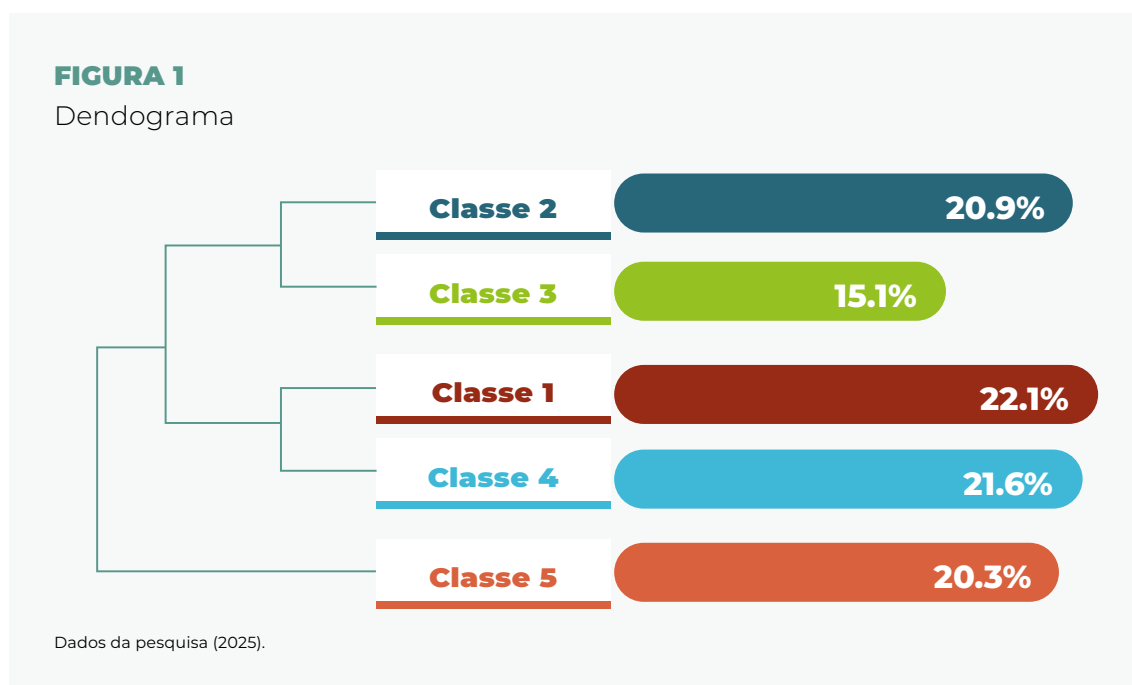
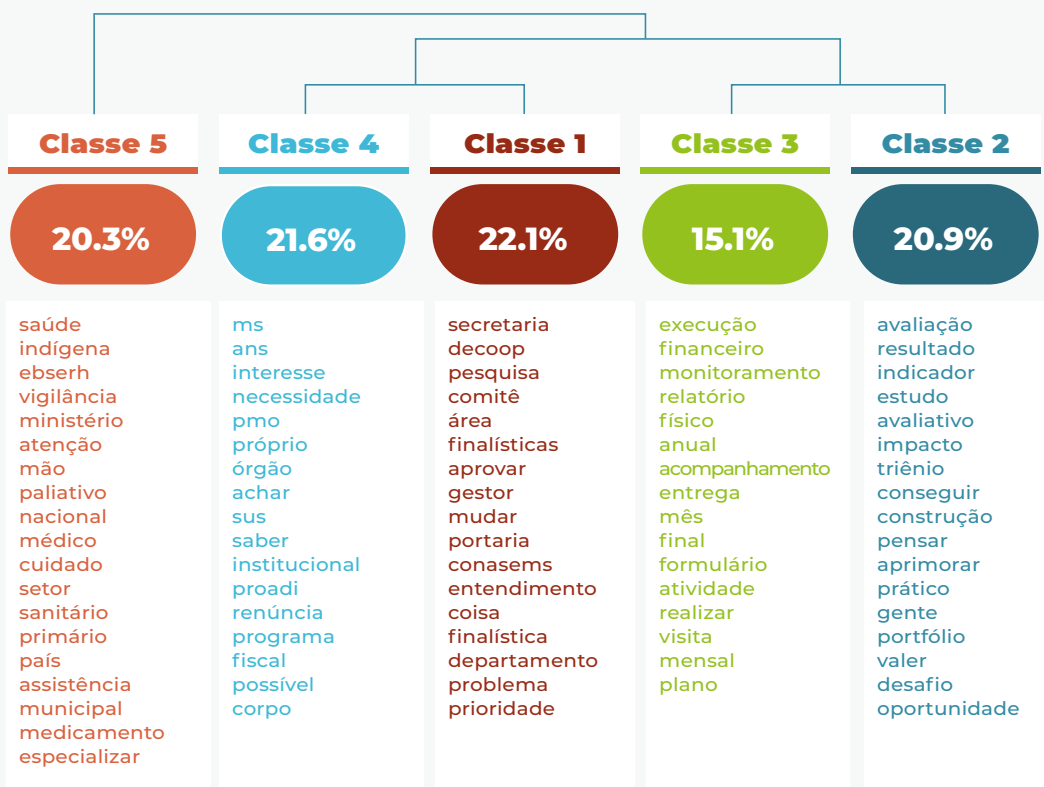


FIGURA 2

Classificação Hierárquica Descendente (CHD)



Nota: Nível de retenção: 85,84%.

Dados da pesquisa (2025).

Por meio da CHD, é viável a obtenção de evidências empíricas, conforme apresentadas nas Tabelas 2 a 6, utilizando-se o método do escore absoluto. Esse escore é determinado a partir da soma dos valores do qui-quadrado (X^2) das palavras que compõem os segmentos de texto (STs) pertencentes a uma classe específica. Dessa forma, foram selecionados os segmentos de texto que apresentaram os escores mais elevados, garantindo que refletissem o conteúdo da respectiva classe.

TABELA 2

Evidências Empíricas da Classe 1

Classe 1 - Coordenação Centralizada e Técnica	Score	Área
“Está sendo criado um comitê de governança em pesquisa dentro do MS, e aí o DESID vai ser a área gestora desse comitê, e a ideia é que esse comitê ele reformule a agenda de prioridades em pesquisa do MS”.	390.13	SECTICS
“Ao aprovar uma nova proposta de projeto de pesquisa, a fala do CONASEMS foi que ao analisar projetos, o comitê gestor vai priorizar a aprovação de projetos demandados anteriormente por eles e não os que estão sendo apresentados agora, então acho que ficou muito claro que a gente ainda vai ter dificuldade de aprovar novos projetos de pesquisa”.	374.79	SECTICS
“Porque a portaria fala que o hospital pode apresentar propostas a qualquer tempo. E a secretaria valida etc. Essa parte da matriz elaborada antes, dessa planilha que a gente elaborou em setembro e aprovou em comitê gestor, não está meio que na portaria essa regra”.	373.93	SAES
“Eu vi isso lá nas reuniões, na reunião lá do Comitê Gestor, o CONAS e o CONASEMS, falando disso das próprias secretarias do MS. Olha, tem projetos aqui de uma secretaria que é muito semelhante à de outra, que parece que não se conversaram”.	363.29	ANVISA
“Sempre existiu um comitê gestor para deliberar sobre os projetos, mas as coisas eram soltas, não existia uma interface, uma articulação entre as diversas secretarias do MS, e isso fazia com que a gente muitas vezes aprovasse projetos, por exemplo, de uma secretaria e que outra secretaria tava aprovando um projeto parecido”.	354.55	SGTES
“O que eu acho que tem que melhorar hoje é a DECOOP cria, a CGMAG, que é responsável pelo monitoramento, mas as áreas, as secretarias finalísticas não criarem também além, tirando essa parte de visitas in loco, falando de planilha, desses processos mais burocráticos, além do que se faz”.	345.56	HAOC
“Na portaria é uma competência expressa. O monitoramento é competência das secretarias finalísticas. A meu ver, como gestor, o DECOOP tem que garantir o monitoramento. Então, não é ele fazer o monitoramento. Talvez ele pode dar a diretriz do monitoramento” (...)	341.23	SAES
(...) “essa relutância a gente enxerga dentro dos conselhos mesmo, CONAS e CONASEMS, a gente não enxerga essa dificuldade com outras secretarias do MS, por exemplo, e outra coisa que é importante que é o eixo pesquisa talvez seja o eixo onde os conselhos menos conseguem incidir na hora de decidir projetos ou não”.	319.07	SECTICS
“o DECOOP nos ajuda muito quando a gente não está conseguindo, por exemplo, eu comecei uma conversa com a Secretaria de Pesquisa, estava indo tudo bem, a gente estava ali com reuniões recorrentes, de repente a equipe não me responde mais, aí a gente precisa de um apoio do DECOOP para tentar internamente sensibilizar a equipe lá que está trabalhando” (...)	316.27	SÍRIO
Em geral, são os hospitais que apresentam um projeto e a gente avalia se está de acordo com a agenda de prioridade de pesquisa. O que acontece? A SECTICS, ela é uma área quase que meio, porque a gente define as prioridades de pesquisa do SUS de acordo com as outras unidades acham que é prioridade para o SUS.	315.05	SECTICS

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 1 revela uma perspectiva centrada na atuação normativa e técnico-política da coordenação nacional dos CEAGs, sobretudo durante a pandemia. Os trechos analisados evidenciam o papel estratégico do nível central na formulação de diretrizes, protocolos e procedimentos operacionais padronizados, a fim de garantir coesão e legitimidade nas ações em todo o território nacional.

Os discursos apontam para uma centralidade decisória ancorada no conhecimento técnico e na atuação de especialistas que, mesmo diante de desafios operacionais, procuraram construir um referencial unificado para orientar os núcleos regionais e estaduais. Neste sentido, a instância nacional funciona como eixo estruturante da política, conferindo estabilidade, autoridade e coordenação às respostas de emergência.

As evidências também indicam que, embora existam espaços de escuta e trocas entre os diferentes níveis, a lógica dominante nesta classe é vertical, com fluxos de informação que se originam no centro e são disseminados para a base. Tal arranjo foi percebido como necessário diante da magnitude da crise, mas também traz à tona tensões com as realidades locais e desafios na adaptação das diretrizes à diversidade dos contextos territoriais.

Portanto, a Classe 1 sintetiza uma dimensão fundamental da política de resposta a emergências: a necessidade de uma governança centralizada, técnica e legitimada, capaz de produzir referências normativas e operacionais em cenários de alta complexidade.

TABELA 3

Evidências Empíricas da Classe 2

Classe 2 - Desafios e Avanços na Avaliação de Resultados e Impactos dos Projetos	Score	Área
“E o que a gente ainda não consegue fazer também é a avaliação de resultado e impacto, que a gente sabe que isso a gente tem, precisa de conhecimentos específicos e uma construção específica lá no início do projeto, principalmente para avaliar impacto”.	600.92	SECTICS
“(…) geralmente são os projetos que são mais ligados à área assistencial. Isso a gente dizendo naquela perspectiva de impacto mais clássica de analisar a causalidade e a maioria dos projetos acabam indo para uma avaliação de resultado, mas a gente consegue fazer realmente essa linha de raciocínio desde as entregas, produtos, até a mensuração de resultado”.	563.73	HAOC
“A gente está montando um painel no BI, justamente para que a gente consiga, a gente e todos os diversos envolvidos, interessados, partes interessadas, visualizar de forma prática ali nesse painel os indicadores, como é que está o status dos indicadores tanto de processo, de entrega, quanto os de resultado barra impacto”.	561.70	HAOC
“A gente já tinha um grupo de estudos sobre o impacto, a gente estudava formatos de avaliação e nós participávamos do grupo de avaliação do G6. A partir da virada do triênio, a nossa primeira batalha foi garantir que todos os nossos projetos teriam uma avaliação do projeto ao final”.	546.38	SÍRIO
“Aqui a gente colocou a avaliação de impacto, a gente desenvolveu isso depois a gente aprimorou ali com o pessoal do G6, mas a gente coloca avaliação de impacto, mas vale para o processo avaliativo como um todo”.	532.66	EINSTEIN
“Então, o poder, o quanto as equipes conseguiriam ter força e poder político em termos institucionais para poder desenvolver as práticas avaliativas. A reflexão sobre a identidade, né, como são os projetos, o que eles são capazes de fazer, como a gente pensa na execução e na avaliação”.	532.18	HAOC
“A gente participou de uma comissão de avaliação dos resultados dos projetos do quinto triênio. Após finalizados, a gente fez essa avaliação dos impactos e aí a gente avaliou, por exemplo, a gente foi cada uma ficou num grupo, de acordo com o tema do projeto”	523.77	ANS
“Então, até ter um resultado final e conseguir chegar no que a gente mais deseja, que é a avaliação de impacto dos projetos, a gente, muitas vezes, tem dificuldade de fazer isso em três anos”.	511.37	MOINHOS
“Realmente não vai dar conta de tudo, mas será que, de alguma forma, a gente consegue buscar esse resultado, ou buscar essa avaliação de impacto, realmente, por algum tempo a mais”?	487.28	MOINHOS
“Então, a gente faz sempre esse casamento entre o indicador, os indicadores que constam na matriz de cada projeto com esses oito indicadores, macro indicadores”.	480.49	HAOC

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 2 revela um eixo central de preocupação das instituições envolvidas com os CEAGs: a necessidade de aprimorar a avaliação de resultados e impactos dos projetos executados. A análise do discurso dos participantes aponta para um reconhecimento comum de que essa dimensão exige métodos e competências específicas, frequentemente ausentes no início da elaboração dos projetos. Avaliar impacto, especialmente em sentido mais robusto, envolvendo causalidade, é reconhecido como um desafio técnico e político.

As falas refletem um processo de amadurecimento institucional sobre o papel das avaliações, especialmente quando incorporadas desde o desenho dos projetos. Algumas instituições relatam o desenvolvimento de painéis em plataformas de *Business Intelligence* (BI) para acompanhar indicadores de processo, entrega e impacto, demonstrando esforço em sistematizar e tornar visível esse acompanhamento.

Além disso, experiências de formação coletiva, como grupos de estudo e comissões de avaliação entre os hospitais do G6, indicam movimentos interinstitucionais de fortalecimento das práticas avaliativas. Há menções à participação ativa em comissões avaliadoras e à incorporação de diretrizes mais consistentes nos projetos submetidos a partir do novo triênio, como forma de garantir a existência de avaliação ao final de cada iniciativa.

No entanto, permanece latente o desafio de compatibilizar os prazos dos projetos com o tempo necessário para identificar impactos mais duradouros. A limitação do ciclo de três anos dos projetos PROADI-SUS é percebida como um fator que dificulta a mensuração de mudanças mais estruturais. Ainda assim, as instituições demonstram uma intenção clara de avançar nesse campo, buscando articular os indicadores dos projetos com macroindicadores sistêmicos e estratégias avaliativas mais robustas.

Em síntese, a Classe 2 evidencia uma transição em curso: de uma lógica predominantemente focada em entregas e produtos, para uma perspectiva mais orientada a resultados e impactos, ainda que essa transição esteja marcada por assimetrias de capacidades técnicas e institucionais.

TABELA 4

Evidências Empíricas da Classe 3

Classe 3 - Monitoramento Integrado da Execução Física e Financeira dos Projetos	Score	Área
“E aí, depois, no final do relatório, a cada entrega tem um percentual estimado de execução e, ao final, tanto do relatório de monitoramento quanto da prestação de contas, a gente estima. Então, isso do ponto de vista de execução física. Então, estava previsto as entregas tais, tais e tais, essa foi executada, essa não foi, então a execução está aproximadamente tantos por cento”.	706.19	SECTICS
“Nós fazemos um monitoramento a cada quatro meses aproximadamente, com toda a execução física do projeto e pelo menos em dois desses monitoramentos algum demonstrativo já de execução financeira, quando a gente começa a ter alguns fechamentos”.	667.26	MOINHOS
“Então o olhar era muito esse de análise, controle e monitoramento financeiro ao mesmo passo em que a gente tinha um controle um pouco menos próximo da execução física do projeto”.	640.50	EINSTEIN
“Para além disso, a gente tem o BI que a gente consegue fazer em alguns cenários, tanto financeiro, acompanhamento do orçado e realizado, assim também como as atividades, atrelar o físico ao financeiro também para fazer os acompanhamentos nas reuniões mensais”.	640.05	HAOC
“A gente ainda não tem esse fluxo bem estabelecido. A gente consegue fazer a avaliação dos produtos entregues, das entregas físicas e da execução financeira, mas não de resultado de projeto”.	591.74	SECTICS
“Na parte de monitoramento, a gente faz o seguinte, quando o hospital ele submete o projeto de pesquisa, ele obrigatoriamente, ele submete um cronograma, e existe um cronograma de entregas, entregas do ponto de vista de execução física. Então, ele coloca os 36 meses, porque o PROADI funciona no esquema de triênio, então ele coloca os 36 meses, coloca as entregas, então são macro entregas, geralmente três, quatro, cinco macro entregas, e dentro de cada entrega, as atividades”.	586.87	SECTICS
“Então conforme o plano de trabalho foi publicado lá, ele traz as grandes linhas de execução financeira do projeto e ele traz também uma visão geral de avanço de percentual de conclusão do cronograma, aí ele traz uma visão aqui do status das entregas em termos de percentual de conclusão e aqui ele considera à frente o triênio”.	585.42	HAOC
“O projeto, ele seguia meio que solto, e só talvez lá na prestação de contas final, ou na anual, que você recebia um relatório. Então, em relação ao monitoramento, existe aí uma grande disparidade entre secretarias em termos de maturidade para o acompanhamento dos projetos”.	572.69	SGTES
“Então a gente tem a cada final do mês qual é o percentual de execução de cada atividade de cada entrega dos nossos projetos”.	524.17	SÍRIO
O nosso indicador principal de execução de gestão do projeto é a realização daquelas atividades dentro de cada entrega. Então, eu tenho X atividades previstas para o período, eu realizei Y, Y sobre X é o percentual que vai dar. Financeiramente, a gente faz essa análise também quebrada por rubrica e por entrega nos modelos do MS.	520.90	BP

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 3 evidencia a crescente institucionalização de práticas de monitoramento nos projetos vinculados aos CEAGs, com foco na articulação entre execução física e financeira. Os depoimentos indicam que há um esforço contínuo de diversas instituições em estabelecer rotinas sistemáticas de acompanhamento dos projetos, com mensuração periódica do avanço das entregas pactuadas e da realização orçamentária.

O uso de indicadores quantitativos, como o percentual de execução de atividades previstas e a correspondência entre orçado e realizado, é mencionado de forma recorrente. Estes indicadores são calculados com base no número de atividades concluídas dentro de cada entrega, o que permite mensurar o grau de aderência ao cronograma estabelecido. Algumas instituições relatam o uso de ferramentas de BI para organizar e visualizar essas informações, especialmente nas reuniões de acompanhamento.

Além disso, há referência à exigência de cronogramas detalhados no momento da submissão dos projetos, o que favorece o monitoramento contínuo por parte das equipes gestoras e das secretarias envolvidas. Mesmo que se reconheça a existência de disparidades entre instituições quanto à maturidade desses processos, nota-se uma valorização crescente do acompanhamento técnico e financeiro como mecanismo de qualificação da gestão e prestação de contas.

No entanto, também se identificam desafios importantes, como a ausência de fluxos bem estabelecidos em algumas instituições, a dificuldade de avaliar resultados (além das entregas) e a defasagem temporal entre a execução dos projetos e os momentos formais de avaliação, como nas prestações de contas. Ainda assim, a Classe 3 demonstra um avanço em direção a uma cultura de monitoramento mais robusta, que articula resultados físicos e financeiros e contribui para a maior transparência e eficiência dos projetos sob responsabilidade dos CEAGs.

TABELA 5

Evidências Empíricas da Classe 4

Classe 4 - Governança Colaborativa e Reequilíbrio Institucional no PROADI-SUS	Score	Área
“Quando eu falo que houve um processo de amadurecimento, de crescimento ao longo desses anos, foi de ambos os parceiros foi tanto do MS quanto dos próprios hospitais que propiciou agora uma aproximação de interesses, digamos assim, porque o PROADI existe com o propósito do aprimoramento do SUS, e pra gente aprimorar, a gente precisa escutar quem tá lá na ponta”.	313.18	SGTES
“Diferente de outros órgãos, eu vejo que os próprios hospitais e as secretarias do MS têm coordenações, áreas específicas para tratar projetos. Para a ANS, a gente não tem. Então, na verdade, as equipes, as áreas técnicas finalísticas que fazem o acompanhamento e desenvolvimento do projeto, junto aos hospitais, são responsáveis também pela análise da prestação de contas, inclusive da execução financeira, e isso tem sido uma dificuldade muito grande”.	288.35	ANS
“E eu acho que essa panela de pressão começou a ficar insustentável e o próprio MS viu a necessidade de quebrar esse monopólio dos seis. Eu não tenho dúvidas que os seis hospitais são excelentes, porque eu conheço os seis e sei que o corpo é altamente qualificado. Nós aprendemos com eles e eles aprendem com a gente, mas eu penso que a gente incluir é importante”.	287.51	SGTES
“Se o programa não existisse, como que estariam esses trabalhos? É óbvio que o dono do projeto é o MS e é óbvio que tem que ter melhoria nos projetos, tem que atender a demanda e necessidade do SUS para apoiar como um programa, para fortalecer o SUS”.	284.44	HAOC
“A gente considera que nós temos um conjunto de dados que são de propriedade do MS em parceria com o Hospital de Excelência mas que precisam ser compartilhados com a sociedade. Então seguindo todos os trâmites de pedir autorização para o MS a gente tem construído tanto os projetos de investigação para dentro dos planos de trabalho como alguns outros que surgem depois durante o desenvolvimento e que eu acho que podem gerar conhecimentos importantes para o SUS, enfim, para o PROADI”.	276.66	SÍRIO
“A gente entende que o PROADI é uma necessidade evidenciada do SUS e uma expertise do hospital que está conduzindo o projeto, a gente tenta sempre aproximar os projetos que a gente vai negociar, compor junto ao MS com áreas que a gente tem mais afinidade”.	271.75	MOI-NHOS
“A gente atua da mesma forma que uma secretaria, como uma área temática. E aí, nessa última rodada a gente definiu quais eram os temas que nós teríamos interesse, assim como as secretarias definiram, as secretarias do MS”.	269.54	ANS
“Eu percebo que com todos esses anos de 15 anos de PROADI existindo, houve uma concentração de poder e poder dentro até do próprio MS de conduzir e enfim, porque eu não sei se vocês conhecem as particularidades, mas dentro de cada hospital eles têm o volume de renúncia fiscal determinado para três anos, eles têm que executar, gastar aquele recurso em projetos nas mais diversas áreas, só que para que um projeto seja aprovado, precisa do MS, mas eles precisam internamente, dentro de cada hospital, conversar com as diretorias e conseguir que esse projeto seja viabilizado internamente”.	268.90	SGTES
“Então, surge uma temática que a gente entende que é de interesse que é algo que vai surgir com muita força e aí a gente leva para o MS e constrói juntos para que isso seja representativo das necessidades ali do MS. Então, a gente tem trabalhado dessa forma se surgir alguma questão, alguma temática que a gente identifique como potencial, batemos na porta da secretaria por vezes eles vão falar, não, não interessa, não é prioridade, mas em alguns momentos, sendo prioridade a gente consegue sentar e desenhar fora daquela lista temática, mas algo que seja representativo”.	263.75	EINS-TEIN
“Então, meu papel aqui é cuidar para que os objetivos dos projetos sejam atingidos, negociar com o MS, eventual necessidade de ajuste de escopo, de revisão de processos, de entregas e afins”.	261.69	SÍRIO

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 4 evidencia um campo de tensões e avanços no que diz respeito à governança do PROADI-SUS, destacando a importância de relações institucionais mais equilibradas e colaborativas entre os diversos atores envolvidos. Os relatos apontam para um amadurecimento progressivo nas relações entre o Ministério da Saúde, os hospitais de excelência e demais órgãos parceiros, sinalizando mais aproximação entre os interesses estratégicos das partes.

A escuta ativa das necessidades do SUS, especialmente das demandas das pontas, ou seja, dos serviços e usuários, aparece como um componente crítico para o aprimoramento do programa. O reconhecimento do MS como “dono” dos projetos é reafirmado, ao mesmo tempo em que se ressalta a necessidade de responsabilização e mais protagonismo das secretarias temáticas e dos próprios hospitais.

Um aspecto marcante nos depoimentos é a percepção de que o PROADI-SUS, ao longo de seus 15 anos de existência, gerou uma concentração de poder técnico e decisório nos hospitais e em algumas áreas do próprio MS. Isso acarreta desafios para a democratização do acesso aos recursos da renúncia fiscal e para a inclusão de novos atores, como outras instituições hospitalares e áreas técnicas do sistema de saúde.

Os participantes também relatam desafios operacionais, como a ausência de estruturas dedicadas em órgãos como a ANS para acompanhar a execução dos projetos, o que sobrecarrega as áreas finalísticas. Esta carência contrasta com as experiências dos hospitais e secretarias que já possuem coordenações específicas e mais institucionalização dos processos.

Por outro lado, observa-se um movimento crescente de alinhamento temático e estratégico entre os proponentes dos projetos e o Ministério da Saúde. Algumas falas relatam práticas de negociação de escopo, priorização temática e construção conjunta de propostas fora da lista previamente definida, indicando uma governança mais flexível e responsiva às necessidades emergentes do sistema.

Por fim, a questão da apropriação e compartilhamento dos dados e conhecimentos gerados pelos projetos também aparece como ponto sensível, com destaque para a necessidade de transparência e retorno dos resultados à sociedade, ao SUS e às comunidades científicas e técnicas. Em síntese, a Classe 4 aponta para a urgência de fortalecimento da governança compartilhada e do diálogo interinstitucional no âmbito do PROADI-SUS.

TABELA 6

Evidências Empíricas da Classe 5

Classe 5 - Implementação Estruturante e Desafios Operacionais em Projetos Multinível	Score	Área
“O projeto Saúde em Nossas Mãos, ele é mais amplo. Ele envolve mais ações, mais unidades, mais setores, envolve insumos, envolve engenharia clínica, envolve, ele é muito mais amplo do que o Cuidados Paliativos.	972.66	HE-UFPEL
“A gente tem esses dois projetos que são da parte de saneamento e estrutura e da parte da atenção primária está muito focado para a questão da redução da mortalidade materna infantil, que é um grande problema para a saúde indígena”.	964.61	SESAI
“A gente tem duas grandes áreas na Secretaria de Saúde Indígena, que é uma que cuida da atenção primária e a outra que cuida do saneamento e da vigilância no saneamento. Então, a gente tem projetos da parte de saneamento que apoiam a estruturação de um programa nacional de saneamento que está sendo elaborado aqui pela Secretaria”.	955.69	SESAI
“Esses indicadores eles são coletados pelo meu setor, pela Unidade de Vigilância em Saúde, no Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Então, nós fizemos o monitoramento. Do número de nenéns com infecções, tanto de corrente sanguínea quanto de prevenção de infecção. Então, nós alimentamos. Tem uma estatística da minha equipe alimenta esses dados, esses indicadores e a equipe do projeto monta o relatório”.	885.38	HE-UFPEL
“Porque o MS é dividido em caixinhas, então atenção primária, especializada, a parte da vigilância e saúde, enfim. Se tiver uma intersecção com outra área, a gente pede uma ciência da outra área também de que essa proposta está sendo apresentada”.	884.23	SECTICS
“O MS abriu a inscrição. Nós nos inscrevemos de acordo com o que nós entendíamos. Só que, nisso, o EBSEERH fez essa negociação diretamente com o Ministério. Não, Pelotas não tem perfil para RHP. Pelotas tem perfil para saúde. Pelotas vai ficar com saúde em nossas mãos. Quando veio o resultado do MS, Pelotas vai ficar com saúde em nossas mãos e o HUB vai ser Moinhos de Vento. A gente não sabia qual era o HUB que vinha”.	871.41	HE-UFPEL
“Qualquer comunicação eventual com o MS sai pelo EBSEERH e a comunicação com o Moinhos é diretamente no nível do projeto do MS. A EBSEERH faz o vínculo hospital e ministério. E o Moinhos trabalha direto com o Ministério, não faz a ligação com o EBSEERH. O HUB é o hospital que é hospital de referência para melhoria dos nossos processos, que é o Moinhos. Esses projetos, eles são estratégicos para a rede EBSEERH.	854.85	HE-UFPEL
“A sede, a EBSEERH, ela elenca um grupo de indicadores de saúde que representam qualidade da assistência. E esses são os principais. São os quais a gente não deve se afastar”.	852.00	HUGG-U-nirio
“Bom, o hospital, por si, ele já não é atenção primária e pela falta de experiência na saúde indígena. E aí, outras dificuldades que nós tivemos, então, nessa conversa, além da falta de experiência na saúde indígena, são os preços executados pelos hospitais que são muito diferentes do que é praticado”.	851.25	SESAI
“E infelizmente o projeto reestruturação hospitalar, quando a gente tinha sido contemplado, mas aí até então a gente não tinha tido contato. Eu entrei em contato algumas vezes para saber, porque o pessoal não tinha entrado em contato conosco, mas aí o pessoal da EBSEERH, falou conosco dizendo que como a gente foi contemplado em saúde em nossas mãos, eles já tiraram esse projeto para contemplar outro hospital que não tinha tido outro projeto contemplado”.	826.67	HUAC-U-FCG

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 5 reúne evidências que refletem as dinâmicas de implementação dos projetos vinculados ao PROADI-SUS em instituições hospitalares federais, com destaque para os hospitais universitários da rede EBSERH e para áreas do Ministério da Saúde como a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI). Trata-se de uma classe fortemente associada a desafios operacionais, estruturação técnico-assistencial e articulação entre diferentes níveis da gestão federal.

Os depoimentos revelam a amplitude e complexidade dos projetos, muitos dos quais envolvem múltiplos setores, insumos e áreas da atenção à saúde, como saneamento, vigilância, atenção primária e hospitalar. Projetos como “Saúde em Nossas Mãos” e iniciativas voltadas à saúde indígena são exemplos de intervenções com escopo transversal e impacto potencial sobre a organização dos serviços de saúde.

Observa-se, no entanto, a fragmentação institucional dentro do próprio MS, descrita como “dividido em caixinhas”, o que impõe barreiras para propostas intersetoriais e exige articulações adicionais para que projetos com interfaces entre áreas sejam viabilizados. Tal fragmentação dificulta a fluidez dos processos e reforça a necessidade de maior integração interna na governança federal.

Também emergem desafios ligados à gestão e comunicação entre os diversos atores envolvidos. A intermediação exercida pela EBSERH, por exemplo, influencia diretamente a definição de papéis, escopos e até a redistribuição de projetos, o que, por vezes, ocorre sem transparência ou diálogo com os hospitais locais, gerando frustração e insegurança. Em contraste, hospitais de excelência como o Moinhos de Vento mantêm comunicação direta com o MS, revelando disparidades nos canais de articulação.

