



CEAG E MS

# SISTEMA DE MONITORAMENTO INTEGRADO (SMI): PROGRAMAS, TERMOS E ACORDOS DE COOPERAÇÃO NO DECOOP/MS

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

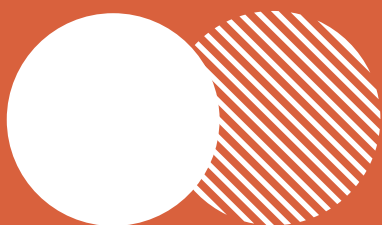
2026



CEAG E MS

# SISTEMA DE MONITORAMENTO INTEGRADO (SMI): PROGRAMAS, TERMOS E ACORDOS DE COOPERAÇÃO NO DECOOP/MS

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





# RESUMO EXECUTIVO

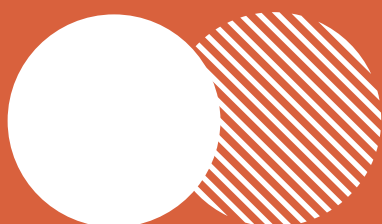
O Relatório Final do Sistema de Monitoramento Integrado (SMI) do Projeto “Estruturação de Monitoramento na gestão estratégica de projetos e cooperações do Ministério da Saúde” apresenta os resultados consolidados da Meta 2 (Propostas para implementação de modelo, métodos e técnicas para monitoramento e avaliação de programas e projetos de cooperação técnica), das Etapas 2.2 (Proposta de métodos e técnicas de monitoramento para cada objeto dos programas e projetos de cooperação técnica do Ministério da Saúde) e 2.4 (Proposta de ferramentas para o monitoramento e avaliação dos programas e projetos de cooperação técnica, incluindo definição e descrição detalhada dos indicadores, com plano de coleta de dados, e definição de sistemas informatizados e painéis gerenciais), desenvolvido no âmbito do Termo de Execução Descentralizada entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Brasília. O documento sistematiza o percurso metodológico, os achados empíricos e as propostas técnicas elaboradas ao longo do projeto, com foco no fortalecimento da capacidade institucional do DECOOP e, em especial, da Coordenação-Geral de Monitoramento e Avaliação e Gestão Estratégica da Informação (CGMAG), mas com abrangência de aplicação do SMI em todas as coordenações.

O relatório descreve o diagnóstico dos arranjos institucionais, dos fluxos de gestão e dos sistemas atualmente utilizados para monitoramento e avaliação dos programas e projetos de cooperação técnica, tais como PROADI-SUS, PRONON, PRONAS-PCD e cooperações nacionais e internacionais. A partir de uma pesquisa de campo com entrevistas em profundidade com atores chaves do programa PROADI-SUS, oficinas participativas com equipes técni-



cas do Ministério da Saúde e análise de dados sobre os demais programas, termos e acordos de cooperação, o estudo identifica lacunas, desafios operacionais e oportunidades de aprimoramento, especialmente no que se refere à integração de sistemas, uso estratégico de indicadores, acompanhamento do ciclo dos projetos e consolidação de bases de dados para apoio à tomada de decisão.

Como principal resultado, o relatório apresenta uma proposta estruturada de Sistema de Monitoramento Integrado (SMI), contemplando modelo de governança, matriz de indicadores, cadernos de modelos lógicos para a diversidade de projetos, diretrizes metodológicas e recomendações para uso dessas ferramentas e possibilidades de superação dos gargalos em torno da comunicação. O documento destaca ainda a importância da cultura de M&A e da articulação entre áreas técnicas, gestão estratégica e tecnologia da informação. Nesse sentido, o relatório se configura como um produto estratégico do projeto, oferecendo subsídios técnicos e operacionais para a institucionalização de práticas qualificadas de monitoramento e, futuramente, de avaliação no Ministério da Saúde, contribuindo para o aprimoramento da gestão pública e da efetividade das políticas e programas de cooperação.





## LISTA DE QUADROS

---

- Quadro 1.** Comparativo das Principais Abordagens de Avaliação **23**
- Quadro 2.** Componentes do Modelo Lógico **42**
- Quadro 3.** Catálogo de indicadores de monitoramento para projetos, acordos, termos e parcerias do MS **85**
- Quadro 4.** Problemas Identificados x Soluções via Comunidade de Práticas **151**
- Quadro 5.** Proposta de Implementação de CoP **157**
- Quadro 6.** Indicadores para acompanhar CoP **158**
- Quadro 7.** Pontos de contato entre os casos e a realidade do DECOOP/MS **161**

## LISTA DE FIGURAS

---

- Figura 1.** Teoria das Mudanças – Caso do Programa de Capacitação Voltado para a Redução de Infecções Hospitalares **26**
- Figura 2.** Cadeia Causal – O Caso do Programa de Capacitação Voltado para a Redução de Infecções Hospitalares **27**
- Figura 3.** Estrutura lógica do projeto **36**
- Figura 4.** Proposta de estruturação – Cestas de modelos lógicos por eixo – Gestão de projetos MS **59**
- Figura 5.** Modelo lógico Projeto Programa de gerenciamento de antimicrobianos dos hospitais do SUS **60**
- Figura 6.** Modelo lógico Projeto Vigilância Ambiental e Saúde Indígena **62**
- Figura 7.** Modelo lógico Projeto Atendimento Completo ao Paciente com Deficiência **64**
- Figura 8.** Modelo lógico Projeto Formação de profissionais para atuar na assistência às pessoas com autismo, deficiência intelectual e visual na perspectiva sensório-motor **66**



**Figura 9.** Modelo lógico Projeto Desenvolvimento de produtos e abordagens biotecnológicas para modulação imunológica em imunoterapias aplicadas ao câncer **68**

**Figura 10.** Modelo lógico Projeto Implantação do Centro de Intervenção Minimamente Invasivo para Diagnóstico e Tratamento do Câncer **70**

**Figura 11.** Modelo lógico Projeto Formação e Fortalecimento das Residências em Saúde com Ênfase em Regulação, Equidade e Saúde Mental dos Residentes **72**

**Figura 12.** Modelo lógico Projeto Capacitação para Redução de Morte Materna no Brasil **74**





# SUMÁRIO

## RESUMO EXECUTIVO 3

---

## INTRODUÇÃO 10

---

## PARTE I: GUIA PRÁTICO DE MODELOS LÓGICOS PARA PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 18

---

1. **Uma Breve Introdução Ao Campo do Monitoramento e Avaliação de Programas Governamentais 18**
  - 1.1. Origens e Contexto Histórico **18**
  - 1.2. Evolução Conceitual e Metodológica **19**
  - 1.3. Principais Abordagens **21**
  - 1.4. Sobre a Teoria da Mudança **24**
  - 1.5. Sobre a Teoria do Programa **28**
  
2. **O Modelo Lógico como Ferramenta Estratégica para Projetos, Acordos, Termos e Parcerias do Ministério da Saúde (MS) 30**
  - 2.1. Contextualização: aprimorando o monitoramento de projetos, acordos, termos a parcerias **30**
  - 2.2. O que é um modelo lógico? Desmistificando o conceito **31**
  - 2.3. Por que utilizar modelos lógicos nos projetos, acordos, termos e parcerias do MS? **32**
  
3. **Desvendando os componentes do modelo lógico 34**
  - 3.1. A estrutura básica: processo e resultados **34**
  - 3.2. Componentes do lado do processo **35**
  - 3.3. Componentes do lado dos resultados **38**
  - 3.4. Elementos contextuais e fatores externos **40**
  - 3.5. Resumo dos componentes do modelo lógico para projetos, acordos, termos e parcerias do MS **41**

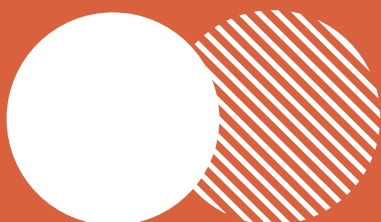


- 4. Construindo o modelo lógico passo a passo 44**
  - 4.1. Preparação: antes de começar **45**
  - 4.2. Escolhendo a abordagem: começar pelo fim ou pelo começo **46**
  - 4.3. Mapeando os componentes: como construir o modelo **47**
  - 4.4. Desenhando o modelo lógico **49**
  - 4.5. Validando e refinando o modelo **49**
  
- 5. O modelo lógico como base para o monitoramento e avaliação (M&A) nos projetos, termos, acordos e parcerias do MS 50**
  - 5.1. A conexão entre o modelo lógico e o monitoramento e avaliação (M&A) **51**
  - 5.2. Usando o modelo lógico para formular perguntas avaliativas **52**
  - 5.3. Selecionando indicadores a partir do modelo lógico **53**
  - 5.4. Integrando o modelo lógico às iniciativas **56**
  
- 6. Aplicando modelos lógicos em projetos, acordos, termos e parcerias do MS 57**
  
- 7. Considerações finais 74**
  - 7.1. Síntese dos benefícios e potencialidades **75**
  - 7.2. Recomendações para implementação **76**
  - 7.3. O modelo lógico como ferramenta de aprendizagem e melhoria contínua **77**

## **PARTE II: MATRIZ DE INDICADORES PARA PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS 78**

---

- 8. Introdução 78**
- 9. Importância da matriz de indicadores no processo de monitoramento do MS 79**
- 10. Vantagens do uso de matrizes de indicadores na fase de monitoramento 79**





11. Definição de KPIs e sua importância no contexto dos projetos, acordos, termos e parcerias do MS **80**
12. Tipos de KPIs para monitoramento e avaliação de projetos, acordos, termos e parcerias do MS **81**
13. Desafios na Implementação e Utilização de KPIs nos projetos, acordos, termos e parcerias do MS **81**
14. Uso de métricas SMART na matriz de indicadores de monitoramento **82**
15. Proposta de um catálogo de indicadores de monitoramento e avaliação para projetos, acordos, termos e parcerias do MS **83**
16. Considerações Finais **134**

## **PARTE III: O EXEMPLO DA COMUNIDADE DE PRÁTICA** 136

---

17. Introdução **136**
18. Referencial Teórico – Comunidades de Prática (CoP) **138**
19. Uma Visão Geral do Conceito e suas Aplicações **140**
20. Justificativa para o Uso de Comunidades de Prática em Políticas Públicas **146**
21. Comunidades de Prática como Estratégia para Superar Gargalos de Comunicação em Programas e Acordos de Cooperação do Ministério da Saúde **148**
22. Plano De Implementação De Uma Comunidade De Prática Para O DECOOP/MS **152**
23. Exemplos De Casos De Comunidades De Práticas Úteis À Experiência Do DECOOP/MS **159**
24. Considerações Finais **161**

## **REFERÊNCIAS** 164

---





# INTRODUÇÃO

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 durante a fase três do projeto. O objetivo central é delinear uma arquitetura de monitoramento no âmbito dos programas PROADI-SUS, PRONON, PRONAS-PCD, termos e acordos de cooperações alinhado às necessidades estratégicas do SUS, por meio da proposta de um Sistema de Monitoramento Integrado (SMI).

As entrevistas realizadas pela equipe do CEAG e o relatório do Clube RH apontam que o modelo atual de monitoramento “embora estruturado em ciclos formais e informes semestrais, ainda apresenta lacunas em termos de uniformidade, integração de dados e capacidade de geração de evidências úteis para a tomada de decisão ao nível federal, estadual e municipal. A necessidade de um sistema mais robusto e integrado é um consenso entre as análises”, visando superar as limitações que comprometem a plena efetividade do programa. O presente relatório tem como objetivo atuar como um guia teórico e prático para a criação de um modelo de gestão e governança para monitorar os projetos desenvolvidos nos programas e termos e acordos de cooperação



nacional e internacional. A iniciativa busca implementar sistemas capazes de acompanhar com maior eficiência as ações do Ministério, fortalecendo a transparência e a tomada de decisão.

O presente relatório propõe um Sistema de Monitoramento Integrado (SMI) para os programas, termos e acordos de cooperação, tendo como objetivo superar as limitações atuais, estabelecendo uma governança clara, componentes interconectados e processos padronizados, porém flexíveis, para o monitoramento eficaz dos projetos. O SMI apresenta alguns mecanismos de articulação e colaboração, com o objetivo central de delinear uma arquitetura de monitoramento que promova a efetividade, transparência, responsabilização e aprendizado contínuo no âmbito dos programas, termos e acordos de cooperação alinhados às necessidades estratégicas do SUS.

## PRINCÍPIOS ORIENTADORES FUNDAMENTAIS DO SMI:

- **Transparência e Responsabilização (Accountability);**
- **Foco em Resultados e Impacto:** Orientar o monitoramento para além da conformidade, mensurando a contribuição efetiva dos projetos para o fortalecimento do SUS e o valor público gerado.
- **Melhoria Contínua e Aprendizagem Organizacional:** Utilizar os dados e as análises do monitoramento para promover o aprendizado, a adaptação e o aprimoramento contínuo dos projetos e do próprio sistema.
- **Participação e Colaboração:** Fomentar o envolvimento ativo e a colaboração entre todos os atores parceiros do DECOOP/MS na execução dos projetos nas diversas fases do monitoramento.
- **Padronização com Flexibilidade:** Estabelecer processos e instrumentos padronizados para garantir comparabilidade e eficiência, mas com flexibilidade suficiente para se adaptar às diversas naturezas e contextos dos projetos.

## OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO SISTEMA DE MONITORAMENTO INTEGRADO (SMI):

- Prover informações tempestivas e fidedignas sobre a execução físico-financeira, o progresso das atividades e o alcance das metas dos projetos.
- Fortalecer a capacidade de avaliação dos resultados e do impacto dos projetos associados aos programas, termos e acordos de cooperação, alinhando-os às prioridades do SUS e ao Plano Nacional de Saúde.
- Aprimorar a governança, a comunicação e a articulação entre os diferentes atores envolvidos nos projetos, abordando a “comunicação deficiente” e a “fragmentação institucional” identificadas.
- Identificar boas práticas, lições aprendidas e desafios, fomentando a gestão do conhecimento e a replicação de iniciativas bem-sucedidas.
- Aumentar a transparência na aplicação dos recursos e na prestação de contas à sociedade e aos órgãos de controle.

Dentro desse modelo de Governança Compartilhada e Multinível proposto, o sistema deverá ser realizado sob uma governança tripartite/compartilhada, formada pelos níveis estratégicos ou coordenação geral – DECOOP/MS, o nível tático que cabe às secretarias finalísticas, nível operacional de responsabilidade dos parceiros diretos, como os Hospitais de Excelência para o caso do PRODI-SUS, e por último, o nível de implementação e feedback a cargo dos parceiros finais dos projetos, como os hospitais beneficiados/ universitários e outros parceiros. Abaixo são apresentadas com mais detalhe a estrutura de governança e os papéis institucionais dos diferentes atores envolvidos:

### Nível Estratégico

#### (Coordenação Geral - DECOOP):

- **Responsabilidades:** Definir diretrizes gerais e políticas do SMI; garantir a uniformidade mínima e a padronização de instrumentos e processos; consolidar dados nacionais de monitoramento; promover a avaliação do impacto agregado dos programas, termos e acordos



de cooperação; facilitar a interoperabilidade de sistemas; e supervisionar a qualidade e a conformidade do SMI.

- **Relação:** Atua como o principal gestor e guardião do SMI, articulando-se com as Secretarias Finalísticas para o alinhamento técnico e com os parceiros diretos, como os Hospitais de Excelência, para o fluxo de informações. Sua função é orquestrar o sistema, garantindo sua coesão e alinhamento estratégico.

## Nível Tático

### (Monitoramento Técnico - Secretarias Finalísticas do MS):

- **Responsabilidades:** Elaborar Planos de Monitoramento para os projetos sob sua alçada (em colaboração com os Hospitais e outras Instituições Executoras); conduzir reuniões periódicas de acompanhamento técnico; validar entregas de maior impacto e marcos críticos dos projetos; analisar os dados específicos de seus projetos, dando feedback qualificado; e garantir o alinhamento dos projetos com as políticas e prioridades setoriais do SUS. O Relatório CEAG indica quem são responsáveis por “elaborar os planos de monitoramento técnico-financeiro, conduzir reuniões com os executores e validar entregas de impacto”. A efetiva “validação de entregas de impacto” pelas Secretarias Finalísticas requer não somente autoridade formal, mas também legitimidade técnica e confiança por parte das Instituições e Hospitais Executores. Historicamente, pode haver uma dinâmica de poder onde determinadas instituições e hospitais de excelência, com sua expertise, dominam a narrativa técnica. Para as Secretarias poderem efetivamente ‘validar impacto’, elas precisam ser percebidas como parceiras estratégicas e tecnicamente competentes. O SMI deve, portanto, fomentar essa construção de confiança, talvez através de processos de validação conjunta e transparente, e não somente um carimbo de aprovação unilateral.
- **Relação:** Atuam como os principais responsáveis pelo acompanhamento técnico-temático dos projetos, servindo de ponte entre as diretrizes do DECOOP e a execução pelas Instituições e Hospitais. Devem assegurar que os projetos contribuam efetivamente para as metas de saúde de suas respectivas áreas.

## Nível Operacional

### (Execução e Reporte – Instituições e Hospitais Executores):

- **Responsabilidades:** Coletar e reportar sistematicamente dados de execução físico-financeira e indicadores de processo, produto e resultado (conforme definido nos Planos de Monitoramento); evidenciar o cumprimento das entregas e metas pactuadas; participar ativamente das reuniões de monitoramento; elaborar relatórios de progresso; e apoiar a análise das matrizes lógicas e de risco. O Relatório CEAG menciona “reportar dados, evidenciar execução das entregas pactuadas e apoiar a análise técnica das matrizes lógicas e de risco”.
- **Relação:** São os responsáveis primários pela execução dos projetos e pela geração dos dados de monitoramento, reportando-se às Secretarias Finalísticas e, quando necessário, ao DECOOP. A qualidade da execução e do reporte neste nível é fundamental para a integridade de todo o sistema.

## Nível de Implementação e Feedback

### (Hospitais Beneficiados/Universitários e outros parceiros finais):

- **Responsabilidades:** Participar na adaptação dos planos de monitoramento à realidade local (quando aplicável); fornecer feedback sobre a implementação, os resultados percebidos e os desafios enfrentados “na ponta”; e contribuir para a avaliação da relevância e sustentabilidade das intervenções.
- **Relação:** Fornecem a perspectiva do campo de implementação, essencial para a contextualização dos dados de monitoramento e para a avaliação da efetividade e apropriação dos projetos. Seu feedback é crucial para o aprendizado e a melhoria contínua.

Tendo em vista os objetivos do SMI, alguns desafios são enfrentados na definição do modelo de monitoramento proposto para os programas, termos e acordos de cooperação a partir dos seguintes apontamentos:



## MECANISMOS DE ARTICULAÇÃO E COLABORAÇÃO:

- Comitês de Acompanhamento de Projetos (CAP): Sugere-se a formalização de CAPs para projetos de maior complexidade ou estratégicos, com representação da Secretaria Finalística, da Instituição ou Hospital Executor e, quando pertinente, do DECOOP e dos parceiros finais, como os Hospitais Beneficiados.
- Comunidades de Prática: Plataforma para troca de ideias e experiências entre DECOOP, Secretarias e representantes das Instituições e Hospitais parceiros para discutir o desempenho geral dos programas, termos e acordos de cooperação, desafios comuns, lições aprendidas e oportunidades de melhoria no SMI.
- Fluxos de Comunicação Claros: Definidos na Plataforma Digital Integrada, com protocolos para escalonamento de questões, prazos para feedback e responsabilidades de resposta, visando superar a “comunicação deficiente”.

## FRAMEWORK DE PLANEJAMENTO, INDICADORES E METAS:

### **Padronização do Uso de Modelos Lógicos (ML) por Projeto:**

- Cada projeto deverá desenvolver um ML detalhado, construído conjuntamente pela Secretaria Finalística e pelo parceiro executor, e implícito na proposta do Relatório CEAG de “Planos de Monitoramento específicos para cada projeto, construído com base em seu modelo lógico”. Esta construção conjunta é vital para o alinhamento de expectativas e apropriação do projeto.
- O ML deve claramente articular insumos (recursos), atividades (ações), produtos (entregas diretas), resultados (mudanças de curto e médio prazo) e o impacto esperado no SUS (mudanças de longo prazo).
- Será fornecido um modelo padronizado de ML, com orientações para seu preenchimento.

## Catálogo de Indicadores Multinível:

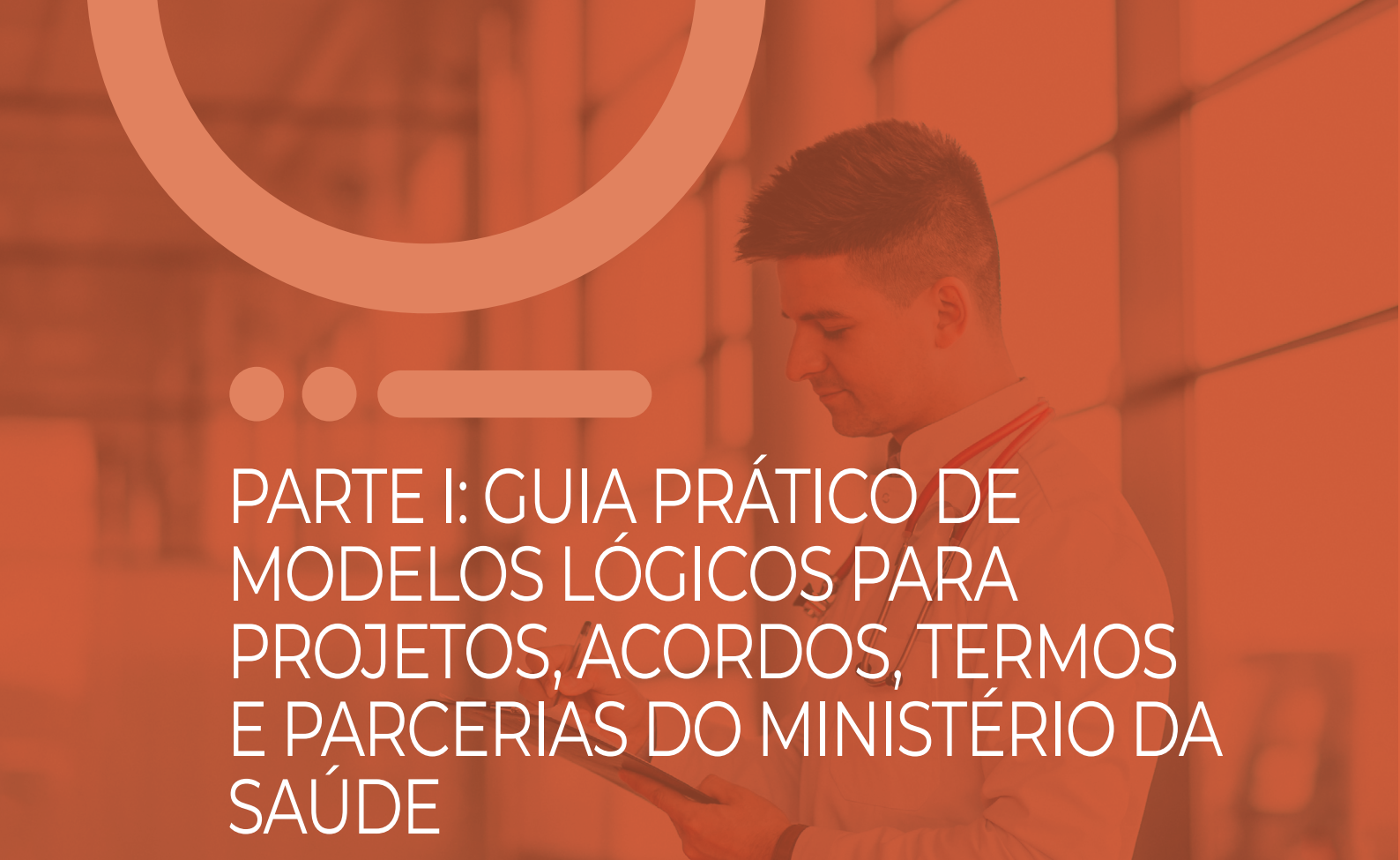
- Esta matriz será um componente crucial, operacionalizando o monitoramento em diferentes dimensões e permitindo uma avaliação mais holística dos projetos.
- Níveis/Dimensões dos Indicadores: Para cada tipo de projeto os indicadores serão divididos entre: insumos, atividade/processos, produto e resultados de curto, médio e longo prazo.
- Insumos e atividade/processo: Foco na execução física e financeira, cumprimento de cronogramas, realização de atividades e entrega de produtos imediatos. Exemplos incluem: valores e recursos humanos.
- Produto: Foco na qualidade da gestão do projeto, capacidade de adaptação, gerenciamento de riscos, articulação entre atores e qualidade das entregas. Exemplos: pacientes atendidos, procedimentos realizados, certificados emitidos em cursos, artigos submetidos, etc.
- Resultados de curto, médio e longo prazo: Foco nos resultados, contribuição efetiva para o SUS, disseminação do conhecimento, utilização dos produtos/serviços pelo SUS, replicabilidade e sustentabilidade das melhorias. Exemplos: taxas de disseminação de resultados, grau de satisfação, melhoria de indicadores hospitalares, difusão de boas práticas, redução de custos por nova tecnologia, redução de mortalidade, etc.
- A matriz detalhará para cada indicador: Tipo de projeto, Tipo de indicador, Nome do indicador, Definição, Fórmula, Fonte de dados, Frequência de avaliação e Métrica SMART.

O presente relatório está dividido em três seções e anexos. A primeira seção, intitulada “Guia Prático de Modelos Lógicos para Projetos, Acordos, Termos e Parcerias do Ministério da Saúde”, apresenta como proposta o Modelo Lógico como ferramenta estratégica, trazendo um passo a passo e uma metodologia de construção, além de alguns exemplos de modelos lógicos para as iniciativas em andamento dos programas PROADI-SUS, do PRONAS-PCD, do PRONON e de termos e acordos de cooperação no Ministério da Saúde. A seção seguinte, intitulada “Matriz de Indicadores para Projetos, Acordos, Termos e Parcerias”, busca demonstrar o papel fundamental que desempenha a matriz de indicadores nesse processo monitoramento e avaliação de desempenho dos programas e projetos. Dada a diversidade dos programas pro-



põe-se um catálogo extenso de indicadores para que parceiros do MS apontem, na apresentação de suas propostas e planos de trabalho, os indicadores que pretendem utilizar. Por último, a terceira seção, intitulada “O Exemplo da Comunidade de Prática”, trata de um mecanismo de articulação e colaboração capaz de aprimorar a governança e a comunicação entre os diferentes atores envolvidos, a Comunidade de Prática. Nessa seção, encontra-se um guia de orientação para a elaboração de uma Comunidade de Prática no âmbito dos programas, termos e acordos de cooperação. Além da apresentação de exemplos de casos concretos de desenvolvimento de Comunidades de Prática no domínio de algumas instituições públicas.





# PARTE I: GUIA PRÁTICO DE MODELOS LÓGICOS PARA PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

## 1. UMA BREVE INTRODUÇÃO AO CAMPO DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

Os estudos sobre monitoramento e avaliação de programas governamentais evoluíram ao longo do último meio século, como uma resposta às crescentes demandas por efetividade, transparência e eficácia nas políticas públicas. Sua trajetória abrange diversas fases, influências intelectuais e contextos institucionais, refletindo tanto o amadurecimento teórico-metodológico da área quanto a incorporação de inovações tecnológicas e alterações no papel do Estado.

### 1.1. Origens e Contexto Histórico

As origens formais da avaliação de programas remontam ao pós-Segunda Guerra Mundial, sobretudo nos Estados Unidos, em meio à expansão do Estado de Bem-Estar Social e à necessidade de justificar o uso dos recursos públicos. A década de 1960 é caracterizada por um



intenso movimento em direção ao planejamento governamental e à avaliação de políticas, impulsionado por abordagens como a Análise Custo-Benefício e o Planejamento-Programação-Orçamento (PPBS), que foram introduzidos principalmente no governo norte-americano durante a administração Kennedy-Johnson. Essas ferramentas visavam aprimorar a decisão e estabelecer uma conexão mais clara entre os recursos aplicados, as tarefas executadas e os resultados alcançados.

Durante os anos 1970 e 1980, a avaliação de programas se consolidou como um campo independente, com a criação de organizações profissionais (como a *American Evaluation Association*, fundada em 1986) e a disseminação de teorias de avaliação que ultrapassavam a lógica economicista. Nesse período, teóricos como Carol Weiss (*Harvard University*), Michael Scriven (*Claremont University*) e Peter H. Rossi (*University of Massachusetts Amherst*) contribuíram para aumentar a compreensão da avaliação para além da mensuração de efeitos imediatos, incluindo a análise de processos, contextos e dimensões qualitativas. No mesmo período, o aumento das exigências por *accountability* e transparência por parte da sociedade civil e de órgãos legislativos fortaleceu o campo, sobretudo em democracias consolidadas, pressionando governos a demonstrar o valor agregado de seus programas.

## 1.2. Evolução Conceitual e Metodológica

A partir dos anos 1990, o campo passou por uma série de transformações. Primeiramente, a implementação de abordagens baseadas em resultados (*result-based management*) ganhou força, não apenas nos EUA, mas também em países da Europa, Canadá, Austrália e, gradualmente, em nações em desenvolvimento. O avanço dessas abordagens refletiu a necessidade de alinhar políticas públicas a indicadores mensuráveis de desempenho, enfatizando resultados de médio e longo prazo, em vez de se limitar a monitorar insumos (recursos investidos) e produtos (atividades realizadas).

Nas últimas décadas, o campo do monitoramento e avaliação tornou-se mais plural e interdisciplinar. As metodologias de avaliação incorporaram elementos da economia, sociologia, antropologia, ciência política e administração pública. Avaliações passaram a ser amplamente empregadas, especialmente em políticas sociais, educação e

saúde, buscando examinar os efeitos do programa e sua relação com fatores contextuais.

Internacionalmente, organismos multilaterais, como o Banco Mundial, o PNUD, o UNICEF, UNESCO, OMS e a OCDE, consolidaram diretrizes, padrões e princípios de boa prática em monitoramento e avaliação, contribuindo para a difusão global dessas ferramentas. A avaliação tornou-se parte integrante da análise de políticas públicas, sendo frequentemente exigida como contrapartida em projetos financiados por governos, agências internacionais e fundos de cooperação.

Governos nacionais impõem frequentemente a obrigatoriedade de monitoramento e avaliação de programas financiados com recursos públicos para assegurar a eficácia, eficiência e transparência das políticas implementadas. Essas práticas permitem identificar falhas, otimizar a alocação de recursos e garantir que os objetivos propostos sejam alcançados, promovendo uma gestão pública mais responsável e responsiva às necessidades da sociedade.

No Brasil, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas são exigências legais. A Emenda Constitucional nº 109, de 2021, incluiu o § 16 no Art. 165 da Constituição Federal de 1988, estabelecendo que o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) devem conter dispositivos que assegurem a avaliação periódica da execução dos programas de governo.

A Controladoria-Geral da União (CGU) realiza ações de controle para verificar a execução dos programas governamentais, tanto junto às autoridades responsáveis quanto à população beneficiária. Essas medidas visam melhorar a gestão pública, garantindo o uso eficaz dos recursos e que as políticas públicas atendam às demandas da sociedade.

Atualmente, as discussões sobre monitoramento e avaliação vão além da medição de processo e impacto, incorporando preocupações éticas, culturais e políticas. Temas como participação comunitária no desenho e na validação de indicadores, uso de avaliações formativas para a melhoria contínua de programas e a utilização de abordagens orientadas pela teoria da mudança e pela teoria do programa refletem um amadurecimento do campo. Além disso, avanços na análise de dados, com o uso de inteligência artificial e aprendizado de máquina, abrem novas fronteiras para o monitoramento de políticas em tempo quase real.



### 1.3. Principais Abordagens

A avaliação de programas governamentais desenvolveu diferentes abordagens teóricas e metodológicas ao longo das últimas décadas, cada uma contribuindo de maneira específica para o campo. Optou-se por destacar quatro abordagens que têm sido bastante influentes e são pertinentes para o monitoramento e avaliação.

A Avaliação Orientada por Objetivos, desenvolvida inicialmente por Ralph Tyler (*Stanford University*) nos anos 1940, representa uma das primeiras tentativas de sistematização da avaliação educacional. Esta abordagem coloca os objetivos do programa no centro do processo avaliativo, enfatizando a importância de metas claras e mensuráveis. O processo avaliativo consiste essencialmente em verificar se e em que medida os objetivos estabelecidos foram alcançados.

Uma das principais contribuições desta abordagem foi estabelecer a importância de objetivos claros e mensuráveis na avaliação de programas. No entanto, críticos argumentam que o foco exclusivo nos objetivos predefinidos pode levar os avaliadores a negligenciar efeitos importantes, mas não previstos, do programa.