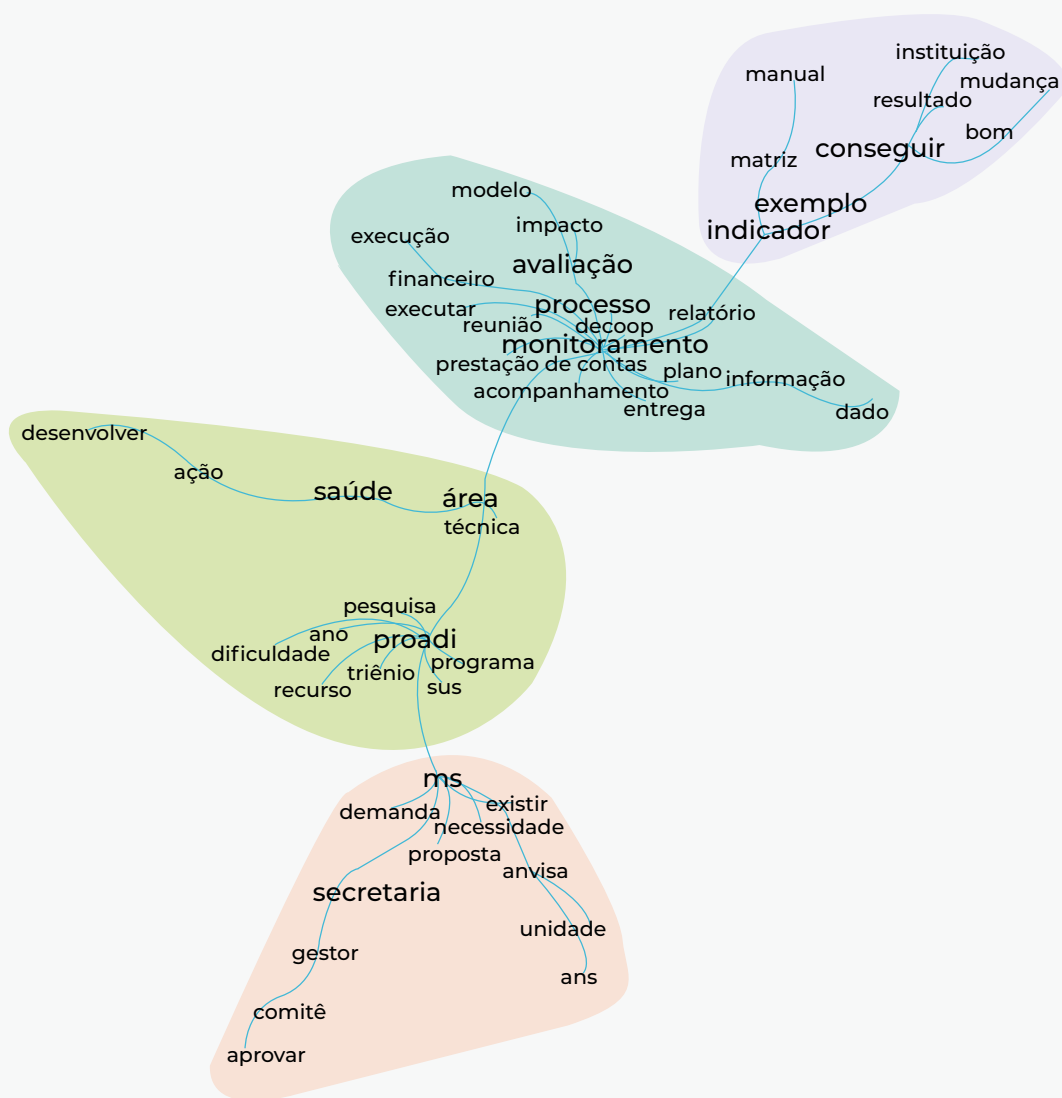
Além disso, há uma preocupação latente com a definição e monitoramento de indicadores estratégicos, como forma de garantir a qualidade da assistência e o alinhamento com as metas institucionais. No entanto, esse esforço nem sempre é acompanhado de uma integração plena entre as unidades operacionais e os parceiros responsáveis pela implementação.

Em suma, as dificuldades relatadas pelos atores envolvidos com a saúde indígena, como ausência de expertise hospitalar e divergências nos valores praticados, reforçam os desafios para adequação de projetos a contextos específicos e vulneráveis. A Classe 5, portanto, revela um campo marcado por tensões operacionais, disputas por protagonismo institucional e necessidade de amadurecimento na coordenação multinível dos projetos estruturantes do PROADI-SUS.

4.1.1 Análise de Similitude do Corpus Completo

Outro procedimento que pode ser realizado com o auxílio do IRA-MUTEQ é a Análise de Similitude (Figura 3), que utiliza a concorrência de formas lexicais em textos ou segmentos de texto para construir representações gráficas da estrutura do conteúdo de um *corpus*. Os resultados são apresentados na forma de grafos, onde as palavras representam os vértices e as arestas mostram a relação entre elas (Marchand; Ratinaud, 2012).

FIGURA 3
Análise de Similitude



Dados da pesquisa (2025).



Esse método é particularmente útil para identificar a conexão entre as formas linguísticas em um conjunto de textos, refletindo como o conteúdo se organiza (Camargo; Justo, 2018). Além disso, é possível combinar a Análise de Similitude com uma análise de agrupamentos (clusters) baseada na concorrência das palavras nos textos. O resultado dessa combinação pode ser visualizado através de comunidades linguísticas destacadas por cores diferentes no grafo gerado.

A Análise de Similitude permite identificar as conexões entre os principais termos utilizados pelos entrevistados, evidenciando a estrutura semântica do discurso.

Figura 3, que explora as coocorrências lexicais associadas ao termo central “proadi”, revela como os discursos dos entrevistados organizam significados sobre o programa, estruturando-se em quatro núcleos semânticos interligados. Estes agrupamentos refletem as representações sociais sobre o PROADI-SUS e destacam suas dimensões técnica, institucional e estratégica.

No **Núcleo 1 – “proadi” – “saúde” – “área” – “técnica”** –, localizado no centro da rede, observa-se a associação direta do programa à esfera técnica da saúde pública. Termos como “triênio”, “sus”, “programa” e “pesquisa” reforçam a percepção do PROADI-SUS como uma política estruturada e planejada, alinhada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Este núcleo evidencia que a iniciativa é compreendida como uma ação especializada, conduzida por áreas técnicas, com foco em projetos de médio prazo (triênio) e em pesquisa, consolidando sua imagem como um programa técnico-operacional.

À esquerda inferior, o **Núcleo 2 – “ms” – “secretaria” – “demanda” – “proposta”** – destaca a dimensão político-institucional do programa. A conexão com termos como “necessidade”, “comitê”, “gestor”, “anvisa” e “ans” aponta para a burocracia e os mecanismos de governança envolvidos. A atuação do Ministério da Saúde e das secretarias é central aqui, sugerindo que o PROADI-SUS depende de alinhamentos institucionais, demandas regulatórias e propostas validadas por estruturas decisórias, como comitês e gestores públicos.

No **Núcleo 3 – “monitoramento” – “avaliação” – “processo” – “indicador”** –, à direita da rede, emerge a ênfase na gestão técnica dos projetos. Palavras como “modelo”, “execução”, “relatório”, “impacto” e “plano” reforçam a necessidade de planejamento rigoroso, acompanhamento contínuo e avaliação baseada em indicadores mensuráveis.

Este agrupamento, diretamente vinculado ao termo central “proadi”, sublinha a importância da transparência e da justificativa técnica para legitimar as ações do programa, garantindo que seus resultados sejam auditáveis e alinhados a metas pré-estabelecidas.

Por fim, o **Núcleo 4 – “conseguir” – “exemplo” – “instituição” – “resultado”** –, mais periférico, aborda a efetividade prática do PROADI-SUS. Termos como “manual”, “matriz” e “mudança” sugerem uma preocupação com a aplicação concreta das iniciativas, a busca por exemplos bem-sucedidos e a geração de impactos transformadores nas instituições de saúde. Este núcleo reflete a tensão entre a aspiração por resultados tangíveis e os desafios operacionais, destacando a importância de documentar e replicar boas práticas.

A análise revela três eixos estruturantes das representações sobre o PROADI-SUS:

1. **Técnico-operacional:** Articulado por termos como “área técnica”, “monitoramento” e “indicador”, enfatiza a execução planejada e baseada em evidências.
2. **Político-institucional:** Centrado em “ms”, “secretaria” e “proposta”, destaca a coordenação burocrática e a necessidade de alinhamento com as estruturas do SUS.
3. **Estratégico de resultados:** Focado em “como conseguir” impactos, exemplos positivos e mudanças institucionais, reflete a busca por efetividade e aprendizagem contínua.

A centralidade do termo “proadi” na rede confirma seu papel como articulador de significados, transitando entre tecnicidade, gestão pública e a ambição por resultados mensuráveis. Esta estrutura semântica ilustra como o programa é percebido simultaneamente como uma ferramenta técnica, um mecanismo institucional e um vetor de transformação na saúde pública.



4.1.2 Nuvem de Palavras do Corpus Completo

A última análise realizada no software foi a Nuvem de Palavras, que oferece uma representação gráfica das ocorrências no corpus, onde o tamanho de cada forma é proporcional à sua frequência. Apesar de seu efeito estético, a Nuvem de Palavras contribui pouco para a interpretação dos dados em contextos de pesquisa. Primeiro, a representação é baseada exclusivamente na frequência de cada forma, sem fornecer indicadores suplementares. Nesse caso, uma tabela de frequências pode ser mais informativa, embora menos atraente visualmente.

Em segundo lugar, a organização das palavras na imagem não segue critérios objetivos para estabelecer relações de proximidade, distanciamento ou conexão entre os elementos do vocabulário. Isso pode levar a interpretações errôneas sobre a existência de relações entre palavras apresentadas na mesma área da imagem. Para análises que buscam inferir relações entre elementos, métodos como a Análise Fatorial por Correspondência (AFC) e a Análise de Similitude são mais adequados. No entanto, a Nuvem de Palavras pode ser útil para apresentar visualmente os resultados obtidos de um tratamento lexicométrico prévio, como as formas características geradas em uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (Calassa *et al.*, 2015).

A Nuvem de Palavras (Figura 4) representa graficamente a frequência e relevância dos termos mais mencionados ao longo das entrevistas. Quanto maior a palavra na nuvem, maior sua recorrência no discurso dos entrevistados, indicando temas centrais e conceitos-chave relacionados ao PROADI-SUS.

Além disso, a frequência de termos como “falar”, “dar”, “trazer” e “conseguir” sugere que a comunicação entre os atores institucionais e operacionais é um aspecto fundamental. Isso indica não apenas a necessidade de alinhamento e coordenação entre áreas técnicas, hospitais e secretarias de saúde, mas também um movimento de construção coletiva das soluções. Termos como “equipe”, “área”, “secretaria” e “ims” reforçam a ideia de cooperação entre os diferentes níveis de gestão e execução dos projetos, promovendo a integração entre entes federativos e instituições parceiras.

Outras palavras em destaque, como “trabalhar”, “processo”, “resultado”, “entrega”, “execução”, “prestação_de_contas”, “reunião” e “plano”, remetem aos desafios operacionais envolvidos na implementação dos projetos. Isso revela que, além da dimensão estratégica, há uma preocupação constante com a execução eficiente, o cumprimento dos cronogramas e a capacidade de entregar resultados concretos, mensuráveis e auditáveis, o que é coerente com os princípios que regem a parceria PROADI-SUS. Ainda, termos como “decop”, “sus”, “anvisa” e “pesquisa” situam os projetos dentro de um contexto institucional mais amplo, regulado por diretrizes técnicas e operacionais, e em diálogo com as agendas nacionais de saúde pública.

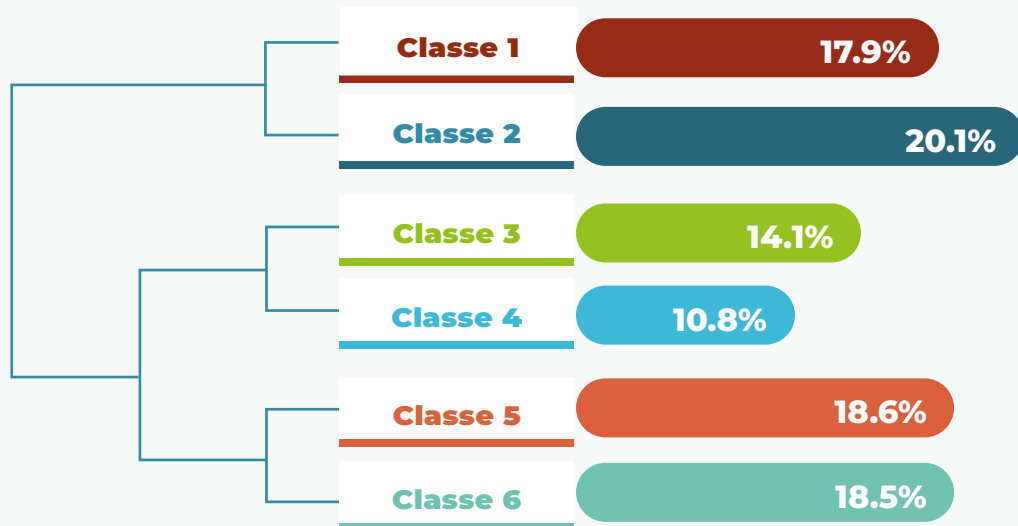
Em síntese, a nuvem de palavras reforça que o PROADI-SUS está fortemente estruturado sobre uma lógica de governança orientada por evidências, controle, transparência e cooperação interinstitucional. A presença recorrente de verbos ligados à ação e ao diálogo também evidencia que os resultados dependem de uma articulação fluida entre os diversos atores, o que exige, além de capacidade técnica, disposição para o trabalho conjunto e abertura para o compartilhamento de responsabilidades e aprendizados.

4.2 Análise do Subcorpus Secretarias

O dendograma apresentado na Figura 5 representa a estruturação hierárquica dos discursos das secretarias do Ministério da Saúde envolvidas no PROADI-SUS. A análise do dendograma permite identificar as principais classes temáticas que emergiram das entrevistas com os representantes das secretarias, destacando os temas mais relevantes e as relações entre eles.

FIGURA 5

Dendograma do Subcorpus Secretarias



Dados da pesquisa (2025).

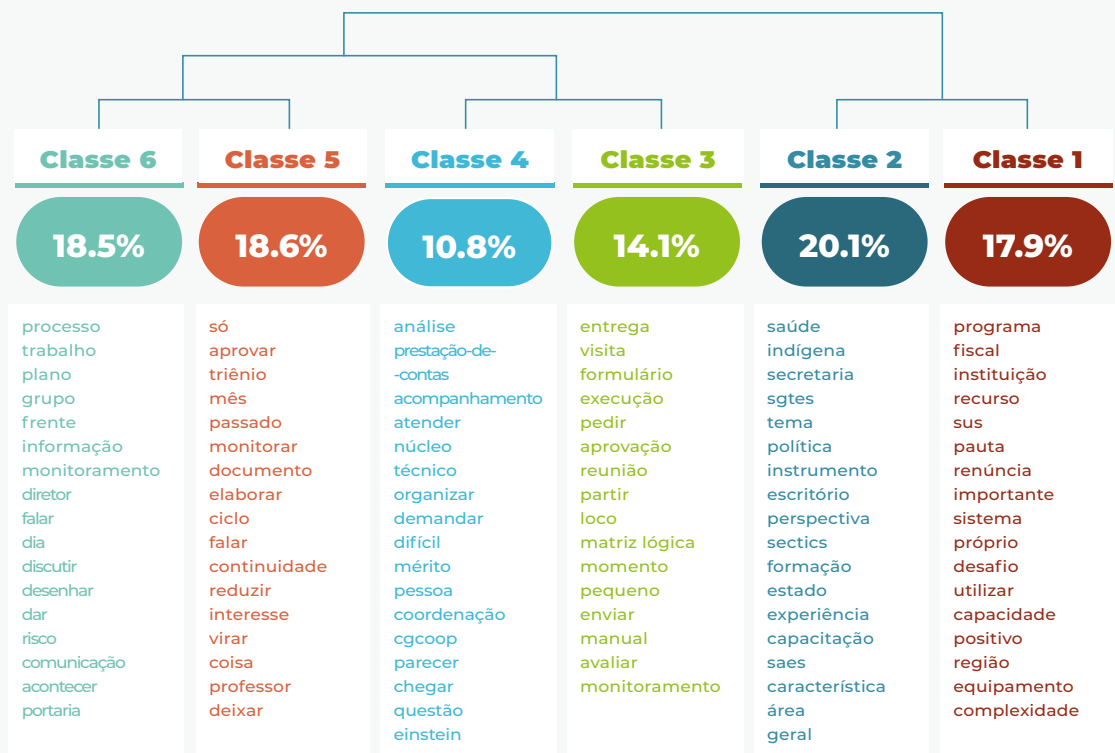
A análise do Dendograma do Subcorpus Secretarias revelou que as principais preocupações das secretarias do Ministério da Saúde em relação ao PROADI-SUS envolvem a governança do programa, o monitoramento dos projetos, a estruturação interna para análise das iniciativas e a definição de prioridades estratégicas.

Os dados indicam que há um esforço crescente para aprimorar a gestão dos projetos, com iniciativas voltadas à padronização de processos, fortalecimento da avaliação de impacto e ampliação da comunicação entre os hospitais e as secretarias. No entanto, desafios ainda persistem, como a falta de estrutura adequada para a análise de projetos, dificuldades na mensuração de resultados e a necessidade de maior alinhamento estratégico das iniciativas aprovadas.



FIGURA 6

Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do Subcorpus Secretarias



Nota: Nível de retenção: 92,50%

Dados da pesquisa (2025).

A análise do Dendograma do Subcorpus Secretarias permitiu identificar a segmentação do discurso dos representantes das secretarias do Ministério da Saúde, evidenciando os principais temas e preocupações relacionadas à execução do PROADI-SUS. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) revelou seis classes de discurso, cada uma refletindo diferentes aspectos da governança, monitoramento e implementação dos projetos dentro do programa, conforme descritas a seguir.

TABELA 7

Evidências Empíricas da Classe 1 do Subcorpus Secretarias

Classe 1 - Estruturação e Desafios na Gestão de Projetos	Score	Secretaria
“Só os seis atuam no sistema, fazendo renúncia fiscal, e nós sabemos que existem muitas instituições ainda muito boas, excelentes em alguns campos de atuação, como eu também já tive oportunidade de conhecer, instituições que querem ingressar” (...)	250.51	SGTES
“Outra questão importante é que o PROADI permite aquisição de equipamentos com recursos do programa. Então, a gente vai olhar se o equipamento está lá mesmo, está em uso, a questão de ter a ver ou não, a gente leva as notas fiscais e vê se condiz com aquele modelo que foi adquirido	183.83	SECTICS
(...) “falta essa amarração dentro da instituição, do órgão, para talvez entender qual é a inserção do programa dentro do SUS. Porque ele desenvolve institucionalmente o SUS. Ok. Mas como?”	167.45	SAES
(...) “mais especificamente nesse 2023 para cá, houve um ganho significativo com a secretaria executiva nos pautando de uma maneira mais, digamos que, mais normativa, diretiva, de cobrar, porque a secretaria executiva, ela é o gestor administrativo do programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS”.	164.08	SGTES
(...) “ao longo do tempo, o MS não deu importância ao PROADI. E é um projeto com uma envergadura, é um programa com uma envergadura gigantesca. São 3 bilhões em imunidade fiscal e encargos sociais. Então, imagina, eu sou Hospital de Excelência e eu tenho uma imunidade do Einstein que hoje está em 1,5 bilhão, que eu posso ter imunidade. Eu vou gastar esse dinheiro, de alguma forma. E imprimir meu nome ainda. Então, ao longo do tempo, os hospitais se acostumaram a propor projetos.	157.05	SAES

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 1 aborda os desafios enfrentados pelas secretarias do Ministério da Saúde na definição, estruturação e gestão dos projetos do PROADI-SUS. A partir das evidências empíricas, fica claro que há dificuldades na organização interna das secretarias para estruturar demandas, bem como na avaliação dos projetos propostos pelos hospitais de excelência.

Uma das principais dificuldades mencionadas pelos entrevistados refere-se à falta de um processo estruturado para a definição e apresentação de demandas por parte das secretarias. Em muitos casos, os projetos chegam ao PROADI-SUS sem um alinhamento claro com as necessidades estratégicas do SUS, o que pode resultar em iniciativas desconectadas das prioridades reais do Ministério da Saúde.



Foi mencionado que algumas secretarias apresentam listas de necessidades sem critérios claros, dificultando a análise dos projetos e a definição de prioridades. Essa falta de padronização compromete a capacidade de seleção de projetos estratégicos, pois a ausência de critérios objetivos pode gerar aprovações baseadas em interesses fragmentados, em vez de uma visão integrada do SUS.

Outro ponto importante levantado nas evidências empíricas é a falta de articulação entre as diferentes secretarias do Ministério da Saúde na formulação dos projetos. Como o MS é dividido em áreas como atenção primária, especializada e vigilância em saúde, os projetos propostos por uma secretaria podem impactar outras áreas, exigindo um trabalho conjunto para evitar sobreposições ou contradições nas iniciativas aprovadas.

A necessidade de mais integração entre as secretarias para alinhar as propostas de projetos foi destacada. A falta desse alinhamento pode levar à execução de iniciativas que não dialogam entre si ou que acabam competindo por recursos dentro do próprio MS.

Outro problema identificado está relacionado à capacidade técnica das secretarias para estruturar e avaliar os projetos do PROADI-SUS. Algumas áreas do MS contam com equipes reduzidas e sem formação específica para a análise detalhada das propostas, o que gera um impacto negativo na qualidade das avaliações.

Foi relatado que, em algumas secretarias, as mesmas equipes que acompanham a execução dos projetos também são responsáveis pela análise técnica e orçamentária das novas propostas, resultando em uma sobrecarga de trabalho e em dificuldades para garantir uma análise criteriosa e alinhada às necessidades do SUS. A falta de recursos humanos especializados impacta diretamente a capacidade do Ministério da Saúde de tomar decisões estratégicas e bem fundamentadas sobre quais projetos devem ser aprovados e como devem ser conduzidos.

Apesar dos desafios mencionados, as evidências empíricas indicam que há um esforço crescente para padronizar a estruturação das demandas e aprimorar a gestão dos projetos do PROADI-SUS. Algumas secretarias já adotaram formulários padronizados e diretrizes específicas para a submissão de projetos, o que facilita a análise e aprovação das iniciativas. Além disso, tem sido incentivado o uso de ferramentas de monitoramento e visitas técnicas aos hospitais, permitindo que as secretarias acompanhem de perto a execução dos projetos e propo-

nam ajustes quando necessário. Essa estratégia tem se mostrado essencial para garantir maior transparência e eficiência no processo.

A análise da Classe 1 demonstra que a falta de padronização na estruturação das demandas, a desarticulação entre as secretarias e a sobrecarga das equipes técnicas são desafios na gestão dos projetos do PROADI-SUS. Para que o programa alcance sua máxima efetividade, é fundamental que o Ministério da Saúde invista na capacitação das equipes técnicas, estabeleça diretrizes mais claras para a submissão de projetos e fortaleça a integração entre as secretarias envolvidas.

TABELA 8

Evidências Empíricas da Classe 2 do Subcorpus Secretarias

Classe 2 - Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas dos Projetos	Score	Secretaria
(...) “para mim, a principal característica, e que a gente vem trabalhando com isso, a principal característica é que são solicitações, necessidades da Secretaria de Saúde Indígena, que as áreas entendem encaixar naquele instrumento, para que aquele instrumento execute o que deveria estar sendo executado pelo orçamento”.	239.31	SESAI
“Então, independentemente do tipo de instrumento e da potência daquele instrumento, eram apresentados os mesmos projetos. E esses projetos, na verdade, não eram nem projetos, eram mais uma lista de necessidades da Secretaria de Saúde Indígena”.	200.84	SESAI
“Porque o PROADI tem uma característica muito específica e que ele não vai sanar o problema da saúde indígena. E eram essas as questões que vinham. Então, a mortalidade infantil é muito alta. Sim, mas o PROADI vai fazer um pedaço disso. Ele pode fazer uma formação, ele pode trazer alguma tecnologia, mas ele não vai sanar o problema que é da Secretaria de Saúde Indígena”.	199.30	SESAI
(...) “um instrumento que a gente tem aqui, que é muito comum na saúde indígena, que não sei por que, mas ele chama Acordo de Cooperação Técnica, que é um instrumento em que não tem repasse de recursos entre os entes. E a gente tem historicamente um apelo para a saúde indígena muito grande. Todo mundo quer ajudar a saúde indígena. E isso vira, vira mídia para muitas instituições, isso vira, mas a que custo?”	191.03	SESAI
A gente tem projetos robustos na área de residência. Residência é uma pós-graduação, vocês sabem que as carreiras de saúde, em geral a medicina, mas também outras carreiras fazem a sua residência que é nessa perspectiva de integração ensino-serviço, que é uma bandeira que a gente levanta aqui. A formação na prática.	173.50	SGTES

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 2 evidencia a preocupação das secretarias do Ministério da Saúde com a avaliação dos projetos do PROADI-SUS, a transparência na execução das iniciativas e os desafios na padronização dos processos de prestação de contas. As evidências empíricas revelam que o acompanhamento e a fiscalização da execução dos projetos ainda apresentam lacunas, dificultando a garantia de que os objetivos estratégicos do programa sejam plenamente atingidos.

Um dos principais desafios apontados pelos entrevistados é a falta de um sistema estruturado e padronizado de monitoramento dos projetos do PROADI-SUS. Embora existam relatórios periódicos e reuniões de acompanhamento, muitas secretarias enfrentam dificuldades para acompanhar de forma contínua e detalhada a execução das iniciativas. Este problema ocorre porque nem todas as secretarias possuem equipes específicas dedicadas ao monitoramento, o que leva a uma fiscalização desigual entre os diferentes projetos. Algumas iniciativas recebem acompanhamento mais próximo, enquanto outras só são avaliadas no momento da prestação de contas final, dificultando a realização de ajustes ao longo da execução.

A mensuração dos impactos dos projetos é outro ponto crítico dentro da Classe 2. Os entrevistados indicam que nem sempre há indicadores bem definidos para avaliar os resultados gerados pelo PROADI-SUS, o que pode dificultar a demonstração dos benefícios das iniciativas para o SUS. Além disso, há uma preocupação com a diferença entre execução financeira e efetividade dos projetos. Algumas secretarias apontam que, embora os recursos sejam devidamente utilizados e os projetos sejam finalizados dentro do prazo, nem sempre os impactos positivos para o SUS são claramente percebidos. Isso reforça a necessidade de criar mecanismos mais robustos de avaliação de impacto e efetividade.

A prestação de contas dentro do PROADI-SUS também apresenta desafios, especialmente no que diz respeito à padronização dos critérios de análise e auditoria. Algumas secretarias mencionam que os formatos de prestação de contas variam entre os hospitais, o que dificulta a consolidação dos dados e a avaliação dos gastos realizados. Além disso, o volume de documentos e informações exigidos para a prestação de contas pode ser excessivo, tornando o processo burocrático e lento. A falta de um modelo padronizado e simplificado para a análise das informações pode gerar retrabalho e dificuldades na verificação da conformidade dos projetos com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Para mitigar os desafios mencionados, algumas secretarias têm buscado soluções tecnológicas para otimizar o monitoramento e a prestação de contas dos projetos. A adoção de plataformas digitais para acompanhamento dos indicadores de desempenho e execução financeira tem sido uma alternativa para tornar o processo mais transparente e eficiente. A implementação de painéis de BI, que permitem a visualização dos dados em tempo real, é um exemplo de ferramenta que pode facilitar a análise de informações e a tomada de decisão. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer para que essas soluções sejam totalmente integradas à gestão do PROADI-SUS.

A análise da Classe 2 demonstra que o monitoramento dos projetos, a avaliação de impacto e a prestação de contas são pontos críticos para a transparência e a eficiência do PROADI-SUS. Os principais desafios incluem: Falta de um sistema padronizado de monitoramento, o que leva a acompanhamentos irregulares entre os projetos; Dificuldades na mensuração do impacto dos projetos, tornando a avaliação de efetividade complexa; Processos de prestação de contas burocráticos e pouco padronizados, dificultando a análise e auditoria dos gastos e necessidade de adoção de tecnologias para otimizar a gestão dos projetos e tornar os processos mais transparentes e eficientes.

Para aprimorar a governança do PROADI-SUS, é essencial investir na estruturação de um sistema único de monitoramento, padronizar a prestação de contas e fortalecer os mecanismos de avaliação de impacto dos projetos.



TABELA 9

Evidências Empíricas da Classe 3 do Subcorpus Secretarias

Classe 3 - Desafios na Articulação e Integração entre Secretarias e Hospitais	Score	Secretaria
“Então, isso a gente ainda não tem esse fluxo bem estabelecido. A gente consegue fazer a avaliação dos produtos entregues, das entregas físicas e da execução financeira, mas não de resultado de projeto”.	196.48	SECTICS
“Vamos fazer o monitoramento. Ok. A gente tem um instrumento, um formulário padronizado de monitoramento. Então, ali é um <i>guideline</i> para ele me apresentar as entregas técnicas, os resultados, as matrizes e a parte financeira”.	188.86	SAES
“A partir desse segundo ciclo de monitoramento de 2024, a gente já vai usar o preenchimento do formulário do DECOOP e a organização é que, quando necessário, a gente vai, além do formulário, fazer as reuniões necessárias para fazer os alinhamentos do projeto”.	186.65	SECTICS
“Na parte de monitoramento, a gente faz o seguinte, quando o hospital ele submete o projeto de pesquisa, ele obrigatoriamente, ele submete um cronograma, e existe um cronograma de entregas, entregas do ponto de vista de execução física”.	183.08	SECTICS
“quando a gente começou a fazer visitas de monitoramento, isso foi fundamental, porque nós quebramos uma barreira de aproximação e de entender a realidade daquele hospital. Então, você quando está monitorando na tela, é uma coisa, quando você vai, conhece a realidade de como é que está sendo conduzido aquele projeto, conhece o corpo técnico, conhece as estruturas, você entende melhor as dificuldades” (...)	177.77	SGTES

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 3 evidencia as dificuldades enfrentadas na coordenação entre as secretarias do Ministério da Saúde e os hospitais de excelência que executam os projetos do PROADI-SUS. As evidências empíricas revelam que, apesar dos esforços para aprimorar esta relação, ainda há desafios na comunicação, no alinhamento das prioridades estratégicas e na definição de papéis e responsabilidades dentro do programa.

Um dos principais desafios mencionados pelos entrevistados refere-se à falta de alinhamento entre as secretarias do MS e os hospitais na concepção e proposição dos projetos. Em alguns casos, os hospitais desenvolvem propostas sem um diálogo prévio estruturado com as secretarias, o que pode resultar em iniciativas desalinhadas com as demandas reais do SUS. Essa desconexão pode levar à aprovação de projetos que não são prioritários para o Ministério da Saúde, impactando a efetividade do programa e a alocação dos recursos. Além disso, algu-

mas secretarias indicaram que, por vezes, os hospitais possuem maior capacidade técnica e organizacional para a formulação de projetos do que as próprias secretarias, o que pode gerar um desequilíbrio na construção das propostas.

Outro ponto crítico levantado está relacionado à comunicação entre as secretarias e os hospitais durante a execução dos projetos. Algumas evidências empíricas sugerem que, mesmo após a aprovação dos projetos, o diálogo entre os envolvidos pode ser limitado, dificultando a realização de ajustes e o acompanhamento adequado da implementação das iniciativas. Esta falta de coordenação pode resultar em dificuldades no cumprimento de prazos, divergências na execução dos projetos e atrasos na entrega dos resultados esperados. Além disso, a ausência de um fluxo de comunicação estruturado entre as partes envolvidas pode levar a dificuldades na prestação de contas e no monitoramento das ações em andamento.

Apesar dos desafios, algumas secretarias destacaram que há um esforço crescente para aprimorar a articulação entre os órgãos do MS e os hospitais do PROADI-SUS. Algumas iniciativas incluem a criação de reuniões periódicas para acompanhamento dos projetos, definição de fluxos mais claros para a comunicação entre os envolvidos e maior participação das secretarias na construção das propostas. Ademais, tem sido incentivada mais transparência nos processos de tomada de decisão, garantindo que as secretarias tenham um papel ativo na definição das prioridades e na supervisão das ações executadas pelos hospitais. Este movimento tem o objetivo de fortalecer a governança do PROADI-SUS e garantir que os projetos sejam mais alinhados às necessidades estratégicas do SUS.