Em resposta a estas limitações, Michael Scriven propôs nos anos 1970 a Avaliação Livre de Objetivos. Esta abordagem argumenta que os avaliadores devem examinar todos os efeitos de um programa, independentemente de estarem ou não alinhados com seus objetivos declarados. O autor Scriven defendia que o conhecimento prévio dos objetivos do programa poderia criar vieses na avaliação, levando os avaliadores a negligenciar resultados importantes, mas não previstos.

A Avaliação Livre de Objetivos enfatiza a importância de considerar as necessidades reais dos beneficiários e não apenas os objetivos estabelecidos pelos gestores do programa. Esta abordagem contribuiu significativamente para ampliar o escopo da avaliação de programas e para destacar a importância de considerar diferentes perspectivas no processo avaliativo.

A Avaliação Orientada pela Teoria, desenvolvida inicialmente por Carol Weiss e posteriormente elaborada por autores como Huey Chen (*Mercer University*) e Peter Rossi nos anos 1980, parte do princípio fundamental de que todo programa social incorpora uma teoria implícita ou explícita sobre como pretende gerar mudança social.

Esta abordagem enfatiza a importância de explicitar e testar os pressupostos teóricos que fundamentam as intervenções sociais. Os avaliadores trabalham para identificar os mecanismos causais presumidos, mapear as relações entre atividades e resultados, e examinar como diferentes elementos do contexto influenciam o funcionamento do programa. A força desta abordagem está em sua capacidade de explicar não apenas se um programa funciona, mas também como e por que ele alcança (ou não) seus resultados.

Mais recentemente, principalmente a partir dos anos 1990, a Avaliação de Impacto baseada em métodos econométricos ganhou proeminência significativa no campo. Esta abordagem se concentra em estabelecer relações causais rigorosas entre as intervenções e seus resultados, utilizando métodos experimentais e quase-experimentais.

Os experimentos aleatorizados controlados (RCTs - *Randomized Controlled Trials*) são considerados o “padrão-ouro” nesta abordagem, pois permitem estabelecer causalidade com maior confiabilidade. Nestes experimentos, os participantes são aleatoriamente designados para grupos de tratamento e controle, permitindo isolar o efeito da intervenção de outros fatores que poderiam influenciar os resultados.

Quando a aleatorização não é possível ou eticamente apropriada, métodos quase-experimentais como diferenças em diferenças, regressão descontínua e pareamento são utilizados. Estas técnicas buscam criar grupos de comparação válidos e controlar por fatores que poderiam confundir a relação entre a intervenção e seus resultados.

A Avaliação de Impacto econométrica tem contribuído significativamente para o desenvolvimento de evidências mais rigorosas sobre a efetividade de programas sociais. No entanto, críticos argumentam que seu foco em causalidade e quantificação pode limitar a compreensão dos mecanismos através dos quais os programas funcionam e a importância do contexto em que são implementados.

Uma tendência importante na avaliação contemporânea é a crescente sofisticação dos métodos de análise causal. Além dos RCTs tradicionais, novas técnicas econométricas têm sido desenvolvidas para lidar com questões como atrito amostral, não-conformidade com o tratamento e heterogeneidade de efeitos. Métodos como variáveis instrumentais, controle sintético e análise de mediação causal expandem o toolkit dos avaliadores.



Na prática contemporânea da avaliação, observa-se uma tendência crescente à integração destas diferentes abordagens. Os avaliadores reconhecem que cada abordagem oferece insights valiosos e que sua combinação pode proporcionar uma compreensão mais completa dos programas avaliados.

Por exemplo, a Avaliação de Impacto econométrica pode ser fortalecida pela incorporação de elementos da Avaliação Orientada pela Teoria, que ajuda a explicar os mecanismos através dos quais os impactos são alcançados. Similarmente, a atenção da Avaliação Livre de Objetivos a resultados não previstos pode complementar o foco da Avaliação Orientada por Objetivos em metas predefinidas.

Além das abordagens acima citadas, existem muitas outras abordagens para avaliação que tem sido propostas ao longo dos últimos anos como, por exemplo, a Avaliação Participativa e Construtivista, a Avaliação Realista, a Avaliação Orientada para Utilização, a Avaliação Responsiva, a Avaliação Baseada em Sistemas, dentre muitas outras. O Quadro 1 abaixo apresenta um comparativo das diferentes abordagens de avaliação citadas acima.

### QUADRO 1

Comparativo das Principais Abordagens de Avaliação

	Fundamentos	Autores	Métodos	Pontos Fortes	Limitações
<b>Avaliação Orientada por Objetivos</b>	Objetivos como critério central de avaliação	Ralph Tyler	Predominantemente quantitativos	Clareza nos critérios; facilidade de implementação	Pode negligenciar efeitos não previstos
<b>Avaliação Livre de Objetivos</b>	Independência dos objetivos declarados	Michael Scriven	Mistos, com ênfase em métodos qualitativos	Captura efeitos não previstos; considera múltiplas perspectivas	Dificuldade em estabelecer limites da avaliação
<b>Avaliação Orientada pela Teoria</b>	Teoria do programa como base para compreensão e avaliação	Carol Weiss, Huey Chen, Peter Rossi	Mistos (qualitativos e quantitativos)	Explica mecanismos causais; considera contexto	Complexidade na explicitação e teste da teoria
<b>Avaliação de Impacto Econométrica</b>	Inferência causal estatística	James Heckman, Joshua Angrist, Esther Duflo	Experimentais e quase-experimentais	Rigor na identificação causal; quantificação precisa de efeitos	Pode negligenciar mecanismos e contexto; custos elevados

Fonte: Elaborado pelos autores.

O futuro da avaliação de programas governamentais provavelmente verá uma integração ainda maior destas diferentes abordagens, apoiada por avanços metodológicos e tecnológicos. A disponibilidade crescente de big data e métodos de aprendizado de máquina, por exemplo, pode oferecer novas oportunidades para combinar o rigor da análise causal com uma compreensão mais profunda dos mecanismos e contextos dos programas.

Ao mesmo tempo, a crescente complexidade dos problemas sociais e das intervenções governamentais demanda abordagens avaliativas que possam capturar esta complexidade. Isso sugere que o futuro da avaliação continuará a valorizar a complementaridade entre diferentes abordagens, buscando combinar o rigor metodológico com uma compreensão rica dos contextos e mecanismos de mudança social.

Cada uma destas abordagens oferece contribuições importantes para o campo da avaliação de programas governamentais. Sua integração inteligente, guiada pelas necessidades específicas de cada avaliação e contexto, representa um caminho promissor para o desenvolvimento de avaliações mais efetivas e úteis para a melhoria das políticas públicas.

## 1.4. Sobre a Teoria da Mudança

A abordagem mais usada atualmente no monitoramento de programas governamentais é baseada na Avaliação Orientada pela Teoria. Mais especificamente, ela combina essa abordagem com três heurísticas relevantes: a Teoria da Mudança, a Teoria do Programa e o Modelo Lógico. Essa combinação permite que o monitoramento não seja apenas uma verificação mecânica de indicadores, mas um processo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento da intervenção.

O ponto de partida para estabelecer um sistema efetivo de monitoramento de um programa é elaborar a Teoria da Mudança que esse programa proporciona. A Teoria da Mudança é uma abordagem analítica e estratégica que descreve, de forma clara e detalhada, os caminhos pelos quais uma intervenção aspira gerar impacto no contexto em que atua. Diferentemente de abordagens mais lineares, a Teoria da Mudança começa a partir do impacto ou resultado pretendido e trabalha “de trás para frente” para identificar todos os pré-requisitos, atividades, re-



sultados intermediários e pressupostos necessários para que esse impacto seja alcançado.

A Teoria da Mudança é um conceito fundamental no campo da avaliação de programas governamentais que tem em vista explicar como e por que uma intervenção ou programa deve produzir os resultados esperados. Como exemplo, considere o caso hipotético de um programa de capacitação voltado para a redução de infecções hospitalares no SUS. A pergunta inicial seria quais são as mudanças que esse programa pretende realizar?

Podemos dividir essas mudanças como sendo de curto, médio e longo prazos. As mudanças de curto prazo visam gerar transformações observáveis que são mensuráveis por meio de indicadores apropriados:

- Elevar o número de profissionais capacitados em protocolos de controle de infecção;
- Aumentar a quantidade de hospitais com Comissões de Controle Hospitalar ativas;
- Implementação de protocolos padronizados de higienização e esterilização.

Como exemplo de mudanças de médio prazo poderíamos citar:

- Maior adesão às práticas de higienização das mãos;
- Uso correto de equipamentos de proteção individual;
- Melhoria nos processos de esterilização de materiais;
- Prescrição mais adequada de antibióticos.

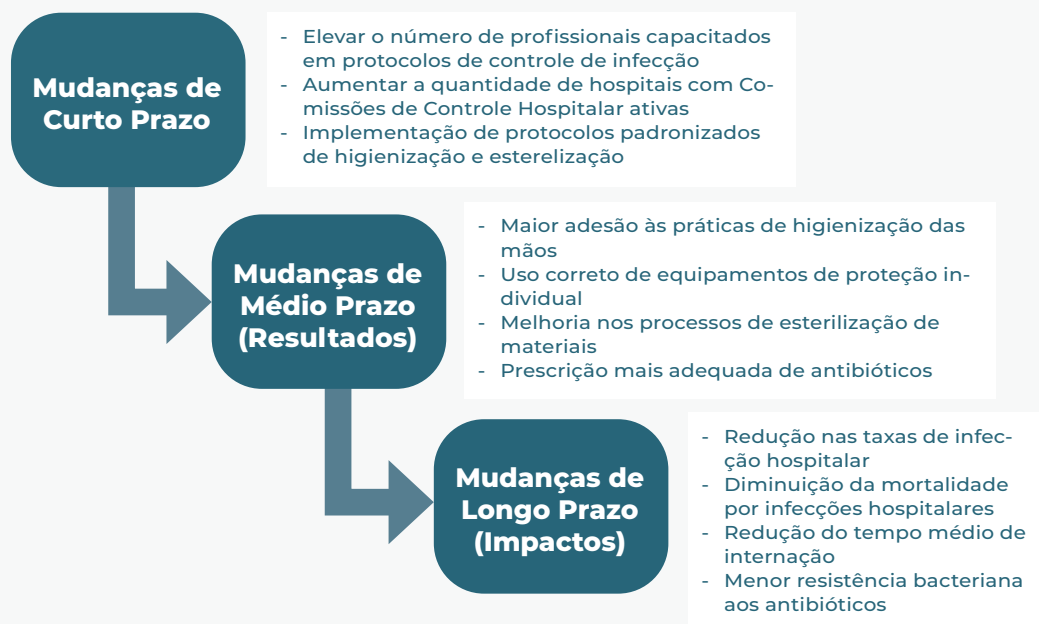
Finalmente, as mudanças de longo prazo poderiam ser exemplificadas como sendo:

- Redução nas taxas de infecção hospitalar;
- Diminuição da mortalidade por infecções hospitalares;
- Redução do tempo médio de internação;
- Menor resistência bacteriana aos antibióticos.

A seguir, na Figura 1, observa-se uma aplicação prática do Programa de Capacitação Voltado para a Redução de Infecções Hospitalares, conforme a Teoria da mudança.

## FIGURA 1

Teoria das Mudanças – Caso do Programa de Capacitação Voltado para a Redução de Infecções Hospitalares



Fonte: Elaborado pelos autores.

É importante entender que a Teoria da Mudança do programa nos permite entender três elementos fundamentais para o sistema de monitoramento. Primeiro, o estabelecimento de relações causais, por exemplo, a capacitação em protocolos de higienização leva a maior adesão às práticas corretas, que por sua vez reduz a transmissão de patógenos e, conseqüentemente, as taxas de infecção.

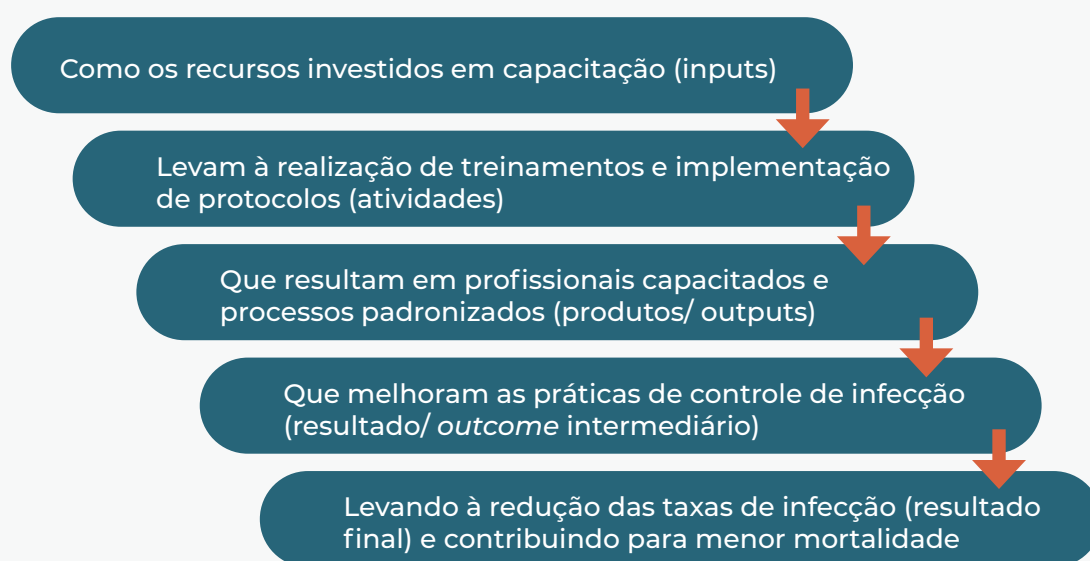
Depois permite a identificação de pressupostos subjacentes ao programa que precisam estar presentes para que as mudanças preconizadas ocorram. Dentre esses pressupostos pode-se citar: (i) disponibilidade no hospital de infraestrutura adequada (pias, dispensadores de álcool gel, etc); (ii) fornecimento regular de insumos para higienização; (iii) apoio da gestão hospitalar para mudanças de processo; (iv) estabilidade das equipes capacitadas. Além disso, a teoria da mudança torna possível a definição de indicadores do programa, que estejam ligados às mudanças esperadas. Como, por exemplo, (i) taxa de adesão à higie-



nização das mãos; (ii) consumo de produtos para higienização por paciente-dia; (iii) incidência de infecções hospitalares por tipo; (iv) taxa de mortalidade por infecção hospitalar. A caracterização da cadeia causal (Figura 2) associada às mudanças preconizadas pelo programa pode ser caracterizada pelo diagrama abaixo.

## FIGURA 2

Cadeia Causal – O Caso do Programa de Capacitação Voltado para a Redução de Infecções Hospitalares



Fonte: Elaborado pelos autores.

O sistema de monitoramento derivado dessa teoria focaria em indicadores como: número de profissionais capacitados, taxa de adesão aos protocolos, consumo de produtos para higienização, taxas de infecção hospitalar e mortalidade associada, sempre considerando os pressupostos necessários (como disponibilidade de infraestrutura e insumos).

## 1.5. Sobre a Teoria do Programa

Assim como a Teoria da Mudança, a Teoria do Programa é um instrumento analítico que estabelece um conjunto articulado de pressupostos teóricos que explicam como uma intervenção aspira produzir mudanças sociais desejadas. Este conceito fundamental no campo da avaliação de programas foi desenvolvido inicialmente por Carol Weiss e Joseph Wholey (*University of Southern California*) na década de 1970, sendo posteriormente aprofundado por diversos autores como Huey Chen e Peter Rossi nos anos 1980, que contribuíram significativamente para sua evolução e aplicação prática.

O pesquisador Leonard Bickman (*Vanderbilt University*) também contribuiu significativamente para o campo ao desenvolver o conceito de “*Program Theory Evaluation*” (Avaliação Baseada na Teoria do Programa), que enfatiza a importância de testar empiricamente os pressupostos teóricos dos programas. Seu trabalho ajudou a estabelecer métodos mais rigorosos para avaliar não apenas se os programas funcionam, mas também se os mecanismos teóricos propostos realmente explicam os resultados observados.

Há muitos pontos em comum entre a Teoria do Programa e a Teoria da Mudança, embora possam ser apresentadas graficamente de formas um pouco distintas. Ambas buscam explicitar a lógica causal do programa, identificando como os insumos (recursos alocados) e atividades planejadas devem produzir determinados produtos (outputs) e, a partir deles, gerar resultados imediatos, intermediários e de longo prazo. A Teoria do Programa oferece a “história completa” do funcionamento esperado da intervenção, destacando suposições, condições contextuais, fatores externos e riscos.

Por outro lado, as diferenças entre as duas ferramentas, são sutis, mas não podem ser negligenciadas. Na prática, a Teoria da Mudança proporciona uma perspectiva do programa mais ampla e abstrata focando nos processos de transformação social em um nível macro, explicitando os pressupostos e condições contextuais necessárias. Ela também frequentemente parte do impacto desejado, e trabalha “de trás para frente”, sendo voltada para responder à pergunta “Como e por que esperamos que a mudança preconizada por um programa vá acontecer neste contexto?”



A Teoria do Programa é mais específica e operacional, focando na implementação concreta do programa, detalhando os insumos e as atividades necessárias para gerar os resultados. Ela normalmente parte dos insumos e trabalha “para frente” buscando responder à pergunta: “Como este programa específico deve funcionar para alcançar seus objetivos?”

Para ilustrar, ainda usando como base o exemplo anterior do programa de controle de infecções hospitalares, a proposta da Teoria da Mudança desse programa enfatizaria os seguintes elementos: os mecanismos pelos quais a capacitação leva à mudança de comportamento, as condições necessárias para que profissionais adotem novas práticas, o papel da cultura organizacional na mudança e como diferentes atores e fatores envolvidos no programa contribuem para reduzir infecções.

Por outro lado, a Teoria do Programa teria foco centrado no conteúdo específico das capacitações, a frequência e duração dos treinamentos, os recursos humanos e materiais necessários, os protocolos e procedimentos a serem implementados, as responsabilidades de cada ator no programa, os pressupostos sobre motivação e aprendizagem dos profissionais.

Analisando a Teoria da Mudança e a Teoria do Programa observa-se que são complementares. A Teoria da Mudança ajuda a entender o “porquê” e o “como” mais amplo. A Teoria do Programa detalha o “o quê”, “quando” e “quem” específicos. Juntas, fornecem uma base mais completa para planejamento, monitoramento e avaliação. A integração entre Teoria da Mudança e Modelo Lógico também ajuda a identificar pontos críticos onde o monitoramento deve ser mais intensivo. Por exemplo, em momentos de transição importantes na teoria (quando um conjunto de mudanças deve desencadear transformações mais significativas), o sistema pode prever coletas de dados mais frequentes ou análises mais detalhadas.

Para os projetos, acordos, termos e parcerias do MS, essa abordagem integrada permite potencialmente desenvolver um sistema de monitoramento que não apenas acompanha indicadores, mas também ajuda a entender como e por que as mudanças estão (ou não) acontecendo. Isso é fundamental para o aprendizado organizacional e para o aperfeiçoamento contínuo dos projetos.

## 2. O MODELO LÓGICO COMO FERRAMENTA ESTRATÉGICA PARA PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

O monitoramento de projetos no âmbito do Ministério da Saúde demanda instrumentos capazes de explicitar, de maneira estruturada, a lógica de intervenção das iniciativas financiadas. A crescente complexidade das ações desenvolvidas no SUS, associada à necessidade de maior transparência, efetividade e alinhamento estratégico, torna indispensável o uso de ferramentas que permitam compreender como os recursos investidos se convertem em produtos, resultados e impactos. Nesse contexto, o modelo lógico se consolida como um método central de organização da informação, ao descrever de forma clara a relação causal entre insumos, atividades, entregas e transformações esperadas no sistema de saúde. A seguir serão apresentadas as seções explicativas do conceito e justificativa do uso do modelo lógico em projetos pelo Ministério da Saúde.

### 2.1. Contextualização: aprimorando o monitoramento de projetos, acordos, termos a parcerias

O processo de monitoramento é essencial para a prestação de contas sobre o uso de recursos públicos, 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 das iniciativas. Um monitoramento efetivo facilita a identificação do que funciona, em quanto tempo, para quem, em que condições e como os projetos, acordos, termos e parcerias do MS 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 dos projetos, acordos, termos e parcerias. Entre outros fatores, falta



uma definição clara e compartilhada dos objetivos e impactos e, em alguns casos, das próprias iniciativas, impossibilitando saber a sua contribuição efetiva para o para o SUS. Outro problema é que relatórios gerados por parceiros não contêm as informações necessárias para o monitoramento adequado do desempenho e do impacto das iniciativas. Reconhecendo essa limitação, o Ministério da Saúde buscou formas de fortalecer o M&A das iniciativas realizadas.

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 das iniciativas, facilitar a definição de indicadores relevantes e fornecer base sólida para o monitoramento e a avaliação em si. Vale considerar que o monitoramento enfrenta o desafio de lidar com métricas muito diferentes entre iniciativas, além de fatores externos que podem influenciar resultados, reforçando a importância de instrumentos padronizados e metodologias consistentes.

## 2.2. 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 espe-

rados no curto, médio e longo prazos, explicitando a relação entre eles. Embora o modelo lógico seja uma ferramenta clara e estruturada, é importante lembrar que processos em saúde podem envolver relações mais dinâmicas e interdependentes do que o formato linear sugere.

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.

### **2.3. Por que utilizar modelos lógicos nos projetos, acordos, termos e parcerias do MS?**

A adoção de modelos lógicos em projetos, acordos, termos e parcerias do MS traz benefícios em cada etapa do projeto, desde a formulação até a avaliação. Na fase de formulação e desenho da iniciativa, um modelo lógico força a equipe a pensar criticamente sobre a interven-



ção. Isso ajudará a esclarecer a estratégia da iniciativa, identificar prioridades, possíveis lacunas na lógica causal e garantir que as ações propostas sejam coerentes com as prioridades do SUS. Com base nessas informações, mudanças podem ser recomendadas antes que o projeto seja implementado.

Da mesma forma, durante a fase de implementação da iniciativa, 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 a iniciativa de maneira simples e compreensível para a equipe interna, os gestores do Ministério da Saúde responsáveis pelo acompanhamento, os hospitais parceiros, representantes do CONASS e CONASEMS, e órgãos de controle. 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, acordos, termos e parcerias do MS, 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 robus-

tas 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. Cabe aqui mencionar que a aplicação do modelo lógico exige tempo e preparo das equipes, o que nem sempre é viável em projetos assistenciais de alta complexidade e com prazos exíguos.

### 3. DESVENDANDO OS COMPONENTES DO MODELO LÓGICO

A construção do modelo lógico fundamenta-se na necessidade de explicitar, de forma estruturada, as relações entre os elementos constitutivos de uma intervenção pública. Esse instrumento permite identificar as conexões entre a situação-problema, os recursos mobilizados, as atividades executadas e os efeitos esperados, constituindo uma representação analítica que auxilia na compreensão da racionalidade do projeto. Essa abordagem facilita a identificação da coerência interna da proposta, a avaliação da plausibilidade das relações causais estabelecidas e a verificação de alinhamento com objetivos estratégicos do Ministério da Saúde.

Ao organizar o projeto em uma cadeia lógica de resultados, o modelo contribui para orientar a escolha de indicadores, aprimorar a precisão dos processos de acompanhamento e fortalecer a comparabilidade entre projetos. Essa estruturação favorece a análise crítica da implementação, auxilia na identificação de fatores condicionantes e amplia a capacidade de gestão das equipes responsáveis pela execução. As seções seguintes descrevem a estrutura básica e a aplicação do modelo lógico nos projetos contemplados pelos programas do Ministério da Saúde.

#### 3.1. 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?”. Todavia, apesar da clareza conceitual dessa estrutura, na prática, alguns projetos podem ter dificuldade em diferenciar claramente insumos, atividades e produtos, o que reforça a importância de capacitação específica para a elaboração do modelo lógico.

**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?”

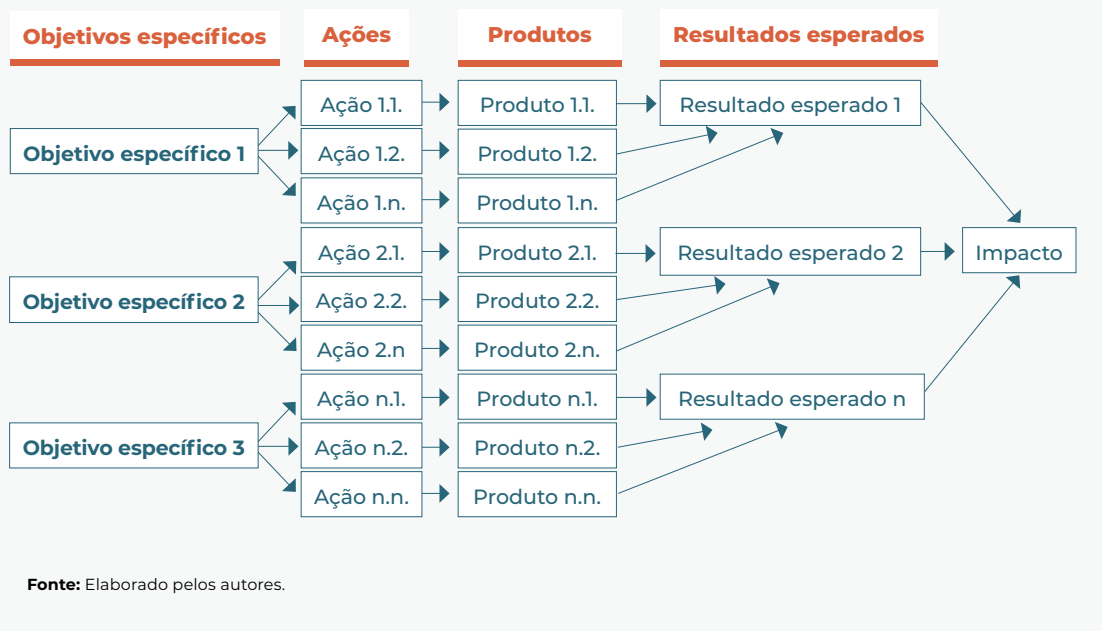
Além desses elementos centrais, é comum que o modelo lógico também traga informações contextuais, como as premissas e os fatores externos (fatores contextuais), que ajudam a entender melhor as condições que influenciam o projeto e sustentam sua lógica causal.

### 3.2. Componentes do lado do processo

Esta seção apresenta os componentes do processo de descrição dos projetos no modelo lógico. A figura a seguir apresenta a estrutura lógica do projeto, organizada segundo os componentes essenciais que articulam os recursos mobilizados, as atividades planejadas, os produtos gerados e os resultados esperados em diferentes horizontes temporais. Essa representação sintetiza a teoria de mudança da intervenção, permitindo visualizar as relações causais que sustentam o alcance dos objetivos propostos e a coerência interna entre os elementos que compõem o processo de implementação. A disposição gráfica facilita a compreensão da dinâmica do projeto, contribuindo para a análise de aderência ao problema identificado, para o monitoramento sistemático das etapas previstas e para a avaliação de sua efetividade no contexto do Sistema Único de Saúde.

**FIGURA 3**

Estrutura lógica do projeto



**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.

- **Conceito (O que são?):** Envolvem pessoas (como equipes técnicas, gestores e consultores), recursos financeiros (como orçamento do projeto ou incentivos), 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:** Uma equipe multidisciplinar atuando em um hospital de excelência, com orçamento aprovado pelo Ministério da Saúde, 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.

- **Conceito (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:** 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.

- **Conceito (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:** 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?*

### 3.3. Componentes do lado dos resultados

Os 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):** Envolvem 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:** 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/INTERMEDIÁRIOS):** 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:** 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:** 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 eficiência 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?

### 3.4. 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:** 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:** 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. Vale reforçar que a identificação de premissas e fatores externos nem sempre é trivial e pode depender fortemente da colaboração dos parceiros locais, o que exige um esforço deliberado de engajamento e comunicação desde o início do projeto.

### 3.5. Resumo dos componentes do modelo lógico para projetos, acordos, termos e parcerias do MS

Para consolidar a compreensão dos componentes e facilitar sua aplicação prática no contexto dos projetos, acordos, termos e parcerias do MS, o quadro a seguir resume as principais características do modelo lógico.

## QUADRO 2

### Componentes do Modelo Lógico

Componente	Definição Adaptada ao MS	Exemplos Genéricos de Iniciativas	Questões-chave para Identificação	Típos de Indicadores Associados
<b>Insumos</b>	Recursos (humanos, financeiros, 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).
<b>Atividades</b>	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, Planifica-SUS), 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).
<b>Produtos</b>	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.



Componente	Definição Adaptada ao MS	Exemplos Genéricos de Iniciativas	Questões-chave para Identificação	Tipos de Indicadores Associados
<b>Resultados de Curto Prazo (Mudanças em 1-2 anos)</b>	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.
<b>Resultados de Médio Prazo (Mudanças em 3-5 anos)</b>	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.
<b>Resultados de Longo Prazo / Impacto (Mudanças em 5+ anos)</b>	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.

Componente	Definição Adaptada ao MS	Exemplos Genéricos de Iniciativas	Questões-chave para Identificação	Tipos de Indicadores Associados
<b>Premissas</b>	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).
<b>Fatores Externos ou Contextuais</b>	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: Elaborado pelos autores.

Este quadro é orientativo, pois ilustra como identificar e classificar os diferentes componentes do modelo lógico de um projeto fictício no MS.

## 4. 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 envolvidas poderiam seguir no desenvolvimento dos modelos lógicos das iniciativas sob sua supervisão.



## 4.1. 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, acordo, termo ou parceria, é recomendável envolver: a equipe executora, 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 a iniciativa, incluindo

a proposta original aprovada no contexto do projeto, acordo, termo ou parceria, 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, 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.

## 4.2. 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.

Por outro lado, 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.

A recomendação é de que 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.

### 4.3. Mapeando os componentes: como construir o modelo?

Com a equipe reunida, as informações 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, papéis autocolantes (tipo *post-it*) 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, acordo, termo ou parceria busca enfrentar — ou qual oportunidade quer aproveitar. Em seguida, descreva o resultado desejado: qual mudança de longo prazo se espera alcançar com a proposição? Esse impacto precisa estar alinhado aos objetivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde e do 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 projeto, acordo, termo ou parceria.

### **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.



## 4.4. 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 → Atividades → 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 subatividades e vários resultados intermediários. O essencial é que o modelo represente a lógica central do projeto de forma útil.

## 4.5. 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 ocorrerem mudanças importantes na estratégia, no contexto ou nos recursos.

Seguindo essas etapas, as equipes do MS e dos parceiros propo- nentes de projetos, acordos, termos e parcerias conseguem construir modelos lógicos sólidos — que vão além de cumprir exigências for- mais, servindo como ferramentas reais de monitoramento e avaliação de seus projetos.

## 5. O MODELO LÓGICO COMO BASE PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A) NOS PROJETOS, TERMOS, ACORDOS E PARCERIAS DO MS

A seleção dos indicadores de monitoramento busca assegurar a coerência entre a lógica da intervenção e os parâmetros utilizados para acompanhar sua execução e seus efeitos. Esses indicadores permitem verificar o alcance dos produtos e resultados previstos, fornecendo evi- dências sobre a efetividade das atividades desenvolvidas e sobre a ca- pacidade do projeto de produzir mudanças relevantes no contexto em que está inserido. A definição dos indicadores considera a natureza da intervenção, as especificidades metodológicas do objeto e as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de modo a garantir a consistên- cia técnica das medições e a utilidade das informações geradas para processos decisórios e avaliativos.



## 5.1. 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, termo, acordo e parceria, 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, acordo, termo ou parceria para o SUS.

## 5.2. 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 os projetos, acordos, termos e parcerias 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.

## **5.3. 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.

**IMPORTANTE: Para novas iniciativas, os proponentes e autores devem consultar a já entregue matriz de indicadores de M&A para projetos, acordos, termos e parcerias entregue neste TED. 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.**

## 5.4. Integrando o modelo lógico às iniciativas

Para que o modelo lógico cumpra seu potencial como ferramenta de gestão e M&A, ele precisa estar integrado aos processos e rotinas dos projetos, acordos, termos ou parcerias.

- A. Documentação:** 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 indicadores selecionados para acompanhamento dentro do rol proposto na Matriz de Indicadores. 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 acordo, termo ou parceria, guiado pelo modelo lógico, deve estar em completa consonância com as diretrizes e prioridades gerais estabelecidas pelo MS e pela Secretaria-Executiva do MS. O modelo lógico é fundamental para assegurar que os dados coletados ao nível da iniciativa consigam contribuir, quando agregados ou analisados em conjunto, para análise e avaliação como um programa governamental. Para isso, o dashboard de indicadores será necessário.

## 6. APLICANDO MODELOS LÓGICOS EM PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MS

Para ilustrar a aplicação prática dos conceitos apresentados, esta seção apresenta detalhes com base em um infográfico padrão a ser usado nos modelos lógicos dos projetos, acordos, termos e parcerias futuras do MS.