A análise da Classe 3 demonstra que a falta de articulação e comunicação entre as secretarias do Ministério da Saúde e os hospitais do PROADI-SUS ainda é um desafio significativo para a execução eficiente dos projetos. Os principais problemas incluem falta de alinhamento na formulação dos projetos, resultando na aprovação de iniciativas que nem sempre atendem às prioridades estratégicas do SUS, dificuldades na comunicação e coordenação das demandas, impactando a execução das iniciativas e a prestação de contas, desequilíbrio na capacidade técnica entre hospitais e secretarias, gerando desafios na construção conjunta das propostas, e esforços para aprimorar a transparência e a



governança do PROADI-SUS, fortalecendo a participação das secretarias no processo de decisão e monitoramento dos projetos.

Para superar esses desafios, é fundamental fortalecer a comunicação entre secretarias e hospitais, criar mecanismos de governança mais integrados e garantir que as propostas sejam elaboradas com base em um planejamento estratégico compartilhado.

TABELA 10

Evidências Empíricas da Classe 4 do Subcorpus Secretarias

Classe 4 - Critérios, Direcionamento Estratégico e Sustentabilidade dos Projetos do PROADI-SUS	Score	Secretaria
(...) “porque o que a gente via era que as secretarias não tinham organização nem para demandar e nem para analisar projetos, então os técnicos ficavam rendidos e muitas áreas elas pedem que mesmo técnico faça a análise tanto do mérito do projeto quanto do orçamentário, e a gente não é super-herói”.	235.60	SECTICS
“O que a gente acompanha são os processos, a gente tem um <i>dashboard</i> de acompanhamento das etapas de análise dos projetos, então é uma questão muito mais de organização interna, então a gente sabe dizer quais projetos estão demandando algum tipo de análise nesse momento, mas a gente não tem nada consolidado das entregas”.	178.30	SECTICS
“A SECTICS e a DESID, a CGCOOP, em si, se organizou alguns anos atrás para que a gente fizesse uma boa análise inicial dos projetos, então ainda que a proposta chegue pelos hospitais, a proposta de uma pesquisa chegue pelos hospitais, a CGCOOP se organizou já há alguns anos para que essa pesquisa ela se adeque ao SUS”.	169.41	SECTICS
(...) “acho que a gente não consegue entregar nada com qualidade, e talvez deixe até de fazer análise qualificadas dos projetos para tentar atender algumas demandas que sempre chegam de forma urgente, então eu tenho tentado pontuar isso com o DECOOP também, tem sido bem difícil porque eu acho que prejudica o acompanhamento dos projetos”.	165.86	SECTICS
“Então, assim, ok, nós vamos fazer essa análise do solo. Se o solo estiver contaminado, provavelmente a população está contaminada. Mercúrio, por exemplo, está contaminada. Então, ok, como é que vai ser o acompanhamento? Como é que vai ser a referência dessa população? O que não está no escopo do projeto. Então, a gente precisava entender como se apropriar disso, né?”	162.32	SESAI

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 4 evidencia preocupações relacionadas à definição de critérios para a aprovação dos projetos do PROADI-SUS, ao alinhamento estratégico com as diretrizes do MS e à sustentabilidade das iniciativas a longo prazo. As evidências empíricas indicam que, embora haja esfor-

ços para garantir que os projetos sejam direcionados para as necessidades do SUS, ainda existem desafios na padronização dos critérios de seleção e na continuidade das ações após o encerramento do financiamento pelo PROADI-SUS.

Uma das principais questões levantadas pelos entrevistados refere-se à necessidade de critérios mais claros e objetivos para a aprovação dos projetos dentro do PROADI-SUS. Algumas secretarias destacaram que, em alguns casos, as propostas apresentadas pelos hospitais não estão totalmente alinhadas com as prioridades estratégicas do SUS, o que pode resultar em investimentos em áreas que não representam as demandas mais urgentes do sistema de saúde. Não obstante, foi apontado que há uma falta de diretrizes uniformes para a formulação e análise dos projetos, o que pode gerar desigualdades na distribuição dos investimentos entre as diferentes áreas da saúde. Essa falta de padronização pode comprometer a efetividade do programa e dificultar a avaliação do impacto real das iniciativas no SUS.

Outro ponto relevante dentro dessa classe é a preocupação com a continuidade dos projetos após o período de financiamento pelo PROADI-SUS. Muitas iniciativas desenvolvidas dentro do programa envolvem compra de equipamentos, capacitação de profissionais e implementação de novas tecnologias, mas nem sempre há um planejamento estruturado para garantir a manutenção e ampliação dessas ações após o fim do ciclo de financiamento. Os entrevistados mencionaram que algumas secretarias não possuem orçamento próprio para dar continuidade aos projetos que foram iniciados pelo PROADI-SUS, o que pode levar à interrupção de ações importantes para a melhoria da assistência à saúde. Essa limitação reforça a necessidade de criação de estratégias de transição e absorção das iniciativas pelo próprio SUS, garantindo que os impactos positivos não sejam perdidos após a conclusão dos projetos.

A classe também revela desafios relacionados à integração dos projetos do PROADI-SUS com as políticas públicas existentes dentro do SUS. Algumas secretarias relataram que, apesar da relevância das iniciativas desenvolvidas pelos hospitais de excelência, os projetos nem sempre são pensados de forma a se tornarem parte permanente das estratégias do Ministério da Saúde.

Este problema reforça a necessidade de que os projetos do PROADI-SUS sejam formulados levando em consideração não apenas sua



execução dentro do triênio, mas também sua capacidade de se tornarem políticas públicas sustentáveis a longo prazo. Isso envolve uma maior articulação com os diferentes níveis de gestão do SUS (municipal, estadual e federal), garantindo que as iniciativas possam ser ampliadas e incorporadas de forma definitiva ao sistema de saúde.

A análise da Classe 4 demonstra que a definição de critérios de aprovação dos projetos, a sustentabilidade das ações e sua integração com as políticas públicas do SUS ainda são desafios significativos para o PROADI-SUS. Os principais problemas identificados incluem a falta de critérios padronizados para a aprovação dos projetos, resultando em iniciativas que nem sempre estão alinhadas às prioridades estratégicas do SUS, as dificuldades na continuidade das ações após o encerramento do financiamento pelo PROADI-SUS, gerando risco de descontinuidade dos benefícios gerados pelos projetos, a integração limitada dos projetos com as políticas públicas existentes, dificultando sua incorporação definitiva no SUS e a necessidade de um planejamento mais estratégico para garantir que os investimentos feitos pelo PROADI-SUS resultem em impactos duradouros e sustentáveis para a saúde pública.

Para superar esses desafios, é essencial fortalecer os critérios de seleção dos projetos, criar mecanismos de financiamento complementar para garantir a continuidade das iniciativas e promover mais articulação entre os projetos do PROADI-SUS e as estratégias permanentes do Ministério da Saúde.

TABELA 11

Evidências Empíricas da Classe 5 do Subcorpus Secretarias

Classe 5 - Monitoramento, Ajustes e Flexibilidade na Execução dos Projetos do PROADI-SUS	Score	Secretaria
“Simplesmente o hospital colocar o mesmo plano de trabalho, faça um parecer assinando e aprova. Dessa vez, não. Porque quando chegou o plano de trabalho, a gente falou assim, olha, o Saúde em Nossas Mãos, você trabalha só com UTI adulto. Eu quero que você aumente o projeto em 50 por cento de serviços atendidos pelo projeto, e eu quero que você entre na UTI NEO e no bloco cirúrgico, porque são lugares de infecção. Então, aí a gente vai direcionando”.	208.01	SAES
“Acho que ficou muito claro que a gente ainda vai ter dificuldade de aprovar novos projetos de pesquisa. (...) essa relutância a gente enxerga dentro dos conselhos mesmo, CONAS e CONASEMS, a gente não enxerga essa dificuldade com outras secretarias do MS, por exemplo. E outra coisa que é importante que é o eixo pesquisa talvez seja o eixo onde os conselhos menos conseguem incidir na hora de decidir projetos ou não, então a gente enxerga que existe uma correlação com esse fato também.	164.95	SECTICS
“Se eu tivesse lá atrás uma diretriz falando eu vou elaborar só projetos daquela matriz, talvez eu não teria propostas dadas pelos hospitais e que não fazem interesse ao MS. Porque muitas das vezes as secretarias não pensam faz sentido para mim isso aqui? Faz sentido na minha política? Faz sentido no meu alinhamento estratégico? Faz sentido no meu alinhamento estratégico esse projeto?”	149.86	SAES
“Porque a portaria fala que o hospital pode apresentar propostas a qualquer tempo. E a secretaria valida etc. Essa parte da matriz elaborada antes dessa planilha que a gente elaborou em setembro e aprovou em comitê gestor, não está meio que na portaria essa regra. Mas deveria pelo menos ter um pouco amarrado essa ideia para não acontecer”.	142.09	SAES
(...) existe uma relação que eu acho que precisa ser mais estreitada, precisa ser mais colaborativa. Eu acho que isso, ser mais colaborativo só tende a ganhar, a gente só tende a melhorar. As matrizes são documentos obrigatórios do projeto. Matriz lógica de indicadores e Matriz de risco são elementos obrigatórios. Eu tenho que aprovar o projeto com isso”.	132.92	SAES

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 5 do Subcorpus Secretarias destaca a importância do monitoramento contínuo dos projetos do PROADI-SUS e a necessidade de flexibilidade na execução das iniciativas. As evidências empíricas indicam que, apesar da existência de diretrizes e planos de trabalho aprovados previamente, muitas vezes é necessário realizar ajustes durante a implementação dos projetos para garantir sua efetividade e alinhamento com as demandas do SUS.



Os entrevistados enfatizaram que o monitoramento periódico é essencial para garantir que os projetos do PROADI-SUS alcancem seus objetivos. Foi destacado que, apesar da existência de mecanismos formais de prestação de contas, o acompanhamento contínuo da execução permite identificar desafios e oportunidades de aprimoramento antes do encerramento dos projetos. Este acompanhamento se torna ainda mais crítico em projetos de grande escala ou em áreas de saúde altamente dinâmicas, onde mudanças no cenário epidemiológico ou nas diretrizes do SUS podem exigir readequações nos planos de trabalho.

Outro ponto central na análise dessa classe é a necessidade de flexibilidade na implementação dos projetos. Algumas evidências empíricas indicam que, em muitos casos, o que foi planejado no início do triênio não reflete integralmente as necessidades reais ao longo da execução do projeto, tornando indispensável a possibilidade de ajustes nas ações previstas. Os entrevistados relataram que a rigidez excessiva na execução pode comprometer o impacto dos projetos, pois algumas iniciativas podem precisar ser redimensionadas, reformuladas ou até mesmo reorientadas para garantir que atendam efetivamente às demandas do SUS. Além disso, há casos em que mudanças na gestão do Ministério da Saúde impactam a continuidade dos projetos, exigindo uma maior articulação entre os hospitais executores e as secretarias para evitar descontinuidade das ações.

Apesar da percepção de que ajustes nos projetos são necessários, algumas secretarias relataram dificuldades na comunicação com os hospitais de excelência para formalizar estas alterações. Foi mencionado que, em algumas situações, as secretarias não possuem canais bem estruturados para discutir e solicitar modificações nas iniciativas em andamento, o que pode gerar atrasos na implementação das mudanças necessárias. Esta lacuna reforça a importância de um fluxo de comunicação mais ágil e estruturado entre as secretarias e os hospitais executores, garantindo que qualquer necessidade de ajuste possa ser analisada e aprovada de forma célere e eficiente.

Outro aspecto abordado pelos entrevistados é a necessidade de equilibrar planejamento e execução, garantindo que os projetos tenham um direcionamento estratégico bem definido, mas também contem com mecanismos de adaptação diante de imprevistos ou novas demandas. Foi apontado que o MS e os hospitais precisam trabalhar de forma mais integrada na construção dos projetos, prevendo

desde o início margens de ajuste para a execução das iniciativas. Desta forma, seria possível minimizar problemas durante a implementação e aumentar a eficiência das ações realizadas.

A análise da Classe 5 evidencia que o monitoramento contínuo, a flexibilidade na execução e a melhoria na comunicação entre secretarias e hospitais são fatores essenciais para aprimorar a implementação dos projetos do PROADI-SUS. Os principais desafios incluem a falta de mecanismos de monitoramento contínuo, o que dificulta a identificação precoce de problemas na execução dos projetos, a necessidade de maior flexibilidade na execução dos projetos, permitindo ajustes conforme as demandas do SUS evoluem ao longo do triênio, as dificuldades na comunicação entre secretarias e hospitais para solicitação e aprovação de ajustes nos projetos, impactando a agilidade das mudanças necessárias e o equilíbrio entre planejamento e execução, garantindo que os projetos sejam estratégicos, mas também adaptáveis às necessidades emergentes.

Para superar esses desafios, é fundamental fortalecer os processos de monitoramento e avaliação, estabelecer um fluxo estruturado para solicitação e aprovação de ajustes e garantir maior integração entre as secretarias e os hospitais executores.



TABELA 12

Evidências Empíricas da Classe 6 do Subcorpus Secretarias

Classe 6 - Capacitação, Qualificação Técnica e Desafios na Gestão de Projetos do PROADI-SUS	Score	Secretaria
“Então quando a gente fala monitoramento, eu estou falando este monitoramento, o monitoramento formal, onde o encaminhamento pode ser o direcionamento para uma alteração de plano de trabalho, talvez. Não que a reunião do grupo executivo possa servir para alterar o plano de trabalho, pode acontecer, mas o momento definido, que vem na portaria inclusive, é no monitoramento. Então cada projeto vai ter seu plano de monitoramento dependendo da envergadura que ele tem”.	225.64	SAES
“Então, se você está dialogando permanentemente, se você tem um monitoramento pelo diálogo, você pode falar vamos alterar o plano de trabalho, vamos acrescentar isso, vamos tirar aquilo ali, vamos mudar aquela entrega, eu não posso mudar o objeto, o objeto é fixo, mas o resto na interlocução acontece, mas quando a gente chegou estava tudo parado e não tinha diálogo com o hospital, é isso que me incomoda, o que me incomoda é não ter diálogo, a gente não está conversando, e eu deixar para vocês aí tocarem, isso é um problema sério”.	174.11	SGTES
“E aí a gente tem meio que um dilema de não entrar na competência dos departamentos, de dizer o que eles têm que fazer, mas a gente através do nosso grupo de trabalho a gente dissemina boas práticas, são reuniões mensais que trazem bastante informações diretrizes de como os projetos podem ser melhor conduzidos, podem trazer informações que acabaram ajudando a própria área, trazendo mais subsídios para que os pareceres sejam bem construídos, para que os relatórios de acompanhamento também saem automaticamente, de forma mais condizente com a realidade”.	173.55	SGTES
“Mas é muito baseado no <i>feedback</i> que o hospital nos dá a informação que eles nos fornecem, porque, de fato, assim, é o plano de trabalho e a gente confronta com o que está na realidade, o que foi previsto”.	169.86	SECTICS
(...) “as construções têm que ser conjuntas porque o projeto é transversal. Transversal no sentido, ele passa, igual falei numa outra reunião que eles estavam desenhando o processo de monitoramento, o processo, ele inicia e termina no DECOOP. A área finalística é a caixa preta dentro do processo desenhado. Ele inicia e termina no DECOOP. Mas o meio, não adianta controlar a caixa preta. Eu posso dar diretrizes para a caixa preta. Mas a maneira vai depender de cada secretaria, de cada gestão, de cada coisa”.	169.64	SAES

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 6 destaca a importância da capacitação técnica dos gestores e técnicos do MS para a condução dos projetos do PROADI-SUS. As evidências empíricas indicam que a falta de formação específica e de padronização nos processos de gestão impacta diretamente a eficiência do programa, dificultando o acompanhamento e a execução das iniciativas.

Um dos principais desafios mencionados pelos entrevistados refere-se à falta de formação especializada das equipes responsáveis pela gestão dos projetos. Algumas secretarias relataram que muitos técnicos não possuem conhecimento aprofundado sobre o funcionamento do PROADI-SUS, suas regras e metodologias de monitoramento, o que pode comprometer a análise, acompanhamento e execução das iniciativas.

A rotatividade de profissionais dentro do Ministério da Saúde agrava esse problema, pois, com a troca frequente de gestores e técnicos, há uma perda de conhecimento acumulado, exigindo constante requalificação das equipes. Essa falta de continuidade pode levar à dificuldade na execução dos projetos e na comunicação entre os hospitais de excelência e as secretarias. Além da capacitação técnica, os entrevistados também mencionaram que muitas secretarias não possuem uma estrutura organizacional adequada para gerir os projetos do PROADI-SUS de forma eficiente. Em alguns casos, as equipes são reduzidas e sobrecarregadas, acumulando múltiplas funções, o que pode prejudicar o acompanhamento dos projetos e a qualidade das análises realizadas. Este cenário reforça a necessidade de fortalecer a capacidade institucional do Ministério da Saúde, garantindo que cada secretaria possua equipes dedicadas e capacitadas exclusivamente para a gestão dos projetos do PROADI-SUS.

Outro desafio abordado refere-se à ausência de um modelo padronizado para a formulação e acompanhamento dos projetos. Algumas secretarias relataram que cada área possui sua própria metodologia de gestão e monitoramento, o que dificulta a uniformização das análises e a comparação entre os diferentes projetos executados no âmbito do PROADI-SUS. Esta falta de padronização pode levar a dificuldades na prestação de contas, na avaliação dos resultados e na comunicação entre as secretarias e os hospitais executores. Para minimizar esses problemas, foi sugerida a implementação de diretrizes unificadas para gestão dos projetos, incluindo a criação de um manual de boas práticas e fluxos bem definidos para a execução e acompanhamento das iniciativas.

Apesar dos desafios mencionados, as evidências empíricas indicam que há esforços sendo feitos para capacitar melhor as equipes do Ministério da Saúde e aprimorar a estrutura de governança do PROADI-SUS. Algumas iniciativas incluem a realização de treinamentos periódicos para os técnicos das secretarias e o incentivo à troca de experiências entre diferentes áreas do MS. Fora disso, foi sugerida a criação de um



banco de conhecimento sobre o PROADI-SUS, onde as equipes possam acessar materiais de referência, diretrizes e casos de sucesso para embasar suas decisões e fortalecer suas capacidades técnicas.

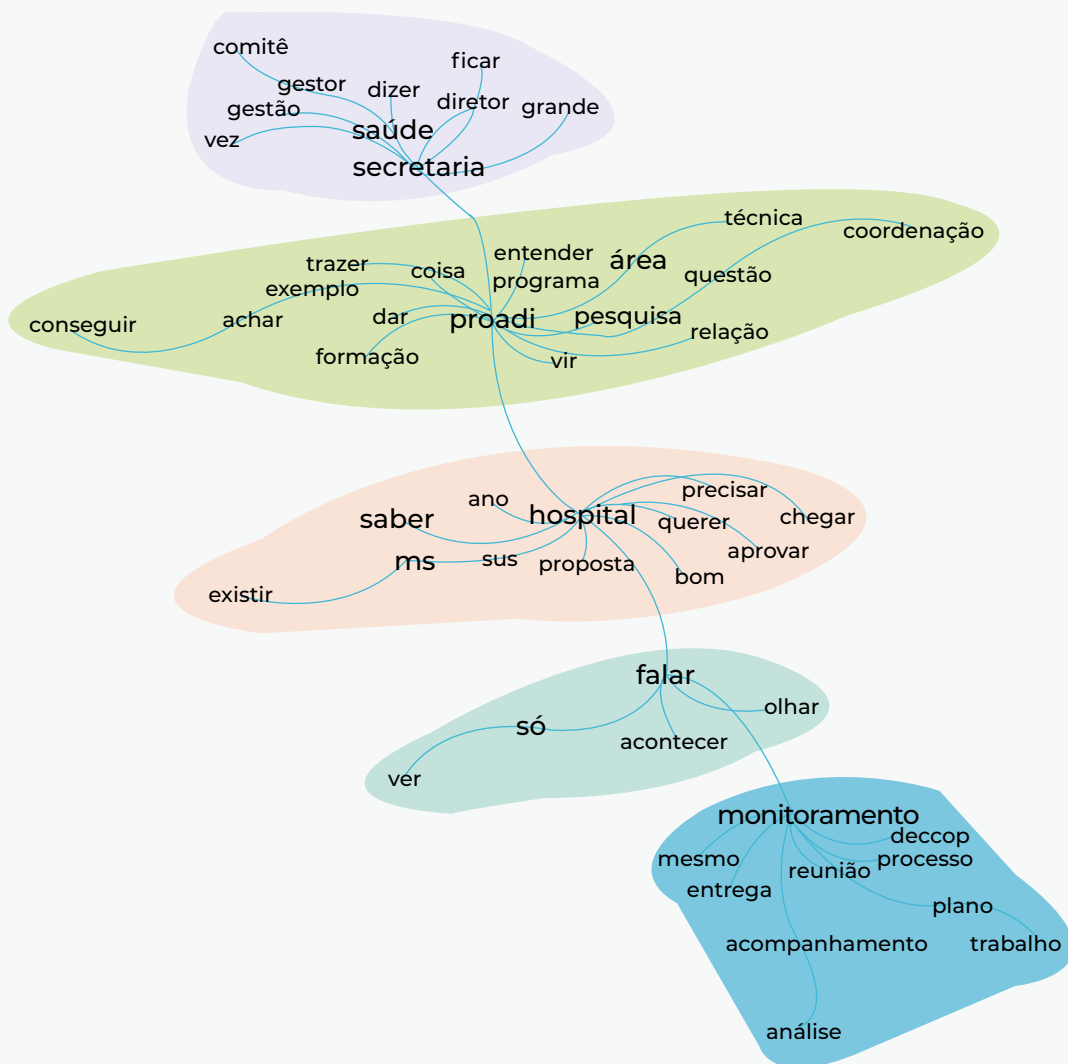
A análise da Classe 6 evidencia que a falta de capacitação técnica, a estrutura inadequada das secretarias e a ausência de processos padronizados são desafios significativos para a gestão eficiente dos projetos do PROADI-SUS. Os principais problemas identificados incluem o déficit na qualificação das equipes, impactando a análise e execução dos projetos, a alta rotatividade de profissionais, resultando na perda de conhecimento acumulado e na necessidade de requalificações frequentes a falta de estrutura adequada nas secretarias, sobrecarregando os técnicos responsáveis pela gestão dos projetos e a ausência de um modelo padronizado de gestão e monitoramento, dificultando a uniformização dos processos e a comunicação entre as secretarias e os hospitais executores.

Para superar esses desafios, é fundamental investir na capacitação contínua das equipes, estruturar unidades especializadas na gestão dos projetos do PROADI-SUS dentro do Ministério da Saúde e implementar diretrizes padronizadas para garantir maior eficiência e transparência no acompanhamento das iniciativas.

4.2.1 Análise de Similitude do Subcorpus Secretarias

FIGURA 7

Análise de Similitude do Subcorpus Secretarias



Dados da pesquisa (2025).

No centro da rede, o termo “PROADI” aparece como um nó central, interligando diversos conceitos, o que indica que ele está no cerne das discussões analisadas. A partir dele, derivam-se diferentes núcleos semânticos que podem sugerir áreas de interesse ou preocupações específicas dentro do programa.



- A.** Cluster amarelo: os termos “programa” e “entender” mostram a importância de entender o programa e sua complexidade. “Área” e “técnica” também é destacada, talvez por ser a área técnica quem entende de fato as necessidades do ministério. Os termos “pesquisa” e “formação” representam ações e iniciativas realizadas pelo programa.
- B.** Cluster vermelho: envolve os termos “hospital”, “saber” e “MS”, com conexões a “SUS”, “proposta” e “aprovar”. Esse agrupamento reúne questões associadas à articulação realizada entre os hospitais e o Ministério da Saúde para a aprovação de propostas, com vistas a atingir os objetivos do SUS.
- C.** Cluster roxo: relacionado a “secretaria” e “saúde”, com termos como “gestor”, “diretor” e “grande”. Esse núcleo pode estar associado à gestão e ao papel das secretarias na administração dos programas do PROADI-SUS, enfatizando a relação entre diretores, gestores e a estrutura organizacional da saúde pública.
- D.** Cluster azul: esse agrupamento se conecta ao termo “monitoramento”, incluindo palavras como “processo”, “acompanhamento” e “trabalho”. Esse núcleo pode indicar uma preocupação com o acompanhamento das ações implementadas pelo PROADI-SUS, enfatizando a necessidade de reuniões, entregas e análises no desenvolvimento institucional.
- E.** Cluster verde: está associado ao termo “falar” e inclui palavras como “olhar”, “só” e “ver”. Isso pode indicar aspectos ligados à comunicação dentro do programa, à necessidade de discutir e tornar visíveis certos aspectos da implementação.

A ausência de mecanismos padronizados de acompanhamento dificulta a mensuração dos resultados e a tomada de decisões baseadas em evidências. Além disso, a conexão entre “secretarias” e “hospitais” revela desafios na articulação entre as diferentes áreas do MS e os hospitais de excelência, sugerindo que a falta de coordenação pode comprometer a execução dos projetos e sua aderência às necessidades estratégicas do SUS.

Diante desse cenário, torna-se essencial aprimorar a governança do programa, fortalecer a comunicação entre secretarias e hospitais e padronizar os processos de monitoramento e prestação de contas. A implementação de diretrizes mais claras e de ferramentas de avaliação

suem maior destaque, sugerindo que os principais temas discutidos giram em torno da atuação dos hospitais dentro do PROADI-SUS, das relações institucionais com as secretarias do MS e da importância do monitoramento dos projetos.

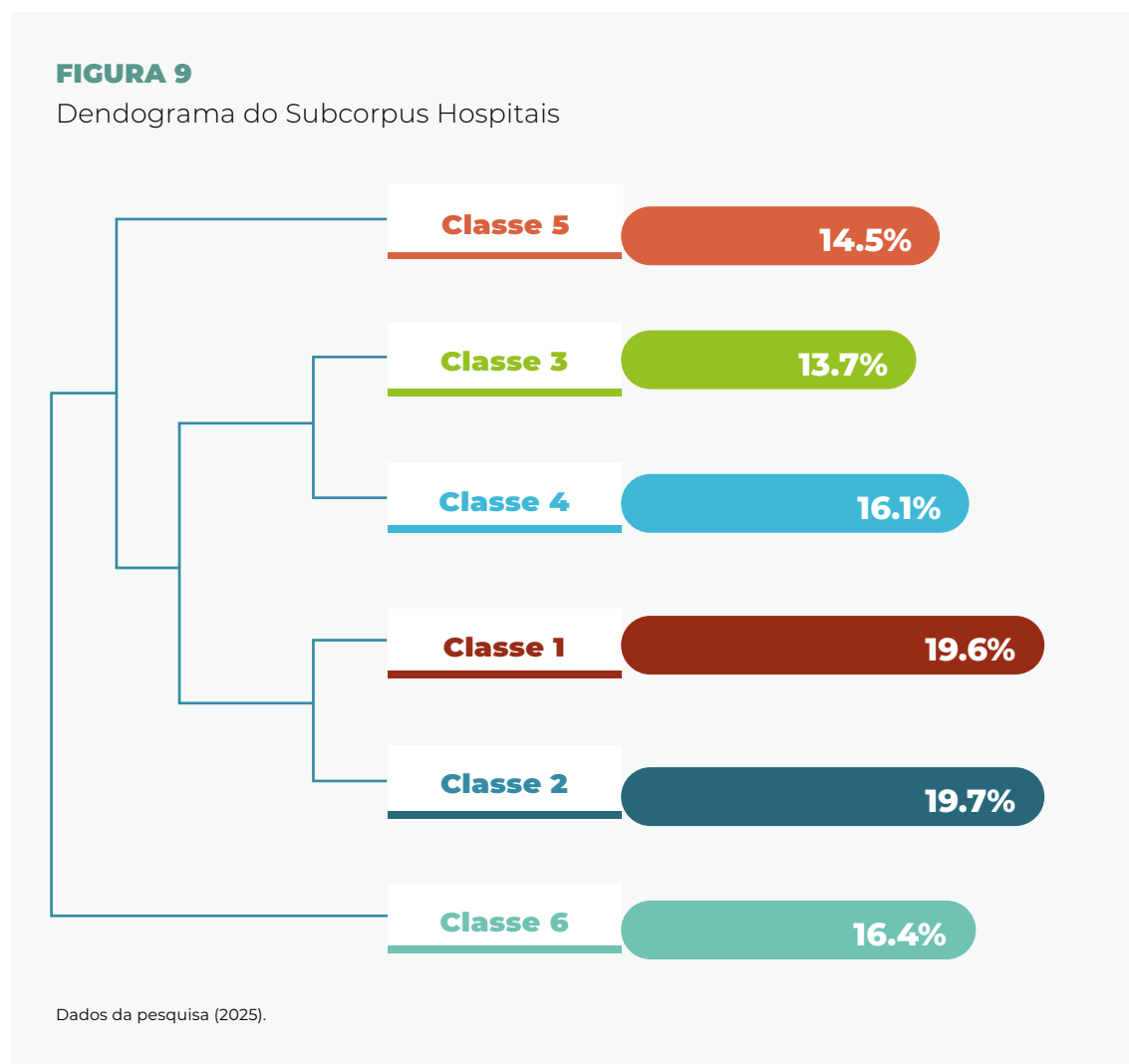
A forte presença do termo “PROADI” e sua relação com palavras como “monitoramento”, “acompanhamento” e “execução” indicam que os hospitais também estão preocupados com a efetividade das ações do PROADI-SUS e a necessidade de acompanhamento contínuo para garantir que os resultados planejados sejam alcançados. A ausência de mecanismos padronizados de avaliação aparece como um dos desafios enfrentados, dificultando a mensuração do impacto real das iniciativas dentro do SUS.

Outro aspecto relevante revelado pela Nuvem é a relação entre “secretarias” e “gestão”, evidenciando que a articulação entre os diferentes setores do MS e os hospitais de excelência ainda precisa ser aprimorada. A comunicação fragmentada e a falta de integração entre as áreas podem comprometer a execução dos projetos, gerando desalinhamento com as prioridades estratégicas do SUS.

A presença de palavras como “hospitais”, “execução” e “financeiro” reforça a preocupação com a transparência na aplicação dos recursos e a necessidade de mais clareza nos critérios de prestação de contas. Isso sugere que, apesar dos esforços para garantir a boa governança do PROADI-SUS, ainda há desafios relacionados à fiscalização da execução financeira e ao alinhamento das iniciativas com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Desta forma, a análise da Nuvem de Palavras confirma os desafios já identificados em outras análises, destacando a necessidade de aprimorar os processos de monitoramento e avaliação, fortalecer a integração entre secretarias e hospitais e desenvolver mecanismos mais eficientes para garantir a sustentabilidade dos projetos.

4.3 Análise do Subcorpus Hospitalais



O dendograma representa a estrutura hierárquica dos discursos dos hospitais de excelência participantes do PROADI-SUS. A análise do dendograma permite identificar como os temas se agrupam e se relacionam, evidenciando as principais preocupações e práticas adotadas pelos hospitais na execução dos projetos.