Seguindo a matriz de indicadores de M&A para projetos, acordos, termos e parcerias. As iniciativas devem ser divididas em uma das 5 áreas: Capacitação de Recursos Humanos; Pesquisa de Interesse Público em Saúde; Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde; Assistência em serviços ambulatoriais e hospitalares; e, Estudos de avaliação e incorporação de tecnologias e operação de saúde.

**Capacitação - Capacitação de Recursos Humanos:** São projetos voltados a formar, treinar, aperfeiçoar ou especializar profissionais que atuam no SUS, em temas clínicos, assistenciais, gerenciais ou tecnológicos. Envolve cursos, oficinas, mentorias, práticas supervisionadas, certificações e desenvolvimento de habilidades. Quando o objetivo principal é aumentar conhecimento, habilidades e competências de profissionais, equipes ou gestores.

**Pesquisa - Pesquisa de Interesse Público em Saúde:** Projetos que produzem conhecimento científico, tecnológico ou aplicado sobre temas relevantes para a saúde pública. Inclui estudos clínicos, epidemiológicos, experimentais, revisão de literatura, geração de dados e análise de evidências. Quando o foco é gerar evidências, validar tecnologias, criar protocolos ou compreender fenômenos de saúde.

**Gestão - Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde:** Iniciativas voltadas a melhorar processos, fluxos, sistemas, governança, logística e gestão de serviços do SUS. Inclui mapeamento de processos, implementação de ferramentas de gestão, desenho de fluxos, novos modelos organizacionais, melhoria de eficiência. Quando o objetivo principal é organizar, padronizar, aperfeiçoar ou tornar mais eficiente a gestão de unidades e redes de saúde.

**Assistência - Assistência em serviços ambulatoriais e hospitalares:** Projetos que prestam atendimento direto ao paciente do SUS, ampliando acesso terapêutico, diagnóstico, cirúrgico ou de reabilitação. Inclui consultas, exames, procedimentos, cirurgias, terapias, reabilitação, ações itinerantes e suporte multiprofissional. Quando a iniciativa entrega assistência direta, como ortopedia, oncologia, imunologia, reabilitação, triagem, etc.

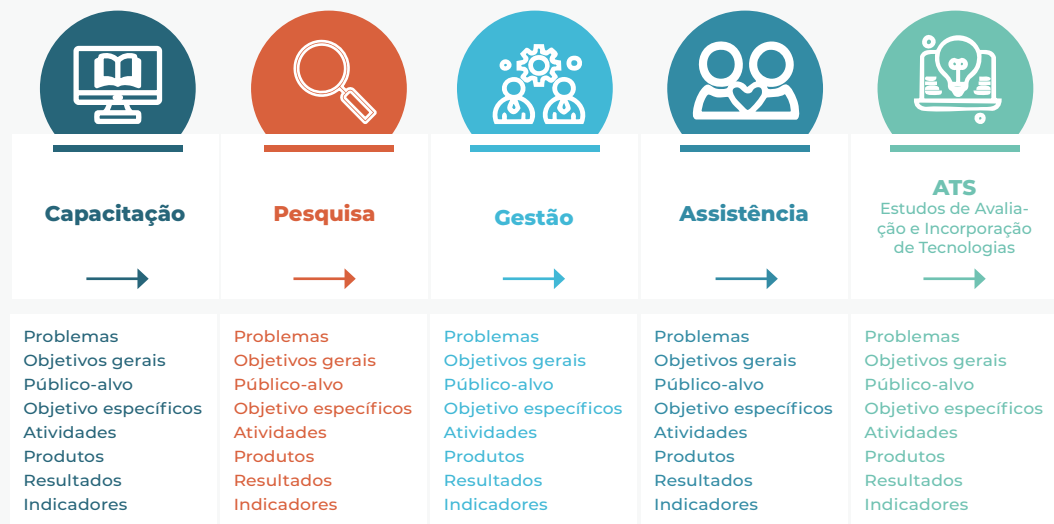
**ATS - Estudos de avaliação e incorporação de tecnologias e operação de saúde:** Projetos que avaliam tecnologias em saúde (medicamentos, dispositivos, procedimentos, softwares, modelos assistenciais) quanto à sua eficácia, segurança, custo-efetividade e impacto organizacional, para subsidiar decisões da CONITEC e do SUS. Envolve revisões sistemáticas, estudos econômicos, avaliação do impacto orçamentário, pareceres, recomendações e dossiês. Quando o objetivo é avaliar ou recomendar tecnologias para incorporação, exclusão ou alteração de uso no SUS.

Uma vez escolhida a área, o modelo lógico deve ser estruturado com base nas informações da Figura 4.



**FIGURA 4**

Proposta de estruturação – Cestas de modelos lógicos por eixo – Gestão de projetos MS



Fonte: Elaborado pelos autores.

As próximas seções apresentam exemplos de modelos lógicos para iniciativas em andamento no MS. A construção do modelo lógico, para todos os exemplos, foi realizada em planilha Excel anexa a este relatório.

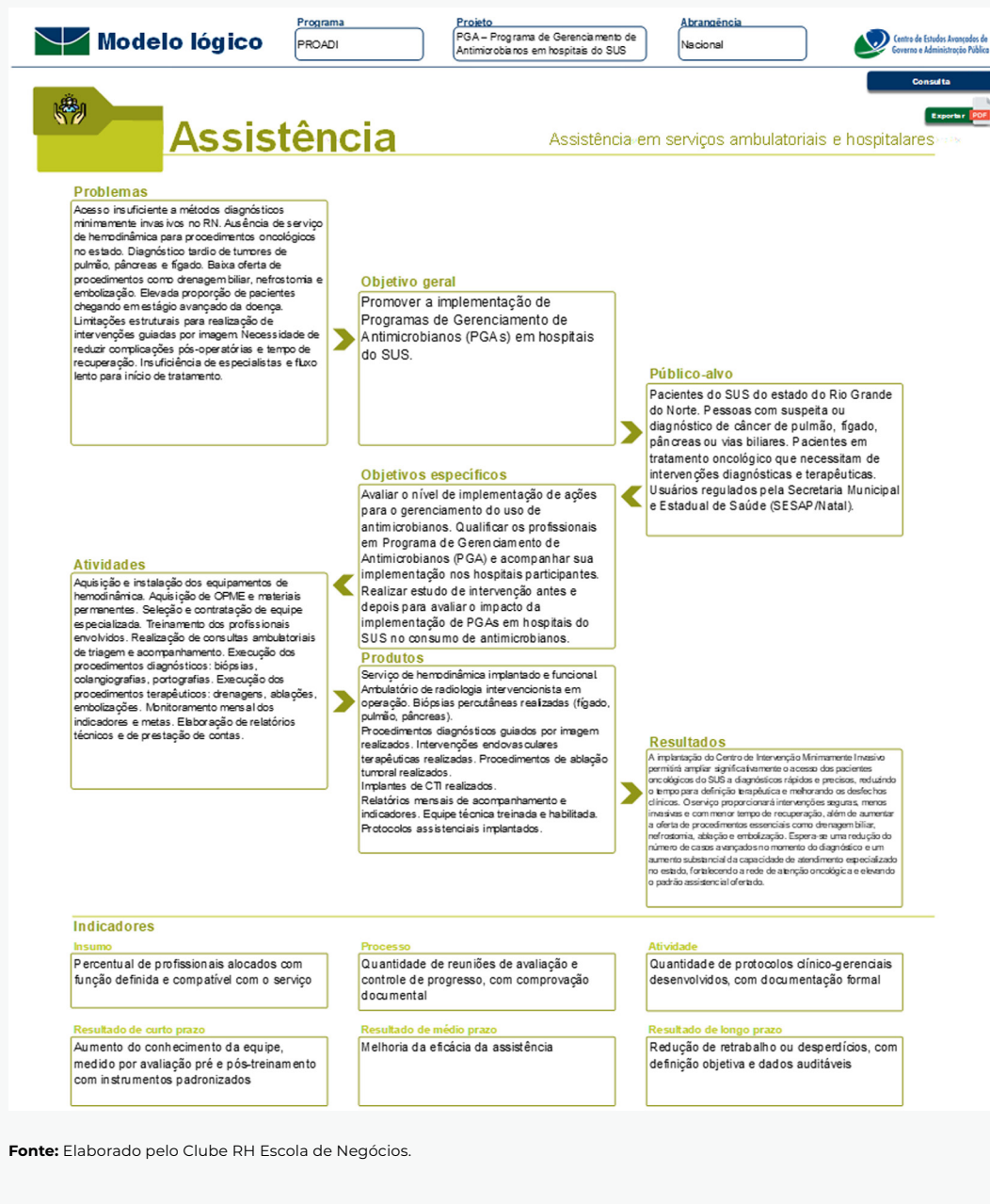
### Exemplo 1 - PROADI

O projeto Programa de gerenciamento de antimicrobianos dos hospitais do SUS integra as ações do PROADI-SUS, especificamente no âmbito do Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos (PGA), direcionado à qualificação da assistência em serviços ambulatoriais e hospitalares. A iniciativa envolve a articulação entre hospitais do SUS, equipes clínicas especializadas, gestores estaduais e municipais de saúde, bem como profissionais responsáveis pela implantação de práticas de uso racional de antimicrobianos. Trata-se de um projeto que busca enfrentar problemas estruturais relacionados ao diagnóstico tardio, à limitação de procedimentos minimamente invasivos e à necessidade de ampliar o acesso a intervenções diagnósticas e terapêuticas de alta complexidade. Suas ações incluem capacitação profissional, implementação de fluxos

assistenciais, oferta de procedimentos guiados por imagem e monitoramento contínuo de indicadores, visando à melhoria dos desfechos clínicos e ao fortalecimento da rede de atenção. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 5.

**FIGURA 5**

Modelo lógico Projeto Programa de Gerenciamento de Antimicrobianos dos Hospitais do SUS



## Exemplo 2 PROADI

O projeto Vigilância Ambiental e Saúde Indígena integra as ações de gestão e vigilância ambiental no âmbito do PROADI-SUS, voltado ao fortalecimento das capacidades técnicas e operacionais dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e da SESAI. A iniciativa responde a problemas estruturais identificados nas terras indígenas, como a baixa qualidade da água e do saneamento, a ausência de dados integrados sobre condições ambientais e epidemiológicas e a falta de padronização nos processos de coleta, análise e interpretação de dados. O projeto envolve profissionais da vigilância ambiental indígena, técnicos laboratoriais, equipes dos 34 DSEI e gestores do Ministério da Saúde, articulando esforços para desenvolver e implementar uma plataforma integrada de dados ambientais e de saúde, além de realizar coletas padronizadas, análises laboratoriais avançadas e capacitação nacional. Com isso, a proposta busca aprimorar o monitoramento da qualidade da água e do solo, apoiar a tomada de decisão rápida, reduzir vulnerabilidades ambientais e fortalecer a vigilância indígena em todo o território nacional. A seguir, apresenta-se o modelo lógico do projeto, conforme ilustrado na Figura 6.

**FIGURA 6**

Modelo lógico Projeto Vigilância Ambiental e Saúde Indígena



Fonte: Elaborado pelo Clube RH Escola de Negócios.

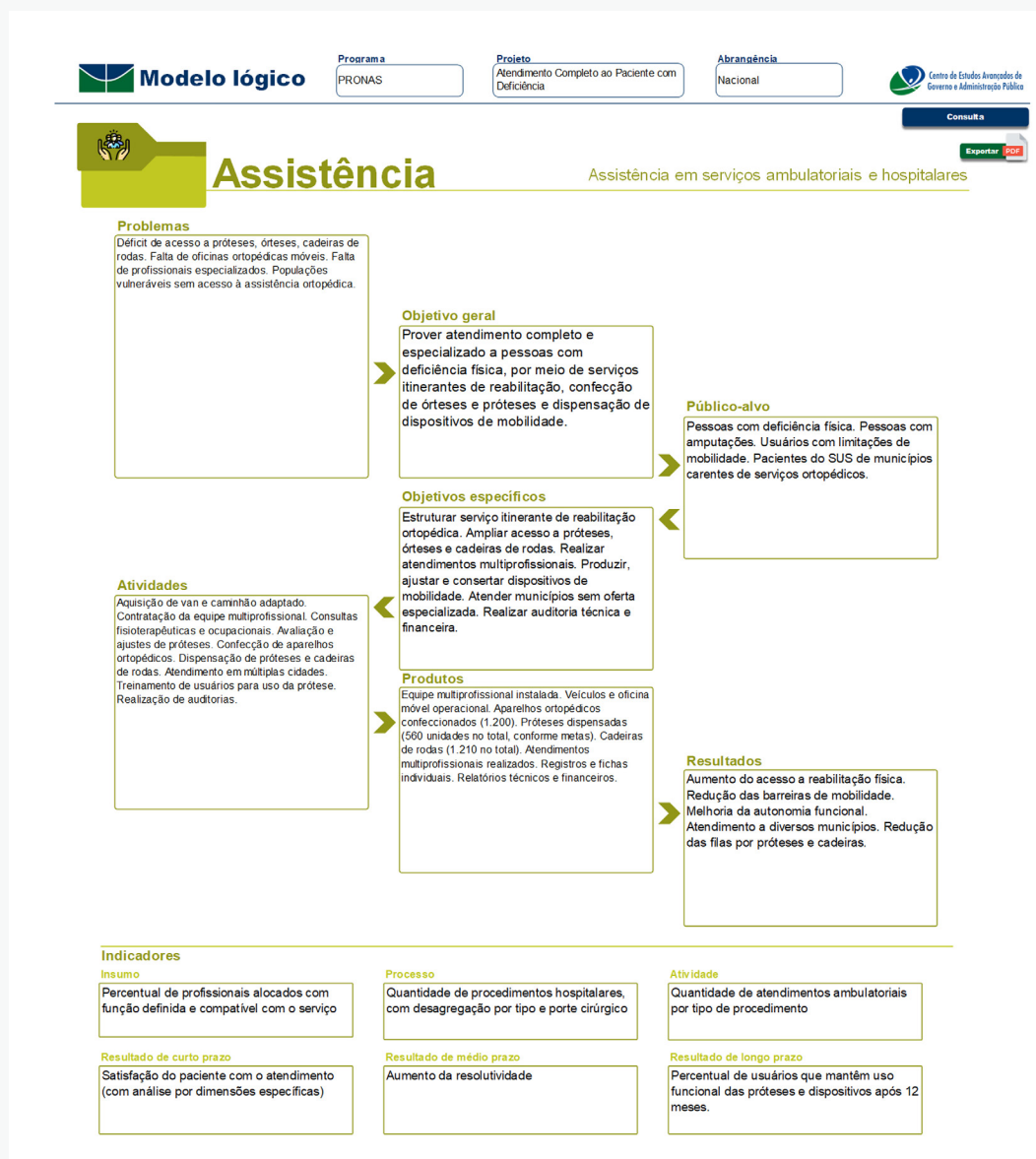


## Exemplo 1 PRONAS

O projeto Atendimento Completo ao Paciente com Deficiência integra as ações do PRONAS/SAÚDE, voltado à ampliação do acesso de pessoas com deficiência física a serviços especializados de reabilitação, próteses, órteses e dispositivos de mobilidade. A iniciativa responde a problemas estruturais amplamente identificados no território nacional, como o déficit de oficinas ortopédicas móveis, a escassez de profissionais especializados e as barreiras enfrentadas por populações vulneráveis para acessar atendimento ortopédico adequado. O projeto envolve equipes multiprofissionais, municípios carentes de serviços especializados e usuários do SUS que necessitam de reabilitação física, contemplando ações itinerantes, ajustes e confecção de dispositivos, treinamento de usuários e auditorias qualificadoras do cuidado. Sua implantação busca fortalecer a autonomia funcional dos pacientes, reduzir desigualdades regionais e qualificar a assistência prestada em múltiplas cidades por meio de unidades móveis operacionais. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 7.

**FIGURA 7**

Modelo lógico Projeto Atendimento Completo ao Paciente com Deficiência



Fonte: Elaborado pelo Clube RH Escola de Negócios.

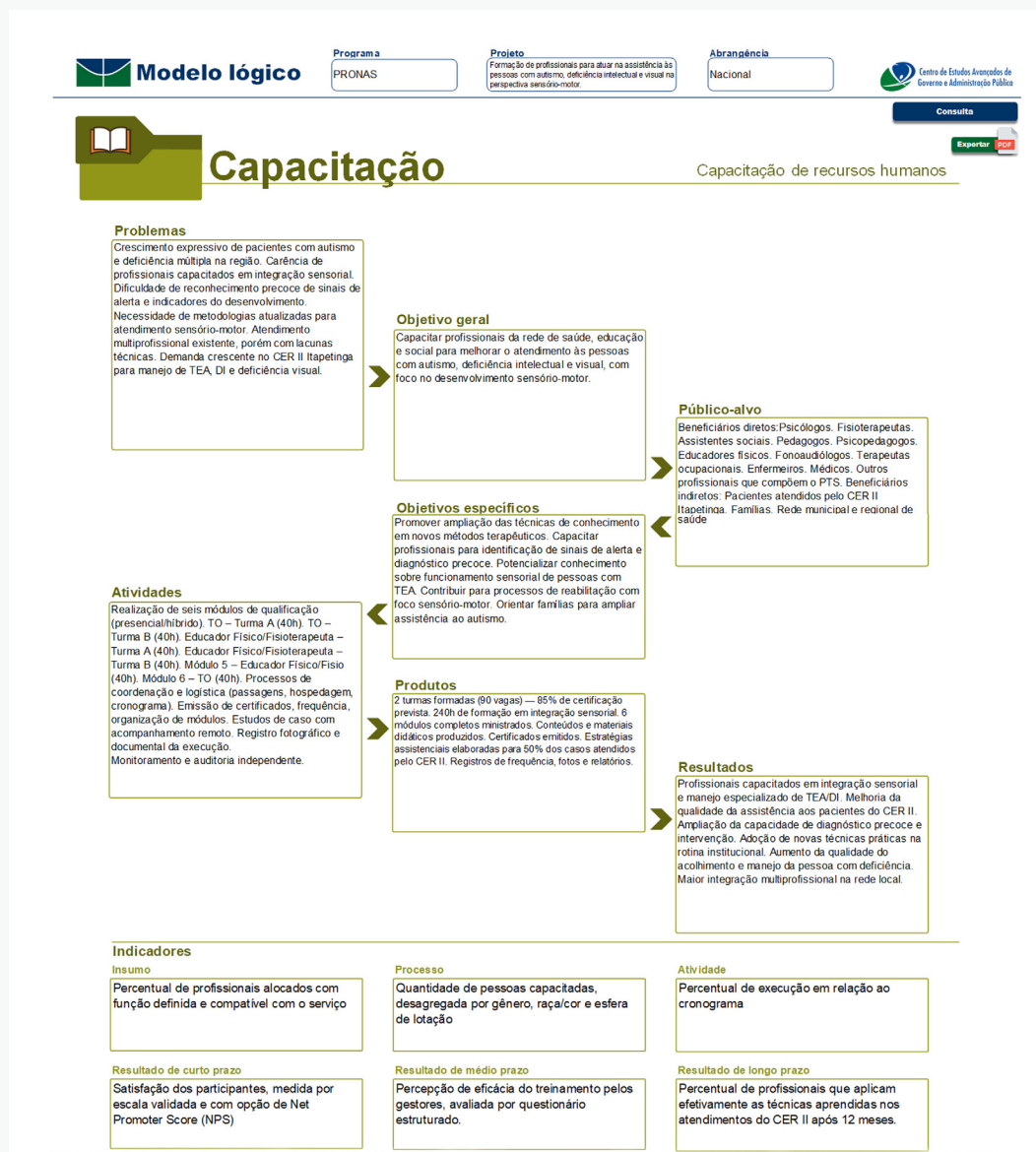


## Exemplo 2 PRONAS

O projeto Formação de profissionais para atuar na assistência às pessoas com autismo, deficiência intelectual e visual na perspectiva sensório-motor integra as ações de capacitação de recursos humanos no âmbito do PRONAS/SAÚDE, voltadas ao aprimoramento das práticas clínicas, educacionais e sociais direcionadas a esse público. A iniciativa responde ao aumento expressivo de casos de TEA e múltiplas deficiências na região do CER II de Itapetinga, bem como às lacunas técnicas relacionadas ao reconhecimento precoce de sinais de alerta, ao manejo sensório-motor e à necessidade de atualização metodológica das equipes multiprofissionais. O projeto envolve psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, pedagogos, educadores físicos, fonoaudiólogos, médicos e demais profissionais da rede, articulando formação teórico-prática em módulos presenciais e híbridos, estudos de caso supervisionados e atividades de acompanhamento remoto. Suas ações buscam ampliar competências técnicas, qualificar processos de cuidado, fortalecer a articulação interprofissional e promover intervenções mais efetivas para pacientes e suas famílias. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 8.

**FIGURA 8**

Modelo lógico Projeto Formação de profissionais para atuar na assistência às pessoas com autismo, deficiência intelectual e visual na perspectiva sensório-motor



Fonte: Elaborado pelo Clube RH Escola de Negócios.

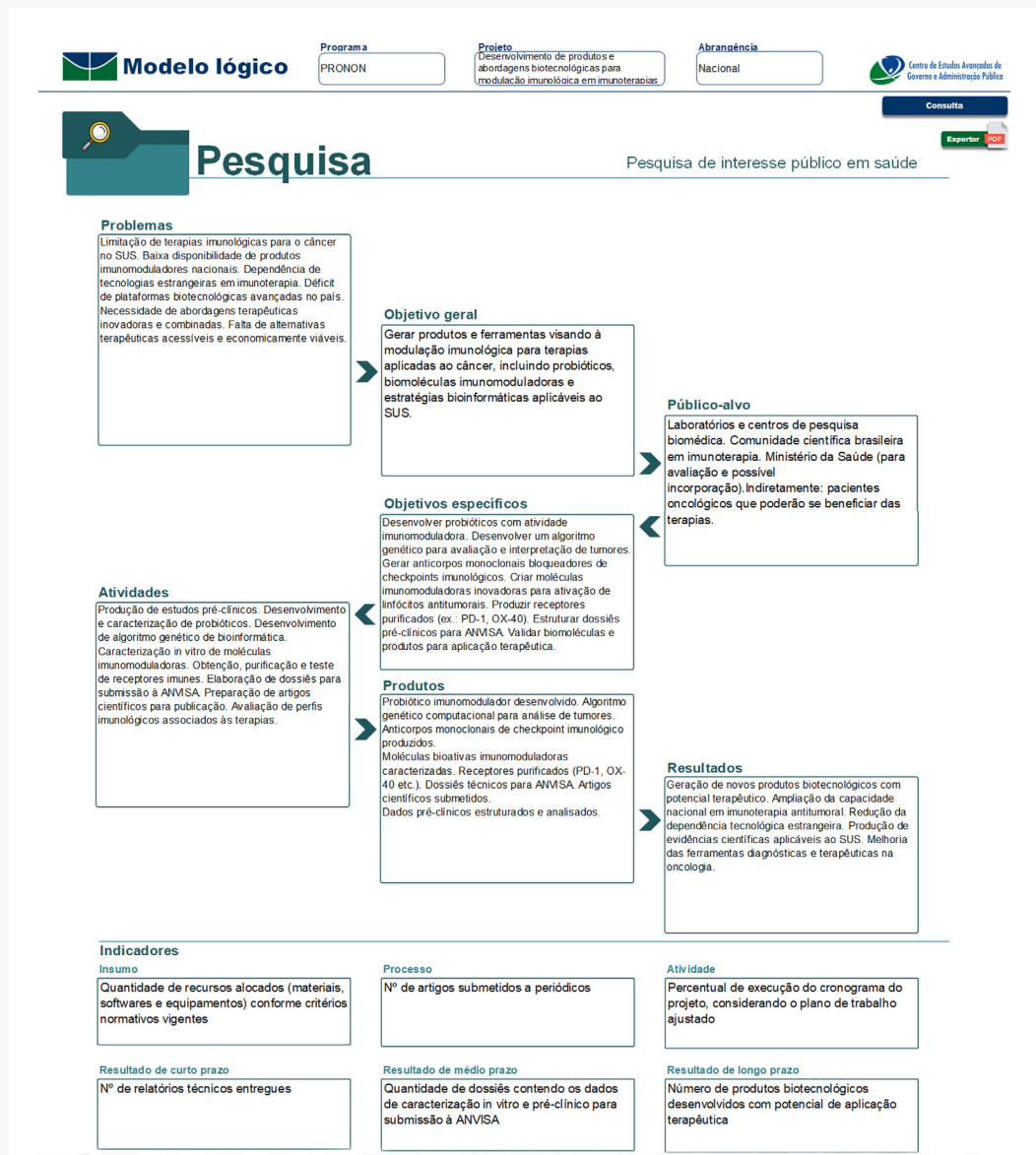


## Exemplo 1 PRONON

O projeto Desenvolvimento de produtos e abordagens biotecnológicas para modulação imunológica em imunoterapias aplicadas ao câncer integra as ações de pesquisa do PRONON, direcionadas ao fortalecimento da capacidade científica e tecnológica nacional no campo da imunoterapia oncológica. A iniciativa responde às limitações estruturais enfrentadas pelo país, como a baixa disponibilidade de terapias imunomoduladoras produzidas nacionalmente, a elevada dependência de tecnologias estrangeiras, o déficit de plataformas biotecnológicas avançadas e a necessidade crescente de terapias inovadoras, acessíveis e economicamente viáveis para o SUS. O projeto envolve laboratórios biomédicos, centros de pesquisa, equipes especializadas em biologia molecular, bioinformática e imunologia, articulando o desenvolvimento de probióticos imunomoduladores, algoritmos genéticos para análise de tumores, anticorpos monoclonais e moléculas bioativas com potencial terapêutico. Suas ações buscam gerar novos produtos biotecnológicos, estruturar dossiês para submissão à ANVISA, produzir evidências científicas aplicáveis à prática clínica e ampliar a capacidade nacional em imunoterapia antitumoral. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 9.

**FIGURA 9**

Modelo lógico Projeto Desenvolvimento de produtos e abordagens biotecnológicas para modulação imunológica em imunoterapias aplicadas ao câncer



Fonte: Elaborado pelo Clube RH Escola de Negócios.

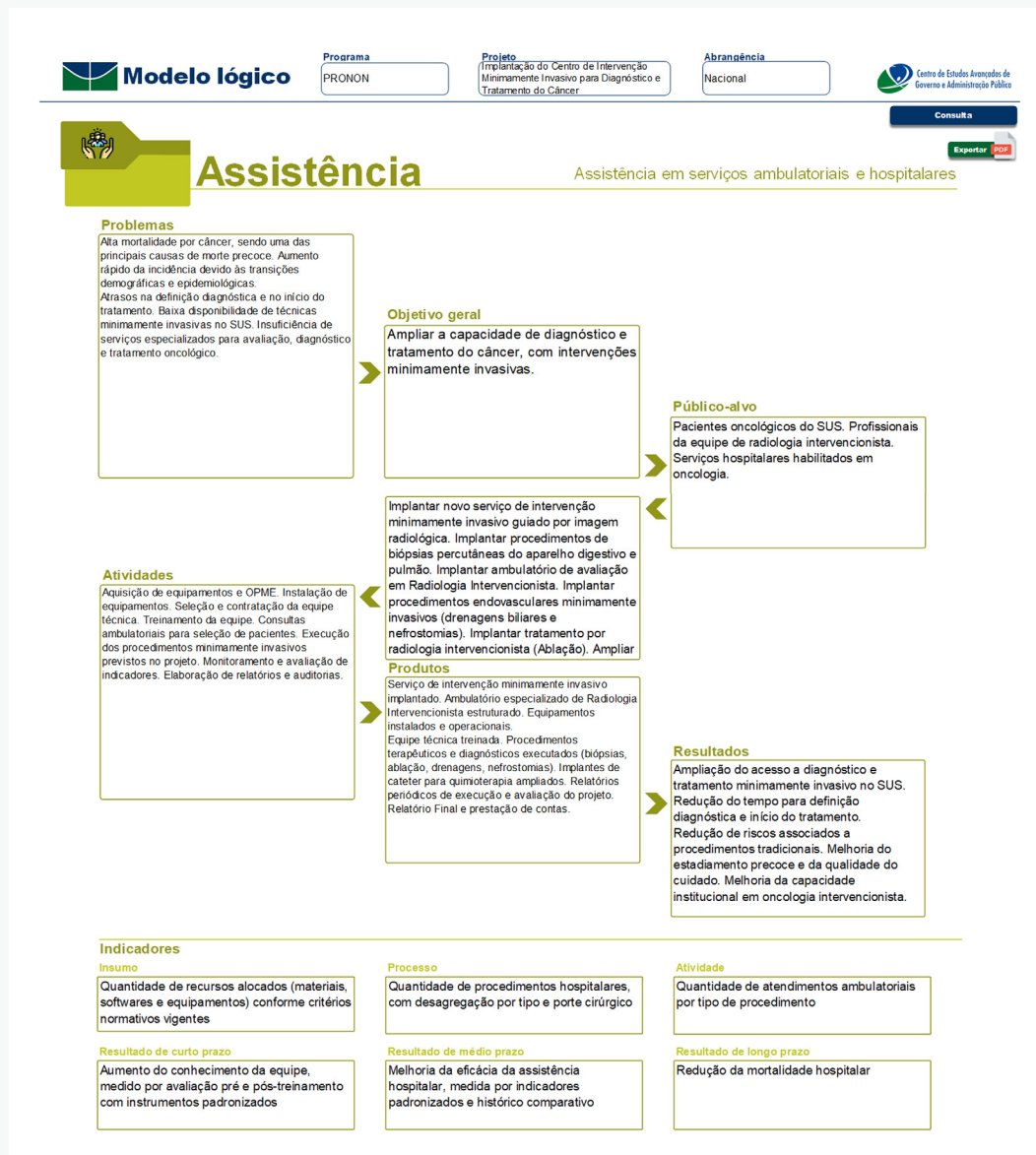


## Exemplo 2 PRONON

O projeto Implantação do Centro de Intervenção Minimamente Invasivo para Diagnóstico e Tratamento do Câncer integra as ações assistenciais do PRONON, direcionadas ao fortalecimento da capacidade institucional do SUS em ofertar procedimentos diagnósticos e terapêuticos avançados no campo da oncologia. A iniciativa responde a desafios estruturais amplamente documentados, como a elevada mortalidade por câncer, o aumento acelerado de sua incidência e as limitações de acesso a técnicas minimamente invasivas em hospitais públicos. Também busca enfrentar atrasos na definição diagnóstica e no início do tratamento, bem como a insuficiência de serviços especializados capazes de realizar biópsias, ablações, drenagens e procedimentos endovasculares guiados por imagem. O projeto envolve equipes de radiologia intervencionista, serviços hospitalares habilitados em oncologia e pacientes oncológicos do SUS, articulando aquisição de equipamentos, formação técnica, implantação de ambulatórios especializados, execução de procedimentos e monitoramento contínuo de indicadores assistenciais. Suas ações visam ampliar o acesso ao diagnóstico precoce, reduzir riscos associados a técnicas tradicionais, melhorar o cuidado oncológico e fortalecer a infraestrutura nacional em intervenção minimamente invasiva. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 10.

**FIGURA 10**

Modelo lógico Projeto Implantação do Centro de Intervenção Minimamente Invasivo para Diagnóstico e Tratamento do Câncer



Fonte: Elaborado pelo Clube RH Escola de Negócios.