A partir dessa análise, é possível observar que os discursos dos hospitais estão organizados em torno de temas como gestão de projetos, monitoramento e avaliação, articulação com o Ministério da Saúde, execução financeira e impacto dos projetos. Esses temas refletem as principais preocupações dos hospitais em relação à execução dos projetos

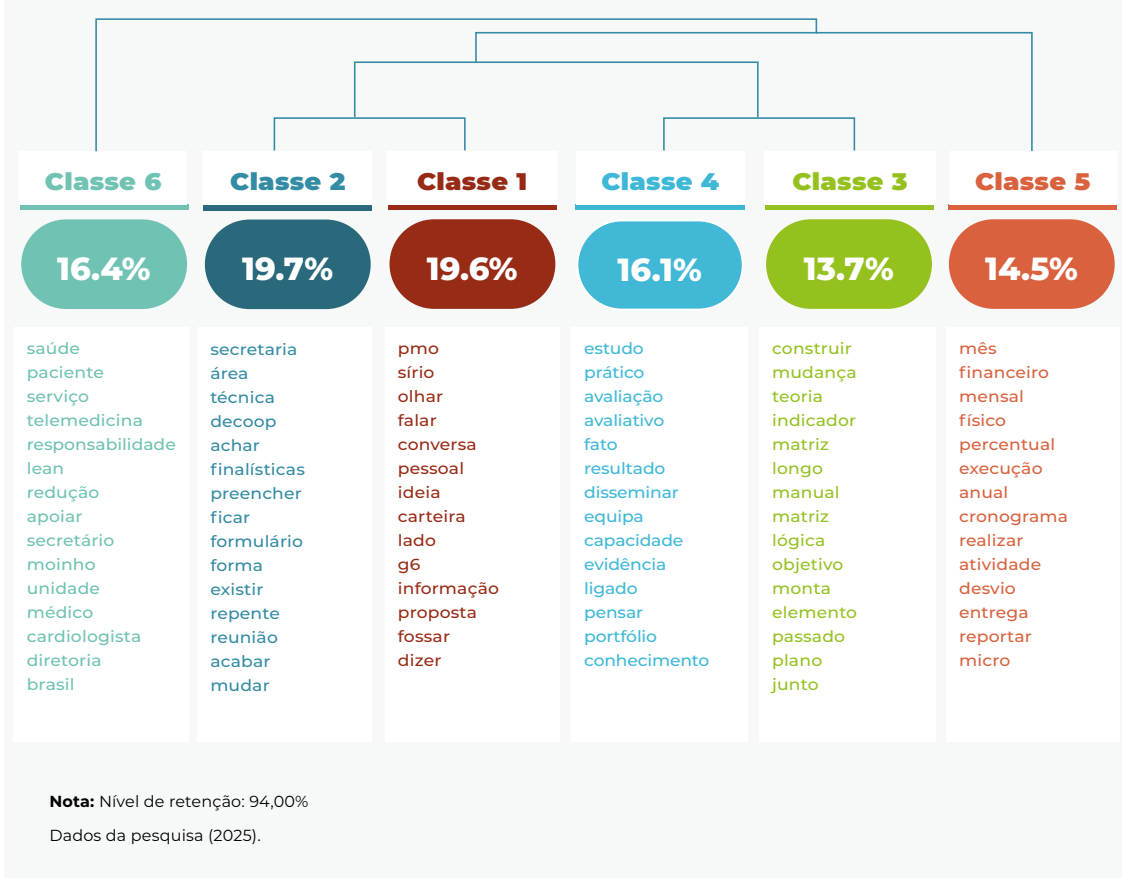


do PROADI-SUS, destacando a importância de uma gestão eficiente, do acompanhamento contínuo e da avaliação de impacto.

A estrutura do dendograma também revela a inter-relação entre esses temas, mostrando que a gestão de projetos está intimamente ligada ao monitoramento e à avaliação, enquanto a execução financeira e a articulação com o Ministério da Saúde são vistas como fatores críticos para o sucesso das iniciativas. Por fim, a preocupação com o impacto dos projetos no SUS aparece como um tema transversal, permeando todas as classes identificadas.

FIGURA 10

Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do Subcorpus Hospitais



A CHD da Figura 10 aprofunda a análise do dendograma, segmentando o corpus textual em classes temáticas específicas. A CHD é uma técnica estatística que agrupa segmentos de texto com base na coocorrência de palavras, permitindo identificar padrões lexicais e semânticos que caracterizam cada classe.

A análise da CHD revelou seis classes principais, cada uma representando um eixo temático distinto no discurso dos hospitais. Essas classes refletem as diferentes dimensões da execução dos projetos do PROADI-SUS, desde a gestão e monitoramento até a avaliação de impacto e a articulação com o Ministério da Saúde. Os temas de cada classe são discutidos a seguir.

TABELA 13

Evidências Empíricas da Classe 1 do Subcorpus Hospitais

Classe 1 - Gestão Estratégica e Estruturação de Projetos	Score	Hospital
“A nossa ideia aqui é que os projetos nascem no PMO para garantir todos esses pilares que eu falei agora. Os nossos projetos, eles acontecem em seis carteiras e essas carteiras, elas são divididas por afinidades. Então, por exemplo, eu tenho a carteira aqui da Excelência Clínica Assistencial, onde eu tenho os projetos de transplante, todos os projetos voltados à assistência e todas elas têm uma afinidade nesse sentido”.	241.55	SÍRIO
“A nossa ideia é que cada vez mais seja algo recorrente para as pessoas falarem de ferramentas de gestão de projetos e usarem isso no dia a dia. Isso está sempre muito alinhado com a estratégia do Sírio e com as diretrizes do PROADI”.	161.25	SÍRIO
“Quando a gente tem o nascedouro dos projetos, olhamos para os dois lados, tanto Mistério, quanto a expertise do Sírio e se a gente está alinhado com o nosso planejamento estratégico”.	151.87	SÍRIO
“E na hora de construir o nosso PMO, a gente olhou para os stakeholders. Então a gente construiu o PMO lógico conosco, com a nossa equipe do PMO, com a equipe do compromisso social, seguindo sempre as diretrizes do Sírio, olhando para o governo”.	150.24	SÍRIO
“E aí a gente tem o pessoal da comunicação interna e externa fazendo a publicização de todas as informações que acontecem tanto para dentro do Sírio quanto para fora nas nossas redes sociais, nossos trabalhos que a gente tem aí com o G6, inclusive”.	142.22	SÍRIO

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 1 reflete a preocupação dos hospitais de excelência com a organização interna e a gestão estratégica dos projetos no âmbito do PROADI-SUS. As evidências empíricas apresentadas na Tabela 13 mostram que os hospitais adotam uma abordagem estruturada e alinhada com suas diretrizes institucionais e com as demandas do MS. Esta classe destaca a importância de uma gestão eficiente, baseada em metodologias robustas e na integração entre as áreas técnicas e estratégicas dos hospitais.



Os hospitais mencionam a criação de escritórios de projetos (PMO) como uma estratégia central para garantir a execução eficiente dos projetos. Estes escritórios são responsáveis por organizar as iniciativas em carteiras temáticas, alinhadas às áreas de expertise do hospital e às prioridades do SUS. Esta estruturação permite que os projetos sejam gerenciados de forma integrada, com foco em resultados específicos e alinhados ao planejamento estratégico do hospital.

Ademais, os hospitais destacam a importância de alinhar os projetos às diretrizes do PROADI-SUS e às demandas do MS. Este alinhamento é fundamental para garantir que as iniciativas atendam às necessidades do SUS e contribuam para o fortalecimento do sistema público de saúde. Esta abordagem reflete uma visão estratégica, onde os hospitais buscam equilibrar suas competências técnicas com as prioridades do MS.

A gestão dos projetos também envolve a participação de diversos *stakeholders*, tanto internos quanto externos. Os hospitais mencionam a importância de envolver equipes técnicas, áreas de comunicação e outros setores na construção e execução dos projetos. Esta integração garante que os projetos sejam desenvolvidos de forma colaborativa, com o envolvimento de todas as partes interessadas.

Os projetos são organizados em carteiras temáticas, com foco em áreas como excelência clínica e assistencial. Esta organização permite que os hospitais direcionem seus esforços para iniciativas que tenham um impacto significativo na qualidade da assistência à saúde. Esta abordagem temática facilita a gestão dos projetos e garante que as iniciativas estejam alinhadas com as áreas de maior expertise do hospital.

A comunicação interna e externa é outro aspecto importante na gestão dos projetos. Os hospitais destacam a importância de divulgar os resultados e as atividades dos projetos, tanto para o público interno quanto para a sociedade em geral. Esta estratégia de comunicação contribui para a transparência e a visibilidade dos projetos, além de promover o engajamento das equipes e da comunidade.

A Classe 1 evidencia que a gestão estratégica e a estruturação interna são pilares fundamentais para o sucesso dos projetos do PROADI-SUS. A criação de escritórios de projetos, o alinhamento com as diretrizes do MS e a integração com *stakeholders* demonstram que os hospitais estão comprometidos com uma gestão eficiente e baseada em boas práticas. No entanto, os desafios relacionados à complexidade dos projetos e à necessidade de alinhamento constante com as priori-

dades do SUS exigem uma gestão ágil e adaptativa. A adoção de metodologias estruturadas, como a teoria da mudança e a construção de matrizes lógicas, é essencial para garantir que os projetos atinjam seus objetivos e gerem impactos positivos no sistema de saúde.

Em suma, a Classe 1 reflete a maturidade dos hospitais de excelência na gestão dos projetos do PROADI-SUS, mas também aponta para a necessidade de investimentos contínuos em capacitação, comunicação e metodologias de avaliação para garantir que os projetos gerem impactos duradouros e sustentáveis no sistema público de saúde.

TABELA 14

Evidências Empíricas da Classe 2 do Subcorpus Hospitais

Classe 2 - Articulação e Colaboração com o Ministério da Saúde	Score	Hospital
“Então, a gente acaba fazendo esse grande mix. Acho que esse (formulário) do DECOOP é bem tranquilo, porque a gente padronizou, todo mundo preenche da mesma forma, mas a análise mais na unha, detalhado dos projetos, a gente normalmente costuma alinhar com as áreas técnicas”.	305.43	BP
“Acho que a gente ter uma interoperabilidade para que as equipes sofram menos com o retrabalho. Eu fiquei pensando na questão das áreas técnicas, nas áreas finalísticas, eu acho que essa gestão do DECOOP, ela veio com mais força, investindo na questão de monitoramento e avaliação e a gente ainda vê um certo descompasso das áreas técnicas e compreendem isso”.	299.53	HAOC
“A DECOOP, essa gestão especificamente, acho que da anterior para essa, vem focando cada vez mais em ser o grande escritório de projetos do PROADI, trazendo as diretrizes, trazendo os delimitadores para apoiar as secretarias finalísticas. Nós aqui do HAOC, e eu posso falar por todo o portfólio, temos reuniões de monitoramento e de acompanhamento, onde os técnicos vão ou in loco, ou fazem reuniões de status e monitoramento e de acompanhamento”.	258.08	HAOC
“Então, muito fortemente se tinha a parceria na construção dos projetos, ainda se tem. Na definição de quais temáticas seriam trabalhadas. E isso não mudou. Tem um entendimento aqui que sim, a partir de 2023 teve uma estruturação do MS. As áreas técnicas, as diferentes áreas finalísticas se estruturaram de uma forma prévia para definir as suas prioridades. Mas diferente, então, do que se fazia anteriormente. Mas os projetos não eram demandados ou não eram impostos pelos hospitais. Eles sempre foram uma construção coletiva.	251.74	MOINHOS
“Tem secretarias que fazem isso mensalmente com a gente. Então, a gente entra em acordo, um comum acordo com cada uma das áreas finalísticas, falando, olha, o formato que a gente está fazendo é isso. Atende para vocês? Eu vou dar um exemplo do transplantar, que é com a SAES. Isso foi isso que a gente fez. Na construção do DASH, a gente envolveu eles, foi falando: isso aqui atende?”	218.59	SÍRIO

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 2 destaca a importância da relação entre os hospitais de excelência e o MS na execução dos projetos do PROADI-SUS. As evidências empíricas apresentadas na Tabela 14 mostram que os hospitais valorizam a colaboração com as secretarias do MS e buscam aprimorar a comunicação e o alinhamento estratégico para garantir que os projetos atendam às demandas do SUS. Esta classe reflete os desafios e as estratégias adotadas pelos hospitais para fortalecer a parceria com o MS e garantir a efetividade das iniciativas.

Os hospitais mencionam a importância de padronizar os processos de submissão e análise dos projetos, facilitando a interoperabilidade entre as instituições e o MS. A adoção de formulários padronizados e a integração de sistemas são estratégias que visam reduzir o retrabalho e agilizar a execução dos projetos. A padronização é essencial para garantir que os projetos sejam analisados e aprovados de forma ágil e eficiente.

O Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde (DECOOP) é visto como um ator central na governança do PROADI-SUS. Os hospitais destacam que o DECOOP tem fortalecido sua atuação, trazendo diretrizes claras e delimitadores que apoiam as secretarias finalísticas na análise e aprovação dos projetos. Este fortalecimento da governança contribui para uma maior transparência e eficiência na execução dos projetos.

Os hospitais enfatizam que os projetos do PROADI-SUS são resultado de uma construção coletiva entre os hospitais e as secretarias do MS. Esta colaboração é fundamental para garantir que as iniciativas estejam alinhadas com as prioridades do SUS e com as necessidades das diferentes áreas da saúde. A abordagem colaborativa garante que os projetos sejam mais aderentes às demandas reais do SUS. As secretarias do MS desempenham um papel ativo no monitoramento e acompanhamento dos projetos. Os hospitais mencionam que algumas secretarias realizam reuniões mensais para avaliar o progresso das iniciativas e garantir que os objetivos estejam sendo alcançados. O acompanhamento próximo permite ajustes tempestivos e garante que os projetos estejam alinhados com as expectativas do MS.

Apesar dos avanços, os hospitais mencionam desafios na articulação com as secretarias, especialmente em relação à falta de alinhamento entre as áreas técnicas e finalísticas do MS. A sobrecarga de trabalho e a rotatividade de profissionais nas secretarias são fatores que dificultam a comunicação e a coordenação das ações. Estes desafios refor-

çam a necessidade de uma maior integração e de mecanismos que facilitem a comunicação entre os hospitais e o MS.

A Classe 2 evidencia que a articulação e a colaboração entre os hospitais de excelência e o Ministério da Saúde são fatores críticos para o sucesso dos projetos do PROADI-SUS. A padronização dos processos, o fortalecimento da governança pelo DECOOP e a construção coletiva dos projetos são práticas que contribuem para uma execução mais eficiente e alinhada com as prioridades do SUS.

No entanto, os desafios relacionados à comunicação e ao alinhamento entre as secretarias e os hospitais ainda precisam ser superados. A sobrecarga de trabalho e a falta de integração entre as áreas técnicas e finalísticas do MS podem comprometer a efetividade das iniciativas. Para enfrentar esses desafios, é fundamental investir em mecanismos que facilitem a comunicação, como plataformas digitais e reuniões periódicas, além de promover uma maior capacitação das equipes envolvidas.

Em resumo, a Classe 2 reflete a importância da parceria entre os hospitais de excelência e o MS na execução dos projetos do PROADI-SUS. A padronização dos processos, o fortalecimento da governança e a construção coletiva dos projetos são práticas que contribuem para uma gestão mais eficiente e alinhada com as prioridades do SUS. No entanto, os desafios relacionados à comunicação e ao alinhamento entre as secretarias e os hospitais exigem atenção e investimentos contínuos.



TABELA 15

Evidências Empíricas da Classe 3 do Subcorpus Hospitalais

Classe 3 – Matriz Lógica e Indicadores de Projetos	Score	Hospital
“A gente monta então a matriz lógica e consequentemente a matriz de indicador em relação aos objetivos do projeto, a gente segue o manual, a última atualização do manual PROADI, que ele foi atualizado em setembro do ano passado, inclusive nesse manual teve toda uma reestruturação da matriz lógica e indicador, porque agora de fato a gente constrói uma matriz de indicador, uma matriz lógica baseada na teoria da mudança”.	518.27	MOINHOS
“Primeiro, a gente constrói, então, esse modelo baseado na teoria da mudança, constrói essa matriz lógica, onde a gente desdobra por cada objetivo específico, as ações, os resultados, os produtos, que cada um desses objetivos vai resultar, e a partir dessa construção a gente monta os indicadores, tanto que faça sentido por contexto, o que é realizável, sempre pensando no que a gente for construir como produto, tem que ser quantificável, e aí aqui nesse sentido a gente constrói tanto indicador de processo como indicador de resultado”.	394.08	MOINHOS
“Eu vou falar um pouquinho de como foi essa construção no início do triênio. A gente teve reuniões com as nossas equipes dos projetos onde a gente sentou com eles e construiu junto com eles toda a nossa matriz lógica de indicadores ligada ali ao objetivo geral e ao objetivo específico dos projetos. Então hoje todos os nossos indicadores que a gente trabalha nos dashs que eu vou apresentar para vocês estão linkados aos nossos objetivos específicos ao objetivo geral de cada projeto”.	324.60	SÍRIO
“E é interessante, porque no manual passado, foi introduzido a matriz lógica, que hoje é a matriz de indicadores no manual atual. E foi muito interessante que, lá em 2021, a gente via cada um aplicando, cada técnico aplicando a matriz lógica de uma forma diferente. Então, tinha uns casos que exigiam uma coisa, tinha casos que exigiam outra, e a gente tem visto esse ruído, essa simetria de informação reduzindo”.	323.14	EINS-TEIN
“A gente pega o que hoje está ali no manual como matriz lógica que é uma teoria da mudança um pouco modificada e a gente faz uma teoria da mudança também e a gente coloca um elemento que acho que é de interesse de vocês, que é um monitoramento de indicadores com base em indicadores globais ou nacionais”.	314.32	EINS-TEIN

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 3 destaca a importância da construção de metodologias estruturadas para o planejamento, monitoramento e avaliação dos projetos do PROADI-SUS. As evidências empíricas apresentadas na Tabela 15 mostram que os hospitais de excelência adotam abordagens baseadas em matrizes lógicas e indicadores para garantir que os projetos sejam bem planejados, executados e avaliados. A classe reflete o esforço dos hospitais em alinhar suas iniciativas com as diretrizes do PROADI-SUS e em utilizar ferramentas que permitam mensurar o impacto e o progresso das ações desenvolvidas.

Os hospitais mencionam a adoção de matrizes lógicas e teorias da mudança como metodologias centrais para a estruturação dos projetos. Estas ferramentas permitem que os hospitais definam claramente

os objetivos, as ações, os resultados esperados e os indicadores de desempenho. A construção dessas matrizes é feita de forma alinhada com o manual do PROADI-SUS, que foi atualizado recentemente para incluir diretrizes mais claras sobre a elaboração de indicadores e a avaliação de impacto. A padronização metodológica facilita a gestão dos projetos e garante que todas as iniciativas sigam um modelo consistente de planejamento e execução.

Além disso, os hospitais destacam a importância de desenvolver indicadores quantificáveis que permitam medir tanto o progresso das atividades (indicadores de processo) quanto os resultados alcançados (indicadores de resultado). Estes indicadores são construídos com base nos objetivos específicos de cada projeto, garantindo que sejam relevantes e mensuráveis. A adoção de indicadores robustos é essencial para avaliar a efetividade das iniciativas e para demonstrar o impacto dos projetos no fortalecimento do SUS.

Outro aspecto relevante é a integração dos indicadores dos projetos com indicadores globais ou nacionais de saúde. Os hospitais mencionam que buscam alinhar seus indicadores com métricas reconhecidas internacionalmente ou com diretrizes do Ministério da Saúde, o que permite uma avaliação mais ampla e comparativa dos resultados. A prática contribui para a transparência e a credibilidade dos projetos, além de facilitar a comunicação dos resultados para as partes interessadas, incluindo o MS e a sociedade.

Apesar dos avanços, os hospitais também mencionam desafios na implementação destas metodologias. A falta de uniformidade na aplicação das matrizes lógicas e a necessidade de capacitação das equipes para a construção e análise de indicadores são pontos que exigem atenção. Além disso, a complexidade de alguns projetos, especialmente aqueles que envolvem múltiplas áreas de atuação ou parcerias com outras instituições, pode dificultar a definição de indicadores precisos e abrangentes.

A Classe 3 evidencia que a adoção de matrizes lógicas e indicadores é uma prática fundamental para a gestão eficiente dos projetos do PROADI-SUS. As metodologias permitem que os hospitais planejem suas iniciativas de forma estruturada, monitorem o progresso das atividades e avaliem o impacto dos resultados. No entanto, a implementação dessas ferramentas exige investimentos em capacitação e padronização, além de um alinhamento constante com as diretrizes do MS.



A continuidade destas práticas, aliada a um monitoramento contínuo e à avaliação de impacto, será essencial para garantir que os projetos do PROADI-SUS alcancem seus objetivos e gerem benefícios concretos para o sistema público de saúde. A adoção de metodologias robustas e a construção de indicadores relevantes são passos importantes para consolidar o PROADI-SUS como um programa estratégico de fortalecimento do SUS.

A Classe 3 reflete o compromisso dos hospitais de excelência com a gestão baseada em evidências e a avaliação de impacto. A construção de matrizes lógicas e indicadores quantificáveis é uma prática que contribui para a eficiência e a transparência dos projetos, mas também aponta para a necessidade de investimentos contínuos em capacitação e padronização.

TABELA 16

Evidências Empíricas da Classe 4 do Subcorpus Hospitais

Classe 4 – Capacitação e Avaliação de Impacto	Score	Hospital
“Tem muitos projetos que estão na fase de repactuação, então a gente senta com essas equipes e olha para as matrizes e pensa, bom, então vamos ver se a gente consegue aprimorar ainda mais os indicadores que já existem, pensar em formas de avaliar o projeto, se não tiver o estudo avaliativo proposto, enfim. E a gente segue, claro, na evolução do método da avaliação do portfólio, sempre nesse movimento aí bem próximo com as equipes executoras dos projetos”.	322.19	HAOC
“E aí, uma questão que a gente tem tentado trabalhar é como a gente desenvolver a capacidade avaliativa dentro das nossas equipes, então que esse conhecimento de monitoramento e avaliação não fique só com o núcleo, mas ele realmente seja algo disseminado entre todas as equipes dos projetos”.	299.76	HAOC
“A gente tem a gestão do conhecimento, a gente tem algumas práticas de educação permanente implementadas aqui, e nós vimos, então, como oportunidades ofertar alguns cursos para as equipes executoras dos projetos, sempre na perspectiva de construção de indicadores, como montar, como pensar num projeto desde o começo, pensar em estudos avaliativos desde o início do planejamento dos projetos”.	298.96	HAOC
(...) IntegraVisa, que é um projeto de apoio a tanto a Anvisa como as equipes de vigilância sanitária do país todo, para a implementação do sistema de gestão da qualidade e uma das formas de a gente mensurar o resultado é a gente tentar medir quais equipes que conseguiram então implantar práticas ligadas à gestão da qualidade após o término porque o projeto é feito de capacitação e de apoio tanto à distância como local para a implantação desse processo de gestão da qualidade”.	298.69	HAOC
“O Acórdão do TCU, a gente brinca que ele foi extremamente pedagógico, porque nos suscitou e nos despertou para a necessidade de olhar para que fossem pensados melhores indicadores e melhores práticas avaliativas para demonstrar o quanto os projetos de fato reverberam na prática e melhoria do SUS. De lá para cá, então, a gente entendeu que essa era uma grande lição aprendida e aí nos fez, então, no triênio 18-20, mergulhar sobre a literatura da área de monitoramento e avaliação”.	276.10	HAOC

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 4 destaca a importância da capacitação das equipes e da avaliação de impacto como elementos centrais para o sucesso dos projetos do PROADI-SUS. As evidências empíricas apresentadas na Tabela 16 mostram que os hospitais de excelência estão investindo no desenvolvimento de competências internas para monitoramento e avaliação, além de buscar aprimorar as metodologias utilizadas para mensurar os resultados e o impacto das iniciativas. A classe reflete o esforço dos hospitais em garantir que os projetos não apenas sejam executados com eficiência, mas também gerem benefícios tangíveis e sustentáveis para o SUS.

Os hospitais mencionam a necessidade de disseminar a cultura de monitoramento e avaliação entre as equipes executoras dos projetos. Para isso, têm implementado práticas de educação permanente, como cursos e treinamentos, que visam capacitar os profissionais na construção de indicadores, no planejamento de estudos avaliativos e na aplicação de metodologias de avaliação de impacto. A capacitação é essencial para garantir que as equipes estejam preparadas para acompanhar o progresso dos projetos e para identificar oportunidades de melhoria ao longo da execução.

Além disso, os hospitais destacam a importância de desenvolver estudos avaliativos desde o início do planejamento dos projetos. A incorporação de avaliações de impacto no desenho dos projetos permite que os hospitais mensurem não apenas os resultados imediatos, mas também os efeitos de longo prazo das iniciativas. Esta abordagem é fundamental para demonstrar o valor dos projetos para o SUS e para justificar os investimentos realizados. Os hospitais também mencionam a utilização de práticas de gestão do conhecimento para documentar e compartilhar as lições aprendidas, contribuindo para a melhoria contínua dos processos.

Outro aspecto relevante é a adoção de metodologias robustas para avaliação de impacto, como a análise de indicadores de desempenho e a realização de estudos comparativos. Os hospitais buscam alinhar suas práticas avaliativas com diretrizes internacionais e com as recomendações de órgãos de controle, como o TCU. Esta preocupação com a qualidade das avaliações reflete o compromisso dos hospitais em garantir a transparência e a credibilidade dos resultados obtidos.

Apesar dos avanços, os hospitais também enfrentam desafios na implementação das práticas. A complexidade de alguns projetos, espe-



cialmente aqueles que envolvem múltiplas áreas de atuação ou parcerias com outras instituições, pode dificultar a mensuração precisa do impacto. Além disso, a falta de recursos especializados e a rotatividade de profissionais são fatores que podem comprometer a continuidade das avaliações e a aplicação das lições aprendidas.

A Classe 4 evidencia que a capacitação das equipes e a avaliação de impacto são pilares fundamentais para a efetividade dos projetos do PROADI-SUS. A disseminação de conhecimentos sobre monitoramento e avaliação, aliada à adoção de metodologias robustas, contribui para a melhoria contínua das iniciativas e para a demonstração do seu valor para o SUS. No entanto, a superação dos desafios relacionados à complexidade dos projetos e à falta de recursos especializados exigirá investimentos contínuos em capacitação e infraestrutura.

A continuidade destas práticas, aliada a um monitoramento contínuo e à avaliação de impacto, será essencial para garantir que os projetos do PROADI-SUS alcancem seus objetivos e gerem benefícios concretos e sustentáveis para o sistema público de saúde. A capacitação das equipes e a adoção de metodologias robustas de avaliação são passos importantes para consolidar o PROADI-SUS como um programa estratégico de fortalecimento do SUS.

Em resumo, a Classe 4 reflete o compromisso dos hospitais de excelência com a melhoria contínua e a transparência na execução dos projetos. A disseminação de conhecimentos sobre monitoramento e avaliação, aliada à adoção de metodologias robustas, contribui para a efetividade das iniciativas e para a demonstração do seu impacto no SUS. No entanto, a superação dos desafios relacionados à complexidade dos projetos e à falta de recursos exigirá investimentos contínuos em capacitação e infraestrutura, garantindo que os projetos do PROADI-SUS gerem impactos positivos e duradouros no sistema público de saúde.

TABELA 17

Evidências Empíricas da Classe 5 do Subcorpus Hospitais

Classe 5 – Monitoramento Financeiro e Execução Física	Score	Hospital
“A gente tem o BI que a gente consegue fazer em alguns cenários, tanto financeiro, acompanhamento do orçado e realizado, assim também como as atividades, atrelar o físico ao financeiro também para fazer os acompanhamentos nas reuniões mensais, e quando eu falo reunião mensal, é reunião de dois setores de projetos com os projetos de uma forma geral para fazer o acompanhamento e entender ali as dificuldades” (...)	413.28	HAOC
“A gente faz o mesmo trabalho com o financeiro só que o financeiro a gente olha para os dois lados. A gente olha tanto para o orçado e realizado do mês anterior até para a gente ver o que a gente está descolando do orçamento”.	340.88	SÍRIO
“Nós fazemos um monitoramento a cada quatro meses aproximadamente, com toda a execução física do projeto e pelo menos em dois desses monitoramentos algum demonstrativo já de execução financeira, quando a gente começa a ter alguns fechamentos, então a gente não faz todos os monitoramentos, esse tipo de apresentação. Geralmente as áreas técnicas têm alguns modelos que são padronizados, ou em forma de PowerPoint, ou em algum outro formato que seja utilizado, mas isso muda um pouquinho conforme cada área técnica e cada secretaria”.	333.70	MOINHOS
“A gente faz todo o controle da execução física e da análise dos riscos dos projetos de cada carteira e a gente faz o status mesmo então percentual de execução da atividade tal da tarefa. Ele sobe para a atividade depois sobe para a entrega então a gente tem a cada final do mês qual é o percentual de execução de cada atividade de cada entrega dos nossos projetos”.	329.10	SÍRIO
“O nosso indicador principal de execução de gestão do projeto é a realização daquelas atividades dentro de cada entrega. Então, eu tenho X atividades previstas para o período, eu realizei Y, Y sobre X é o percentual que vai dar. Financeiramente, a gente faz essa análise também quebrada por rubrica e por entrega nos modelos do MS. Então, para cada projeto eu tenho N entregas, dentro de cada entrega eu tenho as grandes contas, as linhas contábeis, as contas contábeis de recursos humanos, serviços de terceiros, diárias e passagens. Então, mensalmente, a gente vai checando linha a linha, grupo a grupo e aquilo vai me dando o indicador financeiro”.	323.44	BP

Dados da pesquisa (2025).

A Classe 5 destaca a importância do acompanhamento detalhado da execução financeira e física dos projetos do PROADI-SUS. As evidências empíricas apresentadas na Tabela 17 mostram que os hospitais de excelência adotam práticas rigorosas de monitoramento para garantir que os recursos sejam aplicados de forma eficiente e que as atividades previstas sejam executadas dentro do prazo e do orçamento estabelecidos. A Classe reflete o compromisso dos hospitais com a transparência



e a eficiência na gestão dos projetos, além de evidenciar os desafios enfrentados nesse processo.

Os hospitais mencionam a utilização de ferramentas tecnológicas, como BI, para monitorar a execução financeira e física dos projetos. As ferramentas permitem que os gestores acompanhem em tempo real o progresso das atividades, comparando o planejado com o realizado. O uso de BI facilita a identificação de desvios orçamentários e operacionais, permitindo ajustes rápidos e assertivos. Além disso, os hospitais destacam a importância de integrar o monitoramento financeiro com o acompanhamento das entregas físicas, garantindo que os recursos sejam alocados de forma eficiente e que os objetivos do projeto sejam alcançados.

Outro aspecto relevante é a periodicidade do monitoramento, que varia de acordo com a complexidade e o estágio de execução dos projetos. Alguns hospitais realizam reuniões mensais para avaliar o progresso das atividades e o cumprimento do cronograma, enquanto outros adotam ciclos de monitoramento trimestrais ou semestrais. Independentemente da frequência, o objetivo é garantir que os projetos estejam em conformidade com o planejado e que eventuais problemas sejam identificados e resolvidos de forma tempestiva.

Os hospitais também mencionam a importância de indicadores de desempenho para avaliar a execução financeira e física dos projetos. Estes indicadores são construídos com base nas entregas previstas e nas rubricas orçamentárias, permitindo uma análise detalhada do progresso das atividades e da aplicação dos recursos. A utilização de indicadores robustos contribui para a transparência na gestão dos projetos e para a prestação de contas ao Ministério da Saúde (MS) e aos órgãos de controle.

Apesar dos avanços, os hospitais enfrentam desafios no monitoramento dos projetos. A complexidade de algumas iniciativas, especialmente aquelas que envolvem múltiplas áreas de atuação ou parcerias com outras instituições, pode dificultar o acompanhamento detalhado das atividades e dos gastos. Além disso, a falta de padronização nos processos de monitoramento entre as diferentes secretarias do MS pode gerar inconsistências na prestação de contas e na avaliação dos resultados.

A Classe 5 evidencia que o monitoramento financeiro e físico é um pilar fundamental para a gestão eficiente dos projetos do PROADI-SUS. A adoção de ferramentas tecnológicas, como BI, e a utilização de indicadores de desempenho contribuem para a transparência e a eficiência na execução das iniciativas. A continuidade dessas práticas, aliada a um

monitoramento contínuo e à avaliação de impacto, será essencial para garantir que os projetos do PROADI-SUS alcancem seus objetivos e gerem benefícios concretos para o sistema público de saúde. O monitoramento financeiro e físico é uma prática que contribui para a eficiência e a transparência dos projetos, mas também aponta para a necessidade de investimentos contínuos em capacitação e padronização.