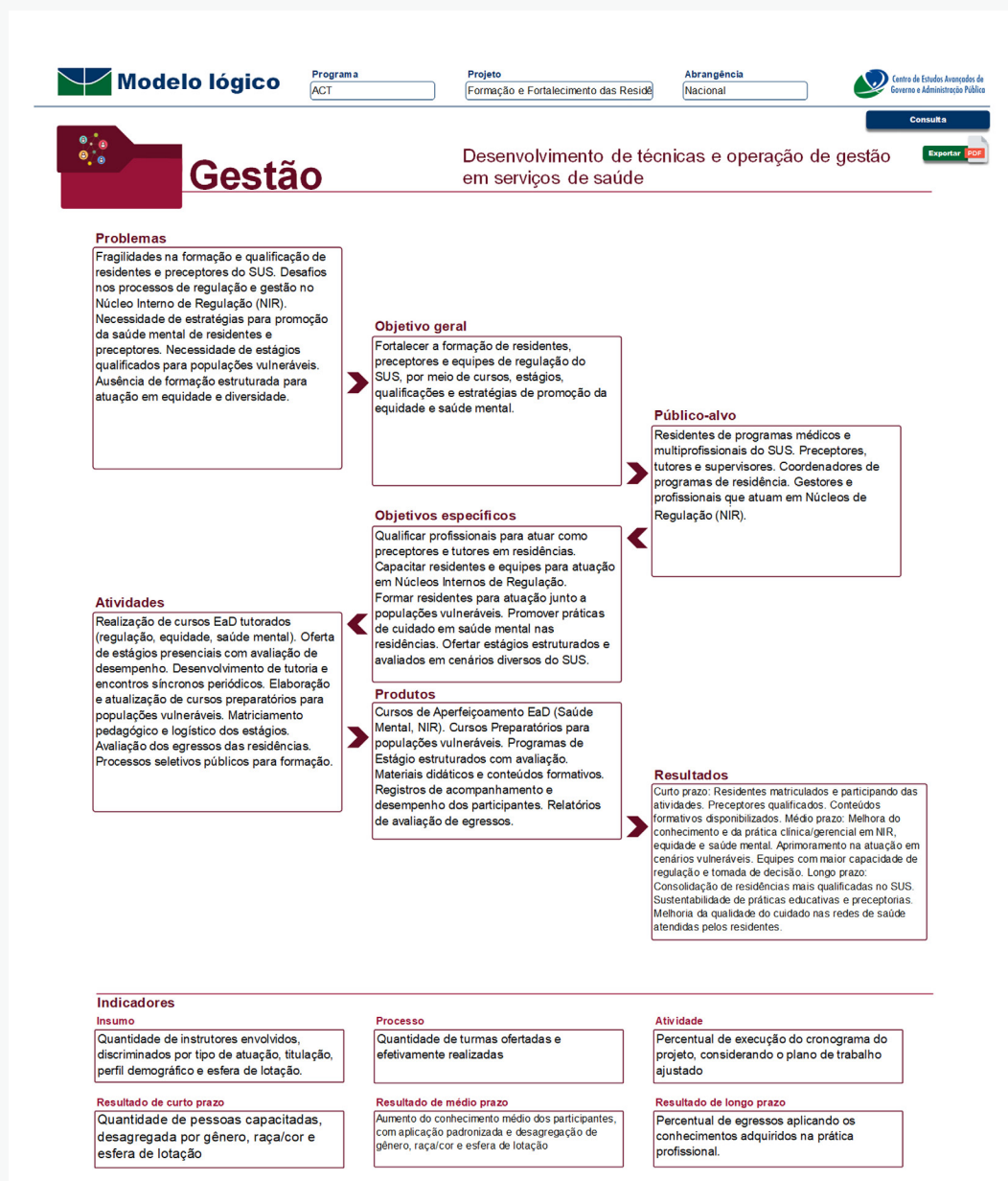


## Exemplo 1 ACT

O projeto Formação e Fortalecimento das Residências em Saúde com Ênfase em Regulação, Equidade e Saúde Mental dos Residentes integra as ações do ACT, voltadas ao aprimoramento da formação de residentes, preceptores e equipes de regulação no âmbito do SUS. A proposta responde a fragilidades estruturais identificadas nos programas de residência, como a insuficiência de qualificação para atuação em cenários de vulnerabilidade, desafios nos processos de regulação realizados pelos Núcleos Internos de Regulação (NIR) e a crescente necessidade de estratégias de promoção da equidade e da saúde mental dos residentes. O projeto envolve residentes médicos e multiprofissionais, preceptores, tutores, supervisores e gestores da rede, articulando ações formativas que incluem cursos EaD tutorados, módulos sobre saúde mental, regulação e equidade, estágios estruturados, encontros síncronos e processos avaliativos de desempenho. Suas atividades buscam fortalecer competências clínicas, pedagógicas e gerenciais, aprimorar práticas de cuidado e apoiar a consolidação de residências mais qualificadas, sustentáveis e alinhadas às demandas da rede de saúde. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 11.

**FIGURA 11**

Modelo lógico Projeto Formação e Fortalecimento das Residências em Saúde com Ênfase em Regulação, Equidade e Saúde Mental dos Residentes



Fonte: Elaborado pelo Clube RH Escola de Negócios.



## Exemplo 2 ACT

O projeto Capacitação para Redução de Morte Materna no Brasil integra as ações de formação em saúde do ACT, voltadas ao fortalecimento da capacidade clínica e assistencial dos profissionais que atuam no cuidado de gestantes, parturientes e puérperas em todas as regiões do país. A iniciativa responde ao expressivo aumento da mortalidade materna durante a pandemia de COVID-19, agravado por atrasos assistenciais, manejo clínico inadequado, fragilidades no diagnóstico e na tomada de decisão, além da falta de padronização nacional de condutas baseadas no Manual do Ministério da Saúde. O projeto envolve profissionais de saúde de diferentes categorias e localidades, articulando estratégias de capacitação como videoaulas, sessões clínicas remotas, discussão de casos reais e integração com comitês estaduais de Morte Materna. Suas ações buscam qualificar práticas clínicas, fortalecer a resposta das equipes às emergências obstétricas, reduzir morbimortalidade evitável e promover serviços mais preparados para emergências maternas no contexto pandêmico e pós-pandêmico. A seguir, apresenta-se o modelo lógico correspondente, conforme ilustrado na Figura 12.

**FIGURA 12**

Modelo lógico Projeto Capacitação para Redução de Morte Materna no Brasil



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo lógico ilustrado busca evidenciar a lógica interna dos projetos, destacando os elementos que estruturam sua implementação e os vínculos estabelecidos entre o problema identificado, os objetivos



formulados e os resultados esperados. A elaboração do modelo lógico oferece uma base conceitual e operacional que qualifica o processo de monitoramento, fortalece a transparência da gestão e orienta a análise de efetividade do projeto no contexto do Sistema Único de Saúde. A integração entre diagnóstico, atividades, produtos e indicadores permite compreender com maior precisão a dinâmica da intervenção e o potencial de transformação associado às ações desenvolvidas, assegurando maior consistência metodológica e utilidade para processos decisórios e avaliativos.

## 7.1. Síntese dos benefícios e potencialidades

Ao longo deste manual, buscou-se demonstrar o valor do modelo lógico como uma ferramenta estratégica para os projetos, acordos, termos e parcerias do MS. 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.
2. **Planejamento estratégico:** Ajuda a garantir que as atividades estejam alinhadas com os resultados e impactos desejados, otimizando o uso dos recursos.
3. **Gestão orientada a resultados:** Fornece um quadro de referência para acompanhar o progresso e identificar desvios ou gargalos precocemente.
4. **Comunicação eficaz:** Permite apresentar o projeto de forma concisa e compreensível para diferentes públicos.
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.

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 Unido 5, bem como com abordagens propostas por instituições nacionais como o IPEA, a ENAP, a Casa Civil, o Mrosc e o Ministério do Planejamento e Orçamento.

## 7.2. Recomendações para implementação

**Para que os projetos, acordos, termos e parcerias possam usufruir plenamente dos benefícios dos modelos lógicos, algumas recomendações podem ser consideradas:**

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.

1. 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.
2. Foco no processo colaborativo: Enfatizar a importância de construir os modelos lógicos de forma participativa, envolvendo os principais stakeholders desde o início.
3. 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.



### 7.3. 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 entender 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, promove 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, acordos, termos e parcerias e à incorporação de melhores práticas baseadas em evidências nas demais iniciativas relacionadas ao SUS.

No contexto do monitoramento e avaliação de programas governamentais associados à Política Nacional de Saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos lógicos são ferramentas especialmente úteis. Eles permitem caracterizar o desempenho dos programas mediante um conjunto de indicadores, além de ajudarem a identificar possíveis falhas ou gargalos na execução do programa, facilitando a elaboração de estratégias de melhoria. Adicionalmente, eles contribuem para tornar transparente a lógica do programa, o progresso já realizado e como os recursos vêm sendo aplicados.

Após a realização das fases anteriores e com base no modelo lógico é possível avançar na definição do catálogo dos indicadores quantitativos e qualitativos que serão utilizados para monitorar o programa, que constitui o tema da próxima seção.



# PARTE II: MATRIZ DE INDICADORES PARA PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS

## 8. INTRODUÇÃO

O presente documento apresenta proposta de um catálogo de indicadores a ser utilizada por parceiros do Ministério da Saúde em projetos do Proadi, Pronas, Pronon, Acordos de Cooperação Técnica, Termos de Execução Descentralizada e demais projetos e parcerias firmadas com o Ministério da Saúde (MS).

As informações aqui contidas são fruto de minuciosa revisão realizada pela equipe do CEAG sobre entrega anterior de 30/06/2025, baseada em comentários, demandas e críticas apresentadas pela equipe do MS.

Assim sendo, esta entrega apresenta versão revisada de um catálogo de indicadores de monitoramento e avaliação adaptada a projetos, acordos, termos e demais parcerias do MS com as devidas correções e sugestões inseridas e dividida por áreas temáticas de atuação.



## 9. IMPORTÂNCIA DA MATRIZ DE INDICADORES NO PROCESSO DE MONITORAMENTO DO MS

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 ou parceria 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.

## 10. 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 facili-

ta 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, acordos, termos e parcerias sejam sustentáveis. Ela possibilita a verificação se as melhorias alcançadas são duradouras, o que é fundamental para a continuidade e expansão das iniciativas.

## 11. DEFINIÇÃO DE KPIS E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DOS PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MS

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 dos projetos, acordos, termos e parcerias do MS, 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 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.

## 12. TIPOS DE KPIS PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MS

Dentro dos projetos, acordos, termos e parcerias do MS, 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.

## 13. DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE KPIS NOS PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MS

A implementação eficaz de KPIs nos projetos, acordos, termos e parcerias do MS 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 dos projetos, acordos, termos e parcerias do MS 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.

## 14. USO DE MÉTRICAS SMART NA MATRIZ DE INDICADORES DE MONITORAMENTO

A utilização de indicadores estruturados com base nos critérios SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) constitui prática consolidada em modelos contemporâneos de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas, notadamente em contextos que demandam elevada accountability, transparência e efetividade na alocação de recursos públicos.

No âmbito dos projetos, acordos, termos e parcerias do MS, a aplicação sistemática do referencial SMART à definição dos indicadores de monitoramento visa assegurar maior rigor metodológico e alinhamento técnico entre os resultados pactuados, as metas estabelecidas e os instrumentos de verificação de desempenho.



Essa abordagem promove:

- Especificidade (Specific): definição clara do objeto a ser medido, evitando ambiguidades conceituais que comprometam a comparabilidade entre projetos ou ciclos avaliativos;
- Mensurabilidade (Measurable): estabelecimento de parâmetros quantitativos ou qualitativos verificáveis, fundamentais para o acompanhamento consistente e objetivo da execução;
- Exequibilidade (Achievable): consideração da capacidade técnica e operacional dos entes executores, evitando a proposição de metas inexecutáveis que comprometam a confiabilidade do sistema de monitoramento;
- Relevância (Relevant): vinculação dos indicadores às finalidades estratégicas do MS e às diretrizes do Plano Nacional de Saúde, fortalecendo a coerência entre projetos e políticas públicas;
- Delimitação temporal (Time-bound): definição de horizontes temporais para alcance das metas, viabilizando a aferição de resultados em períodos compatíveis com os ciclos de planejamento e execução.

A adoção de métricas SMART, portanto, não apenas qualifica o processo de monitoramento dos projetos apoiados, mas também contribui para o aprimoramento da governança dos projetos, acordos, termos e parcerias, o fortalecimento da gestão por resultados e a consolidação de uma cultura institucional de avaliação no âmbito do Ministério da Saúde.

## **15. PROPOSTA DE UM CATÁLOGO DE INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO PARA PROJETOS, ACORDOS, TERMOS E PARCERIAS DO MS**

A equipe de monitoramento pretende oferecer um catálogo de indicadores materializado em uma matriz para que parceiros do MS apontem, na apresentação de suas propostas e planos de trabalho os indicadores que pretendem monitorar ao longo de sua execução.

A matriz é separada em 5 grandes áreas temáticas as quais entendemos que contemplam todas as iniciativas do tipo:

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

Para cada uma destas áreas, serão elencados um rol de indicadores dos quais os proponentes das iniciativas 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.

A tabela a seguir apresenta o catálogo de indicadores de monitoramento e avaliação proposta já com as devidas correções e alterações apresentadas no Quadro 1.



### QUADRO 3

Catálogo de indicadores de monitoramento para projetos, acordos, termos e parcerias do MS

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
1	Capacitação de recursos humanos	Insumos	Quantidade de instrutores envolvidos, discriminados por tipo de atuação, titulação, perfil demográfico e esfera de lotação.	Número de instrutores contratados ou envolvidos na capacitação, identificando tipo de atuação (EAD, presencial, preceptoria, pós-graduação), titulação acadêmica (gênero, raça/cor), bem como esfera de lotação (municipal, estadual ou federal).	Contagem simples, com desagregação por tipo de atuação, titulação, gênero, raça/cor e esfera de lotação.	Relatório da instituição e ficha de qualificação do indicador, conforme modelo DEMAS-SEIDIGI.	Trimestral	Conforme o planejado no projeto, com registro desagregado por tipo de instrutor, titulação, gênero, raça/cor e esfera de lotação.
2	Capacitação de recursos humanos	Insumos	Valor investido	Montante total de recursos financeiros efetivamente aplicados na execução das atividades de capacitação, incluindo todas as despesas diretas elegíveis ao projeto.	Soma das despesas diretas registradas em rubricas orçamentárias do projeto, comparada ao valor aprovado. = (valor executado/valor aprovado) x 100	Relatórios contábeis e financeiros oficiais da instituição executora, com comprovação documental (notas fiscais, extratos de execução).	Trimestral	Percentual do orçamento executado em relação ao valor aprovado, devendo permanecer dentro da variação de ±10%.
3	Capacitação de recursos humanos	Insumos	Quantidade de horas de treinamento previstas, estratificadas por tipo de curso (EAD, presencial, híbrido) e situação de participação.	Carga horária total planejada para o treinamento, identificando a distribuição por tipo de curso (EAD, presencial, híbrido) e acompanhando a presença, ausência e eventuais abandonos de participantes no início e ao final do curso.	Soma das horas de cada atividade prevista no plano de ensino, com registro da frequência inicial e final dos participantes para cada tipo de curso e situação de presença/ausência/abandono.	Plano de ensino e relatórios de presença ou registros eletrônicos de frequência da instituição executora.	Inicial e ao final do curso, de modo a capturar variações de frequência e eventuais abandonos.	Alcance de 100% da carga horária aprovada no projeto, com controle da participação dos inscritos (presença/ausência/abandono) e estratificação por tipo de curso.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
4	Capacitação de recursos humanos	Insumos	Quantidade de materiais didáticos preparados	Número total de materiais didáticos produzidos para o projeto (apostilas, vídeos, slides, manuais ou outros recursos instrucionais) efetivamente desenvolvidos e disponibilizados para uso durante a capacitação.	$= (\text{contagem simples dos materiais finalizados e aprovados} / \text{total previsto no plano de ensino/projeto}) \times 100$	Relatório de produção da instituição executora, com registro de cada material (ex.: lista ou banco de arquivos).	Anual, contemplando a totalidade do ciclo de produção e atualização dos materiais.	Produção de 100% do material previsto no projeto, validado e disponibilizado para as turmas de capacitação.
5	Capacitação de recursos humanos	Atividade/processo	Quantidade de turmas ofertadas e efetivamente realizadas	Número total de turmas de capacitação previstas e efetivamente ofertadas, conforme o cronograma do projeto, considerando turmas presenciais, híbridas ou em EAD, quando aplicável.	Contagem simples do número de turmas registradas como realizadas no período de referência, com comparação ao cronograma aprovado.	Relatórios da instituição executora, incluindo registros de oferta e realização de turmas (atas, listas de presença ou sistema de gestão de cursos).	Trimestral	Realização de 100% das turmas previstas no cronograma aprovado.
6	Capacitação de recursos humanos	Atividade/processo	Quantidade de horas de treinamento ministradas	Soma total das horas de ensino efetivamente realizadas nas atividades de capacitação, abrangendo todos os formatos (presencial, EAD, híbrido), com comprovação por listas de presença e registros fotográficos constantes nos relatórios de atividades.	Soma das horas ministradas em cada atividade, com base nos registros de presença e na documentação comprobatória anexada aos relatórios de execução.	Relatórios da instituição executora, acompanhados de listas de presença assinadas e registros fotográficos que comprovem a realização das atividades.	Trimestral	Alcançar 100% da carga horária planejada no projeto, com comprovação documental de todas as atividades.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
7	Capacitação de recursos humanos	Atividade/processo	Quantidade de encontros, workshops ou webinars	Número total de atividades pedagógicas realizadas no âmbito do projeto — incluindo encontros, workshops, webinars ou formatos equivalentes — com comprovação por listas de presença e registros fotográficos nos relatórios de atividades.	Contagem simples do número de atividades pedagógicas realizadas no período de referência, com base em registros de presença e documentação fotográfica anexada aos relatórios de execução.	Relatórios da instituição executora, acompanhados de listas de presença assinadas e registros fotográficos que comprovem a realização de cada atividade.	Trimestral	Realização de 100% das atividades previstas no cronograma do projeto, com documentação comprobatória.
8	Capacitação de recursos humanos	Atividade/processo	Percentual de execução em relação ao cronograma	Percentual que compara as atividades de capacitação efetivamente realizadas com o total de atividades planejadas no cronograma atualizado do projeto, considerando eventuais ajustes formalmente aprovados.	$(\text{numero de atividades realizadas} / \text{numero de atividades previstas no plano de trabalho}) \times 100$	Relatórios da instituição executora, incluindo o plano de trabalho atualizado que registre os ajustes de cronograma aprovados.	Trimestral	Manter $\geq 80\%$ de execução em relação ao cronograma ajustado do projeto.
9	Capacitação de recursos humanos	Produto	Quantidade de pessoas capacitadas, desagregada por gênero, raça/cor e esfera de lotação	Número total de participantes que concluíram o treinamento, informando o perfil demográfico (gênero, raça/cor) e a esfera de lotação institucional (municipal, estadual ou federal), em consonância com a Política de Ações Afirmativas.	Contagem simples de participantes com registro de conclusão, desagregada por gênero, raça/cor e esfera de lotação.	Relatórios de presença ou sistemas de gestão de capacitação da instituição executora, contendo a identificação individual necessária para a desagregação por gênero, raça/cor e esfera de lotação.	Final, após a conclusão do treinamento.	Capacitar 100% do público-alvo definido no projeto, com dados desagregados por gênero, raça/cor e esfera de lotação.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
10	Capacitação de recursos humanos	Produto	Quantidade de pessoas certificadas desagregada por gênero, raça/cor e esfera de lotação	Número total de participantes que atenderam a todos os critérios de certificação estabelecidos pelo projeto, comprovado por documentação oficial de conclusão (certificado, ficha de notas ou registro formal de aprovação).	Contagem simples de participantes que obtiveram certificação, com base em registros oficiais de conclusão (certificados emitidos ou fichas de notas/aprovação).	Certificados emitidos, fichas de notas ou sistema de Business Intelligence (BI) ou quadro/matriz de controle de certificados, evitando o uso de relatórios narrativos como evidência principal.	Final, após a conclusão de todas as etapas de capacitação.	Pelo menos 80% do total de capacitados deve receber certificação.
11	Capacitação de recursos humanos	Produto	Percentual de concluintes, desagregado por gênero, raça/cor e esfera de lotação, com comprovação documental	Percentual de participantes que concluíram o treinamento em relação ao total de inscritos, apresentando os resultados desagregados por gênero, raça/cor (conforme a Política de Ações Afirmativas) e por esfera de lotação institucional (municipal, estadual, federal). A conclusão deve ser comprovada por certificado, ficha de notas ou outro registro oficial de aprovação, evitando a dependência exclusiva de relatórios narrativos.	$(\text{concluintes} / \text{inscritos}) \times 100$ com desagregação dos percentuais por gênero, raça/cor e esfera de lotação, utilizando apenas registros oficiais de certificação (certificados emitidos, fichas de notas ou equivalentes).	Matriz ou quadro de controle, sistema de Business Intelligence (BI), certificados emitidos ou fichas de notas/aprovação — evitando o uso de relatórios como evidência primária.	Final, após a conclusão de todo o ciclo de treinamento.	Alcançar mais de 80% de concluintes em relação ao total de inscritos, com dados desagregados por gênero, raça/cor e esfera de lotação e comprovação por certificado ou registro formal.
12	Capacitação de recursos humanos	Produto	Quantidade de comunidades/unidades hospitalares envolvidas, com comprovação documental	Número total de comunidades ou unidades hospitalares que participaram efetivamente das atividades de capacitação previstas no projeto, com comprovação por lista de presença, relatório de atividades contendo registros fotográficos e certificados de participação de cada atividade.	Contagem simples do total de comunidades ou unidades hospitalares participantes, conforme registro em listas de presença e documentação comprobatória.	Relatório da instituição executora, acompanhado de cópia das listas de presença, registros fotográficos e certificados de participação.	Final, após a conclusão do projeto.	Participação de 100% das comunidades/unidades hospitalares previstas no escopo do projeto, com evidências documentais anexadas.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
13	Capacitação de recursos humanos	Resultado de curto prazo	Aumento do conhecimento médio dos participantes, com aplicação padronizada e desagregação de gênero, raça/cor e esfera de lotação	Percentual de crescimento do conhecimento dos participantes entre o pré e o pós-treinamento, medido por avaliações padronizadas aplicadas em plataforma digital para garantir rastreabilidade. Os resultados devem ser desagregados por tema abordado no curso e pelo perfil dos participantes (ex.: função, área de atuação, gênero, raça/cor) para fortalecer a análise de impacto pedagógico.	$[(\text{pós-treinamento média} - \text{pré-treinamento média}) / \text{pré-treinamento média}] \times 100$ . Com apresentação dos percentuais também por tema e por perfil dos participantes.	Registros das avaliações pré e pós-treinamento realizadas em plataformas digitais ou sistemas de avaliação que garantam rastreabilidade e armazenamento dos resultados.	Anual	Alcançar pelo menos 20% de crescimento médio do conhecimento entre as avaliações pré e pós-treinamento, com resultados desagregados por tema e perfil dos participantes.
14	Capacitação de recursos humanos	Resultado de curto prazo	Satisfação dos participantes, medida por escala validada e com opção de Net Promoter Score (NPS)	Percentual de participantes que se declaram satisfeitos ou muito satisfeitos com o treinamento, avaliado por questionário anônimo aplicado com escala validada de satisfação (por exemplo, Likert de 5 pontos) e, quando possível, complementado por Net Promoter Score (NPS). Os resultados podem ser cruzados com a taxa de conclusão e o ganho de aprendizagem para ampliar a análise de impacto.	$(\text{numero de respondentes satisfeitos ou muito satisfeitos} / \text{total de respondentes}) \times 100$ , podendo incluir cálculo do NPS: $\% \text{ promotores} - \% \text{ detratores}$ , com cruzamento com dados de conclusão e aprendizagem complementares.	Questionários anônimos aplicados em plataforma digital ou meio que garanta confidencialidade e uso de escala validada; registros de NPS quando adotado.	Anual	Alcançar $\geq 80\%$ de participantes satisfeitos ou muito satisfeitos, medidos por escala validada e, opcionalmente, obter NPS positivo ( $>0$ ), com possibilidade de cruzamento com indicadores de conclusão e aprendizagem.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
15	Capacitação de recursos humanos	Resultado de curto prazo	Percepção de eficácia do treinamento pelos gestores, avaliada por questionário estruturado	Percentual de gestores que consideram o treinamento relevante para a prática institucional, medido por questionário estruturado com escala Likert (ex.: 5 pontos) e perguntas abertas, preferencialmente integrado a sistemas de monitoramento da gestão local, para fortalecer a avaliação institucional do projeto.	(numero de respostas “concordo” ou “concordo fortemente”/ total de gestores respondentes) x 100, complementado pela análise qualitativa das perguntas abertas.	Questionário estruturado aplicado aos gestores, com coleta de respostas em plataforma digital ou sistema de monitoramento da gestão local, garantindo registro e rastreabilidade.	Anual	Obter ≥ 80% de gestores que respondam “concordo” ou “concordo fortemente” quanto à relevância do treinamento, com registro das análises qualitativas oriundas das perguntas abertas.
16	Capacitação de recursos humanos	Resultado de médio prazo	Quantidade de novos procedimentos ou protocolos implantados a partir do treinamento, com comprovação por evidências formais	Número de novos procedimentos, fluxos ou protocolos institucionais efetivamente implantados como resultado das capacitações, comprovados por evidências formais como estudos avaliativos, matrizes de resultados, indicadores alcançados, narrativas em vídeo (“storytelling” de dados), diretrizes publicadas e/ou mapeamentos de processos que demonstrem a mudança organizacional.	Contagem simples do total de novos procedimentos ou protocolos implementados, aferida por documentação comprobatória (estudos, matrizes de resultados, indicadores, narrativas em vídeo, diretrizes ou mapeamento de processos).	Estudo avaliativo, matriz de resultados, indicadores alcançados, narrativas em vídeo, diretrizes publicadas e/ou mapeamento de processos, evitando a utilização de relatório narrativo isolado como única evidência.	Bienal (a cada dois anos), coerente com o caráter de resultado de médio prazo e com projetos de aproximadamente três anos de duração.	Implementação de mais de 5 novos procedimentos ou protocolos institucionais no período de referência, comprovados pelas evidências formais citadas.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
17	Capacitação de recursos humanos	Resultado de médio prazo	Melhoria na adesão às diretrizes institucionais, com evidências formais de mudança de processo	Percentual de aumento na taxa de conformidade dos serviços ou unidades capacitados em relação às diretrizes institucionais ou protocolos oficiais, comprovado por estudo comparativo antes/depois, infográficos de resultados, link ou acesso a sistema de monitoramento, e/ou documentos oficiais (estatutos, Procedimentos Operacionais Padrão – POP) que demonstrem as alterações implementadas.	$[(\text{taxa de conformidade pós-treinamento} - \text{taxa de conformidade pré-treinamento}) / \text{taxa de conformidade pré-treinamento}] \times 100$ , com registro das evidências formais (estudos comparativos, infográficos, sistemas ou documentos normativos atualizados).	Estudo comparativo, infográficos que comprovem a melhoria, links de sistemas de monitoramento, documentos institucionais atualizados (estatuto, POP ou diretrizes revisadas), evitando o uso exclusivo de relatório narrativo como evidência.	Bienal, compatível com a observação de mudanças de médio prazo.	Obter pelo menos 20% de melhoria na taxa de conformidade às diretrizes institucionais, com comprovação pelas evidências formais indicadas.
18	Capacitação de recursos humanos	Resultado de médio prazo	Relatos de aplicação do aprendizado no trabalho, sistematizados e analisados qualitativamente	Número e proporção de funcionários que relatam aplicar, em suas atividades de trabalho, os conhecimentos e competências adquiridos no treinamento, por meio de pesquisa padronizada junto às unidades, com formulários que contenham perguntas abertas e fechadas e que permitam análise qualitativa de conteúdo.	Contagem simples do total de funcionários que declaram aplicar o aprendizado, podendo ser apresentada também como percentual do total de participantes, a partir da sistematização e análise qualitativa das respostas.	Pesquisa padronizada junto às unidades, aplicada por formulário estruturado (perguntas abertas e fechadas) e analisada por técnica de análise de conteúdo, garantindo comparabilidade entre ciclos de avaliação.	Bienal, compatível com a observação de mudanças de médio prazo.	Alcançar mais de 60% dos participantes relatando aplicação do aprendizado em suas atividades, com resultados sistematizados e análise qualitativa.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
19	Capacitação de recursos humanos	Resultado de longo prazo	Melhoria de indicadores hospitalares (infecção, mortalidade, tempo de internação), com comprovação por certificações e evidências externas	Percentual de redução em indicadores-chave de desempenho hospitalar — taxa de infecção, mortalidade e tempo médio de internação — após a implementação das capacitações, com comprovação por certificações temáticas (ex.: acreditação hospitalar), índices de qualidade como ISO atualizados, lista de equipamentos incorporados e/ou estudos de inovação que demonstrem os avanços obtidos.	$[(\text{valor do indicador antes} - \text{valor do indicador depois}) / \text{valor do indicador antes}] \times 100$ , para cada indicador (infecção, mortalidade, tempo de internação), utilizando também registros de certificações, índices de qualidade ou estudos de inovação como evidência complementar.	Bases de dados hospitalares (ex.: sistemas internos de controle de infecção, mortalidade e internações), certificações temáticas, índices de qualidade ISO atualizados, listas de equipamentos e estudos sobre inovações implementadas.	Trienal, em coerência com a natureza de resultado de longo prazo.	Alcançar melhoria mínima de 10% em pelo menos um dos indicadores hospitalares monitorados, com comprovação documental por certificações, índices de qualidade e/ou estudos de inovação.
20	Capacitação de recursos humanos	Resultado de longo prazo	Sustentabilidade das mudanças: quantidade de protocolos que permaneceram em uso após a capacitação	Número de protocolos, fluxos ou procedimentos incorporados como resultado das capacitações que permanecem em uso efetivo após o término do projeto, comprovado por plano de monitoramento das incorporações atualizado e demais evidências institucionais (atas, portarias internas ou sistemas de gestão).	Contagem simples do total de protocolos incorporados que continuam vigentes, com base em registros do plano de monitoramento atualizado e demais documentos comprobatórios.	Plano de monitoramento das incorporações atualizado, complementado por registros institucionais (atas de reuniões, portarias ou sistemas de gestão) que confirmem a continuidade dos protocolos.	Trienal, coerente com a verificação de resultados de longo prazo.	Manter mais de 80% dos protocolos implementados em uso efetivo no período de referência, com comprovação por plano de monitoramento atualizado e documentação institucional.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
21	Capacitação de recursos humanos	Resultado de longo prazo	Ampliação da capacidade institucional, avaliada pelo PNASS ou por outras certificações/avaliações reconhecidas	Evolução da capacidade institucional da unidade ou serviço de saúde após a capacitação, medida pela melhora de pelo menos um patamar na pontuação do PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde) ou, alternativamente, por outras certificações ou avaliações de qualidade reconhecidas nacional ou internacionalmente (ex.: creditações hospitalares, ISO, ONA, Joint Commission, entre outras).	Diferença entre a pontuação ou o nível de certificação atual e o obtido no ciclo anterior de avaliação, considerando PNASS ou certificações/avaliações equivalentes, evidenciando aumento de pelo menos um patamar/nível.	Relatório oficial do PNASS e/ou documentos comprobatórios de outras certificações ou avaliações de qualidade institucional (ex.: certificados de acreditação, relatórios de auditoria ISO, ONA, Joint Commission).	Trienal, em consonância com a periodicidade das avaliações de qualidade e a natureza de resultado de longo prazo.	Alcançar aumento mínimo de um patamar na pontuação do PNASS ou em certificações/avaliações de qualidade equivalentes.
22	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Insumo	Quantidade de consultores envolvidos no desenvolvimento e operação de gestão, com registro de oferta de turmas de capacitação quando aplicável	Número de profissionais consultores específicos contratados ou mobilizados para atuar no desenvolvimento e na operação de técnicas de gestão em serviços de saúde, incluindo a informação sobre o número de turmas de capacitação ofertadas quando estas fizerem parte das atividades de consultoria.	Contagem simples do total de consultores envolvidos, com registro adicional do número de turmas ofertadas relacionadas ao trabalho de consultoria, quando aplicável.	Registros de Recursos Humanos ou da Coordenação do Projeto, com documentação que comprove a contratação/participação dos consultores e, se houver capacitação, a lista das turmas ofertadas.	Trimestral	Manter pelo menos 4 consultores envolvidos durante a execução do projeto e registrar o número de turmas de capacitação ofertadas, se pertinentes.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
23	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Insumo	Valor investido no desenvolvimento de procedimentos e métodos	Montante total de recursos financeiros efetivamente aplicados no desenvolvimento de procedimentos e métodos de gestão em serviços de saúde, conforme o orçamento aprovado para o projeto.	$(\text{despesas diretamente relacionadas ao desenvolvimento / valor executado com o orçamento destinado}) \times 100$ , expressa em reais e em percentual de execução.	Planilha de custo, prestação de contas e notas fiscais, devidamente validadas pela área financeira do projeto.	Trimestral	Garantir a utilização de 100% do orçamento destinado ao desenvolvimento até o final do período de avaliação, com comprovação financeira oficial.
24	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Insumo	Quantidade de horas de trabalho da equipe técnica dedicada ao desenvolvimento	Carga total de horas efetivamente trabalhadas pela equipe técnica envolvida no desenvolvimento de procedimentos e métodos de gestão em serviços de saúde, conforme contratos de prestação de consultoria e registros de ponto ou formulários de comprovação das horas técnicas.	Soma das horas efetivamente trabalhadas no período de referência, calculada a partir dos registros de ponto e comprovantes de horas contratadas.	Contratos de prestação de consultoria e formulários ou sistemas de ponto que comprovem as horas técnicas trabalhadas, assinados ou validados pela coordenação do projeto.	Trimestral, com consolidação anual para análise agregada, considerando a recomendação de registro contínuo e relatório final anual.	Comprovar 100% da carga de horas prevista para a equipe até o final do período de avaliação, com evidência documental.
25	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Insumo	Quantidade de recursos alocados (materiais, softwares e equipamentos) conforme critérios normativos vigentes	Número total de recursos materiais, softwares e equipamentos efetivamente disponibilizados para o desenvolvimento das técnicas e da operação de gestão em serviços de saúde, atendendo aos critérios previstos no manual e nas normas específicas para aquisição e uso desses itens, incluindo regras diferenciadas para softwares.	Contagem simples dos recursos específicos alocados, classificados por tipo (material, equipamento, software) e verificados quanto à conformidade com os critérios normativos.	Termos de doação de equipamentos, registros patrimoniais e documentação comprobatória da aquisição ou cessão de softwares, com observância das regras específicas constantes no manual de gestão patrimonial e de TI.	Trimestral, com consolidação anual para verificar a permanência e a regularidade do uso dos recursos.	Disponibilizar pelo menos 10 recursos específicos (materiais, softwares e/ou equipamentos) de acordo com as regras de aquisição e uso definidas no manual do projeto e nas normas institucionais.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
26	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Atividade/processo	Quantidade de reuniões de avaliação e controle de progresso, com comprovação documental	Número total de reuniões formais realizadas para avaliar resultados parciais, monitorar indicadores e controlar o progresso do projeto, com registro em atas, listas de presença, fotos dos eventos e apresentações utilizadas.	Contagem simples das reuniões de avaliação efetivamente realizadas, conforme registro em atas, listas de presença e documentação fotográfica e de apresentações.	Atas de reuniões, listas de presença, registros fotográficos e arquivos das apresentações (ex.: PowerPoint) que comprovem a realização e o conteúdo discutido.	Trimestral, com consolidação anual para avaliar a regularidade e a qualidade das reuniões ao longo do ano.	Realizar pelo menos 6 reuniões de avaliação por trimestre, com documentação comprobatória completa (ata, lista de presença, fotos e apresentações).
27	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Atividade/processo	Quantidade de procedimentos hospitalares mapeados, com representação em mapa ou infográfico	Número total de processos ou procedimentos hospitalares identificados e descritos como parte do modelo de gestão desenvolvido, com registro visual em mapas de processo ou infográficos que evidenciem fluxos, responsáveis e etapas críticas.	Contagem simples dos procedimentos mapeados e representados graficamente, com base nos relatórios e nos mapas/infográficos produzidos.	Relatório de mapeamento acompanhado dos mapas ou infográficos correspondentes, que demonstrem de forma clara os fluxos e as responsabilidades.	Semestral	Mapear pelo menos 20 procedimentos hospitalares durante o período de execução, com comprovação por relatório e material gráfico (mapa ou infográfico).
28	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Atividade/processo	Quantidade de protocolos clínico-gerenciais desenvolvidos, com documentação formal	Número total de protocolos clínico-gerenciais elaborados no âmbito do projeto, acompanhados de modelos, diretrizes, guias ou manuais que descrevam de forma padronizada os procedimentos, fluxos e responsabilidades.	Contagem simples dos protocolos finalizados e oficialmente aprovados, considerando a existência de documentação completa (modelos, diretrizes, guias ou manuais).	Relatório da equipe técnica complementado pelos modelos, diretrizes, guias ou manuais dos protocolos desenvolvidos, devidamente arquivados e datados.	Semestral	Desenvolver pelo menos 5 protocolos clínico-gerenciais, cada um com documentação formal (modelo/diretriz/guia/manual) validada pela equipe do projeto.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
29	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Atividade/processo	Percentual de execução do cronograma do projeto, considerando o plano de trabalho ajustado	Percentual de atividades efetivamente realizadas em relação ao total de atividades previstas, com base no cronograma atualizado e no plano de trabalho ajustado quando houver revisões formais, refletindo o progresso real de execução do projeto.	$(\text{numero de atividades realizadas} / \text{numero de atividades previstas no cronograma ou plano de trabalho ajustado}) \times 100.$	Cronograma atualizado e plano de trabalho ajustado, devidamente validados pela coordenação do projeto, com registros que comprovem a execução de cada atividade.	Mensal, para acompanhamento contínuo do andamento do projeto.	Garantir pelo menos 90% das atividades realizadas em cada período de avaliação, tomando como base o cronograma atualizado e, quando aplicável, o plano de trabalho ajustado.
30	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Produto	Quantidade de manuais, diretrizes ou fluxogramas finalizados, especificando o tipo de entrega e a melhoria esperada	Número de instrumentos de organização da assistência — tais como manuais operacionais, diretrizes clínicas ou fluxogramas de processos — finalizados e validados, explicitando para cada documento o tipo de entrega (ex.: manual, guia, protocolo de fluxo) e a melhoria ou inovação que se espera alcançar no serviço de saúde.	Contagem simples do total de documentos finalizados, classificados por tipo (manual, diretriz, fluxograma) e vinculados às melhorias ou resultados esperados, conforme plano de trabalho do projeto.	Relatório final do projeto acompanhado dos próprios documentos produzidos (manuais, diretrizes, fluxogramas) e registros de validação/aprovação.	Semestral, com consolidação ao final do projeto.	Produzir pelo menos 10 documentos finalizados (manuais, diretrizes ou fluxogramas), identificando claramente a natureza de cada entrega e a melhoria prevista para os serviços de saúde