A Classe 5 reflete o compromisso dos hospitais de excelência com a transparência e a eficiência na gestão dos projetos. A adoção de ferramentas tecnológicas e indicadores de desempenho contribui para o acompanhamento detalhado das atividades e dos gastos, garantindo que os recursos sejam aplicados de forma eficiente.

TABELA 18

Evidências Empíricas da Classe 6 do Subcorpus Hospitais

Classe 6 - Impacto e Sustentabilidade dos Projetos	Score	Hospital
“A instituição também atua com gestão de hospitais públicos. Hoje a gente tem expandido bastante nessa área, então o Einstein iniciou essa trajetória no Hospital Mboi Mirim, aqui em São Paulo, depois estendeu para o Hospital da Vila Santa Catarina, todos eles ligados à Rede Municipal de Saúde”.	241.59	EINSTEIN
“Em relação aos projetos que dialogam com o que a gente pode entender do setor terciário da saúde, tem o MAPA Genoma Brasil, o Transplante de Medula Óssea, que é o TMO Brasil, o Saúde Integral da Mulher, que é um outro projeto, um projeto de pesquisa que dialoga com o que nós realizamos também, o Impacto MR, que busca verificar para pacientes em UTI melhores desfechos a partir daquilo que a gente conseguiu verificar que pode reduzir a incidência de infecção, em especial pacientes oncológicos”.	225.38	BP
“Data lake é o formato perfeito que a gente entende em gestão de projetos, com a complexidade que a gente executa um projeto do PROADI que não é fácil, em um país que mensalmente 300 secretários de saúde de municípios são trocados. É um dado que a gente obteve aí do pessoal do CONASEMS recentemente, imagine vocês, todo mês 300 pessoas são substituídas de suas cadeiras, como é que você consegue evoluir num dinamismo desse?”	224.64	SÍRIO
“Olha, o Lean Nas Emergências já criou a comunidade. Saúde em Nossas Mãos, 300 UTIs, já criou uma outra comunidade. E mais do que a troca da gestão da prática clínica e da gestão desses processos nas instituições, a gente consegue celebrar com eles pequenas vitórias no dia a dia, e isso faz com que a gente tenha um engajamento muito maior dos beneficiados em relação a isso. Todos os projetos respondem a essas, em tese, comunidades que a gente está criando, independentemente de estar ou não estar numa atividade. Então, os telefones dos coordenadores tocam por N motivos, diuturnamente, com base nesse pessoal que entra em contato com eles”.	208.59	BP
“Projetos de saúde digital, onde a gente consegue utilizar a expertise da telemedicina do Moinhos junto com o PROADI toda a nossa parte por exemplo de segurança do paciente que é um conhecimento institucional também é uma expertise do Moinhos que a gente consegue trazer para dentro das instituições públicas do Brasil e isso também nos traz visibilidade enquanto instituição”.	185.43	MOINHOS

Dados da pesquisa (2025).



A Classe 6 destaca a preocupação dos hospitais em garantir que os projetos do PROADI-SUS gerem impactos positivos e duradouros no SUS. As evidências empíricas apresentadas na Tabela 18 mostram que os hospitais buscam não apenas executar as iniciativas dentro do prazo e do orçamento, mas também assegurar que os benefícios gerados sejam sustentáveis e integrados às políticas públicas de saúde. Essa classe reflete o compromisso dos hospitais em contribuir para a melhoria do SUS de forma estratégica e de longo prazo.

Os hospitais enfatizam a importância de projetos que dialogam com as necessidades do SUS, especialmente em áreas como saúde digital, segurança do paciente, gestão hospitalar e assistência especializada. Estas iniciativas buscam levar a expertise dos hospitais de excelência para o sistema público, promovendo a transferência de conhecimento e a adoção de práticas inovadoras. Um exemplo é a utilização da telemedicina e de tecnologias digitais para ampliar o acesso a serviços de saúde em regiões remotas ou carentes. Os projetos deste tipo não apenas melhoram a qualidade da assistência, mas também fortalecem a capacidade de gestão das instituições públicas.

Fora isto, os hospitais destacam a criação de comunidades de prática como uma estratégia para garantir a sustentabilidade dos projetos. As comunidades reúnem profissionais de saúde, gestores e outros atores envolvidos nas iniciativas, promovendo a troca de experiências e a continuidade das práticas implementadas. A formação destas redes contribui para a disseminação de conhecimentos e para a manutenção dos benefícios gerados pelos projetos, mesmo após o término do financiamento do PROADI-SUS.

Outro aspecto relevante é a integração dos projetos com as políticas públicas do SUS. Os hospitais buscam alinhar suas iniciativas com as diretrizes estratégicas do MS, garantindo que os resultados possam ser incorporados de forma permanente ao sistema de saúde. Esta integração é fundamental para ampliar o impacto dos projetos e para garantir que os investimentos realizados gerem benefícios duradouros.

Apesar dos avanços, os hospitais enfrentam desafios na garantia da sustentabilidade dos projetos. A rotatividade de gestores em nível municipal e estadual, por exemplo, pode comprometer a continuidade das ações implementadas. Além disso, a falta de recursos para a manutenção de equipamentos e tecnologias introduzidas pelos projetos pode limitar sua efetividade a longo prazo. Estes desafios reforçam a

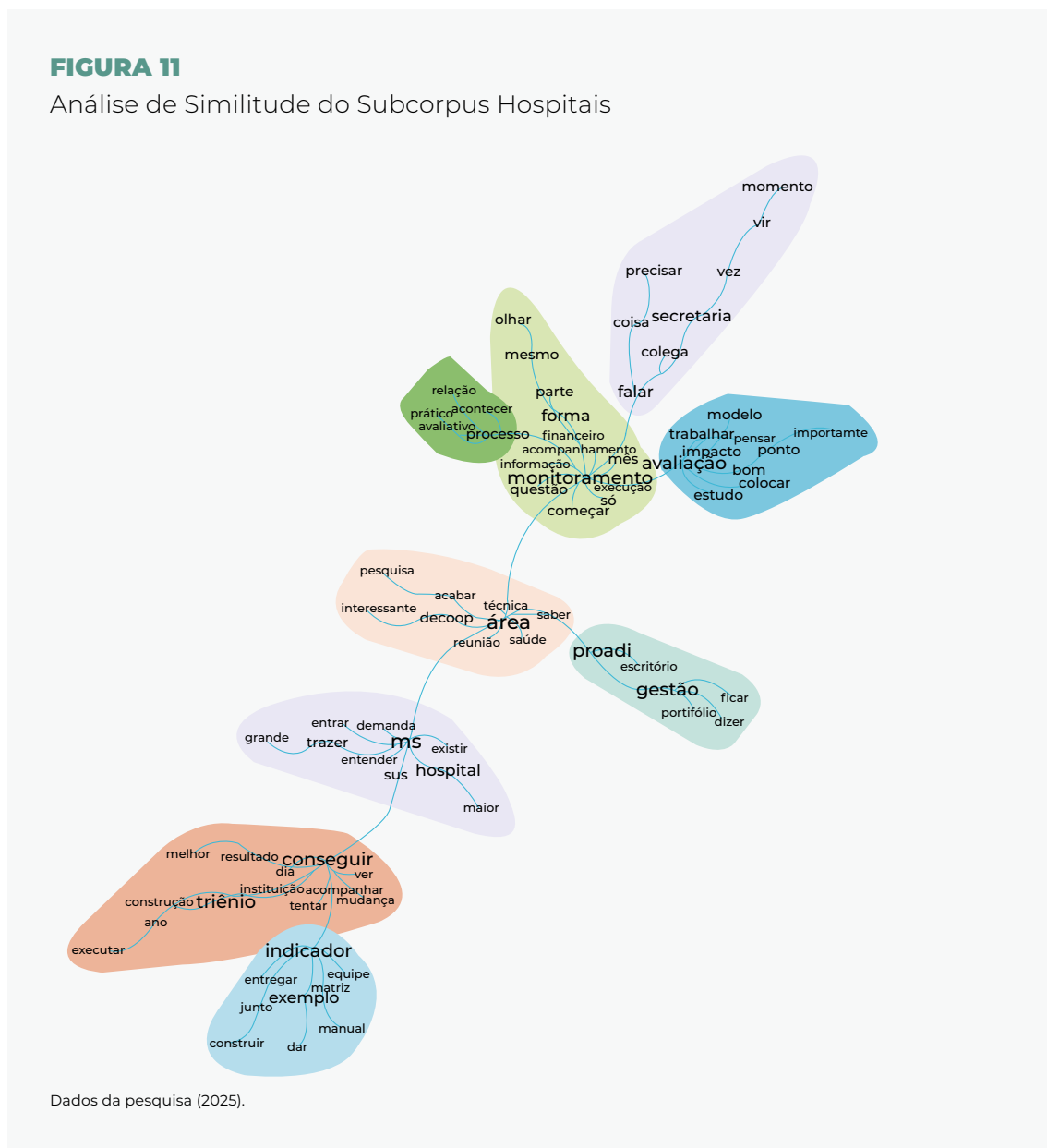
necessidade de um planejamento estratégico que inclua mecanismos de transição e absorção das iniciativas pelo SUS.

A Classe 6 evidencia que o impacto e a sustentabilidade dos projetos são pilares fundamentais para o sucesso do PROADI-SUS. A execução de iniciativas alinhadas com as necessidades do SUS, a criação de comunidades de prática e a integração com as políticas públicas contribuem para a melhoria do sistema de saúde de forma estratégica e duradoura. No entanto, a superação dos desafios relacionados à rotatividade de gestores e à falta de recursos exigirá investimentos contínuos em planejamento e articulação institucional.

4.3.1 Análise de Similitude do Subcorpus Hospitalais

FIGURA 11

Análise de Similitude do Subcorpus Hospitalais



A Figura 11 apresenta um grafo de similitude que evidencia as conexões entre os principais termos utilizados pelos hospitais ao discutirem a execução dos projetos do PROADI-SUS. A estrutura da análise revela diferentes agrupamentos temáticos, destacando conceitos-chave relacionados à gestão, monitoramento, avaliação e resultados das iniciativas.

No centro da rede, observa-se um nó de convergência entre os termos “monitoramento”, “processo” e “área”, sugerindo que o acompanhamento contínuo dos projetos desempenha um papel central na estruturação das atividades dos hospitais. Esse núcleo se conecta diretamente a palavras como “gestão”, “avaliação” e “PROADI”, reforçando que o programa exige uma abordagem sistemática para garantir a execução eficaz e mensuração de resultados.

A ramificação mais abaixo revela um cluster de termos ligados ao desempenho e aos indicadores de impacto. Expressões como “conseguir”, “ver”, “triênio” e “indicador” indicam que a preocupação dos hospitais vai além da implementação dos projetos, englobando a análise de resultados ao longo dos ciclos operacionais. Isto sugere que a prestação de contas e a avaliação da efetividade das ações são aspectos fundamentais da execução dos programas.

Outro agrupamento relevante está associado ao papel do Ministério da Saúde e das secretarias de saúde. Os termos “MS”, “hospital” e “trazer” aparecem fortemente ligados, apontando para a importância da colaboração entre os hospitais e o Ministério da saúde. A presença de “secretaria” e “falar” indica que há uma preocupação com a comunicação e o alinhamento entre as partes envolvidas, evidenciando a necessidade de um fluxo de informações estruturado para a execução bem-sucedida dos projetos.

No lado superior direito do grafo, observa-se um agrupamento associado à avaliação e planejamento estratégico. Termos como “avaliação”, “modelo”, “importante” e “pensar” sugerem que os hospitais reconhecem a relevância de refletir sobre os resultados e aprimorar continuamente os processos. Essa conexão reflete a necessidade de adotar metodologias baseadas em evidências para medir o impacto das iniciativas.

Por fim, destaca-se um conjunto de termos relacionados à visão e percepção dos gestores sobre os projetos, com palavras como “olhar”, “mesmo” e “forma”. A interpretação e a experiência dos profissionais de

Ademais, palavras como “gestão”, “PROADI” e “área” indicam que os projetos hospitalares estão fortemente atrelados a práticas de administração estratégica, exigindo planejamento, controle e alinhamento com os objetivos institucionais. A presença de “MS” e “secretaria” evidencia o papel fundamental das entidades governamentais na supervisão e regulação das ações implementadas.

Outro aspecto relevante observado na nuvem de palavras é a ênfase na execução prática das atividades. Termos como “trazer”, “exemplo”, “falar”, “acompanhar” e “acontecer” sugerem um foco na operacionalização das estratégias, demonstrando que os hospitais precisam articular bem seus recursos e processos para garantir a efetivação dos projetos.

Palavras como “triênio”, “resultado”, “construção” e “impacto” indicam que as instituições de saúde avaliam suas ações dentro de um período específico de análise, observando o desempenho dos programas ao longo do tempo. Isto reforça a importância de um acompanhamento longitudinal, com a avaliação contínua dos resultados obtidos. Termos como “olhar”, “forma” e “momento” apontam para a percepção e reflexão dos gestores sobre os projetos, o que pode indicar uma preocupação constante com a adaptação e a melhoria contínua das iniciativas hospitalares.

A nuvem de palavras evidencia a ênfase dos hospitais em mensuração de resultados, monitoramento e gestão eficiente dos projetos do PROADI-SUS. A estrutura textual sugere que os principais desafios estão na implementação de processos, avaliação de impacto e articulação entre as entidades governamentais e os hospitais.

4.4 Análise do Subcorpus Hospitais Universitários

FIGURA 13

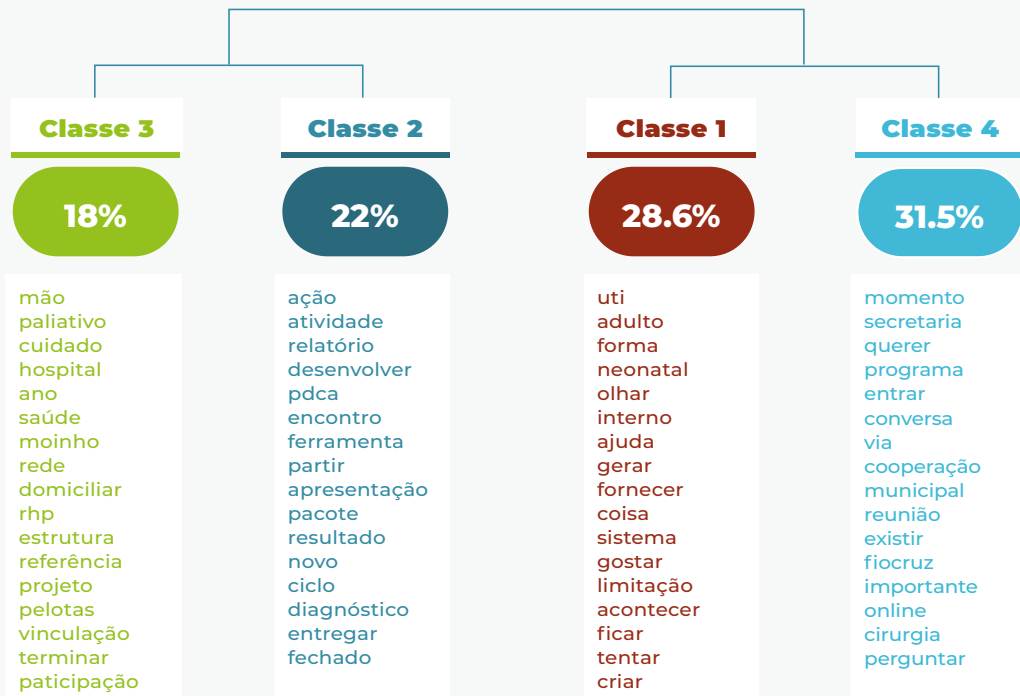
Dendograma do Subcorpus Hospitais Universitários



Dados da pesquisa (2025).

FIGURA 14

Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do Subcorpus Hospitais Universitários



Nota: Nível de retenção: 65,00%

Dados da pesquisa (2025).



TABELA 19

Evidências Empíricas da Classe 1 do Subcorpus Hospitais Universitários

Classe 1 - Adaptação e Aprendizagem na Implementação de Projetos de Melhoria nas UTIs	Score	Hospital
(...) “ao mesmo tempo fez a equipe procurar e tentar soluções. Então, eles têm uma equipe técnica muito boa para prevenção na UTI adulto, mas na neonatologia eles pegaram o mesmo pacote e reestruturaram para a UTI neonatal e não era essa forma”.	118.27	HE-UFPEL
“Mas, no projeto passado, na UTI adulto, isso até instigou muito o pessoal até da própria pesquisa, porque o pessoal trabalhou, fez, criou até um sistema para ficar monitorando direitinho esses indicadores. Então, assim, são limitações, fragilidades que acabam instigando a gente a criar, trabalhar e melhorar a nossa assistência aqui mesmo”.	114.30	HUAC-U-FCG
“Porque, por exemplo, o projeto Saúde em Nossas Mãos é só específico para UTI. E aí, como a gente já tem sido contemplado na UTI adulto, a gente ficou com pouca esperança de ser contemplado novamente. Mas, dessa vez, deu certo. Que bom. E, assim, é sempre isso. A gente faz a inscrição, se for elegível e der certo, e a gente começa o projeto a fazer parte conosco. Então, o primeiro contato sempre é via EBSERH. Não, o contato não fica via EBSERH. É contato direto conosco, do hospital mesmo.	91.05	HUAC-U-FCG
“Eu acho que o PROADI tem muita coisa já é muito útil, já ajuda bastante, desde a qualificação, desde a questão da realização do levantamento indicadores, para a melhoria interna e para o produto final que a gente dá à sociedade ao paciente”.	90.30	HUAC-U-FCG
(...) “não vamos nos inscrever no Saúde em Nossas Mãos, porque a gente já participou do outro triênio. Mas acabou que a gente ficou com esse. Para nós, foi bom, e a conversa que a gente teve com a gestão foi justamente, não, a gente fez o triênio anterior na UTI adulto, não justifica, porque o método. Já foi desenvolvido lá. Então, vamos partir para a UTI neonatal. Então, foi todo um remodelamento”.	79.68	HE-UFPEL

Dados da pesquisa (2025).

As evidências empíricas associadas a essa classe revelam um conjunto de experiências que envolvem tanto os desafios quanto as estratégias de superação adotadas pelos hospitais universitários ao implementar projetos do PROADI-SUS, especialmente no âmbito das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Um dos principais temas identificados é a dificuldade de replicar metodologias previamente bem-sucedidas na UTI adulto para a UTI neonatal, como apontado no relato de um profissional do HE-UFPEL. A equipe tentou adaptar o mesmo pacote de cuidados utilizado anteriormente, mas percebeu que o contexto neonatal exigia uma abordagem específica, o que levou a um processo de reestruturação do projeto. Este

episódio revela a importância de considerar as particularidades clínicas e organizacionais de cada unidade ao aplicar metodologias padronizadas.

Outro aspecto recorrente nas falas é a capacidade das instituições de gerar aprendizado e inovação a partir das limitações enfrentadas durante a execução dos projetos. Um exemplo disso foi o desenvolvimento interno de um sistema de monitoramento de indicadores por parte do HUAC-UFCC, motivado pelas fragilidades inicialmente observadas. Este movimento ilustra uma postura institucional proativa, em que os desafios são transformados em oportunidades de qualificação dos processos e melhoria da assistência.

Além disso, os dados evidenciam certa imprevisibilidade no acesso aos projetos do PROADI-SUS. Há um sentimento de incerteza quanto à possibilidade de continuidade da participação, como relatado por uma equipe que, mesmo após ter sido contemplada em ciclos anteriores, não tinha expectativa de ser novamente selecionada. Esta percepção sugere possíveis limitações nos critérios de elegibilidade ou comunicação institucional, o que pode impactar negativamente o engajamento dos hospitais.

A classe também destaca a autonomia dos hospitais na condução das ações. Apesar de a EBSEH ser mencionada como um ponto inicial de contato, os profissionais indicam que o vínculo e a gestão do projeto ocorrem diretamente com as equipes locais, sem mediação constante da estatal. Isto reforça a ideia de que há um protagonismo institucional significativo no desenvolvimento e execução das iniciativas.

Por fim, a Classe 1 também traz uma percepção positiva em relação aos benefícios dos projetos do PROADI-SUS, especialmente no que diz respeito à qualificação profissional, ao levantamento de indicadores e à melhoria da assistência prestada à sociedade. Os projetos são vistos como instrumentos relevantes tanto para a gestão interna quanto para a entrega de valor ao paciente.

Assim, a Classe 1 expressa um conjunto de significados centrados na adaptação de metodologias, na aprendizagem organizacional frente aos desafios, na autonomia institucional e no reconhecimento dos projetos como mecanismos eficazes de melhoria contínua nas UTIs dos hospitais universitários.



TABELA 20

Evidências Empíricas da Classe 2 do Subcorpus Hospitais Universitários

Classe 2 - Gestão por Indicadores e Planejamento Estruturado de Ações Estratégicas	Score	Hospital
“Essas atividades elas são planejadas em ciclos de PDCA que nós rodamos ele semanalmente. Por exemplo, agora, a gente está trabalhando na prevenção de pneumonia social da ventilação mecânica em neonatos e a gente está controlando a cabeceira elevada dos nenéns dentro do incubador. Então, todos os dias é verificado. De acordo com a nossa sistemática se o processo está sustentado. Então, a partir desses PDCA com as ações estratégicas que a gente precisa desenvolver, nós elaboramos uns relatórios”.	196.25	HE-UFPEL
“Eles (Moinhos) têm uma matriz diagnóstica, então a gente faz com eles essa visita in loco, na unidade, e aí no final do dia eles já entregam, então, o diagnóstico situacional da unidade, e a partir daí nós iniciamos com os planos de ação. Eles nos oportunizam diagramas, estruturadores do projeto, então, com todas as ações estratégicas que são desenvolvidas dentro de cada pacote de cuidados, e a partir desse direcionador a gente desenvolve o ciclo de PDCA”.	174.29	HE-UFPEL
“Eu acho que falta um planejamento antecipado das reuniões, dos encontros. Acho que falta um planejamento maior por parte do Hub. Eles deixam as atividades, as SAVs, os encontros, eles comunicam às vezes de um dia para o outro e acaba que a gente não tem, não consegue participar. Eu acho que falta um planejamento maior das ações estratégicas dos Hub”.	170.32	HE-UFPEL
“Esse escopo de relatório ele é fechado, a gente desenvolve os pontos específicos. De acordo com os PDCA que nós desenvolvemos mensalmente e os resultados dos indicadores, que são monitorados pelo programa. Então, ele já vem num bloco fechado, assim. A gente tem governabilidade em desenhar as atividades e adequar a ação ao nosso processo de trabalho.	164.97	HE-UFPEL
“Eles (hospital) nos entregam um relatório, uma documentação que a gente envia, tipo uma análise situacional, diagnóstico inicial. E aí eles nos entregam todo o cronograma, as atividades. Dessas atividades, tem lá as visitas que eles nos fazem presenciais, que já são com agendamento prévio. E eles fazem esse atendimento online. E aí, de acordo com o que a gente vai entregando de indicadores, eles vão dizendo o que a gente precisa melhorar e o que a gente precisa de lançar como estratégia para melhorar o mundo numa meta que eles disseram que é importante a gente atingir aquela meta”.	126.47	HUAC-UFCCG

Dados da pesquisa (2025).

As evidências empíricas que a compõem destacam a adoção sistemática de ferramentas de gestão da qualidade, como o ciclo PDCA, e o papel central dos indicadores no monitoramento de desempenho e na condução das melhorias assistenciais.

Os relatos dos profissionais do HE-UFPEL e do HUAC-UFCC revelam que a condução dos projetos do PROADI-SUS envolve forte orientação por metodologias de planejamento e avaliação contínua. A utilização recorrente do ciclo PDCA (Planejar, Fazer, Checar, Agir) é especialmente expressiva — sendo aplicado semanalmente para monitorar práticas clínicas específicas, como a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica em neonatos. Isso evidencia uma cultura institucional voltada para a melhoria contínua baseada em evidências e na sustentação de processos críticos, como o controle da posição da cabeceira em incubadoras.

Outro elemento relevante é a atuação dos hospitais parceiros do PROADI-SUS, como o Hospital Moinhos de Vento, que se envolve diretamente na construção de diagnósticos situacionais e na proposição de planos de ação. Essa parceria contribui com instrumentos estruturadores, como diagramas e matrizes diagnósticas, que orientam os hospitais universitários na organização das ações estratégicas, reforçando uma lógica de gestão fundamentada em dados.

Apesar dos avanços, a classe também traz críticas à condução do planejamento por parte dos Hubs executores. Profissionais do HE-UFPEL relatam dificuldades de participação em atividades e encontros virtuais por falta de comunicação antecipada e organização prévia, indicando uma fragilidade na articulação entre os diferentes atores envolvidos no projeto. Esta limitação compromete a participação ativa das equipes e pode afetar negativamente a continuidade e a qualidade das ações planejadas.

Ainda assim, os hospitais demonstram certa autonomia para adaptar os planos propostos às suas realidades locais. Embora recebam pacotes de ações com escopo fechado, como os relatórios mensais baseados nos PDCA e indicadores de desempenho, há governabilidade para moldar essas ações às particularidades dos processos de trabalho internos, o que sugere uma relação dialógica entre padronização e flexibilidade.

Por fim, a Classe 2 ressalta o papel do monitoramento por indicadores como eixo estruturante da implementação dos projetos. Os resultados obtidos são devolvidos às equipes em forma de orientações específicas, que sinalizam metas e estratégias prioritárias para melhoria. Esse ciclo reforça uma lógica de gestão orientada por desempenho, com foco na eficiência e na efetividade das intervenções.



Em síntese, a Classe 2 expressa um conjunto de práticas centradas no planejamento estratégico, uso intensivo de indicadores, estruturação metodológica e desafios na comunicação com os hubs, configurando um modelo de gestão mais técnico e formalizado, embora nem sempre bem articulado em termos operacionais.

TABELA 21

Evidências Empíricas da Classe 3 do Subcorpus Hospitais Universitários

Classe 3 - Percepções sobre o Escopo, Adequação e Planejamento dos Projetos PROADI-SUS	Score	Hospital
“O projeto Cuidados Paliativos, ele é mais direcionador de ações assistenciais e comunicação com a rede. O PROADI Saúde em Nossas Mãos, ele envolve estrutura, processo e resultado. O Cuidados Paliativos, ele envolve mais processos e resultados. Ele não envolve muito estrutura”.	205.91	HE-UFPEL
“Porque o Cuidados Paliativos já nos deu a programação praticamente do ano inteiro. Do Saúde em Nossas Mãos, não. Eles não nos dão um planejamento programado com tempo para a gente se organizar. Eu mesma não consigo participar de todas as atividades propostas”.	179.80	HE-UFPEL
“Não foi entendido que o hospital teria perfil para RHP. Na época, a conversa que a gente teve foi que a gente já estava mais evoluído com relação à gestão por indicadores, gestão por processos, e que o projeto não iria trazer tanto impacto”.	147.94	HE-UFPEL
“No projeto antigo, Saúde em Nossas Mãos, foram poucas vezes o contato que a gente teve, era mais esse ponto focal do hospital referência do projeto. Inicialmente, a Sede, ela entra em contato conosco para a gente fazer a nossa inscrição. Aí, através de vários documentos que a gente envia, eles fazem uma análise para saber se o hospital pode ser contemplado ou não”.	139.83	HUAC-UFCC
“O Saúde em Nossas Mãos, então, a equipe do Moinhos, eles vêm no início do projeto, fazem um diagnóstico, a gente encaminha inicialmente um diagnóstico inicial do hospital, e aí eles vêm em seguida, do início do projeto, eles vêm para fazer um diagnóstico com os pontos específicos, relacionados ao controle de infecções”.	135.45	HE-UFPEL

Dados da pesquisa (2025).

As evidências destacam reflexões críticas e comparações entre diferentes projetos implementados pelos hospitais universitários, com ênfase no alinhamento com os perfis institucionais, no escopo das ações e na qualidade do planejamento oferecido pelos executores.

Um ponto central é a diferença de abordagem entre os projetos “Saúde em Nossas Mãos” e “Cuidados Paliativos”. O primeiro é descrito

como mais abrangente, englobando estrutura, processos e resultados, enquanto o segundo se concentra principalmente nos processos e resultados assistenciais, com menor exigência estrutural. Esta diferenciação mostra que os hospitais reconhecem perfis e exigências distintas entre os projetos, o que impacta diretamente na capacidade de implementação e adaptação local.

O HE-UFPEL, por exemplo, destaca que o projeto Cuidados Paliativos oferece um planejamento anual pré-definido, o que facilita a organização interna e a adesão das equipes. Em contrapartida, no projeto “Saúde em Nossas Mãos”, há críticas quanto à falta de previsibilidade nas atividades, o que dificulta a participação efetiva dos profissionais. Esta diferença na estruturação temporal dos projetos sugere que a forma como os cronogramas são definidos e comunicados impacta a integração das ações no cotidiano hospitalar.

Outro ponto relevante da Classe 3 é a percepção sobre a pertinência dos projetos em relação ao estágio de desenvolvimento do hospital. Um relato do HE-UFPEL menciona que o hospital não foi considerado adequado para o projeto de RHP (Recursos Humanos em Projetos), sob o argumento de que já apresentava maturidade em gestão por indicadores e processos. Isso revela que há critérios seletivos baseados na suposta necessidade ou potencial de impacto do projeto, o que pode gerar frustração ou sentimento de exclusão em instituições mais avançadas em determinadas áreas.

A classe também evidencia a dinâmica de adesão aos projetos, que envolve o envio de documentos e diagnósticos iniciais, seguidos por visitas dos hospitais de referência (como o Hospital Moinhos de Vento) para validar o perfil do hospital e planejar as intervenções. Esta metodologia de entrada pode ser percebida como excessivamente burocrática ou distante, especialmente quando o contato com a equipe executora é restrito, como relatado no HUAC-UFMG. A interação limitada com a equipe executora em projetos anteriores é vista como um fator que enfraquece a experiência e a efetividade da parceria.

Por fim, a atuação do Hospital Moinhos de Vento como executor do “Saúde em Nossas Mãos” é descrita com ênfase na fase diagnóstica inicial, em que a equipe visita o hospital para mapear pontos críticos, como o controle de infecções. Embora essa abordagem técnica seja relevante, ela parece não ser suficiente para garantir um envolvimento contínuo e eficaz ao longo do projeto.



Em resumo, a Classe 3 expressa avaliações críticas sobre o planejamento, a adequação institucional e a articulação dos projetos PROADI-SUS com a realidade dos hospitais universitários. Aponta para a importância de alinhar escopos, metodologias e cronogramas às capacidades e demandas locais, a fim de potencializar os resultados e fortalecer o engajamento das equipes.

TABELA 22

Evidências Empíricas da Classe 4 do Subcorpus Hospitais Universitários

Classe 4 - Vivência do PROADI-SUS no Cotidiano Hospitalar: Comunicação, Participação e Impacto Percebido	Score	Hospital
“O PROADI conversa lá com quem executa aquela ação contra a qual ele quer coibir ou quer tratar. Então, ele está conversando lá. Então, o PROADI é um programa que, por acaso, nesse momento, está lá dentro do hospital, dentro de um setor. Que, nesse momento, é só com a UTI neonatal”.	75.85	HUGG-Unirio
“Eu acredito que as reuniões de acompanhamento sejam informais. Porque eu estou dentro de um grupo de WhatsApp e o que eu recebo é aviso das reuniões, já entrei online em várias e é uma conversa, assim, geral. E outros hospitais participam, não é só o nosso”.	70.16	HUGG-Unirio
“Toda a nossa conversa e troca de todos os dados são com a EBSEERH. Se for fora do nosso hospital, é com a EBSEERH. E o mais importante de fora do hospital é a nossa Secretaria Municipal de Saúde, que é o nosso gestor local”.	60.10	HUGG-Unirio
“O que eu falo é que é uma reunião, como que posso dizer? A gente até ouve o outro, é online. Aliás, a dinâmica é muito semelhante, mas não é assim, vamos sentar para conversar. Não é um grupo pequeno, é uma coisa grandona. Eu entrei numa live outro dia, tinham cento e poucas pessoas. E aí era para todo mundo, vamos dar uma aula de cateter venoso. Aí eu entrei lá para poder assistir. E aí, quando eu li, falei, gente, tinham outros hospitais.	58.47	HUGG_Unirio
“Como a gente está vivendo as duas coisas simultâneas, está sendo possível até haver quase um choque. A gente está sobrecarregado com reuniões do PROADI e, ao mesmo tempo, do programa de cooperação. Até nos perguntaram se a gente queria sair do PROADI. E as nossas enfermeiras pediram, pelo amor de Deus, que a gente não saísse. Ou seja, o PROADI cativou”.	45.20	HUGG-Unirio

Dados da pesquisa (2025).

Esta classe evidencia uma perspectiva institucional centrada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG-Unirio), abordando de forma crítica e reflexiva como o programa PROADI-SUS se insere, se comunica e é vivenciado no dia a dia do hospital, especialmente em contextos de sobreposição de programas e práticas.

Um dos aspectos mais marcantes nesta classe é a percepção da comunicação como predominantemente informal e descentralizada. Há referências constantes ao uso de grupos de WhatsApp para avisos de reuniões e trocas de informações, além de relatos sobre encontros virtuais com múltiplos hospitais, caracterizados como espaços genéricos e pouco interativos. A fala que descreve uma “live” com mais de cem pessoas ilustra bem o sentimento de dispersão e impessoalidade nesses encontros, o que limita o aprofundamento das trocas e a construção de vínculos entre os participantes.

Também chama atenção a focalização excessiva do PROADI-SUS em áreas específicas do hospital, como a UTI neonatal, fazendo com que o programa seja percebido como uma presença localizada e não necessariamente integrada ao conjunto da instituição. Esta visão fragmentada pode comprometer o engajamento de outras áreas e a consolidação de uma cultura de melhoria contínua mais ampla.

Além disso, a classe mostra uma tensão entre o PROADI-SUS e outras iniciativas institucionais, como os programas de cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde. A sobrecarga gerada por reuniões simultâneas e a necessidade de conciliar agendas distintas revela um desafio importante de articulação e gestão do tempo das equipes. Ainda assim, o relato de que os profissionais, especialmente as enfermeiras, pediram para não sair do PROADI, demonstra um sentimento de valorização e reconhecimento do programa, indicando que, apesar das dificuldades, o PROADI-SUS é percebido como relevante e mobilizador para os profissionais da assistência.

Outro elemento de destaque é o papel da EBSERH e dos gestores locais (como as secretarias de saúde) como interlocutores prioritários fora do hospital. Isto indica que, para além da relação direta com os executores do PROADI, há uma dimensão de articulação político-institucional que estrutura a lógica de pertencimento e responsabilização pelas ações do programa.

Em síntese, a Classe 4 revela uma vivência ambivalente do PROADI-SUS no cotidiano hospitalar: ao mesmo tempo em que existem limitações relacionadas à informalidade da comunicação, à sobrecarga de reuniões e à setorização das ações, há também um reconhecimento do valor que o programa traz para os profissionais e para áreas-chave do hospital. Essa ambivalência aponta para a necessidade de melhorar

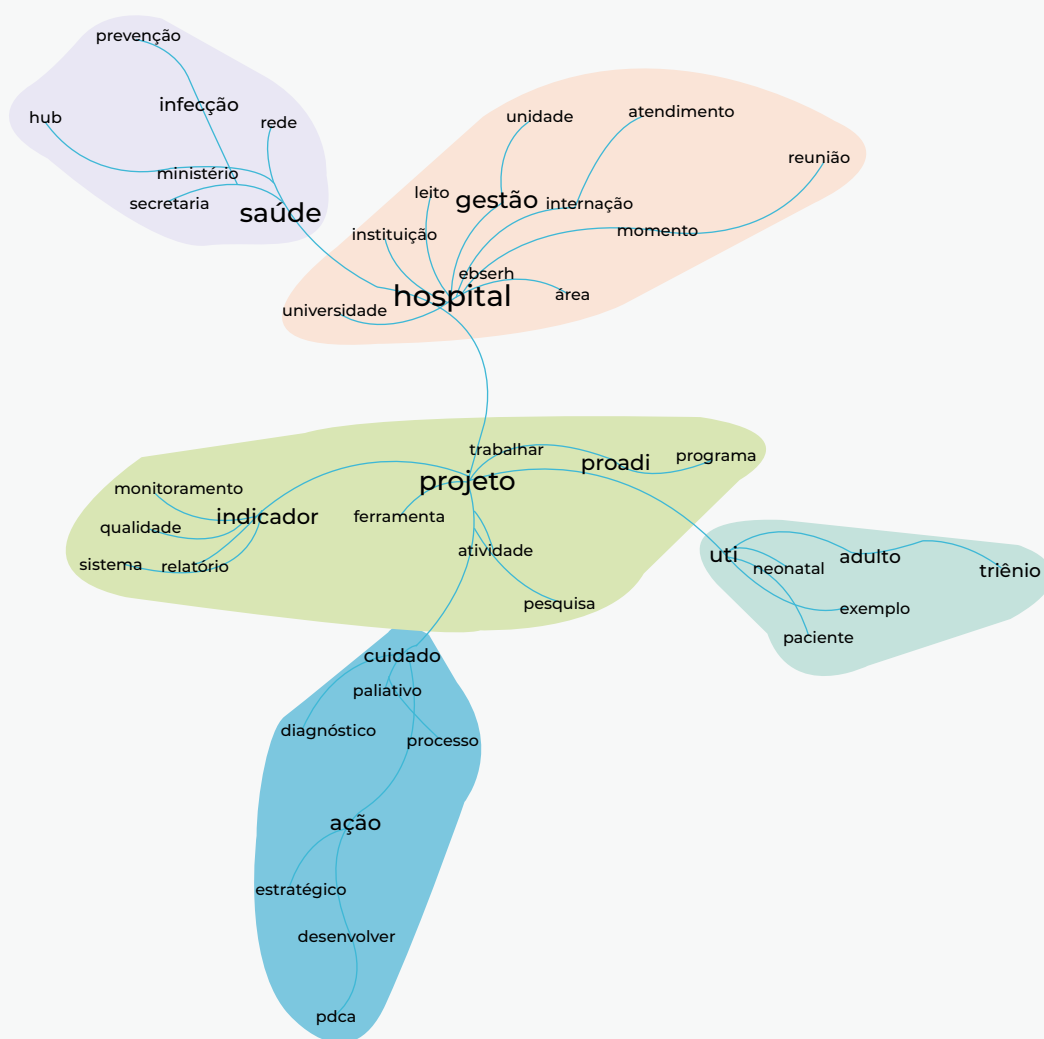


a estratégia de integração, ampliar os canais de comunicação qualificados e reforçar a coordenação entre programas concorrentes no ambiente hospitalar.

4.4.1 Análise de Similitude do Subcorpus Hospitais Universitários

FIGURA 15

Análise de Similitude do Subcorpus Hospitais Universitários



Dados da pesquisa (2025).

A Figura 15 apresentada representa a análise de similitude do sub-corpus dos hospitais universitários, destacando as relações lexicais entre os termos mais recorrentes nas entrevistas analisadas. O termo central da rede é “projeto”, o qual aparece conectado a diversas áreas semânticas, refletindo sua posição estratégica no discurso dos participantes. A partir desse centro irradiam-se conexões para diferentes núcleos temáticos, cada um identificado por uma cor distinta, que ilustra a estrutura discursiva do corpus.

Na cor vermelha, encontra-se o núcleo relacionado à gestão hospitalar, com palavras como “gestão”, “unidade”, “internação”, “atendimento”, “área”, “reunião”, “leito”, “momento” e “EBSERH”. Esse agrupamento evidencia a forte associação entre o PROADI-SUS e os aspectos de governança e administração hospitalar. A presença da EBSERH, empresa pública responsável pela administração de hospitais universitários federais, aponta para o papel institucional do programa e sua articulação com a estrutura gerencial dos hospitais. Os termos ligados a processos administrativos, como “reunião” e “momento”, indicam a inserção do projeto em dinâmicas organizacionais formais.

Já o grupo em amarelo está centrado em termos como “indicador”, “ferramenta”, “qualidade”, “sistema”, “monitoramento”, “relatório”, “atividade” e “pesquisa”. Este cluster traduz o caráter técnico e avaliativo do projeto, refletindo o uso de metodologias e instrumentos voltados ao controle e à melhoria contínua. Esta configuração aponta para a preocupação com a mensuração de resultados, o uso de sistemas de informação e a geração de evidências, elementos essenciais ao modelo de gestão baseado em resultados que o PROADI-SUS representa.

Na parte inferior da rede, aparece o núcleo em violeta (ou rosa), que relaciona o projeto às ações assistenciais e estratégicas, com destaque para termos como “cuidado”, “paliativo”, “processo”, “diagnóstico”, “ação”, “estratégico”, “desenvolver” e “PDCA”. Este grupo enfatiza a implementação de estratégias organizadas, fundamentadas em metodologias de planejamento e melhoria, como o ciclo PDCA. A associação com “cuidado paliativo” reforça o papel do PROADI-SUS em áreas sensíveis da assistência, onde há forte demanda por protocolos, capacitação e humanização.

Na cor azul, a rede mostra um núcleo que conecta os hospitais ao sistema de saúde como um todo, incluindo palavras como “saúde”, “infecção”, “prevenção”, “ministério”, “rede”, “secretaria” e “hub”. Esse



cluster revela o posicionamento dos hospitais universitários como instituições que não atuam isoladamente, mas sim articuladas com as políticas públicas e as esferas de governança do SUS. A inclusão de termos como “prevenção” e “infecção” sugere também a presença de projetos voltados à vigilância sanitária e ao controle de riscos.

Em contrapartida, na cor verde, encontra-se um grupo menor, porém significativo, formado pelos termos “UTI”, “neonatal”, “adulto”, “exemplo”, “paciente” e “treinamento”. Este núcleo expressa a dimensão prática e clínica das ações do PROADI-SUS, com forte foco em áreas críticas como a Unidade de Terapia Intensiva, especialmente neonatal. As menções a “exemplo” e “treinamento” indicam o caráter replicável e formativo das iniciativas, reforçando a contribuição do programa para a qualificação das equipes e a padronização de condutas.

Por fim, destaca-se o termo “hospital”, que aparece como elo entre os principais núcleos (vermelho, azul e amarelo), indicando seu papel central como local de implantação, mediação e recepção dos projetos. A conexão direta entre “hospital” e “projeto” mostra que o ambiente hospitalar é o espaço onde as políticas do PROADI-SUS se materializam, afetando tanto a gestão quanto a assistência.

Assim, a análise de similitude evidencia que o PROADI-SUS, no contexto dos hospitais universitários, é compreendido como um projeto estruturante, que articula dimensões assistenciais, gerenciais e formativas. Ele aparece não apenas como vetor de inovação clínica, mas também como instrumento de reorganização institucional e fortalecimento da governança hospitalar.

entre o PROADI-SUS e o ambiente hospitalar. Os hospitais universitários são os principais espaços de implementação dos projetos, e isso é refletido na frequência com que são mencionados.

A palavra “saúde” aparece com destaque, sinalizando que os entrevistados percebem os projetos como parte de um contexto maior de políticas públicas de saúde, em especial do SUS. O termo “indicador” mostra a ênfase em mensuração de resultados e monitoramento, apontando para a preocupação com avaliação, desempenho e uso de ferramentas técnicas no contexto dos projetos.

O termo “gestão” também figura entre os termos mais recorrentes, reforçando o papel do PROADI-SUS na melhoria da governança hospitalar, nos processos administrativos e na estruturação da assistência. Os termos “cuidado” e “infecção” remetem diretamente à dimensão assistencial dos projetos, com foco na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e no controle de riscos hospitalares, como as infecções relacionadas à assistência à saúde.

Outros termos relevantes, embora de menor tamanho, também revelam nuances importantes, como “EBSERH” e “ministério”, que demonstram a ligação institucional do programa com a gestão federal dos hospitais universitários. Os termos

“UTI”, “paliativo”, “neonatal”, “leito”, “internação” e “paciente” indicam a presença de temas clínicos e áreas específicas de cuidado, apontando para projetos voltados à assistência especializada. Palavras como “monitoramento”, “desenvolver”, “participação”, “programa”, “trabalhar” e “qualidade” reforçam o caráter estratégico e operacional dos projetos, que exigem envolvimento ativo das equipes hospitalares.

Em síntese, a nuvem de palavras evidencia que os discursos dos participantes giram em torno de três grandes eixos: (1) A centralidade dos projetos do PROADI-SUS nos hospitais universitários como instrumentos de transformação e reorganização; (2) A preocupação com a gestão, qualidade e indicadores, refletindo uma abordagem técnico-gerecncial e (3) O compromisso com a assistência e o cuidado, destacando áreas sensíveis como UTIs, infecções hospitalares e cuidados paliativos.

Esta visualização, portanto, complementa a análise de similitude ao mostrar que o vocabulário recorrente reforça a integração entre gestão, assistência e avaliação no discurso sobre os projetos do PROADI-SUS nos hospitais universitários.

5. ANÁLISES CRÍTICAS

5.1 Secretarias x Hospitais privados

A análise das evidências empíricas e das classes identificadas no subcorpus das secretarias e dos hospitais revela uma dinâmica complexa e multifacetada na execução dos projetos do PROADI-SUS. Esta relação entre secretarias e hospitais é marcada por similaridades e diferenças de percepções, que refletem tanto os desafios enfrentados quanto os benefícios gerados pela colaboração entre essas duas partes.

A relação entre secretarias de saúde e hospitais é fundamental para a governança e eficiência do sistema de saúde, mas apresenta desafios e diferenças perceptivas que impactam diretamente a formulação e implementação de políticas públicas. Enquanto as secretarias atuam no planejamento estratégico, regulamentação e coordenação das ações em nível macro, os hospitais estão diretamente envolvidos na execução e operacionalização dos serviços de saúde. A análise das evidências empíricas revela que, apesar de compartilharem objetivos comuns, como a melhoria da qualidade da assistência e a otimização de recursos, as percepções de cada grupo sobre as prioridades e desafios da gestão são distintas.

Um dos principais pontos de convergência entre secretarias e hospitais é a ênfase no monitoramento, na avaliação e no uso de indicadores para medir o impacto das ações implementadas. Ambos reconhecem a importância de uma gestão baseada em dados, capaz de orientar decisões e ajustar processos para garantir maior eficiência. Essa preocupação comum é evidenciada na Classe 1 (Hospitais), que aborda a “Gestão Estratégica e Estruturação de Projetos”, e na Classe 2 (Secretarias), que trata do “Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas”. Ambos os grupos enfatizam a necessidade de indicadores robustos e metodologias claras para avaliar o progresso e o impacto dos projetos.

No entanto, há uma clara diferença na abordagem adotada por cada um. As secretarias, ao possuírem um papel regulador e estratégico, enfatizam a necessidade de planejamento de longo prazo, com foco na formulação de políticas públicas e no estabelecimento de diretrizes para a gestão da saúde. Termos como “avaliação”, “processo” e “ges-



tão” refletem essa preocupação com a estruturação e normatização das ações. Por outro lado, os hospitais demonstram uma visão mais operacional e pragmática, concentrando-se na viabilidade das iniciativas e na entrega de resultados concretos. Palavras como “indicador”, “monitoramento”, “trazer” e “conseguir” evidenciam a preocupação com a execução de políticas e o impacto imediato na assistência à saúde. A diferença de perspectivas pode gerar desafios na relação entre os dois grupos, especialmente quando há desalinhamento entre a formulação estratégica e a realidade prática da execução hospitalar.

A interação entre secretarias e hospitais enfrenta dificuldades relacionadas à burocracia, à alocação de recursos e às limitações operacionais. Um dos principais entraves identificados é a divergência de prioridades: enquanto as secretarias buscam estruturar políticas de longo prazo, os hospitais precisam lidar com a pressão da demanda diária, o que pode resultar em conflitos sobre a destinação de verbas e a implementação de projetos. Além disso, a comunicação entre os dois grupos nem sempre é eficiente, dificultando a identificação de problemas em tempo hábil e a tomada de decisões coordenadas.

A falta de diretrizes claras e a dificuldade de comunicação entre hospitais e secretarias podem levar à aprovação de projetos que não atendem plenamente às necessidades do SUS. O desalinhamento pode comprometer a efetividade das iniciativas e a alocação eficiente dos recursos. As secretarias enfrentam desafios relacionados à sobrecarga de trabalho e à rotatividade de profissionais, o que dificulta o acompanhamento detalhado dos projetos. Já os hospitais mencionam a falta de recursos especializados para a avaliação de impacto e a sustentabilidade das iniciativas.

Garantir a continuidade dos benefícios gerados pelos projetos após o término do financiamento é um desafio comum. A falta de recursos para a manutenção de equipamentos e tecnologias introduzidas pelos projetos pode limitar sua efetividade a longo prazo. A colaboração entre hospitais e secretarias permite a transferência de conhecimento e tecnologia dos hospitais de excelência para o SUS. Isso contribui para a melhoria da qualidade da assistência e para o fortalecimento da gestão hospitalar no sistema público.

Apesar dos desafios, a colaboração entre secretarias e hospitais pode trazer benefícios para ambos. As secretarias podem se beneficiar dos hospitais ao utilizar os dados clínicos e operacionais para embasar

suas políticas, garantindo que as diretrizes estabelecidas reflitam a realidade do atendimento. Além disso, os hospitais podem servir como laboratórios para a implementação de projetos-piloto, permitindo ajustes antes da ampliação para um escopo maior. O incentivo à pesquisa e à inovação nos hospitais também pode gerar insumos para o aprimoramento das políticas públicas.

Da mesma forma, os hospitais podem tirar proveito do suporte das secretarias para garantir financiamento e estabilidade institucional, viabilizando projetos de modernização e melhoria na qualidade dos serviços. O acesso a capacitação e suporte técnico também é um benefício direto, permitindo que os hospitais aprimorem seus processos de gestão e incorporem boas práticas. Além disso, políticas de incentivo e reconhecimento podem estimular hospitais a adotarem abordagens inovadoras e eficientes, melhorando o atendimento à população.

Para que essa relação seja mais produtiva, é essencial investir em estratégias que promovam mais integração entre secretarias e hospitais. O fortalecimento dos canais de comunicação, a criação de sistemas compartilhados de monitoramento e a definição de métricas conjuntas de desempenho são algumas das medidas que podem otimizar essa colaboração. O desenvolvimento de modelos de financiamento mais flexíveis e eficientes também pode contribuir para um uso mais racional dos recursos, evitando desperdícios e garantindo maior previsibilidade orçamentária.

A utilização de ferramentas tecnológicas, como BI e plataformas digitais, pode facilitar o monitoramento e a avaliação dos projetos, além de melhorar a comunicação entre as partes. A integração dos projetos do PROADI-SUS com as políticas públicas do SUS é uma oportunidade para ampliar o impacto das iniciativas e garantir sua continuidade a longo prazo.

Embora existam desafios relacionados à comunicação, ao alinhamento estratégico e à sustentabilidade, as oportunidades de aprimoramento são significativas. A transferência de conhecimento, a capacitação de profissionais e a integração com as políticas públicas são benefícios que podem ser maximizados com uma gestão mais integrada e transparente.

Os desafios inerentes à relação entre secretarias e hospitais também representam oportunidades para aprimorar a governança do sistema de saúde. A adoção de uma abordagem mais colaborativa, baseada



na troca de informações e no alinhamento estratégico, pode gerar um ambiente mais favorável à inovação e à melhoria contínua. Em um cenário ideal, essa sinergia resultará em uma gestão mais eficiente, uma operação hospitalar mais ágil e, sobretudo, uma melhoria significativa na qualidade dos serviços prestados à população.

5.2 Secretarias x Hospitais universitários

Ao analisar o cruzamento entre as Secretarias de Saúde e os Hospitais Universitários participantes da pesquisa, observa-se um cenário caracterizado por uma relação predominantemente colaborativa, mas ainda marcada por desafios estruturais e operacionais. De forma geral, as Secretarias reconhecem o papel estratégico dos Hospitais Universitários no fortalecimento da capacidade assistencial do SUS e na formação de profissionais de saúde, destacando-se como parceiros relevantes tanto em momentos de crise sanitária quanto em ações permanentes de saúde pública.

Os Hospitais Universitários, por sua vez, demonstram disposição para contribuir com a gestão do cuidado em nível local e regional, especialmente em áreas como ensino, pesquisa aplicada e extensão de serviços especializados. Contudo, sinalizam dificuldades frequentes relacionadas à burocracia institucional, à limitação de financiamento e à autonomia para tomada de decisão, fatores que impactam diretamente sua agilidade em responder às demandas das Secretarias.

O cruzamento aponta também assimetrias de expectativas e de planejamento. Enquanto algumas Secretarias esperam dos Hospitais Universitários uma atuação mais incisiva na oferta de leitos, exames e apoio logístico em campanhas de saúde, os hospitais universitários frequentemente compreendem seu papel como complementar e não substitutivo à rede assistencial tradicional. Esta divergência de entendimento pode gerar tensões em momentos de pressão sobre o sistema, como durante surtos epidêmicos ou situações de calamidade.

Outro ponto crítico identificado diz respeito à ausência de canais formais e frequentes de comunicação e planejamento conjunto. Ainda que existam iniciativas pontuais de integração, a institucionalização de fóruns permanentes ou comissões de articulação entre as partes é rara, o que dificulta o alinhamento de estratégias de médio e longo prazo.

Essa lacuna compromete a potencialidade de sinergias mais estruturadas entre ensino, serviço e gestão do sistema de saúde.

Apesar destes desafios, há boas práticas relatadas que apontam caminhos promissores, como o desenvolvimento de protocolos conjuntos, a realização de programas de residência compartilhados e a incorporação de inovações tecnológicas oriundas dos hospitais universitários na rotina das Secretarias. Estas experiências bem-sucedidas reforçam a necessidade de fortalecer os vínculos interinstitucionais com base em planejamento compartilhado, financiamento pactuado e valorização da expertise técnica de ambas as partes.

Portanto, a análise evidencia que, embora haja reconhecimento mútuo da importância da cooperação entre Secretarias de Saúde e Hospitais Universitários, persistem lacunas institucionais e operacionais que precisam ser enfrentadas para consolidar uma atuação mais estratégica, coordenada e eficiente no âmbito do SUS.

5.3 Hospitais privados x Hospitais universitários

A análise comparativa entre os hospitais privados e os hospitais universitários revela importantes diferenças estruturais, operacionais e estratégicas na forma como cada um se relaciona com o PROADI-SUS, bem como em seus papéis no ecossistema de saúde pública.

De um lado, os hospitais privados, que compõem a rede executora do PROADI-SUS, se posicionam como detentores de um know-how técnico e metodológico mais consolidado, com práticas centradas em eficiência, estruturação de projetos e aplicação de metodologias gerenciais como PDCA, diagnósticos situacionais e planos de ação articulados. As evidências apontam que estes hospitais frequentemente operam com lógicas corporativas, metas bem definidas e uma cultura organizacional voltada à entrega de resultados e ao controle de processos, muitas vezes inspiradas em certificações de qualidade e modelos de gestão internacionais.

Já os hospitais universitários, em sua maioria vinculados à rede EB-SERH, operam com uma lógica institucional que combina assistência, ensino e pesquisa, o que implica em maior complexidade organizacional e múltiplas camadas de governança. Embora demonstrem grande envolvimento com os projetos, como observado nos ciclos de PDCA



adaptados à sua realidade assistencial, enfrentam desafios estruturais, como sobrecarga de atividades, limitações de recursos humanos e dificuldades para integrar o PROADI-SUS à sua rotina institucional.

Há também diferença no nível de governabilidade e autonomia institucional. Enquanto os hospitais privados apresentam maior capacidade de alocação de recursos e reestruturação de fluxos em função das demandas do projeto, os HUs tendem a depender de instâncias superiores (como a própria EBSEH e universidades), o que pode comprometer sua agilidade e adesão plena às ações propostas.

Do ponto de vista da comunicação e relacionamento com os atores externos, os hospitais privados demonstram mais controle sobre o fluxo de informações e centralidade na coordenação das ações, enquanto os HUs enfrentam dificuldades de comunicação tanto com os executores quanto com os gestores locais, indicando uma fragilidade no papel de ponte entre o projeto e o território.

Contudo, ambos os tipos de hospitais demonstram compromisso com os objetivos do PROADI-SUS, ainda que com abordagens distintas. Os HUs revelam capacidade de apropriação crítica das metodologias, adaptando estratégias aos seus contextos específicos, como visto nas adaptações do PDCA e nos cuidados assistenciais neonatais. Já os privados fornecem a estrutura metodológica e tecnológica, mas, por vezes, operam de forma verticalizada, com menor abertura ao diálogo horizontal com os parceiros locais.

A complementaridade entre ambos poderia ser fortalecida por meio de estratégias colaborativas, que reconheçam a expertise técnica dos hospitais privados e o papel estratégico dos HUs na formação de profissionais e na conexão com os sistemas locais de saúde. Para tanto, seria necessário superar barreiras de comunicação, ampliar a corresponsabilidade na elaboração dos projetos e valorizar a escuta ativa dos HUs como coautores das transformações pretendidas pelo PROADI-SUS.

CONCLUSÃO

O presente relatório buscou sistematizar e interpretar, com base em evidências empíricas e análise qualitativa, os elementos-chave que emergem da atuação do PROADI-SUS no território nacional, a partir do ponto de vista de três atores centrais: secretarias estaduais e municipais de saúde, hospitais universitários e hospitais privados da rede executora. A partir desta escuta, foi possível construir um panorama crítico sobre as dinâmicas, percepções, desafios e potências dessa política pública de indução à inovação no SUS.

Ao longo da análise, evidenciou-se a assimetria entre os atores quanto à percepção do papel do PROADI-SUS e sua efetiva inserção nos territórios. Enquanto os hospitais privados destacam o protagonismo técnico-metodológico e os ganhos em gestão e qualificação da atenção à saúde, secretarias de saúde revelam uma participação mais periférica e, por vezes, reativa, com relatos sobre baixa escuta prévia, limitada articulação local e dificuldades de apropriação dos resultados. Os hospitais universitários, por sua vez, operam em uma zona intermediária: envolvem-se com profundidade nos projetos, mas enfrentam limitações institucionais, de infraestrutura e de comunicação com os gestores e executores.

A análise de similitude e a nuvem de palavras confirmam este distanciamento entre os atores, ao evidenciar que os termos mais recorrentes gravitam em torno de projeto, equipe, hospital, reunião e relatório, indicando um campo discursivo centrado na execução e monitoramento das ações, com menor ênfase em palavras que remetam à integração territorial, participação social ou coprodução. Isto sugere que o PROADI-SUS, embora bem avaliado em termos técnicos, ainda opera com fragilidades nos eixos de articulação interfederativa, escuta ativa e corresponsabilização local.

O cruzamento entre os discursos dos diferentes atores permitiu compreender que a lógica de funcionamento do PROADI-SUS é predominantemente vertical, com desenho e condução centralizados nos hospitais executores, ainda que se reconheça a crescente preocupação com estratégias de disseminação e qualificação dos serviços públicos de saúde. As evidências indicam, no entanto, que o impacto potencial do PROADI-SUS poderia ser ampliado caso houvesse mais investimen-



to em coconstrução com os gestores e trabalhadores do SUS, garantindo melhor alinhamento entre as propostas dos projetos e as reais necessidades dos territórios.

Desta forma, o relatório conclui que o PROADI-SUS constitui uma estratégia de alta relevância para a inovação no SUS, especialmente pela sua capacidade de mobilizar expertise técnico-científica, mas que precisa avançar em sua governança democrática, valorizando os saberes locais e fortalecendo os mecanismos de pactuação e corresponsabilidade. Para isso, recomenda-se:

- Mais envolvimento das secretarias de saúde na fase de planejamento dos projetos;
- Fortalecimento da comunicação entre executores e hospitais públicos/universitários;
- Construção de mecanismos de monitoramento participativo e devolutivos aos territórios;
- Valorização dos HUs como espaços estratégicos de formação, pesquisa e inovação aplicada ao SUS.

Em suma, os dados analisados revelam tanto a potência transformadora do PROADI-SUS quanto os desafios institucionais que precisam ser enfrentados para que essa política atue de forma mais integrada, transparente e equitativa no sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, L. et al. Avaliação de resultados de um projeto do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 54, p. 102, 2020.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 30 nov. 2009.

CALASSA, G. D. B., PENSO, M. A., & FREITAS, L. G. (2015). Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. *Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 177–187. doi: 10.5327/Z1982-1247201500020008

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>. Acesso em: 9 set. 2024.

FLICK, U. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. São Paulo: Artmed, 2009.

GODOI, C. K.; BALSINI, C. P. Dados qualitativos e análise de conteúdo: referencial metodológico para pesquisas em administração. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 223-247.

HAIR, J. F., BLACK, W. C., BABIN, B. J., ANDERSON, R. E., & TATHAM, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed). Recuperado de: <http://site.ebrary.com/id/10795050>

LEBLANC, A. *Lexicometria e análise de discurso: algumas possibilidades*. *Análise*, v. 1, p. 138-154, 2015.

LOTUFO, P. A. PROADI-SUS: pesquisa e inovação como estratégia de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 53, p. 1-3, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus>. Acesso em: 10 fev. 2025.



NASCIMENTO, A. R. A., & MENANDRO, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: Uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 72– 88. Recuperado de <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

RATINAUD, P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires. 2014. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/>.

REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia 1932-1934. *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, v. 1, p. 24-54, 1983.

SALEM, A. *Lecture et méthode lexicométrique: lecture et contextes*. Paris: Klincksieck, 1986.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1729-1736, 2018.

SILVA, H. P. et al. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS: análise da produção científica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1897-1908, 2021.

SOUZA, M.; WALL, M.; THULER, A.; LOWEN, I.; & PERES, A. (2018). O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 52. 10.1590/s1980-220x2017015003353.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. Acórdão 394/2018. Plenário. Relator: Ministro Augusto Nardes. Sessão de 28/02/2018. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 mar. 2018.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.



ANEXO C

ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS SECRETARIAS FINALÍSTICAS E DAS AGÊNCIAS REGULADORAS



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROJETO CEAG/MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMPONENTE – SISTEMA DE MONITORAMENTO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da visita:

Entrevistado e respectiva secretaria:

Pesquisadores:



Sobre o entrevistado

- Você poderia nos contar um pouco sobre as atribuições da sua secretaria?
- Você poderia nos contar um pouco sobre sua carreira no setor público? Há quanto tempo você atua nesta secretaria? Quais são as suas principais funções nesta secretaria?
- E quais são as suas atribuições e responsabilidades especificamente em relação ao PROADI no âmbito da sua secretaria?

Programa PROADI/SUS – Secretaria

- Aproximadamente, quantos projetos do PROADI foram recomendados pela sua secretaria na rodada atual? Você poderia nos falar um pouco sobre esses projetos?
- Quais são as principais características dos projetos do PROADI que foram recomendados pela sua secretaria? Por que eles foram considerados importantes?
- Como se dá a comunicação entre os hospitais que encaminham os projetos do PROADI e sua secretaria? A secretaria colabora com o processo de proposição dos projetos que serão executados sinalizando temas ou ações prioritárias? Existe um diálogo entre a secretaria e os hospitais durante o processo de elaboração dos projetos, ou eles são propostos unilateralmente apenas pelos hospitais?
- Qual o impacto do PROADI para esta secretaria? Vocês poderiam elencar alguns projetos que tiveram maior relevância para a secretaria na história do PROADI?
- Quais as demandas atuais da secretaria para o alcance dos objetivos do PROADI – SUS?