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
31	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Produto	Percentual de serviços hospitalares com adoção validada do modelo em seus fluxos assistenciais ou gerenciais	Proporção de serviços hospitalares que adotaram de forma efetiva e comprovada o modelo desenvolvido, incorporando-o em seus fluxos assistenciais ou gerenciais. A adoção deve ser comprovada por evidências documentais, tais como normas internas, registros operacionais, protocolos atualizados ou outros documentos que demonstrem a aplicação em escala real do modelo, diferenciando a participação pontual da implementação efetiva.	$(\text{numero de servicos hospitalares com a doc validada / numero total de servicos hospitalares envolvidos no projeto}) \times 100$ , considerando apenas aqueles com evidências formais de aplicação prática.	Documentação institucional das unidades de saúde (normas internas, registros operacionais, protocolos ou relatórios de auditoria) que comprove a adoção do modelo nos fluxos assistenciais ou gerenciais.	Semestral, com consolidação final ao término do projeto.	Alcançar pelo menos 5 serviços hospitalares com adoção validada do modelo, representando percentual mínimo de 80% das unidades participantes com evidência documental da implementação prática.
32	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Produto	Quantidade de protocolos validados e oficialmente aprovados para uso institucional	Número total de protocolos clínico-gerenciais formalmente aprovados para utilização nos fluxos operacionais da unidade hospitalar, com comprovação por ata de comitês internos, resoluções administrativas ou registro de inserção nos sistemas e processos assistenciais/gerenciais.	Contagem simples dos protocolos que possuam ata de aprovação e evidências de implementação (ex.: publicação em sistema interno, inclusão em fluxos de trabalho ou resoluções oficiais).	Atas de comitês internos, resoluções institucionais, registros de sistemas operacionais ou documentos de inserção do protocolo nos fluxos assistenciais e gerenciais, garantindo a comprovação da aprovação e do uso efetivo.	Semestral	Validar e aprovar pelo menos 5 protocolos, com comprovação documental de aprovação formal e de inclusão nos fluxos operacionais do hospital.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
33	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Produto	Percentual de serviços hospitalares que adotaram o modelo específico de gestão desenvolvido pelo projeto, com evidência de aplicação prática	Proporção de unidades ou serviços hospitalares que implementaram de forma efetiva o modelo de gestão definido no projeto (ex.: modelo de governança clínica, protocolo de fluxo assistencial, sistema informatizado de gestão de leitos ou outro modelo descrito no plano do projeto), comprovada por documentação institucional (normas internas, protocolos atualizados, registros operacionais ou relatórios de auditoria que evidenciem a utilização real). O projeto deve especificar claramente o tipo de modelo (ex.: gerenciamento de leitos, protocolo de alta segura, sistema de indicadores de qualidade, etc.), garantindo comparabilidade e granularidade entre iniciativas.	$(\text{numero de serviços que comprovadamente adotaram o modelo específico / numero total de serviços participantes do projeto}) \times 100$ , considerando apenas as unidades que apresentarem evidência documental de adoção prática.	Documentação institucional das unidades (normas internas, protocolos atualizados, registros de sistemas, atas de aprovação ou relatórios de auditoria) que comprove a adoção do modelo específico descrito no projeto.	Semestral, com consolidação ao final do projeto.	Alcançar pelo menos 80% das unidades participantes com adoção validada do modelo específico de gestão, conforme detalhado no plano do projeto e comprovado por documentação oficial.
34	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de curto prazo	Aumento do conhecimento da equipe, medido por avaliação pré e pós-treinamento com instrumentos padronizados	Percentual de crescimento do aprendizado médio da equipe participante do projeto, calculado a partir de avaliações aplicadas antes e depois do treinamento, utilizando instrumentos padronizados e adequados ao público-alvo. Os resultados devem ser desagregados por área temática abordada no treinamento e por perfil profissional (ex.: função, nível de formação, setor de atuação). Recomenda-se a aplicação de testes estatísticos simples (ex.: teste t pareado ou equivalente) para verificar a significância da diferença pré/pós.	$[(\text{média das notas pós-treinamento} - \text{média das notas pré-treinamento}) / \text{média das notas pré-treinamento}] \times 100$ , com desagregação por área temática e perfil profissional e, quando possível, aplicação de teste estatístico para significância.	Registros das avaliações pré e pós-treinamento realizadas em plataforma digital ou formulário padronizado, garantindo rastreabilidade e arquivamento dos resultados.	Ao final de cada treinamento.	Alcançar pelo menos 20% de crescimento médio no aprendizado entre as avaliações pré e pós, com análise desagregada por área temática e perfil profissional e comprovação estatística simples da diferença.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
35	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de médio prazo	Redução de retrabalho ou desperdícios, com definição objetiva e dados auditáveis	<p>Percentual de diminuição de procedimentos duplicados ou não conformes nos serviços de saúde beneficiados pelo projeto, com definição clara e prévia do que constitui “retrabalho” ou “desperdício” (ex.: exames repetidos sem justificativa clínica, duplicidade de registros, não conformidades em processos assistenciais ou administrativos).</p> <p>A aferição deve utilizar dados administrativos auditáveis, provenientes de sistemas de informação ou relatórios gerenciais, garantindo comparabilidade antes e depois da intervenção.</p>	$((\text{anterior} - \text{posterior}) / \text{anterior}) \times 100$ , aplicada apenas aos eventos que se enquadrem na definição objetiva adotada.	Bases administrativas e relatórios de auditoria das unidades participantes, incluindo registros de exames, prontuários, sistemas de gestão ou outros documentos que permitam verificação independente dos dados.	Entre 6 e 12 meses após a implementação do modelo ou intervenção, para captar resultados de médio prazo.	Obter pelo menos 10% de redução no retrabalho ou desperdício, conforme definição objetiva e verificação em dados auditáveis, no intervalo de 6–12 meses pós-implementação.
36	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de médio prazo	Melhor organização de processos, mediada por percepção da equipe com questionário estruturado e cruzamento com dados operacionais	<p>Percentual de unidades que relatam melhoria na organização dos processos de trabalho após a implementação do modelo de gestão, com base em questionário estruturado aplicado à equipe, utilizando escala validada (ex.: Likert de 5 pontos) e garantindo representatividade da amostra e anonimato dos respondentes.</p> <p>A análise dos resultados deve ser cruzada com dados operacionais objetivos (ex.: tempos de atendimento, número de não conformidades ou outros indicadores de desempenho) para fortalecer a inferência sobre a efetiva melhoria organizacional.</p>	% de respondentes satisfeitos > 80% com desagregação dos resultados por área/setor e cruzamento com indicadores operacionais selecionados.	Pesquisa estruturada junto às unidades, aplicada em plataforma que garanta anonimato e registro seguro, acompanhada de dados operacionais internos (ex.: indicadores de tempo de processo, conformidade ou produtividade) para validação cruzada.	Entre 6 e 12 meses após a implementação do modelo, para capturar resultados de médio prazo.	Alcançar que pelo menos 80% das unidades envolvidas relatem melhoria na organização de processos, com questionário estruturado, análise estatística descritiva e cruzamento dos resultados com indicadores operacionais.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
37	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de médio prazo	Agilidade na tomada de decisão clínica, medida pela redução do tempo médio de decisão	Percentual de diminuição no tempo médio necessário para decisões clínicas relevantes (ex.: definição de conduta, início de tratamento, liberação de alta), calculado a partir de registros confiáveis de tempo de resposta extraídos de sistemas informatizados de prontuário ou de monitoramento assistencial. A comparação deve considerar protocolos padrão e metas assistenciais da instituição, garantindo que a redução represente efetiva melhora na resolutividade do cuidado.	$((\text{tempo médio de decisão antes da intervenção} - \text{tempo médio de decisão depois da intervenção}) / \text{tempo médio de decisão antes da intervenção}) \times 100$ , com base em dados extraídos de sistemas informatizados e comparados às metas/protocolos padrão.	Registros hospitalares eletrônicos ou sistemas informatizados que contenham marcação temporal do processo decisório, além de protocolos padrão e metas assistenciais para referência comparativa.	Entre 6 e 12 meses após a implementação do modelo, permitindo observar resultados de médio prazo.	Alcançar pelo menos 20% de redução no tempo médio de tomada de decisão clínica, comprovada por dados de sistemas informatizados e em conformidade com protocolos padrão/metastenciais.
38	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de longo prazo	Melhoria da eficácia da assistência hospitalar, medida por indicadores padronizados e histórico comparativo	Percentual de melhoria em um ou mais indicadores padronizados de eficácia assistencial (ex.: taxa de mortalidade ajustada por risco, taxa de reinternação, tempo médio de permanência, taxa de infecção hospitalar) após a implementação do projeto, comparando resultados pré e pós-intervenção e controlando variáveis externas relevantes (perfil dos pacientes, mudanças sazonais, políticas públicas). Os indicadores utilizados devem, sempre que possível, ser oficiais e padronizados pelo SUS ou por entidades reconhecidas de qualidade em saúde.	$((\text{valores pós} - \text{valores pré}) / \text{valores pré}) \times 100$ com análise estatística simples e ajustes para variáveis externas, utilizando série histórica de, no mínimo, dois anos.	Bases de dados hospitalares e sistemas oficiais do SUS (ex.: SIH/SUS, CNES, e-SUS) ou outros bancos padronizados de indicadores de qualidade assistencial, complementados por registros internos quando necessário.	Entre 1 e 2 anos após a implementação, para permitir a consolidação dos efeitos de longo prazo.	Obter pelo menos 10% de melhoria em pelo menos um indicador padronizado de eficácia assistencial, considerando análise estatística e controle de variáveis externas.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
39	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de longo prazo	Sustentabilidade da nova organização: percentual de unidades que mantêm o modelo implantado após dois anos	Percentual de unidades de saúde que continuam utilizando, de forma efetiva e documentada, o modelo de gestão implementado, verificado dois anos após a conclusão do projeto. A comprovação deve ser feita por normativas internas, planos de ação institucionais, indicadores de desempenho mantidos por pelo menos 12 meses após o término do projeto, ou outros documentos que demonstrem a continuidade das práticas.	$(\text{unidades que permaneceram após 2 anos} / \text{total unidades}) \times 100$ considerando apenas as unidades que apresentarem evidências documentais de manutenção da prática.	Relatórios institucionais, normativas internas, planos de ação atualizados, registros de indicadores de desempenho ou outros documentos oficiais que comprovem a manutenção do modelo implantado.	Avaliação única realizada dois anos após a conclusão do projeto, podendo ser complementada por monitoramentos intermediários a partir de 12 meses para acompanhar a manutenção.	Avaliação única realizada dois anos após a conclusão do projeto, podendo ser complementada por monitoramentos intermediários a partir de 12 meses para acompanhar a manutenção.
40	Desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde	Resultado de longo prazo	Difusão de boas práticas: número de unidades adicionais que adotaram e institucionalizaram o modelo desenvolvido	Número de unidades ou serviços de saúde não participantes do projeto original que, até dois anos após a conclusão, passaram a utilizar o modelo desenvolvido como referência em seus próprios fluxos assistenciais ou gerenciais, com evidência de replicação adaptada e institucionalização local. A comprovação deve incluir documentação formal, como planos de implementação, atas de aprovação, protocolos incorporados e resultados comparáveis aos obtidos nas unidades pioneiras.	Contagem simples das unidades adicionais que adotaram e institucionalizaram o modelo, considerando apenas aquelas que apresentem evidências documentais de apropriação local e aplicação prática (planos de implementação, protocolos, indicadores de resultado).	Relatórios institucionais das unidades replicadoras  Planos de implementação e atas de aprovação  Documentos normativos internos (protocolos, fluxos de trabalho)  Indicadores de desempenho que demonstrem resultados comparáveis e sustentados.	Avaliação única dois anos após a conclusão do projeto, com possibilidade de monitoramento intermediário anual para identificar unidades em processo de adoção.	Alcançar pelo menos 5 novas unidades de saúde com adoção comprovada e institucionalizada do modelo em até dois anos após a conclusão do projeto, com evidências documentais de replicação adaptada e resultados comparáveis.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
41	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Insumo	Percentual de pesquisadores com experiência comprovada em Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) vinculados ao projeto	Proporção de pesquisadores formalmente vinculados ao projeto que possuem experiência comprovada em ATS, demonstrada por titulação acadêmica, especialização, produção científica ou atuação prévia em estudos de avaliação de tecnologias em saúde. Cada pesquisador deve apresentar documentação curricular validada (ex.: Lattes atualizado), termo de referência ou evidência de autoria técnica. O indicador avalia a capacidade científica e a credibilidade da equipe, elemento essencial para o alinhamento às diretrizes da CONITEC/SUS.	$(\text{numero de pesquisadores com experiência comprovada em ATS} / \text{numero total de pesquisadores vinculados ao projeto}) \times 100.$	Registros de RH ou Coordenação do projeto (contratos, termos de adesão)  Currículos validados (Plataforma Lattes ou equivalentes)  Termos de referência, publicações em revistas científicas ou evidências de autoria técnica.	Trimestral, com consolidação no final do primeiro ano para garantir que pelo menos 5 pesquisadores com experiência em ATS estejam formalmente vinculados.	Alcançar pelo menos 5 pesquisadores com experiência comprovada em ATS até o final do primeiro ano, correspondendo a no mínimo 70% da equipe de pesquisa, com documentação curricular validada e evidências de produção técnica.
42	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Insumo	Percentual do orçamento executado com conformidade técnico-financeira e vinculação às etapas do estudo de avaliação de tecnologia em saúde (ATS)	Proporção dos recursos financeiros efetivamente executados com comprovação de conformidade técnico-financeira (ex.: pareceres de auditoria, relatórios de conformidade) e vinculação direta às etapas previstas no plano de trabalho do estudo de avaliação de eficácia/custo-efetividade da tecnologia. Esse indicador verifica não apenas o gasto do orçamento, mas se a aplicação ocorreu de forma oportuna, estratégica e alinhada aos objetivos de ATS e à incorporação ao SUS.	$(\text{valor executado com comprovacao tecnicofinanceira e vinculacao as etapas previstas} / \text{valor total do orcamento aprovado}) \times 100.$	Relatórios financeiros e cronogramas físico-financeiros atualizados  Relatórios técnicos de avanço do estudo  Pareceres de conformidade ou auditoria  Documentos de aprovação da CONITEC ou instâncias equivalentes, quando aplicável.	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano para verificar o uso integral (ex.: R\$ 500.000) em conformidade com as etapas do estudo.	Alcançar 100% de execução do orçamento aprovado até o final do primeiro ano, com comprovação de conformidade técnico-financeira e vínculo a todas as etapas previstas no plano de trabalho.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
43	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Insumo	Percentual de fontes de dados utilizadas com cobertura epidemiológica, aplicabilidade à atenção especializada e potencial de orientar decisões de incorporação tecnológica no SUS	Proporção das fontes de dados (bases científicas, registros hospitalares, bancos administrativos e outras) empregadas no estudo que: atendem a critérios de qualidade metodológica (atualidade, integridade, validade e reprodutibilidade), possuem cobertura epidemiológica relevante para a tecnologia avaliada, apresentam aplicabilidade direta à atenção especializada e potencial de apoiar decisões de incorporação tecnológica no SUS, alinhadas às diretrizes da CONITEC, RENAME e PCDT, e integráveis a redes de atenção como RAS/RAU.	$\left( \frac{\text{número de fontes de dados que atendem a todos os critérios de qualidade, cobertura e aplicabilidade}}{\text{número total de fontes de dados utilizadas no estudo}} \right) \times 100.$	<p>Relatório da avaliação de tecnologia em saúde (ATS) com listagem e descrição detalhada de cada base de dados.</p> <p>Parecer técnico da equipe de análise metodológica, documentando a pertinência e a qualidade de cada fonte.</p> <p>Registros ou contratos de acesso a bases científicas, bancos epidemiológicos, registros hospitalares e bases administrativas (SUS, CNES, SIH, SIVEP, etc.).</p>	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano para verificar se pelo menos 10 fontes foram utilizadas e se a maioria atende aos critérios de qualidade e relevância epidemiológica.	<p>Utilizar pelo menos 10 fontes de dados até o final do primeiro ano.</p> <p>Garantir que <math>\geq 80\%</math> dessas fontes apresentem qualidade metodológica, cobertura epidemiológica e aplicabilidade à incorporação tecnológica no SUS, com documentação comprobatória.</p>

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
44	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Insumo	Percentual de métodos de avaliação utilizados com justificativa e alinhamento às diretrizes da CONITEC e OMS	Proporção dos métodos de avaliação empregados (modelos econômicos, revisões sistemáticas, métodos mistos, análises epidemiológicas) que apresentam justificativa explícita, coerência com os objetivos da avaliação e alinhamento às diretrizes nacionais e internacionais (CONITEC e OMS). Cada método deve demonstrar integração com dados do SUS (ex.: SIH, APAC, PCDT) e considerar desigualdades regionais, barreiras de acesso e perfis de uso na atenção especializada, garantindo aplicabilidade direta ao contexto nacional.	$(\text{numero de metodos que atendem a todos os criterios de justificativa, alinhamento e integracao} / \text{numero total de metodos utilizados}) \times 100$	Relatório metodológico do estudo; pareceres técnicos; registros de uso de bases de dados do SUS; documentação de análises econômicas e epidemiológicas.	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano.	Utilizar pelo menos 3 métodos específicos até o final do primeiro ano, garantindo que $\geq 80\%$ apresentem justificativa formal, integração com dados do SUS e alinhamento às diretrizes da CONITEC e da OMS.
45	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Atividade/processo	Percentual de reuniões multissetoriais com participação qualificada e contribuições incorporadas ao processo de avaliação	Proporção de reuniões realizadas com stakeholders-chave — incluindo gestores do SUS (federal, estadual e municipal), especialistas clínicos, profissionais da atenção especializada e representantes de usuários — em que: Houve registro sistematizado das contribuições apresentadas. Existe evidência de que essas recomendações foram incorporadas ao desenho da avaliação ou aos critérios de decisão para a tecnologia em análise. O indicador avalia o engajamento qualificado e a governança colaborativa, assegurando que a avaliação tecnológica reflita necessidades reais de gestão e clínica no SUS.	$(\text{reunioes com participacao qualificada e incorporacao} / \text{reunioes totais}) \times 100$	Atas das reuniões; listas de presença com perfil dos participantes; relatórios de sistematização de contribuições; documentos de atualização do plano de avaliação evidenciando a incorporação das recomendações.	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano.	Realizar pelo menos 6 reuniões até o final do primeiro ano e garantir que $\geq 80\%$ tenham participação qualificada e incorporação documentada das contribuições.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
46	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Atividade/processo	Percentual de relatórios parciais com análise qualificada e uso efetivo para decisão	<p>Proporção de relatórios parciais elaborados e compartilhados durante o projeto que:</p> <p>apresentam dados epidemiológicos atualizados;</p> <p>incluem análises intermediárias da efetividade da tecnologia em avaliação;</p> <p>trazem apontamentos específicos para a atenção especializada (ex.: integração com protocolos, fluxos de cuidado, uso de recursos);</p> <p>demonstram uso efetivo para ajustes metodológicos ou apoio à tomada de decisão em tempo real.</p>	$(\text{relatorios\_qualificados\_e\_utilizados} / \text{relatorios\_parciais\_totais}) \times 100$	Relatórios parciais da equipe técnica; registros de reuniões de acompanhamento; documentos que comprovem uso dos relatórios para ajustes metodológicos ou decisões intermediárias.	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano.	Produzir pelo menos 4 relatórios parciais até o final do primeiro ano, garantindo que $\geq 80\%$ contenham dados epidemiológicos atualizados, análises intermediárias de efetividade e evidências de uso para decisões ou ajustes metodológicos.
47	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Atividade/processo	Percentual de execução do cronograma com comprovação de qualidade técnica das entregas	<p>Percentual de atividades do projeto concluídas dentro do prazo previsto e com evidência de:</p> <p>qualidade técnica das entregas,</p> <p>aderência aos marcos da avaliação em saúde (ex.: análise de custo-efetividade, validação clínica, envolvimento de stakeholders),</p> <p>conexão com demandas do SUS, especialmente da atenção especializada. Esse indicador assegura que o cumprimento de prazos reflita avanço real e tecnicamente robusto da avaliação.</p>	$(\text{atividades\_realizadas\_no\_prazo\_e\_com\_qualidade} / \text{atividades\_previstas}) \times 100$	Cronograma atualizado; relatórios técnicos de cada etapa; pareceres de qualidade ou validação clínica; registros de reuniões com stakeholders; documentos que demonstrem integração com demandas do SUS.	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano.	Alcançar pelo menos 90% das atividades previstas concluídas dentro do prazo e com evidência de qualidade técnica e alinhamento aos marcos da avaliação em saúde e às demandas da atenção especializada.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
48	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Atividade/processo	Percentual de métodos de avaliação validados com critérios de aplicabilidade ao SUS	<p>Proporção de métodos de avaliação utilizados no projeto que foram formalmente aprovados pelo comitê técnico e que atendem a critérios objetivos de validação metodológica, incluindo:</p> <p>aplicabilidade à atenção especializada do SUS,</p> <p>uso de abordagens epidemiológicas atualizadas,</p> <p>incorporação de análises de custo-efetividade, impacto orçamentário e avaliação ética/organizacional,</p> <p>potencial de apoiar decisão pública de incorporação de tecnologia em saúde.</p>	(métodos validados com critérios SUS / métodos avaliados totais) x 100	Atas de aprovação do comitê técnico; pareceres de especialistas; relatórios metodológicos detalhando critérios de validação; documentos de análise econômica, epidemiológica e organizacional vinculados ao SUS.	Trimestral, com consolidação ao final do primeiro ano.	Validar pelo menos 3 métodos de avaliação até o final do primeiro ano, garantindo que $\geq 80\%$ atendam aos critérios de aplicabilidade ao SUS, com evidência de aprovação formal e documentação completa dos critérios metodológicos.
49	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Produto	Percentual de relatórios finais aprovados com potencial de uso em processos formais de decisão no SUS	<p>Proporção de relatórios finais produzidos pelo projeto que:</p> <p>foram aprovados formalmente pela instância competente;</p> <p>apresentam transparência metodológica (descrição completa dos métodos, dados e análises);</p> <p>têm potencial estratégico para governança pública em saúde, evidenciado por submissão ou uso em processos formais de decisão do SUS, como CONITEC, apoio à formulação de PCDT ou avaliação de impacto orçamentário;</p> <p>possibilitam reaplicação ou replicabilidade em outros contextos do SUS.</p>	(relatórios finais aprovados e com potenciais SUS / relatórios finais totais) 100	Relatórios finais do projeto; atas de aprovação; comprovantes de submissão ou uso em processos do SUS (ex.: protocolos CONITEC, pareceres de PCDT, estudos de impacto orçamentário); documentação metodológica completa.	Anual	Produzir pelo menos 1 relatório final aprovado ao final de cada ano, garantindo que $\geq 80\%$ apresentem transparência metodológica, potencial de reaplicação e evidência de uso ou submissão em processos formais de decisão no SUS (ex.: CONITEC, PCDT, avaliação de impacto orçamentário).

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
50	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Produto	Percentual de recomendações emitidas com evidência técnico-científica qualificada e aplicabilidade comprovada ao SUS	<p>Proporção de recomendações de adoção, não adoção ou adoção condicionada de tecnologias em saúde que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>apresentam fundamentação metodológica robusta, incluindo evidências clínicas, epidemiológicas, econômicas e organizacionais;</li> <li>contêm projeções de impacto para a atenção especializada e para as redes assistenciais do SUS;</li> <li>demonstram alinhamento com instrumentos formais de decisão, como CONITEC, PCDT, RENAME ou protocolos assistenciais regionais;</li> <li>comprovam aplicabilidade no processo decisório do SUS por meio de submissão, citação ou incorporação em políticas/fluxos assistenciais.</li> </ul>	$\frac{\text{(recomendações com evidência qualificada e aplicabilidade de SUS / recomendações emitidas totais)}}{x} \times 100$	Relatórios finais; pareceres técnicos; documentos de submissão ou registro em instâncias formais (CONITEC, PCDT, RENAME); análises econômicas e epidemiológicas; evidências de adoção em protocolos regionais ou redes assistenciais.	Anual	Emitir pelo menos 5 recomendações ao final de cada ano, garantindo que $\geq 80\%$ possuam evidência técnico-científica qualificada, projeção de impacto e comprovação de aplicabilidade no processo decisório do SUS.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
51	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Produto	Percentual de diretrizes ou protocolos específicos aprovados com participação técnica qualificada e evidência de aplicação prática	<p>Proporção de diretrizes ou protocolos elaborados para orientar o uso da nova tecnologia que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>foram aprovados por comissão institucional competente;</li> <li>tiveram participação efetiva de equipe técnica multidisciplinar (especialistas clínicos, gestores, profissionais da atenção especializada, representantes de usuários, quando pertinente);</li> <li>apresentam alinhamento com a prática real do serviço e com diretrizes nacionais do SUS (ex.: PCDT, CONITEC, RENAME);</li> <li>dispõem de evidências de aplicação ou implementação nos fluxos assistenciais ou gerenciais da instituição.</li> </ul>	$(\text{diretrizes aprovadas com participação qualificada e uso} / \text{diretrizes totais aprovadas}) \times 100$	Atas da comissão institucional; listas de presença de especialistas e demais participantes; versões finais das diretrizes ou protocolos; registros ou relatórios que comprovem aplicação prática nos serviços de saúde.	Anual	Produzir pelo menos 2 diretrizes ou protocolos aprovados ao final de cada ano, garantindo que $\geq 80\%$ apresentem participação técnica multidisciplinar, alinhamento às diretrizes nacionais do SUS e evidência de aplicação nos serviços.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
52	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Resultado de curto prazo	Percentual de aumento do conhecimento sobre a nova tecnologia entre stakeholders qualificados, medido por avaliação padronizada	<p>Percentual de crescimento do entendimento sobre custo-benefício, eficácia e aplicabilidade da nova tecnologia entre stakeholders previamente definidos (ex.: gestores do SUS em diferentes níveis, profissionais da atenção especializada, representantes de usuários e pesquisadores). A mensuração deve ser realizada por pesquisa estruturada pré e pós-estudo, com instrumentos validados que avaliem especificamente o conhecimento sobre a avaliação de custo-benefício e impacto no SUS. É obrigatório documentar:</p> <p>Critérios de seleção e perfil dos stakeholders incluídos,</p> <p>Questionário ou escala validada usada para medir o conhecimento,</p> <p>Procedimento de aplicação e análise estatística.</p>	$\left( \frac{\text{media pontuacao pos - media pontuacao pre}}{\text{media pontuacao pre}} \right) \times 100$	Registros da pesquisa pré e pós-estudo; questionários aplicados; base de dados das respostas; lista de stakeholders participantes com perfil e vínculo ao projeto.	Final do estudo	<p>Obter pelo menos 20% de crescimento médio de conhecimento entre stakeholders qualificados, garantindo:</p> <p>aplicação de instrumento validado,</p> <p>seleção transparente e documentada do público-alvo,</p> <p>análise estatística simples (ex.: teste t pareado) para comprovar significância.</p>

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
53	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Resultado de médio prazo	Percentual de unidades com adoção comprovada da nova diretriz no serviço	<p>Proporção de unidades de saúde que implementaram de forma efetiva a nova diretriz, com evidências documentais de uso real, tais como:</p> <p>protocolos ou fluxos assistenciais atualizados,</p> <p>registros em prontuário ou sistemas de informação,</p> <p>comprovação de capacitação das equipes,</p> <p>auditorias ou relatórios que demonstrem a incorporação da diretriz na rotina de atendimento.</p> <p>A simples distribuição do documento ou menção em reuniões não é considerada adoção.</p>	$(\text{unidades com evidência uso real} / \text{unidades alvo totais}) \times 100$	Relatórios hospitalares; registros de protocolos incorporados; atas de capacitação de equipes; auditorias internas ou externas; prontuários ou sistemas eletrônicos com evidência do uso da diretriz.	Entre 6 e 12 meses após a conclusão do estudo, permitindo tempo para implementação prática.	Alcançar pelo menos 70% de unidades-alvo com adoção comprovada da nova diretriz em até 12 meses, apresentando evidências documentais de aplicação no cuidado (protocolo em prática, capacitação, registros em prontuário).