Monitoramento do PROADI/SUS

- Além do papel da secretaria em elaborar o parecer técnico para a provação das propostas dos Hospitais de Excelência e da avaliação dos relatórios anuais e finais dos projetos de apoio, cabe também ao corpo técnico das secretarias a elaboração de análise parcial e

feedback tempestivo aos hospitais para promover ações corretivas e preventivas? Como essas ações acontecem?

- Nas proposições apresentadas pelos Hospitais de Excelência, a secretaria identifica alguma demanda específica do SUS ou em geral os projetos sugerem o atendimento de alguma demanda do próprio Hospital de Excelência?
- Você acompanha/monitora a execução desses projetos? Como esse acompanhamento/monitoramento é feito? Que critérios são levados em consideração e que seriam pertinentes à atuação da sua secretaria?
- O monitoramento faz uso de um modelo lógico ou para uma matriz de indicadores?
- Houve construção de indicadores para o monitoramento dos projetos? Nós poderíamos ter acesso a esses indicadores?

Avaliação e Impacto do Programa

- Quais são as maiores dificuldades para monitorar e avaliar os projetos do PROADI?
- Quais são os pontos altos e baixos do PROADI-SUS para o alcance dos objetivos preconizados pela sua Secretaria? E para o alcance das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Sistema Único de Saúde (SUS)?
- Que sugestões você poderia nos dar para aperfeiçoamento do PROADI no âmbito da sua secretaria? E no âmbito do Ministério da Saúde?





ANEXO D

ROTEIRO DE ENTREVISTAS DOS HOSPITAIS DE EXCELÊNCIA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
PROJETO CEAG/MINISTÉRIO DA SAÚDE
COMPONENTE – SISTEMA DE MONITORAMENTO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da visita:

Entrevistado e respectiva diretoria:

Pesquisadores:

Sobre o entrevistado

- Você poderia nos contar um pouco sobre as atribuições da sua diretoria?
- Você poderia nos contar um pouco sobre o seu papel nessa diretoria? Quais são as suas principais funções?
- E quais são as suas atribuições e responsabilidades especificamente em relação ao PROADI no âmbito da sua diretoria/Hospital de Excelência?

Programa PROADI/SUS – Hospitais de Excelência

- Aproximadamente, quantas propostas apresentadas por esse Hospital de Excelência foram aprovadas no âmbito do PROADI/SUS na rodada atual? Você poderia nos falar um pouco sobre esses projetos?
- Dentro da grande carteira de projetos que são executados, quais são os de maior interesse para o Hospital?
- Como se dá a comunicação entre o Hospital de Excelência e as secretarias finalísticas do Ministério da Saúde? A secretaria colabora com o processo de proposição dos projetos que serão executados sinalizando temas ou ações prioritárias? Existe um diálogo entre o Hospital e as secretarias durante o processo de implementação do projeto para permitir alguns ajustes intempestivos e o próprio monitoramento dos projetos.
- Qual a relação do Hospital com o DECOOP (Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde)?
- Em decorrência das mudanças implementadas pelo DECOOP a partir de 2023, as secretarias finalísticas passaram ganhar maior peso na definição dos projetos a serem aprovados. Qual o impacto dessa mudança para o Hospital?



Monitoramento do PROADI/SUS

- Com relação ao monitoramento dos projetos ao longo do triênio, como é feito esse acompanhamento? Que critérios são levados em consideração para avaliação dos relatórios anuais e finais pelas secretarias finalísticas?
- Nos relatórios de monitoramento apresentados, o Hospital faz uso de uma metodologia como modelo lógico ou matriz de indicadores?
- A construção dessa metodologia de monitoramento dos projetos contou com alguma orientação das secretarias ou da própria DECOOP?

Avaliação e Impacto do Programa:

- Qual o impacto do PROADI/SUS para esse Hospital? Pode-se se dizer que a cooperação técnica junto ao PROADI, tornou possível a ampliação das atividades que envolvem a pesquisa, gestão, inovação e capacitação dentro do Hospital?
- Quais são as maiores dificuldades para a construção dos relatórios de monitoramento e avaliação os projetos do PROADI?
- Quais são os pontos altos e baixos do PROADI-SUS para os objetivos preconizados pelo Hospital? E como o Hospital entende o papel destes projetos para o alcance das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Sistema Único de Saúde (SUS)?
- Que sugestões você poderia nos dar para aperfeiçoamento do PROADI/SUS?





ANEXO E

GUIA PARA ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO

GUIA PARA ELABORAÇÃO DE MODELOS LÓGICOS PARA
PROJETOS PROADI-SUS

Versão Preliminar
Sujeita à Revisão



1. Introdução: O Modelo Lógico como Ferramenta Estratégica para o PROADI-SUS

1.1. Contextualização: aprimorando o monitoramento no PROADI-SUS

O PROADI-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde) foi estabelecido por meio de uma parceria estratégica entre o Ministério da Saúde e hospitais filantrópicos de reconhecida excelência. O programa é uma iniciativa que busca aprimorar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde ofertados à população brasileira, realizados a partir de diversos projetos enquadrados nas seguintes categorias: (i) Pesquisas de Interesse Público em Saúde, (ii) Capacitação de Recursos Humanos, (iii) Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde e (iv) Avaliação e Incorporação de Tecnologias e Operação em Saúde e (vi) Serviços Ambulatoriais e Hospitalares.

Nesse contexto, o monitoramento, assume um papel estratégico. O processo de monitoramento é essencial para a prestação de contas sobre o uso de recursos obtidos por isenção fiscal dos hospitais parceiros, para garantir a efetividade das ações produzidas e para fomentar a criação de um ambiente de transparência e aprendizado, bem como apoiar a tomada de decisões voltadas para o melhoramento contínuo dos projetos e do próprio programa. Um monitoramento efetivo facilita a identificação do que funciona, em quanto tempo, para quem, em que condições e como os projetos do PROADI-SUS estão, de fato, promovendo o desenvolvimento institucional do SUS.

Contudo, análises revelam a existência de entraves para que processos de monitoramento e de avaliação (M&A) sejam aplicados no âmbito do PROADI-SUS. Entre outros fatores, falta uma definição clara e compartilhada dos objetivos e impactos do programa e, em alguns casos, dos próprios projetos, impossibilitando saber a contribuição efetiva para o PROADI e para o SUS. Outro problema apontado foi que muitos dos relatórios gerados pelos hospitais parceiros não contêm as informações necessárias para o monitoramento adequado do desempenho e do impacto dos projetos. Reconhecendo essa limitação, o Ministério da Saúde buscou formas de fortalecer o M&A dos projetos sendo realizados.

É neste cenário que o modelo lógico surge como uma ferramenta útil e importante. Longe de ser mais uma exigência burocrática, o modelo lógico é uma abordagem estruturada de planejamento, implementação, comunicação e, fundamentalmente, de monitoramento e avaliação dos projetos. Ele tem o propósito de auxiliar as equipes dos hospitais de excelência e do Ministério da Saúde a superar os desafios de monitoramento previstos, ao prover clareza à lógica de intervenção dos projetos, facilitar a definição de indicadores relevantes e fornecer base sólida para o monitoramento e a avaliação em si.

1.2. O que é um modelo lógico? Desmistificando o conceito

Em sua essência, um modelo lógico é uma representação visual que pode ser gráfica ou textual, da “teoria da mudança” subjacente a um programa ou projeto. O modelo lógico é uma descrição clara e precisa sobre como se deve esperar que uma intervenção pública alcance seus objetivos e produza a mudança desejada, ilustrando a sequência lógica de eventos que conectam os recursos investidos inicialmente no projeto (insumos), as atividades realizadas, os produtos e serviços gerados aos resultados e impactos que se almeja alcançar.

Uma analogia útil é pensar que o modelo lógico é como um mapa rodoviário. Assim como um mapa apresenta o caminho entre um ponto de partida e um destino, detalhando as rotas e conexões, o modelo lógico especifica a trajetória esperada de um projeto, explicitando os insumos, as atividades e produtos/serviços gerados e os resultados esperados no curto, médio e longo prazos, explicitando a relação entre eles.

A base do modelo lógico é a especificação da cadeia causal “**se... então...**”. Ela articula uma série de hipóteses sobre como as mudanças irão ocorrer. **Se** tivermos esses recursos (insumos), **então** poderemos fazer certas atividades. **Se** fizermos essas atividades, **então** produziremos certos produtos/serviços (outputs). **Se** entregarmos esses produtos/serviços, **então** alcançaremos certos resultados no curto prazo (por exemplo, mais conhecimento). **Se** alcançarmos esses resultados no curto prazo, **então** poderemos observar mudanças nos comportamentos ou nas práticas adotadas (resultados de médio prazo). **Se** essas mudanças de médio prazo ocorrerem, **então** contribuiremos para produzir o impacto desejado (resultado de longo prazo). Esta cadeia de relações



“**se... então...**” explicita o modelo lógico e torna a intervenção factível de ser testada empiricamente.

Para fins do monitoramento e da avaliação, não cabe indagar se a cadeia causal retratada no modelo lógico é fundamentada em estudos científicos ou em uma conjectura válida, fundamentada em evidências empíricas. O modelo lógico não é uma ferramenta para teste de hipóteses científicas. O modelo lógico objetiva examinar a expectativa que os proponentes do projeto possuem sobre a cadeia causal que conecta insumos, atividades, produtos e resultados de um determinado projeto. Em outras palavras, esses gestores acreditam haver uma certa cadeia causal, do tipo “**se...então**”, onde o uso de determinados insumos para gerar atividades e produtos, produzirão determinados resultados. É através do monitoramento e da avaliação que será possível examinar a validade dessa cadeia causal no contexto de um determinado projeto.

1.3. Por que utilizar modelos lógicos nos projetos PROADI-SUS?

A adoção de modelos lógicos em projetos do PROADI-SUS traz benefícios em cada etapa do projeto, desde a formulação até a avaliação.

Na fase de formulação e desenho do projeto, um modelo lógico força a equipe a pensar criticamente sobre a intervenção. Isso ajudará a esclarecer a estratégia do projeto, identificar prioridades, possíveis lacunas na lógica causal e garantir que as ações propostas sejam coerentes com as prioridades do SUS e do PROADI-SUS. Com base nessas informações, mudanças podem ser recomendadas antes que o projeto seja implementado.

Da mesma forma, durante a fase de implementação do projeto, um modelo lógico válido fornece uma referência comum para a equipe. Isso ajudará a orientar o monitoramento de atividades e produtos/serviços, facilitar o gerenciamento dos insumos e antecipar barreiras ou desvios no cronograma, levando à realização de ajustes em relação ao desenho original.

Além disso, o modelo lógico é uma ferramenta de comunicação clara, concisa e visualmente compreensível para diferentes públicos, permitindo que a equipe apresente o projeto de maneira simples e compreensível para a equipe interna do projeto, os gestores do Ministério da Saúde responsáveis pelo acompanhamento, os hospitais parcei-

ros, representantes do CONASS e CONASEMS, e até mesmo a sociedade em geral. Isso promove um entendimento compartilhado sobre os objetivos, as atividades e os resultados esperados, facilitando o engajamento e a colaboração.

Por último, mas não menos importante, os modelos lógicos são a base de todo o sistema de M&A. Um modelo lógico define os resultados de cada intervenção, o que, por sua vez, aponta para perguntas avaliativas. Ao detalhar a cadeia causal esperada, o modelo lógico orienta a definição de perguntas avaliativas pertinentes para cada etapa, direciona a seleção de indicadores significativos para medir o progresso e o sucesso do projeto, e auxilia na interpretação dos resultados da avaliação, permitindo entender não somente se ocorreram mudanças, mas também como e por que ela ocorreu (ou não).

Considerando os desafios previamente mencionados sobre as dificuldades para sistematização de dados para M&A dos projetos do PRO-ADI-SUS, o modelo lógico pode ser particularmente útil para melhorar a qualidade das informações apresentadas na matriz de planejamento do projeto e nos relatórios de prestação de contas. Ao fornecer um quadro de referência claro que conecta os recursos e as atividades aos resultados e impactos esperados, ele orienta a coleta e a análise de dados de forma mais sistemática e significativa. Isso permite que os relatórios possam ir além da mera descrição de atividades realizadas e produtos entregues, apresentando evidências mais robustas sobre os resultados alcançados e a contribuição do projeto para o desenvolvimento do SUS, respondendo de forma mais efetiva às necessidades de monitoramento do programa.

2. Desvendando os componentes do modelo lógico

2.1. A estrutura básica: processo e resultados

Embora existam diferentes formas de apresentar um modelo lógico — como fluxogramas, tabelas ou mapas conceituais — há uma estrutura bastante clara e didática que costuma ser usada. Ela organiza os elementos visualmente da esquerda para a direita (ou de cima para baixo), dividindo o modelo em dois grandes blocos: o **lado dos processos** e o **lado dos resultados**.



Lado dos processos: Esse lado mostra o que o projeto pretende realizar e os recursos necessários para isso. Ele inclui os **insumos**, as **atividades** e os **produtos**. Basicamente, responde às perguntas: “O que investimos?” e “O que fazemos?”

Lado dos resultados: Aqui, são descritas as mudanças esperadas como resultado das ações do projeto. Esse lado contempla os **resultados** de curto, médio e longo prazo — sendo que os de longo prazo muitas vezes recebem o nome de **impacto**. Ele responde à pergunta: “Que mudanças queremos gerar?”

Além desses elementos centrais, é comum que o modelo lógico também traga informações contextuais, como as **premissas** e os **fatores externos** (fatores contextuais), que ajudam a entender melhor as condições que influenciam o projeto e sustentam sua lógica causal.

2.2. Componentes do lado do processo

INSUMOS (INPUTS / RECURSOS): São todos os elementos investidos ou utilizados para um projeto poder sair do papel. Em outras palavras, são os recursos fundamentais para as atividades planejadas acontecerem.

- **O que são:** Envolvem pessoas (como equipes técnicas, gestores e consultores), recursos financeiros (como orçamento do projeto ou incentivos como a renúncia fiscal do PROADI-SUS), materiais (equipamentos e instalações), tecnologia (softwares e plataformas digitais), estrutura organizacional (como gestão e apoio institucional), parcerias estratégicas (com secretarias de saúde, por exemplo), conhecimento técnico especializado e tempo dos profissionais envolvidos.
- **Exemplo PROADI-SUS:** Uma equipe multidisciplinar atuando em um hospital de excelência, com orçamento aprovado pelo Ministério da Saúde (via renúncia fiscal), estrutura hospitalar e ambulatorial adequada, expertise em pesquisa clínica ou em gestão hospitalar, sistemas de informação em saúde, e acordos de cooperação com secretarias estaduais ou municipais de saúde.
- **Pergunta essencial:** *Quais são os recursos realmente essenciais para o projeto acontecer?*

ATIVIDADES (OPERAÇÕES / AÇÕES): São as ações práticas realizadas no projeto, utilizando os insumos disponíveis. O objetivo das atividades é gerar os produtos ou serviços e, por consequência, atingir os resultados esperados.

- **O que são:** Incluem processos implementados, eventos promovidos, serviços prestados, tecnologias aplicadas e intervenções realizadas. Vão desde ações de planejamento ou gestão até um conjunto de intervenções diretamente voltadas para o público-alvo.
- **Exemplo PROADI-SUS:** Realização de oficinas para capacitar profissionais da Atenção Primária, desenvolvimento de protocolos clínicos, condução de ensaios clínicos, implantação de sistemas de gestão de leitos em hospitais do SUS, teleconsultorias para médicos da rede pública, realização de cirurgias cardíacas em pacientes do SUS e emissão de pareceres técnicos.
- **Pergunta essencial:** *O que o projeto faz na prática para alcançar seus objetivos? Quais são as ações principais?*

PRODUTOS (OUTPUTS): São os resultados concretos e imediatos obtidos a partir das atividades do projeto. Costumam ser mensuráveis e servem como uma forma de registrar o que foi entregue.

- **O que são:** Quantidade de profissionais treinados, número de oficinas realizadas, protocolos publicados, artigos científicos submetidos, pacientes atendidos, teleconsultorias feitas, softwares implementados, relatórios entregues, entre outros.
- **Exemplo PROADI-SUS:** 500 profissionais da Atenção Primária capacitados, 1 protocolo de segurança do paciente validado, 2 artigos científicos publicados, 1000 teleconsultorias realizadas, 50 pacientes submetidos a transplante de medula óssea, 1 sistema de gestão implantado em 5 UPAs, e 1 relatório de avaliação de tecnologia entregue à CONITEC.
- **Pergunta essencial:** *O que o projeto entrega de forma mensurável? Quais são os resultados concretos das atividades?*



2.3. Componentes do lado dos resultados

RESULTADOS (OUTCOMES): Representam as mudanças ou benefícios que se esperam que ocorram nos participantes, no público-alvo, nas organizações ou no sistema de saúde todo, decorrentes das atividades e produtos do projeto. Ao contrário dos produtos, que medem a entrega das ações, os resultados medem as transformações provocadas por essas ações ao longo do tempo. Normalmente, são classificados em três categorias: curto, médio e longo prazo.

RESULTADOS DE CURTO PRAZO (IMEDIATOS): Envolve as mudanças mais imediatas após a participação ou exposição às atividades do projeto, geralmente entre 1 e 2 anos. Podem incluir:

Conhecimento: Maior compreensão e aprendizado.

Atitudes: Alterações nas crenças, opiniões e motivações.

Habilidades: Desenvolvimento de novas capacidades e competências.

Conscientização: Maior percepção sobre determinado tema.

Acesso: Melhora no acesso a serviços, informações e tecnologias.

- **Exemplo PROADI-SUS:** Profissionais de saúde demonstram maior conhecimento sobre diretrizes clínicas atualizadas (avaliado por testes antes e depois), gestores mostram mais confiança no uso de ferramentas de gestão, a população local está mais consciente dos sinais de alerta de AVC, e pacientes têm acesso facilitado a exames especializados.
- **Pergunta-chave:** *Que mudanças iniciais nos participantes do programa esperamos observar (em conhecimento, atitudes, habilidades ou facilidade de acesso)?*

RESULTADOS DE MÉDIO PRAZO (INTERMEDIATE / INTERMEDI-ÁRIOS): Ocorrem após a concretização dos resultados de curto prazo, geralmente entre 3 e 5 anos. Incluem:

Comportamentos: Adoção de novas práticas por indivíduos ou profissionais.

Práticas: Mudanças nas rotinas e processos organizacionais ou clínicos.

Tomada de Decisão: Uso de novas informações ou evidências para apoiar decisões.

Políticas: Implementação de novas normas ou diretrizes.

Funcionamento de Sistemas/Redes: Melhora na coordenação e eficiência dos serviços.

- **Exemplo PROADI-SUS:** Profissionais de saúde aplicam rotineiramente as práticas clínicas aprendidas; hospitais do SUS implementam novos processos de gestão de fluxos de pacientes; Secretarias de Saúde usam dados de pesquisa para planejamento; o tempo de espera em emergências diminui; e há melhor articulação entre atenção primária e especializada na rede de saúde local.
- **Pergunta-chave:** Que mudanças em comportamento, prática, política ou estrutura do sistema esperamos observar a partir dos resultados de curto prazo?

RESULTADOS DE LONGO PRAZO (LONG-TERM / IMPACTO): Referem-se às transformações fundamentais e duradouras nas condições de saúde, sociais, econômicas ou ambientais. Costumam aparecer após 5 anos ou mais, alinhadas aos objetivos do PROADI-SUS e às políticas públicas de saúde. O termo “impacto” é frequentemente utilizado com sinônimo de resultado de longo prazo.

- **Exemplo PROADI-SUS:** Mudanças nos indicadores de saúde populacional (como mortalidade, morbidade, qualidade de vida), maior eficiência e sustentabilidade do SUS, redução das desigualdades em saúde, adoção de tecnologias eficazes, e fortalecimento da gestão pública em SUS, redução da mortalidade infantil em uma região, queda na prevalência de infecções hospitalares, melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas, maior efici-



ência na alocação de recursos no SUS, implementação de novas diretrizes terapêuticas em escala nacional, e redução das disparidades no acesso a tratamentos especializados.

- **Pergunta-chave:** Qual a mudança final e fundamental em saúde ou no SUS que o projeto espera alcançar ou contribuir?

2.4. Elementos contextuais e fatores externos

Para que o modelo lógico fundamentado na lógica causal do tipo “**Se... então...**” seja aplicado de forma válida, é importante também considerar que os projetos ocorrem inseridos em um contexto particular, com várias condições únicas e diversas especificidades, além de fatores externos que podem influenciar o desempenho do projeto. Há, portanto, condições e fatores particulares que podem eventualmente impactar o desenvolvimento e o sucesso do projeto. Estes fatores devem ser reconhecidos e explicitados no modelo lógico. Segue uma breve descrição das premissas e dos fatores externos:

PREMISSAS (ASSUMPTIONS) - São as crenças e suposições sobre o contexto, o público-alvo, os recursos e a própria intervenção que precisam ser verdadeiras para a cadeia causal ser efetivamente acionada. Note que essas premissas quase sempre não são óbvias ou claramente explicitadas. Elas precisam ser devidamente identificadas durante a construção do modelo.

- **Exemplo PROADI-SUS:** A equipe que irá capacitar o hospital tem as competências e os conhecimentos necessários; os profissionais capacitados terão a autonomia e a oportunidade para aplicar os novos conhecimentos; os gestores locais, parceiros do projeto, apoiarão as ações de capacitação.
- **Pergunta-chave:** O que estamos assumindo sobre as condições existentes para que esse projeto funcione como planejado?

FATORES EXTERNOS OU CONTEXTUAIS - São condições que estão fora do controle do projeto, mas que podem influenciar, de forma positiva ou negativa, sua implementação e os resultados. A identificação e o registro desses fatores são críticos para o desenvolvimento e avaliação.

- **Exemplo PROADI-SUS:** Mudanças nas condições de financiamento da saúde pelo governo federal, publicação de novas portarias ministeriais que afetam o projeto, crises econômicas ou políticas que impactam a capacidade de investimento do sistema de saúde; ocorrência de uma emergência de saúde pública (como uma epidemia); surgimento de novas tecnologias que influenciam o projeto; resistência de grupos políticos ou de interesse em relação às ações do projeto.
- **Pergunta-chave:** Que fatores externos ao projeto podem influenciar o alcance dos seus resultados

A identificação e o registro das premissas e dos fatores externos são críticos para a avaliação, não somente para planejamento. Eles tornam a avaliação mais poderosa e contribuem para a explicação de “por que” um projeto foi bem-sucedido ou fracassou em um determinado contexto. Se uma premissa crítica não foi realizada, por exemplo, os gerentes não apoiaram a mudança ou se um fator externo negativo ocorreu, por exemplo, houve um corte de orçamento, isso pode explicar por que os resultados não foram alcançados, mesmo que as atividades tenham sido todas executadas de forma satisfatória. Além disso, a identificação e o registro desses elementos tornam o monitoramento e a avaliação mais justos e transparentes, gerando informação válida e útil que, eventualmente, poderá ser adotada em outros contextos para fins de replicação ou adaptação.

2.5. Resumo dos componentes do modelo lógico para o PROADI-SUS

Para consolidar a compreensão dos componentes e facilitar sua aplicação prática no contexto do PROADI-SUS, o quadro abaixo resume as principais características do modelo lógico:



Componente	Definição Adaptada ao SUS/ PROADI-SUS	Exemplos Genéricos de Projetos PROADI-SUS (por área de atuação)	Questões-chave para Identificação	Tipos de Indicadores Associados
Insumos	Recursos (humanos, financeiros via isenção fiscal, materiais, tecnológicos, parcerias com o SUS, conhecimento especializado) investidos pelo Hospital de Excelência e/ou MS para viabilizar o projeto.	Todas as áreas: Equipe do hospital, orçamento (renúncia fiscal), infraestrutura, plataformas, parcerias SES/SMS, expertise.	Que recursos são essenciais para implementar este projeto?	Financeiros (R\$ investido), Humanos (Nº de profissionais, horas dedicadas), Materiais (Nº de equipamentos).
Atividades	Ações, processos, eventos, serviços realizados pelo projeto usando os insumos para gerar produtos e alcançar resultados no âmbito do SUS.	Capacitação: Realizar cursos, oficinas, estágios supervisionados. Pesquisa: Coletar dados, analisar amostras, conduzir ensaios. Gestão: Mapear processos, implementar ferramentas (Lean, PlanificaSUS), desenvolver painéis. ATS: Revisar literatura, realizar estudos de custo-efetividade, elaborar pareceres/diretrizes. Assistência: Realizar consultas, exames, cirurgias, transplantes.	O que o projeto faz? Quais são as principais ações?	De processo (% de conclusão de etapas, Nº de eventos realizados, Frequência de intervenções).
Produtos	Entregas diretas, imediatas e quantificáveis das atividades do projeto, destinadas a beneficiários ou ao sistema SUS.	Capacitação: Nº de profissionais capacitados, materiais didáticos produzidos. Pesquisa: Artigos publicados, bases de dados criadas, relatórios de pesquisa. Gestão: Processos mapeados/otimizados, software implantado, painéis de indicadores disponíveis. ATS: Pareceres técnico-científicos entregues, diretrizes clínicas publicadas. Assistência: Nº de pacientes atendidos, Nº de procedimentos realizados, Nº de laudos emitidos.	Quais são os resultados diretos e mensuráveis das atividades? O que o projeto entrega?	Contagem (Nº de participantes, Nº de produtos, Nº de serviços), Taxas de entregas efetivas.
Resultados de Curto Prazo (Mudanças em 1-2 anos)	Mudanças iniciais em conhecimento, atitudes, habilidades, acesso ou conscientização nos indivíduos (profissionais, pacientes, gestores) ou organizações do SUS impactadas pelo projeto.	Capacitação: Aumento do conhecimento/habilidades dos profissionais. Pesquisa: Maior conscientização sobre o problema estudado. Gestão: Aumento da capacidade dos gestores em usar ferramentas. ATS: Maior conhecimento dos gestores sobre a tecnologia avaliada. Assistência: Pacientes com acesso a diagnóstico/tratamento antes indisponível.	Que mudanças iniciais em conhecimento, atitudes, habilidades ou acesso esperamos?	% de mudança em conhecimento/habilidade (pré/pós), Nível de satisfação, Taxa de acesso a serviço/informação.

Componente	Definição Adaptada ao SUS/ PROADI-SUS	Exemplos Genéricos de Projetos PROADI-SUS (por área de atuação)	Questões-chave para Identificação	Típos de Indicadores Associados
Resultados de Médio Prazo (<i>Mudanças em 3-5 anos</i>)	Mudanças em comportamentos, práticas (clínicas, de gestão), políticas, tomada de decisão ou funcionamento de serviços/redes do SUS, decorrentes dos resultados de curto prazo.	Capacitação: Profissionais aplicando novas práticas. Pesquisa: Resultados da pesquisa influenciando protocolos/políticas. Gestão: Serviços de saúde adotando novos processos, redução de tempos de espera, melhoria na gestão de recursos. ATS: Recomendações da ATS sendo usadas na tomada de decisão (incorporação/desincorporação). Assistência: Melhoria na adesão ao tratamento, melhor coordenação do cuidado na rede.	Que mudanças em comportamentos, práticas, políticas ou no sistema esperamos?	Taxa de adoção de práticas/ protocolos, Indicadores de eficiência (tempo, custo), N° de políticas/normas implementadas/alteradas, Indicadores de qualidade do serviço.
Resultados de Longo Prazo / Impacto (<i>Mudanças em 5+ anos</i>)	Mudanças fundamentais e duradouras nas condições de saúde da população, na qualidade, equidade ou eficiência do SUS, para as quais o projeto contribui.	Todas as áreas: Redução de morbimortalidade por causa específica, melhoria da qualidade de vida dos pacientes, aumento da eficiência do SUS, redução de iniquidades em saúde, fortalecimento institucional do SUS.	Qual é a mudança final e fundamental na saúde ou no sistema que o projeto busca ou contribui para alcançar?	Taxas de morbidade/mortalidade, Indicadores de qualidade de vida, Indicadores de eficiência do sistema, Medidas de equidade.
Premissas	Condições ou crenças sobre o projeto, o público, o contexto SUS, que são consideradas verdadeiras e necessárias para que a lógica causal funcione.	Todas as áreas: Profissionais terão oportunidade de aplicar o aprendido; gestores apoiarão as mudanças; tecnologia será considerada pelo MS; pacientes aderirão ao tratamento; dados necessários estarão disponíveis.	O que estamos assumindo como verdadeiro para que o projeto funcione?	(Geralmente não possuem indicadores diretos, mas podem ser monitoradas qualitativamente ou através de indicadores proxy).
Fatores Externos ou Contextuais	Fatores fora do controle do projeto (políticos, econômicos, sociais, tecnológicos, legais) que podem influenciar positiva ou negativamente sua implementação e resultados no ambiente SUS.	Todas as áreas: Mudanças na política de saúde, crises econômicas, novas tecnologias, contexto político local, emergências sanitárias, legislação.	Que fatores externos podem ajudar ou atrapalhar o projeto?	(Não possuem indicadores diretos, mas seu impacto pode ser analisado na avaliação e explicar variações nos indicadores de resultado).

Fonte: elaboração própria.



Esta tabela ilustra como identificar e classificar os diferentes componentes do modelo lógico de um projeto fictício do PROADI-SUS.

3. Construindo o modelo lógico passo a passo

A construção de um modelo lógico é um processo colaborativo que demanda uma reflexão disciplinada. Embora não exista uma receita fixa ou uma fórmula única para a elaboração de modelos lógicos, os passos a seguir sugerem um caminho que as equipes do PROADI-SUS poderiam seguir no desenvolvimento dos modelos lógicos dos projetos sob sua supervisão.

3.1. Preparação: antes de começar

Antes de começar a desenhar o modelo lógico do projeto ao qual está envolvido, há algumas etapas prévias essenciais para assegurar que o processo seja eficiente e o resultado útil:

- A. Defina o propósito e o público-alvo do modelo:** Uma pergunta fundamental deve ser feita desde o início: Qual é o propósito de criar esse modelo lógico? Será em primeiro lugar, um quadro de referência para o planejamento interno da equipe? Será usado principalmente para comunicar o projeto para o nível de gestão do Ministério da Saúde ou outras autoridades locais, ou parceiros? Será utilizado para guiar o monitoramento e a avaliação que a equipe desenvolve por conta própria ou em parceria com uma equipe externa? A resposta dá uma ideia de qual nível de detalhamento é apropriado – um modelo para comunicação externa pode ser simplificado, enquanto um para o monitoramento e avaliação deve conter mais detalhes sobre os resultados e os indicadores. Da mesma forma, identificar a audiência do modelo (a equipe executora da associação parceira provisória do hospital de excelência, técnicos da secretaria do MS, secretarias municipais onde a intervenção será implantada, possíveis avaliadores etc.) também influencia o formato que deve ser usado e a linguagem que deve ser adotada.
- B. Reúna sua equipe e outros stakeholders relevantes.** A elaboração de um modelo lógico não deve ser uma tarefa isolada. A construção

é enriquecida e o resultado mais robusto quanto mais colaborativo o processo for conduzido. Dando voz a diferentes atores, tanto internos quanto externos, traz múltiplas perspectivas sobre o projeto, ajuda a identificar premissas implícitas e promove a compreensão mútua e a apropriação do modelo por todas as partes envolvidas. Para um projeto PROADI-SUS, é recomendável envolver: a equipe executora do hospital de excelência, os técnicos da(s) secretaria(s) responsável(is) pelo monitoramento do projeto, os gestores locais e dos serviços SUS onde a intervenção será implantada, e, dependendo da natureza do projeto, representantes dos pacientes ou da comunidade beneficiada.

- c. Colete as informações existentes:** Você não precisa começar do zero. Parta da documentação já existente sobre o projeto, incluindo a proposta original aprovada no contexto do PROADI-SUS, que provavelmente já apresenta muitos dos elementos necessários, como exigido pelos manuais do programa. Reúna também os relatórios parciais de monitoramento já elaborados, o plano de trabalho detalhado, a legislação aplicável sobre o SUS e o PROADI-SUS, dados sobre a condição de saúde e sobre a gestão do problema que o projeto vai resolver, e a pesquisa ou evidência científica que fundamentou a intervenção, caso haja alguma. Esses documentos constituem a matéria-prima para identificar os componentes do modelo lógico.

3.2. Escolhendo a abordagem: começar pelo fim ou pelo começo?

Existem duas abordagens principais para estruturar o pensamento ao construir um modelo lógico: Lógica Reversa e Lógica Progressiva.

A Lógica Reversa, recomendada por instituições como a W.K. Kellogg Foundation, começa pelo objetivo final — ou seja, o impacto ou resultado de longo prazo que o projeto visa atingir. Depois, o raciocínio segue de forma regressiva, sempre perguntando: “Mas como chegamos lá?” ou “O que é necessário para atingir esse ponto?”. Por exemplo: “Queremos reduzir a mortalidade por sepse (Impacto). Mas como? Melhorando a adesão aos protocolos de tratamento (Resultado de Médio Prazo). Mas como? Aumentando o conhecimento e as habilidades das



equipes de emergência (Resultado de Curto Prazo). Mas como? Realizando treinamentos e simulações realísticas (Atividades)”. A grande vantagem dessa abordagem é garantir um alinhamento sólido entre as atividades e o objetivo final, ajudando a evitar esforços que não contribuam diretamente para o impacto desejado.

Já a **Lógica Progressiva** segue o caminho oposto, adotando a ordem cronológica da implementação. Começa listando os insumos e as atividades planejadas, e então projeta-se a cadeia causal para frente, usando a lógica do “**Se... então...**”. Por exemplo: “Se tivermos instrutores qualificados e material didático (Insumos), então poderemos realizar oficinas de capacitação (Atividades). Se realizarmos as oficinas (Atividades), então teremos X profissionais capacitados (Produtos). Se os profissionais forem capacitados (Produtos), então esperamos que aumentem seu conhecimento (Resultado de Curto Prazo)”. Essa abordagem costuma ser mais intuitiva para equipes que estão envolvidas diretamente na execução das tarefas diárias do projeto.

Recomendação para o PROADI-SUS: As duas abordagens são válidas e podem até ser combinadas. Pode-se iniciar com a lógica reversa para definir com clareza o impacto desejado e os principais resultados intermediários, assegurando o alinhamento estratégico com as diretrizes do SUS. Depois, utiliza-se a lógica progressiva para detalhar as atividades e os produtos necessários para alcançar esses resultados. O essencial é garantir que o modelo lógico represente uma cadeia causal coerente e completa.

3.3. Mapeando os componentes: como construir o modelo?

Com a equipe reunida, as informações já coletadas e a abordagem definida, é hora de começar a construção do modelo, mapeando seus componentes. Esse processo costuma ser feito colaborativamente, em reuniões com uso de quadros brancos, post-its ou ferramentas digitais.

PASSO 1: IDENTIFICAR O PROBLEMA E O OBJETIVO GERAL (IMPACTO)

O primeiro passo é definir com clareza qual é a meta do Plano Nacional de Saúde, ou o problema específico do SUS que o projeto PROADI-SUS busca enfrentar — ou qual oportunidade quer aproveitar. Em

seguida, descreva o resultado desejado: qual mudança de longo prazo se espera alcançar com o projeto? Esse impacto precisa estar alinhado aos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde, do SUS e do próprio PROADI-SUS. (Esse passo corresponde ao campo “Objetivo proposto de desenvolvimento do SUS” do plano de trabalho).

PASSO 2: DETALHAR OS RESULTADOS (OUTCOMES)

Com base na definição do impacto (usando a lógica reversa) ou caminhando em direção a ele (pela lógica progressiva), identifique as mudanças de médio e curto prazo que precisam acontecer para atingir o objetivo final. Pense em quais conhecimentos, atitudes, habilidades, comportamentos, práticas ou políticas devem ser transformados. Use verbos de ação claros, como: aumentar, reduzir, melhorar, fortalecer, implementar, adotar. (Corresponde aos “Objetivos específicos do projeto” e “Resultados esperados” no plano de trabalho).

PASSO 3: DEFINIR OS PRODUTOS (OUTPUTS)

Para cada resultado de curto prazo identificado, pergunte: que bens ou serviços concretos precisam ser entregues pelas atividades do projeto para que esse resultado seja alcançado? Os produtos representam entregas diretas das atividades e precisam, sempre que possível, ser mensuráveis. (Corresponde aos “Produtos gerados” no plano de trabalho).

PASSO 4: LISTAR AS ATIVIDADES (ACTIVITIES)

Quais são as ações principais que a equipe do projeto precisa realizar para gerar os produtos/serviços definidos? Seja específico: detalhe o que exatamente será feito. Se o modelo for mais geral, atividades semelhantes podem ser agrupadas. Se for mais detalhado, liste-as separadamente. (Esse passo corresponde às “Principais atividades de intervenção” no plano de trabalho).



PASSO 5: IDENTIFICAR OS INSUMOS (INPUTS)

Quais recursos — humanos, financeiros, materiais, etc. — são necessários para realizar essas atividades? Seja realista e considere o que está de fato disponível no escopo do PROADI-SUS.

PASSO 6: EXPLICITAR PREMISSAS E FATORES EXTERNOS

Durante todo o processo de mapeamento, é importante discutir e registrar as premissas que precisam ser verdade em cada ligação de causa e efeito. Por exemplo: o que deve acontecer para uma atividade gere um produto? Ou para um produto gerar um resultado? Também identifique fatores externos que influenciem o projeto. (A Matriz de Planejamento do PROADI-SUS já prevê um campo chamado “Suposições importantes”, que corresponde exatamente a essas premissas e fatores externos).

Observação importante:

A Matriz de Planejamento exigida pelo PROADI-SUS, conforme o modelo oficial de apresentação de projetos, é um excelente ponto de partida. Ela funciona como um esqueleto do modelo lógico, pois seus campos — Objetivo do SUS, Objetivos específicos, Resultados, Produtos, Atividades, Indicadores, Fontes de Comprovação e Suposições — já reúnem as informações essenciais para construção do modelo lógico. Por isso, preencher essa matriz equivale a montar boa parte do modelo lógico, seja ele em formato de tabela ou gráfico. Isso ajuda a integrar a elaboração do modelo com os processos que já existem, tornando o trabalho mais fluido e eficiente, otimizando o esforço da equipe.

3.4. Desenhando o modelo lógico

Depois de mapear os componentes do modelo lógico, é hora de colocá-los em um formato visual.

1. **Formato:** O formato mais comum é o gráfico, com caixas que representam os componentes e setas mostrando as ligações causais, organizadas geralmente da esquerda para a direita: **Insumos** → **Ati-**



vidades → Produtos → Resultados de Curto Prazo → Resultados de Médio Prazo → Impacto. Outra alternativa é usar uma tabela, parecida com a Matriz de Planejamento. A escolha depende do gosto da equipe e do público que usará o modelo. Ferramentas como Microsoft Word, Excel, PowerPoint ou plataformas online específicas para esse tipo de modelo podem ajudar bastante.

- 2. Clareza visual:** Monte o modelo de forma lógica e com um visual limpo. Use setas para evidenciar claramente as conexões do tipo “**Se... então...**”. Evite excesso de informação ou um layout confuso.
- 3. Linguagem:** Use palavras diretas, claras e consistentes. Defina siglas na primeira vez em que forem usadas. Evite termos técnicos demais, especialmente se o modelo lógico for para divulgação externa.
- 4. Nível de detalhe:** A complexidade e o nível de detalhamento do modelo devem corresponder com seu propósito. Há casos de modelos lógicos simples, focando somente nos principais componentes, ou mais detalhados, incluindo sub-atividades e vários resultados intermediários. O essencial é que o modelo represente a lógica central do projeto de forma útil.

3.5. Validando e refinando o modelo

O primeiro esboço do modelo lógico é raramente a versão final. Validar e ajustar é fundamental e, muitas vezes, um processo contínuo. No processo de refinamento do modelo considere os seguintes procedimentos, que se complementam:

Procedimento 1 - Teste do “se então”: Percorra o modelo da esquerda para a direita e analise se cada ligação faz sentido lógico e é realmente possível. Há alguma conexão sem explicação? Estão faltando etapas no meio do caminho?

Procedimento 2 - Revisão por pares e stakeholders: Apresente o modelo preliminar para a equipe e para outros envolvidos no projeto — como técnicos do Ministério da Saúde, gestores locais, entre outros. Mesmo quem não participou da construção inicial pode oferecer contribuições importantes. Peça um feedback crítico: O modelo está representando bem o projeto? A lógica faz sentido? Ele está completo? É realista imaginar que essas atividades e recursos levarão aos resultados esperados?



Procedimento 3 - Iteração: Esteja pronto para revisar e ajustar o modelo com base no feedback e em novas ideias da equipe. O modelo lógico não deve ser um documento estático. Pelo contrário: é uma ferramenta dinâmica, que deve evoluir à medida que o projeto avança ou quando ocorrem mudanças importantes na estratégia, no contexto ou nos recursos.

Seguindo essas etapas, as equipes do **PROADI-SUS** conseguem construir modelos lógicos sólidos — que vão além de cumprir exigências formais, servindo como ferramentas reais de monitoramento e avaliação de seus projetos.

4. O modelo lógico como base para o monitoramento e avaliação (M&A) no PROADI-SUS

4.1 A conexão entre o modelo lógico e o monitoramento e avaliação (M&A)

O modelo lógico não é um mero exercício acadêmico e nem um fim em si. Seu real valor decorre da sua capacidade de fundamentar um sistema de monitoramento e avaliação efetivo para cada projeto e, em última análise, para o PROADI-SUS, ao propor um quadro de referência claro e compartilhado sobre o como cada projeto pretende gerar mudanças.

A conexão entre o modelo lógico e o sistema de monitoramento e avaliação ocorre porque:

- A. Define o objeto do monitoramento e avaliação:** O modelo lógico ajuda a estabelecer uma ligação clara entre os insumos e as atividades com os resultados esperados. Ele define o que será entregue (os produtos) e o que deve ser monitorado e avaliado — ou seja, se os insumos foram devidamente entregues, se as atividades foram realizadas, se os produtos e serviços foram gerados conforme planejado, se os resultados de curto, médio e longo prazo foram alcançados e se as conexões entre eles são plausíveis.
- B. Explicita a teoria de mudança:** Ao mapear a sequência esperada de eventos e as relações causais, o modelo lógico expressa a cadeia causal (“teoria”) por trás do projeto e como e por que se acredita que ele

será bem-sucedido. Com isso, o monitoramento e a avaliação (M&A) se tornam ferramentas para testar essa “teoria” empiricamente.

- c. Combina o monitoramento e a avaliação:** O modelo também ajuda a combinar aquilo que é tradicionalmente considerado como monitoramento — que acompanha continuamente a execução dos insumos, atividades e produtos — daquilo que é entendido muitas vezes como avaliação, que analisa de forma mais profunda os resultados e impactos para entender a efetividade e o valor do projeto. Neste sentido, o modelo lógico permite uma perspectiva integrada do projeto, combinando aspectos do monitoramento, da avaliação de processo com a avaliação de resultados (ou impacto).

Sem um modelo lógico claro, o processo de M&A corre o risco de se fragmentar, ficando focado somente em partes do projeto (como o número de atividades feitas), sem uma visão completa ou coleta de dados que realmente respondam às perguntas essenciais sobre os resultados e a contribuição do projeto para o SUS.

4.2. Usando o modelo lógico para formular perguntas avaliativas

Um dos usos mais importantes do modelo lógico é guiar a criação de perguntas de avaliação relevantes e bem direcionadas. Em vez de perguntar somente “O projeto funcionou?”, o modelo permite investigar como e por que ele funcionou, olhando para cada etapa da cadeia causal. As perguntas podem ser organizadas conforme o tipo de avaliação:

Tipo 1 - Avaliação de processo (*foco: insumos, atividades, produtos*) - Essas perguntas ajudam a entender como o projeto foi executado:

- Os recursos (insumos) disponíveis (financeiros, humanos, materiais) foram suficientes e apropriados para a execução das atividades?
- As atividades foram realizadas conforme o plano de trabalho (cronograma, método, público-alvo)?
- Quais foram os principais obstáculos ou facilitadores que surgiram durante a implementação?
- Os produtos (serviços, bens, entregas) foram gerados na quantidade e qualidade esperadas?



- Os participantes ficaram satisfeitos com as atividades e produtos?
- O projeto atingiu a cobertura populacional e/ou geográfica planejada?

Tipo 2 - Avaliação de resultados / efetividade (*foco: resultados de curto e médio prazo*) - Essas perguntas verificam se o projeto provocou as mudanças esperadas:

- Houve mudanças nos conhecimentos, atitudes, habilidades e acesso (curto prazo)? Em que medida?
- Mudanças nos comportamentos, práticas, políticas e serviços foram observadas (médio prazo)?
- Será que essas mudanças foram causadas pelas ações do projeto, ou houve outros fatores?
- Quais grupos populacionais foram mais (ou menos) beneficiados? (Análise de equidade)
- Que fatores (do projeto ou do contexto externo) ajudaram ou dificultaram os resultados?
- As premissas iniciais se confirmaram empiricamente ou precisaram ser revisadas?

Tipo 3 - Avaliação de Impacto (*foco: resultados de longo prazo*) - Aqui o foco é a contribuição do projeto para mudanças mais amplas:

- O projeto ajudou a alcançar o impacto desejado? (ex: redução da morbidade/mortalidade, melhoria na eficiência alocativa dos recursos do SUS, redução de desigualdades)
- Qual foi a magnitude dessa contribuição?
- Surgiram efeitos inesperados/externalidades (positivos ou negativos)?
- O impacto foi mantido depois que o projeto foi concluído? Os resultados positivos gerados são sustentáveis?

Na hora de formular essas perguntas avaliativas, é essencial considerar as metas do Plano Nacional de Saúde, as prioridades do Ministério da Saúde para o PROADI-SUS e as necessidades de informação dos gestores e das secretarias. O modelo lógico garante que as perguntas avaliativas estejam alinhadas com a teoria de mudança do projeto — e que possam ser realmente respondidas com os dados disponíveis ou a serem coletados.

4.3. Selecionando indicadores a partir do modelo lógico

Depois que as perguntas forem definidas, o próximo passo é selecionar os **indicadores** que vão ajudar a respondê-las. Indicadores são ferramentas – quantitativas ou qualitativas – que geram informações sobre como está o andamento de um determinado aspecto do projeto. Eles permitem monitorar o progresso em relação aos objetivos fixados inicialmente.

Cabe observar que questões relativas aos indicadores serão objeto de um outro documento específico sendo elaborado pela equipe do projeto. Nesta seção serão feitas apenas algumas considerações de caráter introdutório e geral sobre o tema, conectando com a discussão sobre o uso de modelos lógicos.

Uma primeira observação importante é que o **modelo lógico** é a ferramenta ideal para orientar a seleção dos indicadores, pois auxilia a garantir que a escolha resulte em um conjunto de indicadores equilibrado e relevante, cobrindo todas as etapas da cadeia causal. Cada componente do modelo lógico deve ter seu próprio conjunto de indicadores:

Indicadores de insumo – Medem os recursos aplicados no projeto.
Exemplos:

- Valor total executado (R\$);
- Número de profissionais da equipe com dedicação parcial e com dedicação exclusiva;
- Horas de consultoria contratadas.

Indicadores de atividade / processo - Medem a realização de atividades ao longo do projeto que objetivam produzir bens e serviços.
Exemplos:

- Número de oficinas realizadas;
- Percentual de etapas do cronograma concluídas;
- Frequência de reuniões com a SES/SMS.



Indicadores de produto - Medem as entregas diretas. Exemplos:

- Número de profissionais capacitados;
- Protocolos clínicos devidamente divulgados e aplicados;
- Artigos científicos publicados;
- Procedimentos realizados;
- Cobertura vacinal atingida.

Indicadores de resultado (curto prazo) – Mensuram as mudanças iniciais. Exemplos:

- Participantes com aumento de conhecimento (pré/pós-teste);
- Nível de satisfação dos usuários;
- Unidades que aplicaram ferramentas de triagem;
- Tempo médio de espera por consulta especializada.

Indicadores de resultado (médio prazo) – Mensuram as mudanças em comportamentos e sistemas. Exemplos:

- Aderência às novas diretrizes clínicas;
- Redução no tempo médio de internação hospitalar;
- Municípios que incluíram a estratégia no plano de saúde;
- Índice de integração entre atenção primária e especializada.

Indicadores de impacto (longo prazo) - Mensuram as transformações mais profundas. Exemplos:

- Redução da mortalidade por doenças cardiovasculares;
- Maior controle do diabetes;
- Eficiência dos gastos em saúde;
- Redução das desigualdades raciais na mortalidade infantil.

Ao selecionar os indicadores a serem utilizados é recomendável seguir os critérios sugeridos pelo acrônimo SMART. O critério SMART para escolha de indicadores de monitoramento de programas governamentais estabelece diretrizes fundamentais para garantir a eficácia das métricas utilizadas.

Um indicador SMART deve ser: **Específico (Specific)**, definindo claramente o que será medido; **Mensurável (Measurable)**, permitindo quantificação objetiva; **Alcançável (Attainable)**, representando metas

viáveis com os recursos disponíveis; **Relevante (Relevant)**, alinhado aos objetivos estratégicos do projeto; e, **Temporal (Time-bound)**, estabelecendo prazos definidos para avaliação. Estes critérios são considerados essenciais porque transformam objetivos abstratos em metas concretas, facilitam a comunicação entre stakeholders, permitem ajustes oportunos nos projetos, aumentam a transparência na gestão e possibilitam uma avaliação mais precisa sobre o sucesso ou fracasso dos projetos, otimizando assim a alocação de recursos públicos e a prestação de contas à sociedade.

Além disso, é essencial indicar onde os dados serão encontrados (como listas de presença, relatórios, sistemas de informação, questionários, prontuários, etc.) e como eles serão coletados. Isso já está previsto na Matriz de Planejamento do PROADI-SUS.

Importante: o PROADI-SUS já exige que os projetos definam indicadores em seus planos de trabalho. Ou seja, **usar o modelo lógico não cria uma nova obrigação**, mas sim **melhora esse processo**. Com isso, o projeto vai além da simples contagem de ações e entregas, focando nas **mudanças reais** que fazem a diferença para o SUS. Isso responde à demanda por um **monitoramento e avaliação mais robusto** dentro do programa.

4.4. Integrando o modelo lógico aos processos do PROADI-SUS

Para que o modelo lógico cumpra seu potencial como ferramenta de gestão e M&A, ele precisa estar integrado aos processos e rotinas do PROADI-SUS.

- A. Documentação do projeto:** o modelo lógico, seja sob forma gráfica ou tabular, deve ser compreendido como um anexo essencial à proposta do projeto submetida para análise e aprovação ao Ministério da Saúde. Ele complementa e visualiza a lógica descrita no plano de trabalho e na Matriz de Planejamento. Da mesma maneira, os relatórios periódicos de andamento e o relatório final de prestação de contas devem fazer referência ao modelo lógico, usando-o como ferramenta para a sistematização dos resultados e como referência para a análise do andamento em relação à cadeia causal.



- B. Acompanhamento pelo MS:** o modelo lógico pode ser uma ferramenta valiosíssima nas reuniões de acompanhamento que equipe do hospital de excelência realiza regularmente com os técnicos da secretaria do MS que é responsável pelo projeto. Isso porque o modelo lógico fornece uma base comum para a discussão do andamento das atividades, dos resultados parciais atingidos, dos desafios e dos passos seguintes, viabilizando uma comunicação mais focada e estratégica;
- C. Alinhamento com diretrizes gerais:** o monitoramento específico de cada projeto, guiado pelo modelo lógico, deve estar em completa consonância com as diretrizes e prioridades gerais estabelecidas pelo Comitê Gestor do PROADI-SUS e pela Secretaria-Executiva do MS. O modelo lógico é fundamental para assegurar que os dados coletados ao nível de projeto consigam contribuir, quando agregados ou analisados em conjunto, para uma análise e avaliação do PROADI-SUS como um programa governamental.

Ao integrar o modelo lógico aos fluxos de trabalho existentes, o PROADI-SUS pode fortalecer sua capacidade de gestão baseada em evidências, promovendo um ciclo contínuo de planejamento, execução, monitoramento, avaliação e aprendizado.

5. Aplicando modelos lógicos em projetos PROADI-SUS

Para ilustrar a aplicação prática dos conceitos apresentados, esta seção detalha como a estrutura de planejamento já exigida pelo PROADI-SUS se conecta à construção do modelo lógico e apresenta exemplos simplificados para diferentes áreas de atuação do programa.

5.1. A matriz de planejamento do PROADI-SUS como base do modelo lógico

Conforme mencionado anteriormente, o modelo para apresentação de projetos do PROADI-SUS inclui a necessidade de detalhar o planejamento utilizando uma Matriz de Planejamento (referenciada como Anexo III em 20 e com estrutura similar detalhada nas definições ao final de 20). Esta matriz é, em sua essência, um modelo lógico em for-

mato tabular. Seus componentes principais se traduzem diretamente nos elementos do modelo lógico:

1. **Objetivo proposto de desenvolvimento do SUS:** Corresponde ao Impacto ou Resultado de Longo Prazo do modelo lógico. É a mudança final que o projeto visa alcançar no sistema.
2. **Objetivos específicos do projeto:** Mapeiam para os Resultados de Médio Prazo. São as mudanças mais concretas em práticas, políticas ou funcionamento de serviços necessárias para alcançar o impacto.
3. **Resultados semestrais e anuais esperados:** Podem corresponder tanto aos Resultados de Curto Prazo (mudanças em conhecimento, acesso) quanto aos Produtos (entregas concretas), dependendo de como são definidos. É importante diferenciá-los claramente ao construir o modelo visual.
4. **Produtos gerados:** Correspondem diretamente aos Produtos (Outputs) do modelo lógico – as entregas tangíveis das atividades.
5. **Principais atividades de intervenção:** Mapeiam para as Atividades (Activities) do modelo lógico.
6. **Indicadores objetivamente comprováveis (para cada nível: objetivo do SUS, objetivos específicos, resultados, produtos):** São os Indicadores que serão usados para monitorar e avaliar cada componente do modelo lógico.
7. **Fontes de comprovação:** Especificam onde os dados para cada indicador serão encontrados.
8. **Premissas importantes:** Correspondem às Premissas e Fatores Externos do modelo lógico.

Sendo assim, o exercício de preencher com cuidado a Matriz de Planejamento exigida pelo PROADI-SUS já fornece todos os elementos necessários para se elaborar um modelo lógico gráfico. A visualização gráfica, no entanto, pode tornar a compreensão das interconexões e da cadeia causal mais fácil do que a tabela. Recomenda-se que as equipes utilizem a Matriz como base e, a partir dela, proponham também uma representação gráfica do modelo lógico para complementar a documentação do projeto e facilitar a comunicação e o M&A.



6. Considerações finais

6.1. Síntese dos benefícios e potencialidades

Ao longo deste manual, buscou-se demonstrar o valor do modelo lógico como uma ferramenta estratégica para os projetos desenvolvidos no âmbito do PROADI-SUS. Sua adoção sistemática oferece um potencial significativo para fortalecer não apenas o planejamento e a gestão, mas sobretudo os processos de monitoramento e avaliação (M&A), respondendo a desafios já identificados no programa.

Os principais benefícios incluem:

1. **Maior clareza e consenso:** Facilita a articulação da teoria de mudança do projeto, promovendo um entendimento compartilhado entre a equipe do hospital de excelência, o Ministério da Saúde e outros parceiros.⁵
2. **Planejamento estratégico:** Ajuda a garantir que as atividades estejam alinhadas com os resultados e impactos desejados, otimizando o uso dos recursos.⁷
3. **Gestão orientada a resultados:** Fornece um quadro de referência para acompanhar o progresso e identificar desvios ou gargalos precocemente.⁵
4. **Comunicação eficaz:** Permite apresentar o projeto de forma concisa e compreensível para diferentes públicos.⁵
5. **Aperfeiçoamento do monitoramento e avaliação:** Serve como base para definir perguntas avaliativas pertinentes, selecionar indicadores relevantes em toda a cadeia causal e interpretar os resultados da avaliação de forma contextualizada.⁵

A utilização de modelos lógicos está alinhada com as melhores práticas internacionais em avaliação de programas de saúde pública, recomendadas por organizações como o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention - CDC*) dos EUA, a W.K. Kellogg Foundation, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) e agências governamentais no Reino Unido⁵, bem como com abordagens propostas por instituições nacionais como o IPEA, a ENAP e o Ministério do Planejamento e Orçamento.

6.2. Recomendações para implementação

Para que o PROADI-SUS possa usufruir plenamente dos benefícios dos modelos lógicos, algumas recomendações podem ser consideradas:

- 1. Incorporação formal e flexível:** Incentivar a inclusão do modelo lógico (gráfico ou tabular) como parte integrante da documentação padrão dos projetos (proposta, relatórios de M&A, prestação de contas), não como um requisito rígido, mas como uma ferramenta de apoio valorizada.
- 2. Capacitação contínua:** Promover oportunidades de capacitação sobre a metodologia de modelos lógicos para as equipes técnicas dos hospitais de excelência e das secretarias do Ministério da Saúde envolvidas no acompanhamento dos projetos.
- 3. Foco no processo colaborativo:** Enfatizar a importância de construir os modelos lógicos de forma participativa, envolvendo os principais stakeholders desde o início.
- 4. Cultura de monitoramento e avaliação:** Utilizar o modelo lógico como um instrumento para fomentar uma cultura organizacional voltada para o aprendizado contínuo e a gestão baseada em evidências, onde o monitoramento e a avaliação é visto como parte integral do ciclo de melhoria do projeto e do programa.

6.3. O modelo lógico como ferramenta de aprendizagem e melhoria contínua

É importante destacar que o valor do modelo lógico é mais do que um instrumento de planejamento, monitoramento e avaliação de projetos e programas governamentais. Na verdade, o modelo lógico é, acima de tudo, um instrumento de aprendizado organizacional. O exercício de construção, discussão, validação e revisão do modelo lógico produz insights poderosos sobre o próprio projeto e o sistema em que ele opera. Durante a implementação, a comparação do que foi planejado com o que realmente acontece ajuda as equipes e seus responsáveis a entenderem o que está acontecendo, o que não está acontecendo e por quê.

O modelo lógico permite realizar uma análise crítica da concepção inicial do projeto, sugere ajustes informados na estratégia utilizada, pro-



move a alocação eficaz do recurso e apoia a melhoria contínua da intervenção. O conhecimento construído não serve apenas à melhoria deste projeto, mas também à troca de aprendizagem entre projetos PROADI-SUS e à incorporação de melhores práticas baseadas em evidências nas demais iniciativas relacionadas ao SUS.

Em suma, a adoção e o uso de modelos lógicos são um passo crítico no aumento da capacidade de formular, implementar, monitorar, avaliar e ampliar o impacto dos projetos do PROADI-SUS na população brasileira.

REFERÊNCIAS

Proadi-SUS — Ministério da Saúde - GOV.BR, accessed April 20, 2025, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus>

Oficina de Avaliação do 1º Ciclo do PROADI-SUS, accessed April 20, 2025, https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/332_1.pdf

Projetos - PROADI, accessed April 20, 2025, <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos>

www.gov.br, accessed April 20, 2025, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus/publicacoes/premissas-e-diretrizes-proadi-sus.pdf>

Developing and Using a Logic Model Evaluation Guide - CDC, accessed April 20, 2025, https://www.cdc.gov/cardiovascular-resources/media/pdfs/logic_model.pdf

Logic Models for Planning and Evaluation - CDC stacks, accessed April 20, 2025, https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11569/cdc_11569_DS1.pdf

Using a Logic Model for Program Development, Implementation, and Evaluation, accessed April 20, 2025, <https://visiblenetworklabs.com/2024/02/27/using-a-logic-model/>

Using Logic Models in Evaluation - The Strategy Unit, accessed April 20, 2025, <https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2017-09/Using%20Logic%20Models%20in%20Evaluation-%20Jul16.pdf>

Logic Model Tip Sheet - ACF, accessed April 20, 2025, https://acf.gov/sites/default/files/documents/prep-logic-model-ts_0.pdf

A logic model framework for evaluation and planning in a primary care practice-based research network (PBRN) - PMC - PubMed Central, accessed April 20, 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3266837/>
repositorio.ipea.gov.br, accessed April 20, 2025, https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5767/1/NT_n02_Como-elaborar-modelo-logico-programa_Disoc_2007-fev.pdf



Focus On: Logic model- a planning and evaluation tool - Public Health Ontario, accessed April 20, 2025, <http://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/F/2016/focus-on-logic-model.pdf>

www.evaluation.gov, accessed April 20, 2025, https://www.evaluation.gov/assets/resources/Resource_How%20to%20Develop%20a%20Program%20Logic%20Model.pdf

Logic Models & the Outcome Indicators Project - Demonstrating Value, accessed April 20, 2025, <https://www.demonstratingvalue.org/blogs/logic-models-outcome-indicators-project.html>

Creating a logic model for an intervention: evaluation in health and wellbeing - GOV.UK, accessed April 20, 2025, <https://www.gov.uk/guidance/evaluation-in-health-and-wellbeing-creating-a-logic-model>

O USO DE INDICADORES NO MONITORAMENTO E NA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - TCE/BA, accessed April 20, 2025, https://www.tce.ba.gov.br/images/escola-de-contas/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Uso_de_Indicadores_.pdf

Modelagem de intervenções para o monitoramento e avaliação na saúde - Portal Gov.br, accessed April 20, 2025, https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/snvs/projetos/praticas-avaliativas/apresentacoes/a03-modelo-logico_.pdf

Cria a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) e dá outras providências. Autor, accessed April 20, 2025, https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1834489&filename=-Tramitacao-PL%20351/2019

Projetos de Apoio ao SUS - Hospital Sírio-Libanês, accessed April 20, 2025, <https://hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/compromisso-social/proadi-sus/>

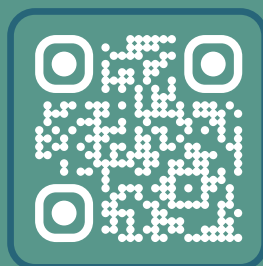
MANUAL INSTRUTIVO - PERFILIZAÇÃO HOSPITALAR_agosto_2022.docx - SESA, accessed April 20, 2025, https://saude.es.gov.br/Media/sesa/perfilizacaohospitalar/MANUAL%20INSTRUTIVO%20-%20PERFILIZA%C3%87%C3%83O%20HOSPITALAR_agosto_2022.docx.pdf

decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023 - SAGI | Rede SUAS - Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, accessed April 20, 2025, <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6582>

(PDF) Using Concept Mapping to Develop a Logic Model for the Prevention Research Centers Program - ResearchGate, accessed April 20, 2025, https://www.researchgate.net/publication/7414529_Using_Concept_Mapping_to_Develop_a_Logic_Model_for_the_Prevention_Research_Centers_Program

MANUAL DE AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PARA RECONHECIMENTO DE EXCELÊNCIA NO ÂMBITO DO PROADI-SUS - Portal Gov.br, accessed April 20, 2025, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus/publicacoes/manual-de-avaliacao-de-instituicoes-hospitalares-para-reconhecimento-de-excelencia-no-ambito-do-proadi-sus>





ceag.unb.br



[@unb_oficial](https://twitter.com/unb_oficial)



[@ceag_unb](https://www.instagram.com/ceag_unb)



ceag@unb.br