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
54	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Resultado de médio prazo	Percentual de redução de custo e percentual de melhoria da assistência – mensurados separadamente	<p>Avalia dois componentes distintos para evitar confusão entre resultados financeiros e clínicos:</p> <p>Redução de custo: Percentual de diminuição dos custos diretos ou indiretos relacionados ao uso da tecnologia, comparando períodos antes e depois da intervenção, com base em dados financeiros auditáveis.</p> <p>Melhoria da assistência: Percentual de avanço em indicadores clínicos ou de qualidade assistencial (ex.: taxa de complicações, tempo médio de internação, taxa de reinternação), comparando períodos antes e depois da intervenção, com instrumentos validados e ajustados para variáveis de risco.</p> <p>Cada componente deve ser medido e reportado independentemente, permitindo que melhorias clínicas que impliquem maior custo não sejam tratadas como insucesso</p>	$\text{reducao custo} = \frac{((\text{custo medio antes} - \text{custo medio depois}) / \text{custo medio antes}) \times 100}{\text{melhoria\_assistencia} = \frac{((\text{indicador assistencia pos} - \text{indicador assistencia pre}) / \text{indicador assistencia pre}) \times 100}$	Registros financeiros hospitalares; sistemas de faturamento SUS; bancos de dados assistenciais (ex.: SIH/SUS, prontuário eletrônico); instrumentos validados de avaliação clínica e de qualidade.	Entre 6 e 12 meses após a implementação da tecnologia, permitindo mensuração do impacto econômico e clínico de médio prazo.	<p>Redução de custo: alcançar pelo menos 10% de redução média nos custos diretos/ indiretos auditáveis (quando a estratégia tiver objetivo de economia).</p> <p>Melhoria da assistência: alcançar pelo menos 10% de melhora em um ou mais indicadores clínicos de qualidade assistencial, independentemente da variação de custos.</p>

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
55	Avaliação e incorporação de tecnologia e operação em saúde	Resultado de médio prazo	Percentual de avaliações com incorporação institucional formalizada e nível de abrangência no SUS	<p>Proporção de avaliações de tecnologias em saúde cujos resultados foram formalmente incorporados a políticas, protocolos clínicos, instrumentos normativos ou fluxos de financiamento do SUS, com comprovação documental e classificação do nível de institucionalização, considerando:</p> <p>Âmbito da incorporação: local (unidade/município), estadual ou federal.</p> <p>Integração aos protocolos assistenciais e/ou regulatórios do SUS (ex.: PCDT, RENAME, CONITEC, portarias ministeriais).</p> <p>Potencial de replicabilidade, demonstrando possibilidade de adoção em outras redes ou regiões. Essa abordagem evita a limitação de um simples "sim/não" e permite aferir o grau de maturidade e abrangência da incorporação.</p>	$\frac{(\text{avaliacoes com incorporacao formal} / \text{avaliacoes concluidas}) \times 100}{\text{Complementar: registrar o nível de institucionalização (local, estadual, federal) para cada caso.}}$	Atos institucionais de incorporação (portarias, resoluções, normativas estaduais ou municipais); registros em PCDT, RENAME ou sistemas equivalentes; documentos de financiamento ou protocolos clínicos atualizados.	Entre 6 e 12 meses após a conclusão de cada avaliação, com reavaliação anual para acompanhar evolução de nível (ex.: de local para estadual/federal).	Alcançar que pelo menos 50% das avaliações concluídas resultem em incorporação institucional formalizada, com classificação mínima de nível local e evidências de integração a protocolos ou políticas do SUS.





Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
56	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Resultado de longo prazo	Percentual de melhoria em desfechos clínicos padronizados atribuíveis à nova tecnologia	<p>Percentual de variação positiva em desfechos clínicos claramente definidos e padronizados (ex.: taxa de mortalidade ajustada por risco, taxa de complicações, tempo médio de internação, reinternações evitáveis) diretamente relacionados à tecnologia avaliada. A medição deve garantir:</p> <p>seleção transparente e documentada do público-alvo,</p> <p>coleta de dados pré e pós com metodologia padronizada e comparável,</p> <p>análise estatística que controle fatores externos e comprove que a melhoria é atribuível à incorporação da tecnologia, não a variações aleatórias ou outros processos concomitantes.</p>	$\left( \frac{\text{valor medio desfecho pos} - \text{valor medio desfecho pre}}{\text{valor medio desfecho pre}} \right) \times 100$	Bases de dados hospitalares e/ou sistemas do SUS (ex.: SIH/SUS, e-SUS, prontuário eletrônico), protocolos clínicos que definem o desfecho, registros de auditoria e relatórios de análise estatística.	Entre 1 e 2 anos após a conclusão da avaliação, para permitir a consolidação dos efeitos de longo prazo.	Demonstrar pelo menos 10% de melhoria em um ou mais desfechos clínicos padronizados, com evidência de significância estatística e documentação completa da coleta de dados e dos critérios de ajuste.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
57	Avaliação e incorporação de tecnologias e operação em saúde	Resultado de longo prazo	Percentual de avaliações incorporadas de forma sustentável a processos institucionais permanentes	<p>Proporção de avaliações de tecnologias em saúde cujos resultados e métodos foram formalmente incorporados a processos institucionais permanentes de avaliação de novas tecnologias, com evidências de sustentabilidade, incluindo:</p> <p>Ato institucional oficial (portaria, resolução, norma interna) que determine a incorporação do processo de avaliação contínua.</p> <p>Previsão orçamentária ou fonte de financiamento recorrente para manter a atividade.</p> <p>Mudança em processo institucional (ex.: inclusão em regimento, fluxo de trabalho ou sistema de monitoramento) que garanta a continuidade prática e operacional da avaliação. Esse conjunto de critérios evita que a sustentabilidade seja apenas declaratória ou temporária.</p>	<p>(avaliacoes com incorporacao permanente / avaliacoes concluidas) x 100</p> <p>Complementar: registrar o nível e os mecanismos de sustentabilidade (ato formal, orçamento, mudança de processo).</p>	Atos institucionais (portarias, resoluções, normativas internas); registros de previsão orçamentária; documentos de alteração de processos ou regimentos; relatórios de monitoramento de avaliações permanentes.	Avaliação única 2 anos após a conclusão da avaliação, com revisões periódicas (ex.: a cada 2 anos) para verificar manutenção da sustentabilidade.	Alcançar que pelo menos 50% das avaliações concluídas tenham incorporação formal permanente, com ato institucional, previsão orçamentária e mudança documentada em processos internos que garantam continuidade.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
58	Avaliação e incorporação de tecnologia e operação em saúde	Resultado de longo prazo	Percentual de unidades externas que adotaram e implementaram a metodologia de avaliação, com evidência documental	Unidades externas que adotaram o e implementaram a metodologia apresentando evidências concretas, tais como: protocolo ou manual adaptado e aprovado internamente, capacitação formal das equipes, ato institucional declarando o uso do modelo em avaliações próprias, registros operacionais que demonstrem aplicação do método. A simples citação em relatórios ou menções informais não é considerada adoção.	$(\text{unidades com evidência adoção metodologia / unidades contatadas ou interessadas}) \times 100$	Relatórios institucionais das unidades replicadas; atas ou portarias de aprovação; registros de capacitação; protocolos internos adaptados; evidências operacionais de uso (ex.: bancos de dados, estudos de caso).	Avaliação única dois anos após a conclusão do estudo, podendo incluir verificação intermediária anual	Alcançar que pelo menos 30% das unidades contatadas ou interessadas apresentem evidência documentada de adoção da metodologia, com protocolo adaptado, capacitação da equipe e uso institucional declarado, comprovados por registros oficiais.
59	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Insumo	Quantidade de leitos hospitalares previstos/incluídos no serviço (capacidade física)	Número total de leitos hospitalares formalmente incluídos no serviço ou projeto, representando apenas a capacidade física disponível, independentemente da taxa de ocupação ou do uso real durante o período avaliado.	$\text{numero total de leitos previstos}$	Registro hospitalar oficial (cadastro da unidade, sistema de leitos, planilha de planejamento físico).	Trimestral	Garantir pelo menos 20 leitos previstos/incluídos até o início do primeiro ano de execução do projeto.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
60	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Insumo	Percentual de consultórios ambulatoriais habilitados e operacionais	<p>Proporção de salas/consultórios destinados ao serviço ambulatorial que estão efetivamente em funcionamento, com:</p> <p>equipamentos e materiais necessários disponíveis e em boas condições,</p> <p>equipe de profissionais designada,</p> <p>agenda ativa de atendimentos registrada em sistema ou livro de marcação.</p> <p>O indicador mede a capacidade real de oferta e não apenas a existência física dos consultórios.</p>	$(\text{consultorios com equipamentos pessoal e agenda ativa / consultorios totais previstos}) \times 100$	Inventário patrimonial atualizado; relatórios de recursos humanos; registros de agendamento ou sistema de marcação; vistorias físicas documentadas.	Trimestral	Garantir pelo menos 10 consultórios habilitados e operacionais até o início do primeiro ano, assegurando que $\geq 80\%$ mantenham equipamentos adequados, equipe designada e agenda ativa.
61	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Insumo	Percentual de profissionais alocados com função definida e compatível com o serviço	<p>Proporção de profissionais da equipe efetivamente designados para o serviço ambulatorial/hospitalar que possuem:</p> <p>descrição formal de funções (cargo e atribuições),</p> <p>compatibilidade entre perfil profissional e necessidade do serviço,</p> <p>registro de carga horária e unidade de atuação.</p> <p>O indicador mede a qualidade da alocação de recursos humanos, evitando metas baseadas apenas em quantidade.</p>	$(\text{profissionais com funcao definida / profissionais totais alocados}) \times 100$	Registros de RH e contratos de trabalho; portarias de designação; escalas de serviço; descrições de cargo e função; relatórios de gestão de pessoal.	Trimestral	Garantir pelo menos 30 profissionais alocados até o início do primeiro ano, assegurando que $\geq 90\%$ tenham função formalmente definida, carga horária registrada e perfil compatível com as necessidades do serviço.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
62	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Insumo	Percentual de execução orçamentária vinculada às entregas do serviço	<p>Proporção do orçamento destinado ao serviço hospitalar/ambulatorial que foi executado com comprovação de vínculo direto às entregas previstas, garantindo que os recursos foram aplicados em itens ou atividades que geram resultado assistencial ou estrutural para o serviço (ex.: contratação de equipe, aquisição de equipamentos, reformas necessárias).</p> <p>A execução financeira isolada não é suficiente: é necessário demonstrar a correspondência entre gasto e produto/resultado planejado.</p>	$\frac{\text{(valor gasto com entregas previstas / valor orçamento destinado)} \times 100}{100}$	Relatórios financeiros e contábeis; plano de trabalho e cronograma físico-financeiro; notas fiscais e comprovantes de pagamento vinculados às etapas do projeto; relatórios de entregas ou produtos.	Trimestral	Alcançar pelo menos 90% de execução orçamentária vinculada às entregas previstas no plano de trabalho até o início do primeiro ano, com comprovação documental de que os gastos se relacionam diretamente às metas e produtos do serviço.
63	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Atividade/processo	Quantidade de atendimentos ambulatoriais por tipo de procedimento	<p>Número de atendimentos realizados no serviço ambulatorial, classificados por categoria, tais como:</p> <p>consultas médico-especializadas,</p> <p>exames diagnósticos,</p> <p>procedimentos terapêuticos de baixa, média e alta complexidade.</p> <p>A separação por tipo evita a mistura de procedimentos de complexidade distinta que possa inflar o total e distorcer a análise da produção assistencial.</p>	$\text{consultas\_medicas} + \text{exames\_diagnosticos} + \text{procedimentos\_terapeuticos}$ <p>Apresentar também a distribuição percentual por categoria.</p>	Prontuários eletrônicos ou físicos; sistemas de agendamento e faturamento ambulatorial (ex.: BPA, SIA/SUS); relatórios de produção da unidade.	Trimestral, com apuração mensal do volume e da distribuição por tipo.	Alcançar pelo menos 500 atendimentos mensais até o final do primeiro ano, garantindo que 100% dos registros estejam classificados por categoria (consulta, exame, procedimento), com detalhamento de baixa, média e alta complexidade.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
64	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Atividade/processo	Quantidade de internações hospitalares ajustada por perfil de casos e capacidade da unidade	<p>úmero de internações mensais realizadas na unidade hospitalar, com desagregação obrigatória por:</p> <p>perfil clínico/complexidade (clínica médica, cirúrgica, obstétrica, UTI etc.),</p> <p>porte/capacidade instalada (ex.: leitos disponíveis),</p> <p>identificação de reinternações para não contabilizá-las como novos casos.</p>	$\frac{\text{internacoes validas mes} / \text{capacidade instalada de leitos} \times 100}{\text{Internações válidas} = \text{total de internações no período} - \text{reinternações do mesmo paciente no mesmo episódio clínico}}$	Prontuário eletrônico ou físico; Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS); registro de leitos habilitados; relatórios de alta hospitalar; auditorias internas para checagem de reinternações.	Trimestral, com apuração mensal para cálculo do percentual ajustado.	<p>Manter pelo menos 100 internações mensais ou taxa de ocupação compatível com <math>\geq 70\%</math> da capacidade de leitos, garantindo:</p> <p>registro do perfil dos casos por complexidade,</p> <p>identificação e exclusão de reinternações duplicadas.</p>
65	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Atividade/processo	Taxa de ocupação hospitalar ajustada e monitorada	<p>Percentual de leitos hospitalares efetivamente ocupados, calculado com base em número atualizado de leitos disponíveis, considerando que:</p> <p>valores muito altos (&gt;90% de forma sustentada) podem indicar sobrecarga assistencial,</p> <p>valores muito baixos (&lt;60%) podem indicar ociosidade ou subutilização.</p> <p>O indicador mede o equilíbrio entre demanda e capacidade, não devendo ser interpretado como “quanto maior, melhor”.</p>	$\frac{\text{leitos ocupados} / \text{leitos disponíveis atualizados} \times 100}{\text{Exigir conferência mensal do cadastro de leitos para garantir acurácia.}}$	Sistema de registro hospitalar (ex.: CNES, sistema de leitos interno), relatórios de ocupação diária, cadastros atualizados de leitos disponíveis.	Trimestral, com apuração mensal para identificar variações sazonais e períodos de sobrecarga.	Manter taxa de ocupação média entre 70% e 85% ao longo do primeiro ano, com atualização mensal do número de leitos disponíveis no sistema.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
66	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Atividade/processo	Tempo médio de espera para início do atendimento (por tipo de serviço)	Média de minutos decorridos entre a chegada/registro do paciente e o início efetivo do atendimento, classificada por tipo de serviço (urgência/emergência, ambulatorial eletivo, atendimento agendado). A medição depende de registros de horário confiáveis, com validação periódica, para evitar distorções.	$((\text{hora início atendimento} - \text{hora chegada}) / \text{número de atendimentos válidos})$ Desagregar por tipo de atendimento para cálculo e análise.	Registro hospitalar ou sistema de gestão de atendimentos, com horários de chegada e início do atendimento validados; planilhas de conferência da equipe de triagem.	Trimestral, com monitoramento contínuo e verificação mensal da qualidade do registro de horários.	Manter tempo médio de espera < 30 minutos até o final do primeiro ano, com registros auditados e resultados desagregados por tipo de atendimento (urgência, ambulatorial eletivo e agendado).
67	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Produto	Quantidade de pacientes únicos atendidos (com identificação individual)	Número de pacientes distintos que utilizaram o serviço ambulatorial/hospitalar no período, contabilizados por CPF ou prontuário único, garantindo que cada pessoa seja contada uma única vez, independentemente do número de consultas, exames ou procedimentos. A métrica deve ainda ser desagregada por complexidade de atendimento (baixa, média, alta) para evitar que atendimentos de curta duração distorçam a análise da produção assistencial.	$\text{contagem de CPFS ou prontuários únicos no período}$	Sistema de prontuário eletrônico ou físico com identificador único (CPF ou número de prontuário); relatórios consolidados de produção ambulatorial e hospitalar.	Trimestral, com verificação e duplicação mensal dos registros.	Atender pelo menos 5.000 pacientes únicos ao final do primeiro ano, com 100% de identificação por CPF ou prontuário único e classificação do atendimento por nível de complexidade.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
68	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Produto	Quantidade de procedimentos hospitalares, com desagregação por tipo e porte cirúrgico	Número total de procedimentos cirúrgicos e hospitalares específicos realizados, classificados por tipo (ex.: cirurgias eletivas, de urgência, diagnósticas, terapêuticas) e porte/complexidade (pequeno, médio, grande). A meta deve ser compatível com a capacidade instalada da unidade, considerando equipe, salas cirúrgicas e regime de funcionamento.	$\text{procedimentos total} = \text{procedimentos pequeno porte} + \text{procedimentos médio porte} + \text{procedimentos grande porte}$ Relatório deve apresentar distribuição percentual por tipo e porte.	Centro cirúrgico; sistema de agendamento e registro cirúrgico; prontuários e Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).	Trimestral, com auditoria mensal da classificação por porte e tipo de procedimento.	Realizar meta ajustada à capacidade da unidade (ex.: aproximadamente 500 procedimentos no primeiro ano, corrigida conforme número de salas e equipe disponível), com 100% dos registros desagregados por tipo e porte.
69	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Produto	Percentual de altas hospitalares de pacientes vivos (com critérios de inclusão definidos)	Proporção de pacientes internados que receberam alta hospitalar com vida, excluindo:  óbitos em qualquer fase da internação,  transferências para outros serviços,  saídas administrativas sem conclusão do tratamento.  Deve-se registrar o tipo de alta (alta médica por cura, alta por melhora, alta a pedido, etc.) e garantir padronização para evitar sobreposição com a taxa de mortalidade hospitalar.	$\frac{\text{altas vivas}}{\text{total internações elegíveis}} \times 100$	Registro hospitalar com campos obrigatórios de desfecho da internação e tipo de alta, auditados trimestralmente.	Trimestral, com conferência mensal da correta classificação das altas.	Alcançar $\geq 95\%$ de altas hospitalares de pacientes vivos até o final do primeiro ano, com 100% dos registros contendo tipo de alta e critérios de inclusão documentados.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
70	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de curto prazo	Satisfação do paciente com o atendimento (com análise por dimensões específicas)	<p>Percentual de pacientes que avaliaram o atendimento como satisfatório ou muito satisfatório, considerando dimensões padronizadas: tempo de espera, acolhimento, resolutividade e comunicação.</p> <p>A pesquisa deve utilizar instrumento validado (ex.: questionário Likert ou Net Promoter Score – NPS) e garantir aplicação anônima para maior fidedignidade.</p>	$\left( \frac{\text{número de pacientes satisfeitos ou muito satisfeitos}}{\text{total de respondentes}} \right) \times 100$	<p>Pesquisas de satisfação padronizadas e aplicadas após o atendimento, com registro eletrônico e segregação por segmento de análise.</p>	<p>Trimestral, com consolidação semestral para identificar variações e tendências.</p>	<p>Alcançar <math>\geq 80\%</math> de satisfação trimestral em cada segmento avaliado (tempo de espera, acolhimento, resolutividade, comunicação), com taxa de resposta <math>\geq 60\%</math> do total de pacientes atendidos no período.</p>
71	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de médio prazo	Redução da taxa de readmissão (diferenciando readmissões evitáveis e programadas)	<p>Percentual de pacientes que retornam ao hospital em até 30 dias após a alta por causas não programadas e potencialmente evitáveis.</p> <p>Excluem-se readmissões previamente agendadas (ex.: quimioterapia, cirurgia em etapas) ou retornos eletivos.</p>	$\left( \frac{\text{número de readmissões não programadas em até 30 dias}}{\text{total de altas no mesmo período}} \right) \times 100$	<p>Registro hospitalar, com checagem de prontuário para qualificar motivo da readmissão e identificar se foi programada ou evitável.</p>	<p>Anual, com análise intermediária semestral para identificar tendências e possibilitar ações corretivas.</p>	<p>Manter taxa de readmissão não programada <math>&lt; 10\%</math> até o final do primeiro ano, ajustando a meta conforme o perfil assistencial da unidade (ex.: complexidade, especialidade).</p>

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
72	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de médio prazo	Aumento da resolutividade	Percentual de casos atendidos que tiveram desfecho completo dentro da própria unidade, evitando transferência por falta de capacidade assistencial, segundo critérios clínicos previamente definidos (alta médica com estabilização e conclusão do tratamento).	$(\text{número de casos resolvidos internamente segundo critérios clínicos} / \text{total de atendimentos no período}) \times 100$	Relatório hospitalar, com registro de alta clínica e motivo da não transferência. Deve ser validado pelo corpo clínico e pelo setor de regulação/gestão.	Anual, com revisão semestral para acompanhamento de tendências.	Alcançar $\geq 90\%$ de resolutividade clínica até o final do primeiro ano, considerando apenas casos que atendam aos critérios de resolução previamente pactuados (ex.: protocolos de alta, estabilização em pronto-atendimento, conclusão de tratamento ambulatorial).
73	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de médio prazo	Redução da mortalidade hospitalar	Percentual de pacientes internados que evoluem para óbito durante a internação, estratificado por perfil assistencial (ex.: clínica médica, cirúrgica, UTI), para permitir análise comparativa ajustada à complexidade do hospital.	$(\text{número de óbitos hospitalares no período} / \text{total de pacientes internados no mesmo período}) \times 100$ , com cálculo separado por perfil assistencial (ex.: UTI, clínica médica, cirúrgica).	Registro hospitalar validado (Sistema de Informação Hospitalar/ SIH ou prontuário eletrônico), com classificação por tipo de unidade e perfil clínico.	Anual, com análises semestrais para monitoramento contínuo.	Manter a taxa de mortalidade ajustada dentro do padrão de referência nacional e do porte do hospital, considerando benchmarks por nível de complexidade (não apenas meta única de $<5\%$ ).



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
74	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de longo prazo	Melhoria da eficácia da assistência	Variação percentual positiva em desfechos clínicos previamente definidos (ex.: taxa de recuperação funcional, redução de complicações ou tempo médio de internação) entre o período pré-intervenção e pós-projeto, com controle de variáveis externas que possam influenciar os resultados.	$((\text{valor pós - valor pré}) / \text{valor pré}) \times 100$ , considerando desfecho clínico específico definido no plano de avaliação e ajustado por fatores de risco e perfil dos pacientes.	Indicadores hospitalares padronizados (ex.: SIH-SUS, prontuário eletrônico, registros clínicos auditáveis), acompanhados de documentação metodológica que detalhe critérios de inclusão, exclusão e variáveis de ajuste.	Trianal, com revisões intermédias anuais para monitoramento e ajustes.	Obter pelo menos 10% de melhoria no desfecho clínico médio previamente definido até o final do projeto, garantindo comparabilidade por meio de padronização de coleta e análise estatística (ex.: regressão ajustada por risco).
75	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de longo prazo	Sustentabilidade do modelo	Avalia se a unidade de saúde mantém, após o término do projeto, a capacidade de atender a mesma demanda assistencial de forma permanente, considerando critérios mínimos de sustentabilidade:  Financeira (previsão orçamentária institucional ou contratual);  Operacional (equipe própria suficiente e capacitada);  Infraestrutura (instalações, equipamentos e sistemas mantidos em pleno funcionamento);  Governança (ato institucional ou norma interna que formalize o modelo como rotina).	$\text{Percentual de serviços que, ao final do projeto, cumprem integralmente os critérios de sustentabilidade} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de serviços com comprovação dos 4 critérios}}{\text{total de serviços avaliados}} \times 100$ .	Relatório institucional auditável, atos normativos internos, documentos de previsão orçamentária e planos de manutenção.	Trianal, com revisão intermediária bianal para aferir manutenção dos critérios.	Alcançar pelo menos 1 serviço com comprovação formal de sustentabilidade $\geq 80\%$ dos critérios mínimos até o final do projeto.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
76	Serviços ambulatoriais e hospitalares	Resultado de longo prazo	Difusão da experiência	<p>Mede a expansão da prática ou modelo implantado para outras unidades de saúde, considerando adoção efetiva e não apenas interesse ou menção. Adoção é caracterizada quando a unidade:</p> <p>Formaliza a incorporação em ato institucional ou normativo;</p> <p>Demonstra uso operacional em protocolos ou rotinas clínicas;</p> <p>Realiza capacitação ou treinamento de sua equipe para aplicação do modelo.</p>	$(n^{\circ} \text{ de unidades com evidência documental de adoção} / n^{\circ} \text{ total de unidades alvo}) \times 100.$	Relatórios institucionais das unidades que replicaram o modelo, cópias de protocolos internos, registros de capacitações e atos normativos.	Trienal, com checagem intermediária bial para validar a continuidade da adoção.	Pelo menos 5 unidades externas com comprovação formal de adoção do modelo (protocolo institucional ou registro de capacitação) até o final do projeto.
77	Pesquisa de interesse público em saúde	Insumo	Proporção do orçamento executado com aderência ao plano de trabalho	Mede quanto do orçamento foi utilizado no período, discriminando por categoria de despesa e com vinculação às etapas previstas no plano de trabalho.	$(\text{valor executado validado} / \text{valor previsto}) \times 100,$ com desagregação por categoria de despesa.	Relatório financeiro do projeto acompanhado do plano de trabalho físico-financeiro.	Trimestral	Pelo menos 90% de execução orçamentária dentro das categorias previstas no plano, demonstrando conformidade técnico-financeira.
78	Pesquisa de interesse público em saúde	Insumo	Percentual de equipe contratada com perfil e carga horária adequados	Avalia a composição da equipe necessária para o projeto, considerando não apenas a contratação, mas também o alinhamento de perfil, qualificação e carga horária para execução das atividades previstas.	$(\text{número de profissionais contratados com perfil e carga horária compatíveis} / \text{número total de profissionais previstos}) \times 100$	Plano de trabalho, registros de RH e contratos de trabalho, incluindo descrição de cargos, tempo de contratação e comprovantes de qualificação.	Trimestral	Alcançar pelo menos 90% de profissionais contratados e ativos, com comprovação de perfil e carga horária compatíveis, durante todo o projeto.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
79	Pesquisa de interesse público em saúde	Insumo	Proporção de equipamentos adquiridos e efetivamente em uso	Verifica a disponibilidade e o uso efetivo da infraestrutura necessária à execução do projeto, considerando o tempo entre aquisição e entrada em operação e definindo claramente o que é "equipamento" (ex.: bens permanentes e materiais duráveis indispensáveis ao estudo).	$(\text{número de equipamentos adquiridos e em uso} / \text{número de equipamentos planejados}) \times 100$	Inventário patrimonial, registros de licitação/compra, termos de recebimento e laudos de instalação/uso.	Trimestral	Alcançar pelo menos 100% dos equipamentos planejados adquiridos e em funcionamento até o final do projeto.
80	Pesquisa de interesse público em saúde	Insumo	Índice de conformidade documental inicial	Mede se o projeto inicia com todos os documentos obrigatórios aprovados, considerando autorizações éticas, regulatórias e administrativas. Para projetos multicêntricos, deve-se incluir a aprovação em cada centro participante, especificando claramente o conjunto de documentos exigidos.	$(\text{número de documentos aprovados} / \text{número total de documentos exigidos}) \times 100$	Comitês de ética em pesquisa, registros administrativos e pareceres de aprovação de cada instituição participante.	Pré-início do projeto	Projeto somente considerado iniciado quando atingir 100% de conformidade documental exigida.
81	Pesquisa de interesse público em saúde	Atividade/processo	Taxa de coleta de dados realizada	Mede o progresso da coleta de dados primários em campo ou de bases secundárias, comparando o volume efetivamente coletado com o planejado. A meta deve considerar perdas aceitáveis, especificando previamente a taxa mínima de completude esperada para garantir validade estatística.	$(\text{número de instrumentos ou registros coletados} / \text{número total esperado}) \times 100$	Relatórios de campo / sistemas eletrônicos	Trimestral	Alcançar pelo menos a taxa mínima de coleta definida no plano de trabalho (por exemplo, $\geq 90\%$ ), considerando margem de perda aceitável previamente acordada com a equipe técnica e comitês de ética.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
82	Pesquisa de interesse público em saúde	Atividade/processo	Percentual de submissões ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) dentro do prazo	Avalia a agilidade e a conformidade ética do projeto, mensurando a proporção de submissões realizadas dentro dos prazos estipulados no cronograma. É fundamental especificar previamente o que caracteriza "prazo" e considerar que eventuais atrasos podem decorrer de fatores externos à equipe, como tempo de resposta dos comitês.	$(\text{número de submissões realizadas dentro do prazo} / \text{número total de submissões previstas}) \times 100$	Plataforma Brasil, cronograma oficial do projeto, registros de protocolo de submissão.	Trimestral	Alcançar, ao longo do projeto, pelo menos a meta definida (ex.: $\geq 95\%$ de submissões realizadas dentro do prazo estipulado), considerando justificativas documentadas para atrasos fora do controle da equipe.
83	Pesquisa de interesse público em saúde	Atividade/processo	Percentual de reuniões técnicas realizadas	Mede a frequência de acompanhamento da equipe de projeto por meio das reuniões técnicas programadas, considerando a execução de encontros com pauta definida, registro formal (ata) e lista de participantes.	$(\text{número de reuniões efetivamente realizadas} / \text{número de reuniões planejadas}) \times 100$	Atas de reunião assinadas, pautas aprovadas, lista de presença e calendário oficial do projeto.	Trimestral	Realizar pelo menos 2 reuniões técnicas a cada trimestre, com registro formal que inclua pauta, participantes e ata validada, garantindo rastreabilidade e transparência.





Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
84	Pesquisa de interesse público em saúde	Atividade/processo	Percentual de instrumentos validados	Verifica se os instrumentos da pesquisa (questionários, formulários, protocolos, ferramentas de coleta de dados) passaram por processo de validação técnica ou científica, conforme a natureza de cada instrumento.	$(\text{número de instrumentos validados} / \text{número total de instrumentos previstos}) \times 100$	Relatórios metodológicos do projeto, atas de validação, pareceres de comitês técnicos ou de especialistas, registros de pré-testes.	Trimestral	Alcançar 100 % dos instrumentos previstos com validação adequada (estatística, técnica ou por especialistas, conforme o tipo de instrumento) até a conclusão do projeto.
85	Pesquisa de interesse público em saúde	Produto	Nº de relatórios técnicos entregues	Mede a produção técnica formal do projeto, contabilizando os relatórios técnicos concluídos e protocolados conforme cronograma, com conteúdo mínimo padronizado (resultados, análises e evidências) que permita avaliação técnica.	Soma dos relatórios técnicos padronizados e protocolados dentro do período de referência	Relatórios do projeto com comprovante de protocolo e verificação do conteúdo mínimo exigido, registros administrativos do órgão executor.	Trimestral	Entrega regular e distribuída de pelo menos 1 relatório técnico padronizado e protocolado por trimestre, evitando acúmulo em um único período apenas para cumprir a meta.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
86	Pesquisa de interesse público em saúde	Produto	Nº de artigos submetidos a periódicos	Mede a produção científica gerada pelo projeto, contabilizando o total de artigos científicos submetidos a periódicos indexados, com registro do status de avaliação (em revisão, aceito, publicado) para cada submissão.	total de submissões realizadas aos periódicos. Observação: acompanhar também a proporção de artigos aceitos = (número de artigos aceitos / número de artigos submetidos) x 100	Plataforma Lattes dos pesquisadores, comprovantes de submissão e acompanhamento de status nos periódicos.	Anual	Pelo menos 100 % dos artigos previstos no plano de trabalho devem ser submetidos e ter status de avaliação acompanhado até o final do projeto. Recomenda-se também a meta de pelo menos 50 % de aceite até 12 meses após a submissão, quando aplicável.
87	Pesquisa de interesse público em saúde	Produto	Nº de apresentações em eventos científicos	Mede o compartilhamento dos resultados do projeto com a comunidade científica, contabilizando todas as apresentações realizadas em eventos científicos e também apresentações institucionais relevantes, desde que haja comprovação formal (ex.: certificado de participação ou inclusão em programação oficial).	total de apresentações realizadas	Programações oficiais dos congressos, certificados de apresentação, relatórios de viagem e registros institucionais equivalentes.	Anual	Pelo menos 100 % das apresentações previstas no plano de trabalho devem ser realizadas e comprovadas documentalmente (certificado ou programação oficial) até o final do projeto.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
88	Pesquisa de interesse público em saúde	Produto	Percentual de produtos entregues dentro do prazo	Avalia a aderência ao cronograma de execução, considerando apenas os produtos previamente definidos no plano de trabalho como entregáveis formais (ex.: relatórios técnicos, artigos, bases de dados finalizadas). "Prazo" deve ser claramente estabelecido em cada etapa, incluindo data-limite oficial e eventuais tolerâncias aprovadas.	$(\text{número de produtos entregues dentro do prazo} / \text{número total de produtos planejados}) \times 100$	Relatórios de acompanhamento do projeto, atas de validação das entregas e registros de protocolo com data de recebimento.	Trimestral	Alcançar, preferencialmente, pelo menos 90 % dos produtos entregues no prazo até o final do projeto, com evidências documentais de data de entrega. A meta pode ser ajustada conforme a complexidade do estudo e riscos identificados.
89	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de curto prazo	Taxa de disseminação dos resultados	Mede a proporção de instâncias que receberam os achados da pesquisa, considerando audiências, seminários, encontros ou oficinas que tenham público-alvo definido e registro de participação. Para qualificar o alcance, cada evento deve apresentar comprovação de público (ex.: lista de presença, certificação ou registro em ata) e breve descrição do nível de engajamento (ex.: perguntas, discussões, acordos).	$(\text{número de eventos de disseminação realizados} / \text{número de eventos planejados}) \times 100$	Atas de reuniões, relatórios de eventos, apresentações com comprovação de participação.	Anual	Alcançar pelo menos 60 % dos eventos de disseminação planejados no primeiro ano, com evidência documental de realização e qualificação mínima de engajamento dos participantes.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
90	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de curto prazo	Grau de satisfação dos gestores com os resultados	Mede a percepção de utilidade imediata dos resultados entregues, a partir da média das notas atribuídas pelos gestores em questionários de feedback. Para evitar viés, o feedback deve ser anônimo e o que será considerado “positivo” precisa ser previamente definido (por exemplo, notas ≥ 8 em escala de 0 a 10).	$(\text{número de avaliações consideradas positivas} / \text{número total de avaliações}) \times 100$	Questionários de feedback anônimos aplicados após a entrega dos resultados.	Anual	Alcançar mais de 80 % de avaliações positivas (por exemplo, notas iguais ou superiores a 8 em escala de 0–10) ao final do primeiro ano.
91	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de curto prazo	Percentual de recomendações adotadas no curto prazo	Mede a adoção imediata das evidências produzidas pelo projeto. Para reduzir subjetividade, devem ser estabelecidos critérios objetivos que definam “adoção”, como publicação de ato normativo, inserção em protocolo oficial, ou evidência documental de implementação no serviço.	$(\text{número de recomendações adotadas} / \text{total de recomendações emitidas}) \times 100$	Relatórios institucionais com comprovação documental (ex.: atas, portarias, protocolos) que confirmem a adoção.	Anual	Alcançar adoção de pelo menos 60 % das recomendações emitidas no primeiro ano, conforme critérios previamente definidos e comprovados documentalmente.
92	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de curto prazo	Percentual de gestores que acessaram os relatórios	Mede o alcance da distribuição do conhecimento, verificando se os gestores designados receberam e confirmaram o acesso aos relatórios. Para garantir que o acesso represente uso real da informação, recomenda-se combinar a confirmação técnica de recebimento com checagem amostral ou questionário de feedback, avaliando se o relatório foi lido ou utilizado.	$(\text{número de gestores com acesso confirmado} / \text{número total de gestores esperados}) \times 100$	Sistema de envio e confirmação eletrônica, complementado por registros de amostragem ou questionários de feedback.	Anual	Alcançar ao menos 60 % de gestores com acesso confirmado e evidência mínima de leitura ou uso dos relatórios até o final do primeiro ano.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
93	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de médio prazo	Proporção de políticas que referenciam os achados da pesquisa	Mede o grau de influência da pesquisa em normativas e políticas públicas, verificando a presença de citação explícita nos documentos oficiais e complementando com análise qualitativa de contexto ou entrevistas com formuladores de políticas para capturar influências não documentadas formalmente.	$(\text{número de documentos normativos que citam a pesquisa} / \text{total de documentos analisados}) \times 100$	Legislação, portarias, normativas e relatórios de análise qualitativa/entrevistas.	Bienal	Alcançar 70 % do total de políticas analisadas com referência ou evidência qualitativa de influência até o segundo ano do projeto.
94	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de médio prazo	Percentual de instituições que implementaram recomendações	Mede a aplicação prática dos achados da pesquisa, identificando o percentual de instituições-alvo que efetivamente incorporaram as recomendações apresentadas. Recomenda-se detalhar previamente no Plano de Trabalho quais ações ou mudanças caracterizam "implementação" para reduzir subjetividade.	$(\text{número de instituições que implementaram as recomendações} / \text{número total de instituições-alvo}) \times 100$	relatórios locais de implementação e entrevistas com gestores ou responsáveis técnicos.	Bienal	Alcançar 80% de instituições-alvo com evidências de implementação até o final do segundo ano do projeto.

Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
95	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de médio prazo	Número de projetos derivados ou de replicação da pesquisa original	Avalia a expansão e a continuidade do tema pesquisado, identificando novas iniciativas que utilizem a pesquisa inicial como base conceitual ou metodológica. Inclui projetos formalmente registrados ou comprovados por menções explícitas em documentos oficiais ou entrevistas com pesquisadores.	$(\text{projetos que citam ou comprovadamente derivam da pesquisa original} / \text{total de projetos identificados como potencialmente relacionados}) \times 100.$	Plataforma Lattes e demais registros de pesquisa  Relatórios institucionais e técnicos  Entrevistas com pesquisadores ou gestores que confirmem o vínculo  Menções explícitas em documentos ou publicações oficiais	Bienal	Alcançar 80% de projetos derivados ou replicações identificados até o final do segundo ano de acompanhamento.
96	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de médio prazo	Percentual de capacitações com conteúdo baseado nos achados da pesquisa	Avalia a difusão dos resultados da pesquisa por meio de ações de educação permanente em saúde. Considera apenas capacitações que comprovem a utilização efetiva do conteúdo da pesquisa, mediante análise amostral do material didático, para garantir que a menção ao estudo represente uso real e não apenas citação superficial.	$(\text{capacitações que utilizaram efetivamente o conteúdo da pesquisa} / \text{total de capacitações realizadas}) \times 100.$	Relatórios de capacitação, registros de cursos e validação amostral do material didático utilizado.	Bienal	Alcançar 90% de capacitações com conteúdo comprovadamente baseado na pesquisa até o final do segundo ano.



Cód	Tipo de projeto	Tipo de indicador	Indicador	Definição	Fórmula	Fonte de Dados	Frequência de avaliação	Métrica SMART
97	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de longo prazo	Mudança em indicadores de saúde relacionados ao tema da pesquisa	Avalia o impacto social de longo prazo da pesquisa por meio da variação em indicadores de saúde diretamente relacionados ao tema investigado. Considera-se a variação percentual desses indicadores após a implementação ou disseminação dos achados, com análise contextual para identificar fatores externos que possam influenciar os resultados.	$((\text{valor após a pesquisa} - \text{valor antes da pesquisa}) / \text{valor antes da pesquisa}) \times 100$ .	Sistema de Informações do SUS (SIH, SINAN, SIM ou outros bancos pertinentes ao tema).	Trienal	Observar variação superior a 20% no indicador de saúde relacionado ao tema da pesquisa até o final do terceiro ano do projeto.
98	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de longo prazo	Mudança nas práticas de gestão ou clínicas	Avalia se as práticas de gestão ou clínicas foram modificadas em decorrência direta dos achados da pesquisa. A verificação é feita por meio de pesquisa qualitativa com gestores e profissionais, acompanhada de critérios objetivos que descrevem o que caracteriza "mudança de prática".	$(\text{número de respondentes que relataram mudança de prática} / \text{número total de respondentes}) \times 100$ .	Entrevistas semiestruturadas, grupos focais, relatórios institucionais e, quando disponível, indicadores administrativos ou assistenciais que comprovem a mudança.	Trienal	Alcançar mais de 80% de avaliações positivas, combinadas, sempre que possível, com evidências quantitativas ou documentais de mudança de prática.
99	Pesquisa de interesse público em saúde	Resultado de longo prazo	Reconhecimento institucional ou premiações	Mede o reconhecimento público ou científico da relevância da pesquisa, considerando premiações, menções honrosas ou convites técnicos oficiais relacionados ao projeto.	contagem simples de premiações, menções honrosas ou reconhecimentos recebidos	Comunicações oficiais de instituições, registros de premiação, convites técnicos ou documentos equivalentes.	Trienal	Receber pelo menos 2 reconhecimentos formais ou convites técnicos relevantes até o final de três anos de execução do projeto.

## 16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No contexto do monitoramento e avaliação de programas governamentais associados à Política Nacional de Saúde e ao Sistema Único de Saúde (SUS), os modelos lógicos são ferramentas especialmente úteis. Eles permitem caracterizar o desempenho dos programas mediante um conjunto de indicadores, além de ajudarem a identificar possíveis falhas ou gargalos na execução do programa, facilitando a elaboração de estratégias de melhoria. Adicionalmente, eles contribuem para tornar transparente a lógica do programa, o progresso já realizado e como os recursos vêm sendo aplicados.

Os indicadores, sejam eles quantitativos ou qualitativos, definem o conjunto de variáveis monitoradas que irá determinar a evolução dos principais componentes do programa, bem como identificar as alterações advindas da intervenção realizada. Nesse sentido, os indicadores selecionados devem ser úteis para atender às demandas dos gestores e demais envolvidos no programa, além de serem robustos e confiáveis.

Existe uma diversidade de critérios que podem ser utilizados para guiar a seleção dos indicadores. Eles abrangem uma diversidade de abordagens relacionados à natureza dos indicadores (abordagem da estimação, abordagem da consistência, abordagem da validade dos construtos, abordagem dos efeitos comportamentais e organizacionais associados ao uso de indicadores e metas). Neste relatório, especificamente, o foco tem por base um conjunto de propriedades que combinam robustez técnica e capacidade de contribuir efetivamente para o processo decisório. Essas propriedades tornaram-se conhecidas pela adoção do acrônimo SMART. A utilização de indicadores estruturados com base nos critérios SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*) constitui prática consolidada em modelos contemporâneos de planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas.

Nessa seção foi apresentado um catálogo de indicadores materializado em uma matriz para que parceiros do MS apontem, na apresentação de suas propostas e planos de trabalho os indicadores que pretendem monitorar ao longo de sua execução. O catálogo é separado em 5 grandes áreas temáticas as quais entendemos que contemplam todas as iniciativas do tipo: 1) Capacitação de Recursos Humanos; 2) Desenvolvimento de Técnicas e Operação de Gestão em Serviços de Saúde.



de; 3) Avaliação e Incorporação de Tecnologias e Operação em Saúde; 4) Serviços Ambulatoriais e Hospitalares; 5) Pesquisas de Interesse Público em Saúde.

O catálogo de indicadores multiníveis propõe para cada tipo de projeto dos programas, termos e acordos de cooperação, que os indicadores serão divididos entre insumos, atividade/processos, produto e resultados de curto, médio e longo prazo. A matriz detalhará para cada indicador: Tipo de projeto, Tipo de indicador, Nome do indicador, Definição, Fórmula, Fonte de dados, Frequência de Avaliação e Métrica SMART. O acesso a esse catálogo de indicadores vai permitir que cada gestor de projetos em sua área temática possa escolher tipos de indicadores específicos.

Além das lacunas do modelo atual de monitoramento já apresentadas. A estrutura de governança proposta também enfrenta o desafio da “assimetria de capacidades” entre os diferentes atores. Para que a governança compartilhada funcione efetivamente, a proposta do SMI inclui programas de mentoria, treinamento cruzado entre instituições, ou a disponibilização de suporte técnico dedicado pelo DECOOP às Secretarias e outros parceiros com menor capacidade instalada.

Na seção seguinte será apresentado um mecanismo conhecido como, Comunidade de Prática, que constitui em uma plataforma capaz de fortalecer a aprendizagem interinstitucional, a gestão do conhecimento e a colaboração entre dos diferentes atores públicos. O desenvolvimento de uma Comunidade de Prática no contexto de determinados programas, ou acordos, tem relevância dada a complexidade do ambiente em que se encontram essas políticas, marcados por múltiplos níveis de governo e pela necessidade de articulação entre diferentes setores. O instrumento da Comunidade de Prática permite uma comunicação e a articulação mais eficiente entre os diferentes atores envolvidos no programa, fortalecendo, dessa forma, o modelo de governança compartilhada e multinível proposto.



# PARTE III: O EXEMPLO DA COMUNIDADE DE PRÁTICA

## 17. INTRODUÇÃO

A Proposta de Sistema de Monitoramento Integrado (SMI) para os programas, termos e acordos de cooperação apresentou alguns mecanismos de articulação e colaboração, com o objetivo central de delinear uma arquitetura de monitoramento que promova a efetividade, transparência, responsabilização e aprendizado contínuo no âmbito dos programas, termos e acordos de cooperação alinhados às necessidades estratégicas do SUS. Este relatório tem como objetivo apresentar o mecanismo da Comunidade de Prática e alguns casos aplicados desse modelo, tendo como objetivo aprimorar a governança, a comunicação e a articulação entre os diferentes atores envolvidos.

As entrevistas realizadas pela equipe do CEAG, por exemplo, apontam que o modelo atual de monitoramento dos projetos é marcado por uma forte fragmentação institucional, assimetria de capacidades, deficiências de comunicação e falta de padronização. Nesse sentido o modelo atual careceria de uniformidade, integração de dados e capacidade de geração de evidências úteis para a tomada de decisão.



O SMI proposto visa, portanto, superar as limitações atuais, estabelecendo uma governança clara, componentes interconectados e processos padronizados, porém flexíveis, para o monitoramento eficaz dos projetos. Tendo como princípios orientadores fundamentais: 1) Transparência e Responsabilização (Accountability); 2) Foco em Resultados e Impacto; 3) Melhoria Contínua e Aprendizagem Organizacional; 4) Participação e Colaboração de todos os atores (DECOOP, Secretarias, Hospitais Executores, Hospitais Beneficiados) nas diversas fases do monitoramento; 5) Padronização com Flexibilidade, estabelecendo processos e instrumentos padronizados para garantir comparabilidade e eficiência, mas com flexibilidade suficiente para se adaptar às diversas naturezas e contextos dos projetos.

A estrutura de governança proposta, embora clara em suas atribuições, enfrentará o desafio da “assimetria de capacidades” entre os diferentes atores. Para que a governança compartilhada funcione efetivamente, o SMI precisa incluir mecanismos ativos para nivelar essa capacidade. Isso pode envolver programas de mentoria, treinamento cruzado entre instituições, ou a disponibilização de suporte técnico dedicado pelo DECOOP às Secretarias e outros parceiros com menor capacidade instalada. Sem esse esforço proativo, a partilha de responsabilidades pode não se traduzir em uma partilha equitativa de poder e influência no sistema.

Dentro de uma concepção de governança compartilhada e multinível, alguns mecanismos de articulação e colaboração são apresentados dentro da proposta do SMI. Esses mecanismos são capazes de aprimorar a governança, a comunicação e a articulação entre os diferentes atores envolvidos, entre eles estão: os Comitês de Acompanhamento de Projetos (CAP), utilizados para projetos de maior complexidade ou estratégicos; a Comunidade de Prática, que consiste em uma plataforma para troca de ideias e experiências; e os Fluxos de Comunicação Claros, definidos por meio de uma plataforma digital integrada, com protocolos para escalonamento de questões, prazos para feedback e responsabilidades de resposta, visando superar a “comunicação deficiente”. Dentre estes mecanismos elencados acima, o presente relatório tem como objetivo aprofundar no entendimento do instrumento da Comunidade de Prática.

## 18. REFERENCIAL TEÓRICO – COMUNIDADES DE PRÁTICA (COP)

O conceito de Comunidades de Prática (CoP) foi desenvolvido por Etienne Wenger e Jean Lave na década de 1990 e descreve grupos de pessoas que se reúnem de forma espontânea e autogerida para compartilhar experiências, conhecimentos e resolver problemas relacionados a um domínio comum. Segundo Wenger, Mcdermott e Snyder (2002), uma CoP é formada por indivíduos que compartilham uma “expertise e paixão por um determinado tema”, e que aprendem continuamente por meio da interação e do engajamento mútuo.

A literatura sobre CoPs destaca três elementos estruturantes:

- **Domínio** – a área de interesse ou conhecimento comum que orienta as discussões e atividades da comunidade;
- **Comunidade** – o grupo de pessoas que interagem e constroem vínculos de confiança e identidade coletiva;
- **Prática** – o conjunto de experiências, métodos e saberes compartilhados que se desenvolvem e se transformam ao longo do tempo.

As CoPs se distinguem de equipes formais por sua natureza orgânica e informal. Elas não são criadas por imposição hierárquica, mas emergem da vontade dos membros em aprender e trocar saberes. Brown e Duguid (1991) ressaltam que, embora tradicionalmente vistas com desconfiança por gestores, as CoPs tornaram-se valorizadas à medida que o conhecimento passou a ser reconhecido como um ativo estratégico. São espaços que favorecem o aprendizado situacional, a socialização de novos membros por meio da participação periférica legitimada, e a inovação organizacional.

O caráter dinâmico das CoPs implica que elas evoluem constantemente, renovando-se à medida que produzem novos conhecimentos. Essa dinâmica é sustentada por relações de confiança e pela troca entre membros experientes e novatos. Além disso, a literatura reconhece as CoPs como fundamentais para a gestão do conhecimento, pois promovem tanto a criação quanto a difusão do saber tácito, aquele incorporado à prática e à experiência cotidiana, dentro das organizações e redes interinstitucionais.



Por outro lado, o artigo também aponta limitações e desafios, como: a desigualdade de poder entre membros antigos e novatos, a dificuldade de gestão pela informalidade, o risco de formalização excessiva e tensões entre autonomia comunitária e controle institucional. Ainda assim, Dalkir (2005) defende que, quando apoiadas de forma adequada — com “toques leves” de gestão —, as CoPs se tornam poderosos instrumentos de inovação e aprendizagem coletiva.

No campo das políticas públicas, as Comunidades de Prática representam uma estratégia eficaz para fortalecer a aprendizagem interinstitucional, a gestão do conhecimento e a colaboração entre atores públicos. Em ambientes complexos e dinâmicos, marcados por múltiplos níveis de governo e pela necessidade de articulação entre diferentes setores, as CoPs permitem construir pontes de diálogo e alinhar práticas em torno de objetivos comuns. A adoção de CoPs nesse contexto é justificada por diversos fatores:

- **Compartilhamento de experiências e boas práticas** – servidores e gestores podem trocar aprendizados sobre programas, metodologias e instrumentos de gestão, reduzindo redundâncias e erros recorrentes;
- **Inovação e aprendizado contínuo** – a interação entre profissionais de diferentes áreas fomenta soluções criativas e adaptadas às realidades locais.
- **Formação de Redes de Confiança** – CoPs fortalecem vínculos entre instituições, favorecendo a cooperação e a transparência;
- **Gestão do Conhecimento no Setor Público** – ajudam a sistematizar saberes tácitos e experiências acumuladas em políticas e programas, contribuindo para sua institucionalização;
- **Sustentabilidade das Políticas** – a troca contínua entre pares mantém viva a memória institucional e assegura que o aprendizado coletivo oriente decisões futuras.

Assim, as Comunidades de Prática em políticas públicas podem ser entendidas como instrumentos de governança colaborativa, capazes de conectar pessoas e instituições em torno da construção coletiva de soluções. Sua implementação não deve buscar o controle ou a formalização excessiva, mas sim cultivar espaços de confiança e autonomia, onde o aprendizado se torne parte orgânica da ação pública.

## 19. UMA VISÃO GERAL DO CONCEITO E SUAS APLICAÇÕES

As comunidades de prática são formadas por pessoas que se envolvem em um processo de aprendizagem coletivo em um domínio compartilhado do esforço humano. É tudo sobre pessoas. Essa é a essência da gestão pública com seus desafios diários. Nesse cenário, criar, partilhar e reter conhecimento institucional são fatores críticos de inovação no setor público. Uma das melhores maneiras de ativar tais fatores são as Comunidades de Prática, conceito desenvolvido por Lave e Wenger (1991), que as definem como grupos de pessoas que compartilham um interesse ou uma paixão por algo que fazem e aprendem a fazê-lo melhor à medida que interagem regularmente. E na era da Internet, temos as Comunidades de Prática Virtuais.

Neste espaço de comunicação a dúvida é legítima, o erro vira aprendizado, e os servidores deixam de ser apenas executores para se tornarem coprodutores de soluções públicas. A experiência é, antes de tudo, sobre pessoas. Pessoas que compartilham, aprendem e constroem juntas. O contexto é o de um setor público que, historicamente, opera em silos, com grande assimetria de informação.

Esta iniciativa propõe uma mudança significativa na forma como o conhecimento é gerido e compartilhado no governo. Observa-se um movimento de transição de repositórios estáticos de informação para plataformas dinâmicas, que promovem a interação contínua e a cocriação de soluções. Tal mudança detém o potencial de acelerar a curva de aprendizado organizacional, aprimorar a qualidade das políticas públicas e otimizar a tomada de decisão, ao transformar a comunicação informal, antes fragmentada, em um ativo de conhecimento estruturado e acessível.

O termo “comunidade de prática” é relativamente recente, embora o fenômeno a que se refere seja antigo. Um número crescente de pessoas e organizações em diversos setores está agora considerando as comunidades de prática como uma ferramenta fundamental para melhorar seu desempenho, consideram úteis como uma abordagem para o conhecimento e a aprendizagem.

As comunidades desenvolvem suas práticas por meio de diversas atividades como resolução de problemas; pedido de informações;



busca de experiência; reutilização de recursos; coordenação e sinergia; construção de argumento; crescente confiança; discutindo novos desenvolvimentos; documentando projetos; visitas; identificar lacunas de competência.

As comunidades de prática não são chamadas assim em todas as organizações. Elas são conhecidas por vários nomes, como redes de aprendizagem, grupos temáticos ou clubes de tecnologia. Embora todas possuam os três elementos de um domínio, uma comunidade e uma prática, elas se apresentam em diversas formas. Algumas são bastante pequenas; outras são muito grandes, frequentemente com um grupo central e muitos membros periféricos. Algumas são locais e outras abrangem o mundo todo. Algumas se reúnem principalmente presencialmente, outras predominantemente online. Algumas estão inseridas em uma organização e outras incluem membros de várias organizações. Algumas são formalmente reconhecidas, muitas vezes com apoio financeiro; e algumas são completamente informais e até mesmo invisíveis (Correia, 2007).

Cientistas sociais têm utilizado versões do conceito de comunidade de prática para diversos fins analíticos, mas a origem e o uso principal do conceito estão na teoria da aprendizagem. O antropólogo Jean Lave e Étienne Wenger cunharam o termo enquanto estudavam o aprendizado como modelo de aprendizagem. Geralmente, pensa-se em aprendizado como uma relação entre um aluno e um mestre, mas estudos sobre o tema revelam um conjunto mais complexo de relações sociais. O termo comunidade de prática foi cunhado para se referir à comunidade que atua como um currículo vivo para o aprendiz. Uma vez que o conceito foi articulado, começamos a ver essas comunidades em todos os lugares, mesmo quando não existia um sistema formal de aprendizado. A prática em uma comunidade é dinâmica e envolve a aprendizagem de todos.

O conceito de comunidade de prática encontrou diversas aplicações práticas em negócios, design organizacional, governo, educação, associações profissionais, projetos de desenvolvimento e vida cívica. O conceito foi adotado mais prontamente por pessoas no mundo dos negócios devido ao reconhecimento de que o conhecimento é um ativo crítico que precisa ser gerenciado estrategicamente. As comunidades de prática forneceram uma nova abordagem, focada nas pessoas e nas estruturas sociais que lhes permitem aprender umas com as outras.

Diversas características desse mecanismo de comunicação e aprendizagem explicam o grande interesse em comunidades de prática como um veículo para o desenvolvimento de capacidades estratégicas nas organizações:

- As comunidades de prática permitem que os profissionais assumam a responsabilidade coletiva pela gestão do conhecimento de que precisam, reconhecendo que, dada a estrutura adequada, eles estão na melhor posição para fazê-lo.
- As comunidades entre profissionais criam uma ligação direta entre aprendizagem e desempenho, porque as mesmas pessoas participam em comunidades de prática, em equipes e em unidades de negócio.
- Os profissionais podem abordar os aspectos tácitos e dinâmicos da criação e partilha de conhecimento, bem como os aspectos mais explícitos.
- As comunidades não são limitadas por estruturas formais: elas criam conexões entre pessoas que ultrapassam fronteiras organizacionais e geográficas.

Dessa perspectiva, o conhecimento de uma organização reside em uma constelação de comunidades de prática, cada uma cuidando de um aspecto específico da competência que a organização necessita. Contudo, as mesmas características que tornam as comunidades de prática adequadas para a gestão do conhecimento — autonomia, orientação para a prática, informalidade, transposição de fronteiras — são também características que as tornam um desafio para as organizações hierárquicas tradicionais em diferentes domínios.

O conceito de comunidade de prática está influenciando a teoria e a prática em muitos domínios. Tendo origem nos estudos de aprendizagem profissional, o conceito foi apropriado por empresas interessadas em gestão do conhecimento e progressivamente encontrou espaço em outros setores. Tornou-se agora a base de uma perspectiva sobre o conhecimento e a aprendizagem que orienta os esforços para criar sistemas de aprendizagem em vários setores e em diferentes escalas, desde comunidades locais a organizações individuais, parcerias, cidades, regiões e o mundo inteiro.



**Governo.** Assim como as empresas, as organizações governamentais enfrentam desafios de conhecimento cada vez mais complexos e abrangentes. Elas adotaram comunidades de prática por razões semelhantes, embora a formalidade da burocracia possa dificultar o compartilhamento aberto de conhecimento. Além das comunidades internas, existem problemas governamentais típicos, como educação, saúde e segurança, que exigem coordenação e compartilhamento de conhecimento entre os diferentes níveis de governo. Nesses setores também, as comunidades de prática prometem viabilizar conexões entre pessoas em diferentes estruturas formais. E, também nesses setores, existem desafios organizacionais substanciais a serem superados.

**Educação.** Escolas e distritos são organizações por si só e também enfrentam desafios crescentes em relação ao conhecimento. As primeiras aplicações de comunidades de prática foram na formação de professores e no fornecimento de acesso a colegas para administradores isolados. Há uma onda de interesse nessas atividades de desenvolvimento profissional entre pares. Mas, no setor educacional, a aprendizagem não é apenas um meio para um fim: é o produto final. A perspectiva das comunidades de prática é, portanto, relevante também nesse nível. No mundo dos negócios, focar em comunidades de prática adiciona uma camada de complexidade à organização, mas não muda fundamentalmente a essência do negócio.

**Associações.** Um número crescente de associações, profissionais e não profissionais, busca maneiras de priorizar o aprendizado por meio da reflexão sobre a prática. Seus membros estão inquietos e sua lealdade é frágil. Elas precisam oferecer atividades de aprendizado de alto valor. As atividades de aprendizado entre pares, típicas das comunidades de prática, oferecem uma alternativa complementar aos cursos e publicações mais tradicionais.

**Setor social.** No âmbito cívico, observa-se um interesse crescente na construção de comunidades entre profissionais. No mundo das organizações sem fins lucrativos, por exemplo, as fundações reconhecem que a filantropia precisa se concentrar em sistemas de aprendizagem para aproveitar ao máximo os projetos financiados. Mas os profissionais buscam conexões entre pares e oportunidades de aprendizado, com ou sem o apoio de instituições. Isso inclui o desenvolvimento econômico regional, com comunidades intrarregionais em diversas áreas, bem como o aprendizado inter-regional com comunidades que reúnem profissionais de várias regiões.

**Desenvolvimento internacional.** Há um reconhecimento crescente de que o desafio dos países em desenvolvimento reside tanto na questão do conhecimento quanto na questão financeira. Muitas pessoas acreditam que uma abordagem baseada em comunidades de prática pode fornecer um novo paradigma para o trabalho de desenvolvimento. Essa abordagem enfatiza a construção de conhecimento entre os profissionais da área. Algumas agências de desenvolvimento agora enxergam seu papel como facilitadoras dessas comunidades, em vez de meras provedoras de conhecimento.

**A web.** Novas tecnologias como a internet ampliaram o alcance de nossas interações para além das limitações geográficas das comunidades tradicionais, mas o aumento do fluxo de informações não elimina a necessidade de comunidade. Na verdade, expande as possibilidades de comunidade e exige novos tipos de comunidades baseadas em práticas compartilhadas.

## Mitos em torno da Comunidade de Prática

A diversidade de tipos de comunidades em diferentes setores demonstra que não existe uma fórmula única, apesar de algumas afirmações feitas a respeito. Apresentamos aqui algumas das afirmações ou “mitos” que ganharam certa notoriedade, em parte devido à interpretação de textos teóricos iniciais sobre o tema.

### 1. As comunidades de prática são sempre auto-organizadas

Algumas comunidades se auto-organizam e são muito eficazes. Mas a maioria das comunidades precisa de algum trabalho de desenvolvimento para garantir que seus membros obtenham um bom retorno pelo seu tempo.

### 2. Em uma verdadeira comunidade de prática, não existem líderes

Na maioria das vezes, isso não é verdade. Em muitas comunidades de prática, decisões precisam ser tomadas, condições precisam ser estabelecidas e conversas estratégicas precisam acontecer.



### **3. As verdadeiras comunidades de prática são informais**

Existem muitas comunidades de prática informais. E também existem muitas formais. Quanto mais intencionalmente elas forem usadas para desenvolver a capacidade estratégica de uma organização ou causa, maior a probabilidade de terem que passar por algum processo formal para serem reconhecidas como tal.

### **4. O papel de uma comunidade de prática é compartilhar o conhecimento existente**

Em parte, sim. A experiência que as pessoas têm para compartilhar é claramente importante. Mas as comunidades de prática também inovam e resolvem problemas. Elas inventam novas práticas, criam novos conhecimentos, definem novos territórios e desenvolvem uma voz coletiva e estratégica.

### **5. Uma boa mediação é tudo o que é preciso para que os membros participem**

Nem sempre, uma condução do grupo é muito importante. Mas existem muitos outros motivos pelos quais as pessoas podem estar motivadas à participar. O tema precisa ser relevante e prioritário para os membros. O valor da participação geralmente precisa ser reconhecido pela organização. Os membros precisam ver os resultados da sua participação e ter a sensação de que estão obtendo algo em troca.

## 20. JUSTIFICATIVA PARA O USO DE COMUNIDADES DE PRÁTICA EM POLÍTICAS PÚBLICAS

No campo das políticas públicas, as Comunidades de Prática representam uma estratégia eficaz para fortalecer a aprendizagem interinstitucional, a gestão do conhecimento e a colaboração entre atores públicos. Em ambientes complexos e dinâmicos, marcados por múltiplos níveis de governo e pela necessidade de articulação entre diferentes setores, as CoPs permitem construir pontes de diálogo e alinhar práticas em torno de objetivos comuns. A adoção de CoPs nesse contexto é justificada por diversos fatores:

### **Compartilhamento de experiências e boas práticas**

Servidores e gestores podem trocar aprendizados sobre programas, metodologias e instrumentos de gestão, reduzindo redundâncias e erros recorrentes;

### **Inovação e aprendizado contínuo**

A interação entre profissionais de diferentes áreas fomenta soluções criativas e adaptadas às realidades locais;

### **Formação de redes de confiança**

As CoPs fortalecem vínculos entre instituições, favorecendo a cooperação e a transparência;

### **Gestão do conhecimento no setor público**

Ajudam a sistematizar saberes tácitos e experiências acumuladas em políticas e programas, contribuindo para sua institucionalização;

### **Sustentabilidade das políticas**

A troca contínua entre pares mantém viva a memória institucional e assegura que o aprendizado coletivo oriente decisões futuras. Assim, as Comunidades de Prática em políticas públicas podem ser entendidas como instrumentos de governança colaborativa, capazes de conectar pessoas e instituições em torno da construção coletiva de soluções. Sua implementação não deve buscar o controle ou a formalização excessiva, mas sim cultivar espaços de confiança e autonomia, onde o aprendizado se torne parte orgânica da ação pública.



## **Exemplo dos Desafios da Comunidade de Prática e Sugestões para o seu uso no âmbito do Programa Proadi/SUS**

Na prática, observa-se que leva tempo para as pessoas mudarem e se engajarem em um projeto como esse. No início do há receio dos participantes em se manifestarem, em darem opinião, ou chamarem atenção para eventuais problemas das suas unidades, podendo julgá-la como uma exposição arriscada, ao mesmo tempo que poderia atrair para si os ‘olhares dos órgãos de controle’.

Para diminuir a resistência da comunidade à participação, torna-se necessário o intenso esforço de liderança, materializado em respostas rápidas e efetivas às postagens, desenvolvendo senso de utilidade, confiança e credibilidade do grupo como espaço de gestão do conhecimento prático e aplicado, um espaço democrático, seguro e respeitoso, uma verdadeira comunidade de prática.

A aplicação de uma abordagem de aprendizagem baseada na comunidade em organizações possibilita superar a cultura do “sempre foi assim”, uma barreira comum a processos de mudança na administração pública, também se aplica à adoção e ao uso efetivo de novas ferramentas colaborativas e à implementação de práticas inovadoras discutidas nas redes.

Entre os desafios implícitos nas discussões e na natureza dessas plataformas, pode-se destacar a necessidade de manter o engajamento e a qualidade das contribuições à medida que as redes crescem em número de participantes e volume de interações. A garantia de atualização constante frente às frequentes mudanças normativas é outro ponto crítico, a partir de uma percepção de um aprendizado que se prolonga ao longo do tempo.

Um desafio operacional importante também reside em transformar o vasto conhecimento gerado nas discussões em formatos ainda mais acessíveis e práticos, como guias consolidados, seções de perguntas frequentes (FAQ) bem estruturadas, construindo bases de conhecimento que transcendam o formato de um simples fórum.

A aplicação de uma abordagem de aprendizagem baseada na comunidade em organizações.

## 21. COMUNIDADES DE PRÁTICA COMO ESTRATÉGIA PARA SUPERAR GARGALOS DE COMUNICAÇÃO EM PROGRAMAS E ACORDOS DE COOPERAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Os programas e acordos de cooperação do Ministério da Saúde, como PROADI-SUS, PRONON, PRONAS/PCD e os diversos ACTs coordenados pelo DECOOP, operam em uma estrutura multiator, em que os envolvidos participam da formulação, execução e monitoramento das iniciativas. Essa rede complexa, marcada por assimetrias institucionais e fluxos informais de comunicação, apresenta desafios recorrentes de coordenação, alinhamento estratégico e continuidade da informação. A análise das entrevistas mostra que a comunicação fragmentada, a informalidade dos canais, a baixa previsibilidade das interações, o pouco planejamento conjunto e a ausência de espaços de troca estruturados comprometem tanto a implementação quanto a capacidade de monitoramento e avaliação dos projetos.

Nesse contexto, a adoção de Comunidades de Prática (CoPs) surge como uma ferramenta estruturante capaz de enfrentar diretamente essas limitações, criando um ambiente permanente, orgânico e confiável para troca de conhecimento, coordenação entre pares e alinhamento técnico entre os múltiplos atores envolvidos. Diferentemente de reuniões eventuais ou de grupos informais de WhatsApp, uma CoP gera rotinas de interação previsíveis, com processos de aprendizagem contínua, identificação de problemas, compartilhamento de soluções e construção de entendimento comum sobre diretrizes, papéis e resultados esperados. Uma Comunidade de Prática voltada aos programas e acordos de cooperação permitiria então:

### 1. Estruturar fluxos regulares e formais de comunicação

As entrevistas indicam que a comunicação atual é informal, reativa e descentralizada, muitas vezes limitada a avisos de última hora, encontros com muitos participantes e pouca troca significativa. A CoP criaria um espaço estável e recorrente de interação, com agendas planejadas,



pautas claras e mecanismos de registro das discussões, evitando a dependência de canais improvisados. Isso aumenta a previsibilidade das atividades para hospitais públicos, reduz sobrecarga e melhora o engajamento das equipes.

## **2. Promover alinhamento estratégico entre secretarias, hospitais privados e hospitais públicos**

A natureza multiator dos programas exige visões compartilhadas sobre prioridades, escopos e métricas. A CoP favorece a construção coletiva de interpretações e práticas, diminuindo o risco de aprovação de projetos desalinhados com as necessidades reais do SUS ou com capacidades instaladas nos hospitais. Também reduz disparidades como aquelas observadas entre hubs privados que se comunicam diretamente com o MS e hospitais públicos que dependem de mediação da EBSERH.

## **3. Fortalecer a integração entre áreas e reduzir a fragmentação institucional**

A análise revelou que secretarias sobrecarregadas e com alta rotatividade tendem a concentrar esforços em demandas emergenciais, enquanto os hospitais enfrentam dificuldades para acessar orientações claras ou interlocutores estáveis. Uma CoP permite criar um espaço horizontal no qual o conhecimento é distribuído, equipes aprendem em conjunto e se reduzem ruídos gerados por mudanças frequentes de pessoal.

## **4. Consolidar um sistema coletivo de aprendizagem e monitoramento**

Os desafios identificados incluem falta de monitoramento contínuo, dificuldade de solicitar ajustes, pouca flexibilidade e ausência de sistemas de comunicação integrados. A CoP pode funcionar como um ambiente em que:

- problemas emergentes são identificados de forma precoce;
- ajustes são discutidos com maior rapidez;

- boas práticas de monitoramento e avaliação são compartilhadas;
- hospitais públicos e privados aprendem uns com os outros, reduzindo assimetrias de capacidade técnica.

## **5. Criar confiança e fortalecer a governança das parcerias**

A ambivalência identificada nas entrevistas, entre reconhecimento dos benefícios e frustração com processos, sinaliza a necessidade de espaços de diálogo legítimos, nos quais as responsabilidades são compreendidas e negociadas. CoPs promovem pertencimento institucional e reduzem inseguranças geradas por decisões unilaterais, redistribuições de projetos ou mudanças inesperadas impostas por intermediários, como a própria EBSEH.

## **6. Integrar hospitais como “laboratórios vivos” e secretarias como formuladoras de diretrizes**

A CoP pode transformar a relação entre secretarias e hospitais em via dupla de produção de conhecimento:

- as secretarias utilizam dados e experiências dos hospitais para formular políticas mais realistas e executáveis;
- os hospitais recebem suporte regulatório, financeiro e técnico para aplicar inovações, testar pilotos e institucionalizar práticas.

## **7. Reduzir redundâncias, aprimorar coordenação e melhorar a efetividade dos programas e acordos**

A fragmentação das ações e a existência de “programas concorrentes” no interior dos hospitais mostram a necessidade de um espaço transversal de articulação. A CoP possibilita enxergar sinergias, evitar sobreposição de agendas, alinhar cronogramas e permitir que diferentes projetos se retroalimentem, promovendo uma lógica sistêmica no âmbito do DECOOP/MS.

Diante dos gargalos identificados, comunicação informal e assimétrica, baixa integração entre áreas, pouca previsibilidade das inte-



rações, ausência de monitoramento contínuo, desigualdade de capacidades entre hospitais, mediações pouco transparentes e rotatividade de equipes, uma Comunidade de Prática representa uma estratégia decisiva para qualificar a coordenação dos programas e acordos de cooperação do Ministério da Saúde. Ao criar um espaço permanente de troca, aprendizagem e governança coletiva, a CoP contribui para a consolidação de relações cooperativas, para o fortalecimento dos fluxos de informação e para o aprimoramento da execução e sustentabilidade dos projetos, maximizando seu impacto sobre o SUS.

#### QUADRO 4

Problemas Identificados x Soluções via Comunidade de Práticas

Problemas identificados nos programas e ACTs	Soluções viabilizadas por uma Comunidade de Prática (CoP)
Comunicação informal, reativa e descentralizada (avisos em cima da hora; dependência de WhatsApp)	Estabelece canais formais, previsíveis e contínuos de comunicação (reuniões regulares, pautas definidas, atas, repositórios compartilhados).
Falta de planejamento antecipado das atividades pelos hospitais privados (hubs)	Promove planejamento colaborativo, com construção conjunta de cronogramas e pactuação de responsabilidades entre hospitais públicos, privados e secretarias.
Reuniões virtuais com excesso de participantes e baixa interação	Organiza grupos temáticos menores dentro da CoP, permitindo discussões aprofundadas, troca efetiva entre pares e resolução rápida de problemas.
Desalinhamento entre secretarias e hospitais sobre objetivos e prioridades	Favorece alinhamento estratégico contínuo, com compartilhamento de diretrizes, esclarecimento de papéis e revisão conjunta dos objetivos programáticos.
Rotatividade de profissionais nas secretarias e nos hospitais	Gera memória institucional coletiva, com registro contínuo de práticas, decisões e aprendizados, reduzindo perdas de informação na troca de equipes.
Baixa integração entre áreas internas do MS e entre hospitais	Consolida um espaço transversal que reduz silos organizacionais, coloca todos os atores em diálogo e fortalece a governança multiator.
Falta de mecanismos de monitoramento contínuo	Estabelece rotina de análise periódica, compartilhamento de indicadores e identificação precoce de riscos e desafios.

Problemas identificados nos programas e ACTs	Soluções viabilizadas por uma Comunidade de Prática (CoP)
Dificuldade de solicitar ajustes e realinhar projetos durante a execução	Cria um fórum permanente para negociação e pactuação rápida de ajustes, evitando atrasos e gargalos burocráticos.
Assimetria de capacidades técnicas entre hospitais privados (de excelência) e hospitais públicos	Promove troca horizontal de conhecimento, fortalecendo capacidades locais por meio de mentorias entre pares, oficinas e compartilhamento de metodologias.
Mediação pouco transparente da EBSERH e disparidade nos fluxos de comunicação	Oferece um ambiente de articulação em que todos os atores participam em igualdade, diminuindo opacidades e fortalecendo a comunicação direta.
Hospitais aprovam projetos sem clareza de diretrizes e prioridades do MS	A CoP serve como espaço de clareamento contínuo das diretrizes do Ministério, aumentando a aderência dos projetos às políticas nacionais.
Sobreposição de programas e competição por espaço e agenda dentro dos hospitais	Favorece coordenação entre projetos, evitando duplicidades, identificando sinergias e integrando cronogramas e equipes.
Falta de sustentabilidade das iniciativas e pouca institucionalização de práticas	A CoP cria ambiente de aprendizagem continuada, permitindo que práticas bem-sucedidas sejam institucionalizadas e disseminadas entre todos os parceiros.
Percepção de que a comunicação com atores externos não é simétrica	A CoP equaliza fluxos, garantindo transparência e reciprocidade entre secretarias, hospitais e parceiros.

Fonte: elaborado pelos autores.

## 22. PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UMA COMUNIDADE DE PRÁTICA PARA O DECOOP/MS

*(Foco: Programas e Acordos de Cooperação com hospitais privados e públicos em estrutura multiator)*

### 1. Objetivos da Comunidade de Prática **Objetivo geral**

Criar um espaço estruturado, contínuo e colaborativo de troca de conhecimentos entre o Ministério da Saúde, hospitais privados e hospitais públicos, fortalecendo a governança, a comunicação e a capacidade de execução dos programas e acordos de cooperação.



## Objetivos específicos

- Promover alinhamento estratégico entre todas as secretarias do MS envolvidas e os parceiros executores.
- Aprimorar fluxos de comunicação e reduzir a informalidade dos processos.
- Compartilhar metodologias, lições aprendidas e ferramentas de monitoramento e avaliação.
- Reduzir assimetrias de capacidade técnica entre parceiros.
- Fortalecer a transparência, a confiança e a corresponsabilidade na execução dos projetos.
- Consolidar memória institucional e mitigar efeitos da rotatividade de equipes.

## 2. Estrutura Geral da CoP

### 2.1. Participantes

A CoP deve incluir representantes das seguintes instâncias: Ministério da Saúde (nível federal)

- Coordenação do DECOOP
- Setores técnicos das secretarias finalísticas (SEIDIGI, SAS, SVSA, SGTES, SEGETS etc.)
- Áreas de monitoramento, avaliação e planejamento

Organizações privadas e outras instituições (ex.: hospitais de excelência e demais parceiros)

- Gestores dos projetos
- Coordenadores técnicos
- Equipes de M&A, clínicas e assistenciais ligadas aos projetos Beneficiados (ex.: hospitais públicos)
- Hospitais universitários da EBSEH
- Hospitais estaduais e municipais participantes de ACTs
- Áreas de gestão, clínicas, SAE, epidemiologia, monitoramento
- Instâncias transversais

- EBSEH (papel articulador e comunicador institucional)
- SMS e SES quando aplicável
- Outras instituições vinculadas a projetos (ANVISA, OPAS etc.)

### 3. Governança da Comunidade de Prática

A governança deve ser leve, participativa e adaptável, baseada em três instâncias:

#### 3.1. Núcleo de Coordenação da CoP (NCC)

Responsável pela gestão estratégica da comunidade. Composição:

- 1 coordenador do DECOOP
- 2 representantes de secretarias finalísticas
- 1 representante de hospitais privados
- 1 representante de hospitais públicos

##### **Funções:**

- Definir pautas trimestrais
- Garantir alinhamento entre programas e ACTs
- Facilitar articulação entre áreas
- Organizar sistemas de registro e disseminação do conhecimento

#### 3.2. Grupos Temáticos Permanente (GTPs)

Organizados por temas-chave da execução:

- Comunicação e Integração
- Planejamento e Execução
- Monitoramento e Avaliação
- Gestão Financeira e Indicadores
- Tecnologias em Saúde e Inovação
- Assistência e Integração Clínica



### **Funções:**

- Trocar boas práticas
- Trabalhar casos reais
- Identificar problemas emergentes
- Desenvolver guias e protocolos

### **3.3. Comunidade Ampliada**

Inclui todos os participantes dos programas e ACTs. Responsabilidades:

- Participação em webinários, fóruns e reuniões gerais
- Contribuição com dúvidas, relatórios, casos e metodologias

## **4. Modalidades de Encontro da CoP**

### **4.1. Reunião Geral Bimestral**

- Espaço de síntese, apresentação de avanços, desafios e resultados
- Liderança: Núcleo de Coordenação
- Participantes: todos os parceiros

### **4.2. Grupos Temáticos Mensais**

- Encontros de 1 hora
- Moderados por técnicos (servidores ou profissionais dos hospitais)

### **4.3. Oficinas Trimestrais de Práticas**

- Para compartilhar metodologias e experiências
- Rotatividade entre hospitais privados e públicos como facilitadores

#### 4.4. Fórum Virtual Permanente

- Plataforma digital para trocas assíncronas
- Biblioteca viva de documentos, protocolos e apresentações

### 5. Ferramentas e Infraestrutura

#### 5.1. Plataforma digital

Preferencialmente ferramentas já disponíveis ao MS, como:

- Microsoft Teams (com canais temáticos)
- Plataforma AVASUS (para trilhas de formação)
- Intranet/ConectaSUS
- Repositório compartilhado em nuvem

#### 5.2. Repositório de Conhecimento deve conter:

- Guias, checklists, planos de trabalho
- Lições aprendidas
- Relatórios sintéticos
- Modelos de indicadores
- Casos de sucesso

#### 5.3. Templates padronizados para:

- Comunicação
- Planos de reunião
- Registros de decisões
- Relatórios sintéticos de projetos



## 6. Etapas de Implementação

### QUADRO 5

Proposta de Implementação de CoP

Fase	Atividade
<b>Etapa 1</b> Mobilização e adesão (1º mês)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mapeamento dos atores chave</li> <li>- Convite formal</li> <li>- Apresentação do propósito da CoP</li> <li>- Criação do Núcleo de Coordenação</li> </ul>
<b>Etapa 2</b> Definição da estrutura e regras (1º- 2º mês)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Padrões de comunicação</li> <li>- Governança</li> <li>- Calendário anual</li> <li>- Seleção dos Grupos Temáticos</li> </ul>
<b>Etapa 3</b> Implantação do ambiente digital (2º-3º mês)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação de canais</li> <li>- Organização do repositório</li> <li>- Disponibilização de templates iniciais</li> </ul>
<b>Etapa 4</b> Início dos encontros regulares (3º mês)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reunião geral inaugural</li> <li>- Início dos GTPs</li> <li>- Abrir fórum virtual</li> </ul>
<b>Etapa 5</b> Consolidação (6º mês em diante)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oficinas trimestrais</li> <li>- Avaliação contínua</li> <li>- Revisão da governança</li> <li>- Expansão para novos programas/ACTs</li> </ul>

Fonte: elaborado pelos autores.

## 7. Indicadores de Sucesso da CoP

### QUADRO 6

Indicadores para acompanhar CoP

Quantitativos	Qualitativos
<ul style="list-style-type: none"><li>- No de encontros realizados</li><li>- No de participantes ativos</li><li>- No de documentos, metodologias e ferramentas produzidos</li><li>- No de problemas solucionados por GTs</li><li>- Redução de atrasos em adequações de projetos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Percepção de melhoria na comunicação</li><li>- Satisfação dos participantes</li><li>- Alinhamento entre hospitais e secretarias</li><li>- Melhora no fluxo de tomada de decisão</li><li>- Maior previsibilidade no planejamento</li></ul>

Fonte: elaborada pelos autores.

## 8. Princípios e Diretrizes para Sustentabilidade da CoP

### Horizontalidade

Todos os atores têm voz (secretarias, hospitais privados e hospitais públicos).

### Transparência

Decisões, dúvidas e processos registrados e compartilhados.

### Ritualização

Encontros regulares e agenda estável para evitar informalidade reativa.

### Aprendizagem contínua

Troca permanente de práticas e metodologias.

### Utilidade prática imediata

Foco em problemas reais dos programas e ACTs.

### Gestão leve e flexível

Evitar burocratização excessiva.

### Corresponsabilidade

Compromisso coletivo pela melhoria dos projetos e políticas.



## 9. Benefícios Esperados

- Redução da comunicação informal e assimétrica.
- Maior alinhamento entre secretarias e hospitais.
- Aumento da previsibilidade e qualidade dos cronogramas.
- Fortalecimento das capacidades técnicas dos hospitais públicos.
- Mitigação de problemas causados por rotatividade de equipes.
- Solução mais rápida de gargalos técnicos e operacionais.
- Fortalecimento da governança e da integração multiator.

## 23. EXEMPLOS DE CASOS DE COMUNIDADES DE PRÁTICAS ÚTEIS À EXPERIÊNCIA DO DECOOP/MS

### 1. Comunidade de Prática – CdP (PNDP, Portal do Servidor)

A Comunidade de Prática da PNDP (Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas) é uma iniciativa institucional do Governo Federal (Ministério da Economia), destinada a servidores do SIPEC, com o propósito de fomentar a troca colaborativa de boas práticas e a construção de soluções para os desafios diários da gestão de pessoas. Segundo o portal oficial, a CdP funciona em ciclos de cinco semanas, estruturados segundo a metodologia de *design thinking*, com lives, fóruns de discussão e oficinas para identificar problemas, projetar soluções e planejar ações concretas. A comunidade é aberta a todos os servidores interessados, inclusive aqueles que não estão diretamente no setor de RH, buscando captar diferentes perspectivas e mobilizar a “inteligência organizacional” para fortalecer a efetividade da PNDP.

*Link de acesso:*

<https://www.gov.br/servidor/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-de-pessoas/desempenho-e-desenvolvimento-de-pessoas/arquivo-pndp/paginas/comunidade-de-pratica-cdp>

## 2. Comunidade de Práticas Saúde e Ambiente (IdeiaSUS / Fiocruz)

A Comunidade de Práticas Saúde e Ambiente, abrigado na plataforma IdeiaSUS da Fiocruz, é um espaço de encontro para gestores, trabalhadores do SUS e usuários engajados com práticas de saúde que dialogam com questões ambientais. Por meio de trocas de experiências, narrativas e pesquisas, a comunidade visa visibilizar práticas inovadoras que unem saúde pública e sustentabilidade, valorizando identidades regionais e saberes locais. A coordenação da CoP atua de modo curatorial, promovendo reflexão, sistematização e multiplicação de soluções, e trabalhando para que os encontros virtuais e presenciais fortaleçam a rede colaborativa entre diferentes atores do SUS.

*Link de acesso:*

<https://ideiasus.fiocruz.br/cops/comunidade-de-praticas-saude-e-ambiente/>

## 3. Comunidade de Práticas da Atenção Básica (Rede HumanizaSUS)

A Comunidade de Práticas da Atenção Básica, criada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em parceria com a Rede HumanizaSUS, configura-se como um espaço virtual dinâmico para profissionais e gestores da atenção primária nas três esferas de governo. Na plataforma, os participantes têm acesso a fóruns temáticos, comunidades de interesse, cursos EAD (por exemplo, sobre doenças crônicas) e uma Web TV com produções relevantes para o cotidiano da atenção básica. A proposta é fortalecer a aprendizagem coletiva, a inteligência coletiva e a qualificação dos serviços de saúde por meio da troca de relatos de prática, lições aprendidas e debates entre pares, promovendo uma cultura de colaboração e melhoria contínua no SUS.

*Link de acesso:*

<https://redehumanizasus.net/64798-voce-conhece-a-comunidade-de-praticas-da-atenc-ao-basica/>



## QUADRO 7

Pontos de contato entre os casos e a realidade do DECOOP/MS

Caso (Origem)	Afinidades com programas e ACTs do DECOOP/MS	Práticas interessantes a incorporar
<b>1. Comunidade de Prática PNDP (Portal do Servidor)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciclos estruturados de curta duração que cabem em agendas públicas.</li> <li>- Metodologia orientada a problemas (design thinking).</li> <li>- Público heterogêneo (servidores de diferentes áreas).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ciclos temáticos com entregáveis (5 semanas).</li> <li>- Lives moderadas + fóruns assíncronos.</li> <li>- Templates e sínteses finais (planos de ação).</li> </ul>
<b>2. Comunidade de Práticas Saúde e Ambiente (IdeiaSUS / Fiocruz)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto alinhamento com produção de conhecimento aplicado e curadoria.</li> <li>- Enfoque em sistematização de práticas e visibilidade de experiências locais.</li> <li>- Público misto: gestores, trabalhadores, pesquisadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Curadoria de conteúdos (livros, casos, vídeos).</li> <li>- Coleções temáticas e boletins de síntese.</li> <li>- Integração com plataformas de formação (EAD).</li> </ul>
<b>3. Comunidade de Práticas da Atenção Básica (Rede HumanizaSUS)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte experiência em troca entre níveis de atenção e em práticas participativas do SUS.</li> <li>- Uso de WebTV, fóruns e produção colaborativa (relatos de prática).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fóruns temáticos moderados por pares; WebTV para difusão de webinars/experiências; coleta e publicação de relatos de prática.</li> <li>- Ferramentas para</li> </ul>

Fonte: elaborada pelos autores.

## 24. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos casos de implementação de mecanismos de comunicação e interação informal no governo federal acima mencionados, procurou-se delinear o uso do instrumento da Comunidade de Prática para o fortalecimento da governança tripartite entre a Coordenação (DECOOP), as secretarias finalísticas do MS e os parceiros nos projetos desenvolvidos nos programas, termos e acordos de cooperação, como parte da proposta de construção de um Sistema de Monitoramento Integrado (SMI) apresentada.

O modelo de organização atual do Departamento apresenta lacunas, como foi visto nas entrevistas realizadas pela equipe CEAG/UnB em termos da uniformidade e integralização dos dados, capaz de ge-

rar evidências; capacidade técnica distinta das secretarias finalísticas; comunicação dessas secretarias com o DECOOP; além da hospitais de excelência terem maior expertise, possibilitando o maior domínio das narrativas técnicas.

Dessa forma, a organização da Comunidade de Prática pode potencializar o contato entre os atores chave envolvidos, gerando um fluxo de informações, dúvidas e aprendizados colaborativos através do fortalecimento dessa rede de conhecimento que permita uma interação constante e voluntária dos participantes. Sem deixar de apresentar uma intencionalidade, essa forma de comunicação assíncrona em rede pode sugerir questões relevantes, direcionar o debate, apresentar soluções, ou mesmo propor cursos para a capacitação dos seus membros, através da figura de um mediador. A sua viabilização foi apresentada acima através de um plano de implementação com os principais passo a passo e sugestões para a construção de uma Comunidade de Prática no âmbito dos programas, ou termos e acordos de cooperação, além de apresentar alguns exemplos de casos concretos da aplicação de plataformas baseadas no conceito da Comunidade de Prática.

O SMI proposto visa, portanto, superar as limitações atuais, estabelecendo uma governança clara, componentes interconectados e processos padronizados, porém flexíveis, para o monitoramento eficaz dos projetos, estabelecendo processos e instrumentos padronizados para garantir comparabilidade e eficiência, mas com flexibilidade suficiente para se adaptar às diversas naturezas e contextos dos projetos.

Dentro dessa proposta de um Sistema de Monitoramento Integrado (SMI) foi apontada como elemento central, a necessidade de padronização do uso de Modelos Lógicos (ML) e de construção de um Catálogo de Indicadores Multinível (Operacionais, Gestão, Impacto e Valor Público). Esse ciclo de monitoramento prevê a coleta sistemática de dados, análise, feedback e rotinas de avaliação contínua, anual e de impacto. A proposta menciona também a padronização de templates para o Modelo Lógico, Plano de Monitoramento, Relatórios de Progresso. Além de disponibilizar manuais e guias para a elaboração de Modelos Lógicos e do Catálogo de Indicadores.

A partir da concepção de governança compartilhada e multinível, alguns mecanismos de articulação e colaboração também foram elencados dentro da proposta do SMI. Além da proposta da Comunidade de Prática, o SMI apresentou mecanismos ativos para tornar efetiva a



governança compartilhada, como as modalidades de capacitação (presenciais, EAD, workshops, etc.), a disseminação de resultados e boas práticas, por meio de um “Banco de Boas Práticas”, entre outras medidas que podem ser utilizadas pelas secretarias para replicar iniciativas bem-sucedidas e para o aprendizado contínuo. Portanto, o sucesso do SMI depende de todas as iniciativas apontadas acima, assim como, de uma “mudança cultural significativa” capaz de promover a transparência, a colaboração e a tomada de decisão baseada em evidências, necessárias ao monitoramento e avaliação dos programas e políticas do Ministério da Saúde.



# REFERÊNCIAS

(PDF) Using Concept Mapping To Develop A Logic Model For The Prevention Research Centers Program - Researchgate, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://www.researchgate.net/publication/7414529\\_using\\_concept\\_mapping\\_to\\_develop\\_a\\_logic\\_model\\_for\\_the\\_prevention\\_research\\_centers\\_program](https://www.researchgate.net/publication/7414529_using_concept_mapping_to_develop_a_logic_model_for_the_prevention_research_centers_program)

A Logic Model Framework For Evaluation And Planning In A Primary Care Practice-Based Research Network (PBRN) - PMC - Pubmed Central, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3266837/>

BROWN, J. S.; DUGUID, P. Organizational Learning And Communities Of Practice: Toward A Unified View Of Working, Learning, And Innovation. Organization Science, Providence, RI, V. 2, N. 1, P. 40-57, Feb. 1991. Creating A Logic Model For An Intervention: Evaluation In Health And Wellbeing - GOV.UK, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://www.gov.uk/guidance/evaluation-in-health-and-wellbeing-creating-a-logic-model>



Cria A Força Nacional Do Sistema Único De Saúde (FN-SUS) E Dá Outras Providências. Autor, Accessed Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://www.camara.leg.br/proposicoesweb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1834489&filename=Tramitacao-PL%20351/2019](https://www.camara.leg.br/proposicoesweb/prop_mostrarintegra?codteor=1834489&filename=Tramitacao-PL%20351/2019)

DALKIR, K. Knowledge Management In Theory And Practice. Boston: Elsevier, 2005.

Decreto N° 11.791, De 21 De Novembro De 2023 - SAGI | Rede SUAS - Ministério Do Desenvolvimento E Assistência Social, Família E Combate À Fome, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://aplicacoes.mds.gov.br/snas/regulacao/visualizar.php?codigo=6582>

Developing And Using A Logic Model Evaluation Guide - CDC, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://www.cdc.gov/cardiovascular-resources/media/pdfs/logic\\_model.pdf](https://www.cdc.gov/cardiovascular-resources/media/pdfs/logic_model.pdf)

Focus On: Logic Model- A Planning And Evaluation Tool - Public Health Ontario, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <http://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/F/2016/Focus-On-Logic-Model.pdf>

Issel, L. M., & Wells, R. (2007). *Promoting Health In The Community: A Health Promotion Approach*. Sudbury: Jones And Bartlett Publishers.

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. Aprendendo Na Prática: Perspectivas Sociais, Cognitivas E Computacionais. 1991. Disponível Em: <https://courses.cs.washington.edu/courses/cse590w/06au/resources/mcdermott-93.pdf>. Acesso Em: 12 Nov. 2021.

Logic Model Tip Sheet - ACF, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://acf.gov/sites/default/files/documents/prep-logic-model-ts\\_0.pdf](https://acf.gov/sites/default/files/documents/prep-logic-model-ts_0.pdf)

Logic Models & The Outcome Indicators Project - Demonstrating Value, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://www.demonstratingvalue.org/blogs/logic-models-outcome-indicators-project.html>

Logic Models For Planning And Evaluation - CDC Stacks, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11569/cdc\\_11569\\_DS1.pdf](https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11569/cdc_11569_DS1.pdf)

MANUAL DE AVALIAÇÃO DE INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PARA RECONHECIMENTO DE EXCELÊNCIA NO ÂMBITO DO PROADI-SUS - Portal Gov.Br, Acesso Em 20 De Abril De 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>.

MANUAL INSTRUTIVO - PERFILIZAÇÃO HOSPITALAR\_Agosto\_2022.Docx - SESA, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://saude.es.gov.br/media/sesa/perfilizacaohospitalar/MANUAL%20INSTRUTIVO%20-%20PERFILIZA%C3%87%C3%83O%20HOSPITALAR\\_Agosto\\_2022.Docx.Pdf](https://saude.es.gov.br/media/sesa/perfilizacaohospitalar/MANUAL%20INSTRUTIVO%20-%20PERFILIZA%C3%87%C3%83O%20HOSPITALAR_Agosto_2022.Docx.Pdf)

Modelagem De Intervenções Para O Monitoramento E Avaliação Na Saúde - Portal Gov.Br, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/snvs/projetos/praticas-avaliativas/apresentacoes/A03-Modelo-Logico\\_.Pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/snvs/projetos/praticas-avaliativas/apresentacoes/A03-Modelo-Logico_.Pdf)

O USO DE INDICADORES NO MONITORAMENTO E NA AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS - TCE/BA, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://www.tce.ba.gov.br/images/escola-de-contas/apresenta%C3%A7%C3%A3o\\_Uso\\_De\\_Indicadores\\_.Pdf](https://www.tce.ba.gov.br/images/escola-de-contas/apresenta%C3%A7%C3%A3o_Uso_De_Indicadores_.Pdf)

Oficina De Avaliação Do 1º Ciclo Do PROADI-SUS, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/332\\_1.Pdf](https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/332_1.Pdf)

Proadi-SUS — Ministério Da Saúde - GOV.BR, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus/projetos> - PROADI, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos>

Projetos De Apoio Ao SUS - Hospital Sírio-Libanês, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/compromisso-social/proadi-sus/>

Repositorio.Ipea.Gov.Br, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5767/1/NT\\_N02\\_Como-Elaborar-Modelo-Logico-Programa\\_Disoc\\_2007-Fev.Pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/5767/1/NT_N02_Como-Elaborar-Modelo-Logico-Programa_Disoc_2007-Fev.Pdf)

Using A Logic Model For Program Development, Implementation, And Evaluation, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://visiblenetworklabs.com/2024/02/27/Using-A-Logic-Model/>



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

Vedung, E. (2010). *Public Policy And Program Evaluation*. Transaction Publishers.

WENGER, E.; MCDERMOTT, R.; SNYDER, W. M. *Cultivating Communities Of Practice: A Guide To Managing Knowledge*. Boston: Harvard Business School, 2002.

WENGER, Etienne Et Al. *Comunidades De Prática: Aprendizagem Como Um Sistema Social*. Pensador De Sistemas, V. 9, N. 5, P. 2-3, 1998.

Www.Evaluation.Gov, Acesso Em 20 De Abril De 2025, [https://www.evaluation.gov/assets/resources/resource\\_how%20to%20develop%20a%20program%20logic%20model.pdf](https://www.evaluation.gov/assets/resources/resource_how%20to%20develop%20a%20program%20logic%20model.pdf)

Www.Gov.Br, Acesso Em 20 De Abril De 2025, <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/se/proadi-sus/publicacoes/premissas-e-diretrizes-proadibus.pdf>

## LEITURA COMPLEMENTAR

*Comunidades de prática dentro e entre organizações: um guia.* Por Etienne Wenger-Trayner, Beverly Wenger-Trayner, Phil Reid e Claude Bruderlein. Social Learning Lab, 2022.

*Cultivando comunidades de prática: um guia para a gestão do conhecimento.* Por Etienne Wenger, Richard McDermott e William Snyder, Harvard Business School Press, 2002.

Comunidades de prática: a fronteira organizacional. Por Etienne Wenger e *Aprender a fazer a diferença: criação de valor em espaços de aprendizagem social*. Por Etienne Wenger-Trayner e Beverly Wenger-Trayner, Cambridge University Press, 2020.

*Aprendizagem em paisagens de prática.* Por Etienne Wenger-Trayner, Mark Fenton O'Creevy, Steven Hutchinson, Chris Kubiak, Beverly Wenger-Trayner, Routledge, 2014.

*Comunidades de prática: aprendizagem, significado e identidade.* Por Etienne Wenger, Cambridge University Press, 1998.





[ceag.unb.br](http://ceag.unb.br)



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



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



[ceag@unb.br](mailto:ceag@unb.br)

