



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CANOAS

ANEXO 1

CONTEXTUALIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE DE CANOAS E JUSTIFICATIVA

A Saúde Pública no Brasil passa atualmente por um processo de busca por novos modelos de gestão para o SUS. As discussões a respeito do tema estão presentes em praticamente todos os estados da federação através de fóruns, seminários e reuniões técnicas. As peculiaridades inerentes à gestão das unidades públicas de saúde sejam na esfera da atenção básica da saúde ou na assistência de média e alta complexidade, constituem um dos grandes desafios para o Gestor do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre os modelos atualmente utilizados pelo Poder Público, destaca-se o modelo de **Concessão administrativa para gestão e operação de unidades hospitalares**, com resultados obtidos que demonstram, inequivocamente, as vantagens da gestão por organização de direito privado quando comparada com a administração direta.

Uma vez qualificada, a empresa está em condições de **firmar um Contrato de Gestão e Operação com o governo para a condução de um serviço público, podendo usar o hospital ainda para celebrar contratos com a saúde suplementar e privada**. Este modelo de gerenciamento já vem sendo amplamente utilizado pelo Brasil, nas suas mais variadas formas, seja a nível estadual ou municipal, com amplo e reconhecido sucesso, ou seja, já se dominam os instrumentos tecnológicos inerentes à condução do processo e a implementação da gestão, bem como de seu acompanhamento e fiscalização. Não se trata, portanto, de estabelecer ineditismo contratual, sujeito aos erros e deslizes característicos de qualquer novidade de modelo gerencial.

Neste particular aspecto, o que se pode dizer atualmente, é que qualquer gestor público tem a condição de comparar as diferentes formas de gestão, ou seja, entre a administração direta e a por este modelo que se quer adotar. Observando-se os indicadores disponíveis para aferição, pode-se constatar que **o modelo de gestão ora sugerido proporciona a busca de melhores resultados, tende a otimizar a utilização dos recursos e a levar um serviço com mais qualidade para a população**.

É notória a dificuldade – principalmente no que diz respeito ao tempo, que a administração direta tem para adquirir bens e serviços necessários ao pleno gerenciamento, por exemplo, de uma unidade hospitalar, dificuldades essas que podem representar prejuízos não só para a qualidade e eficiência da gestão, como principalmente, em sérios transtornos para o cuidado em saúde da população usuária dos serviços de saúde.

Outro aspecto importante do modelo de gestão proposto, e que também culmina por **representar melhorias na prestação dos serviços de saúde aos usuários**, consiste na introdução de uma administração gerencial, pautada por metas e objetivos. Isto, além de lograr uma melhor aplicação dos recursos, conseqüentemente, implica em melhores resultados.

Respeitando-se a lei de licitações, é possível a celebração de contrato de gestão de forma mais rápida, eficiente e igualmente amparada por preceitos legais de seleção da melhor proposta, levando de forma rápida e eficaz os serviços ao contribuinte.

Outro aspecto que deve ser destacado é a capacidade de controle de resultados do gerenciamento, e os mecanismos eficientes disponíveis para tanto. O controle de resultados é o principal mecanismo de responsabilização presente no modelo que se pretende, pois neste constam, em detalhe, as **metas quantitativas e qualitativas** que devem ser atingidas pela empresa contratada.

Assim, a Seleção de empresa qualificada na área de atuação em saúde, visa a celebração e execução de Contrato de Concessão objetivando gerenciamento, operacionalização e execução de ações e serviços de saúde no **HU e HPSC**, vinculados à SMS, por um período de 28 (vinte e oito) anos, contados a partir da assinatura da concessão para gestão e operação de unidades hospitalares.

O Serviço de Saúde a ser gerenciado e as atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de serviços contratados, os bens e equipamentos para essa finalidade, bem como os objetivos, metas e indicadores a serem observados e alcançados são descritos no conjunto deste EDITAL e seus **ANEXOS**, disponíveis para consulta no Departamento Técnico Administrativo (DTA), da SMS, com endereço à rua Dr. Barcelos nº 1600, Canoas assim como, quando da publicação, no Diário Oficial do Município, Diário Oficial da União e jornais de grande circulação.

O HU de Canoas foi inaugurado oficialmente em 2007, estando, porém, em operação desde 2004. Inicialmente sob a direção da ULBRA - Universidade Luterana do Brasil, o Hospital teve suas atividades encerradas em 2009, vindo, no entanto, a retomá-las um mês depois, com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e da Prefeitura Municipal de Canoas. Em 2014, adjudicado pela União, foi cedido para Prefeitura de Canoas, que firmou contrato junto a AESC - Associação de Saúde São Carlos - Sistema de Saúde Mãe de Deus, para que esta última promovesse a gestão. Nesse período, a instituição atingiu o limite de 558 (quinhentos e cinquenta e oito) leitos operacionais ativos. Já em 2015, após tentativa de renegociação de verbas SUS com o município e o estado, a AESC veio a fechar o 7º. (sétimo) andar, conseqüentemente, reduzindo os leitos da unidade. Em dezembro de 2016, foi assinado termo de fomento junto ao GAMP. E, em 08/08/2018, o hospital passou a ser classificado como filantrópico, já sob a gestão do GAMP.

Em 11/12/2018, o Prefeito Municipal de Canoas, publicou o Decreto no. 367, designando interventor para todos os atos de gestão em relação as unidades constantes dos termos de fomento acima e, notadamente em razão de decisão exarada em uma ação civil pública que, por sua vez, determinou o afastamento de todos os dirigentes do GAMP.

Abaixo, infere-se da 'Figura 1', dados relevantes sobre a Unidade Hospitalar em estudo, mais especificamente no que se refere aos tipos de serviços prestados e produção assistencial, quadros de lotação administrativa e assistencial com seus custos e dívidas trabalhistas, corpo clínico, especialidades médicas atendidas, infraestrutura e principais indicadores de produção.

Figura 1 - Grandes Números HU:

Grandes Números | Hospital Universitário de Canoas

<p>O Hospital Universitário de Canoas foi inaugurado oficialmente em 2007, porém estava em operação desde 2004, adjudicado pela União em 27/02/2014, cedido para Prefeitura de Canoas, filantrópico desde 08/08/2018 pelo GAMP, atualmente denominado Hospital Universitário de Canoas, está sob intervenção Municipal desde dezembro de 2018.</p>		<p>Hospital "Porta Referenciada", exceto Pronto Atendimento em Obstetrícia 24 horas; Internação Clínica, Cirúrgica e Obstétrica; UTI Adulto, Pediátrica e Neonatal; residência médica em diversas áreas da saúde; habilitado em Alta Complexidade em várias especialidades; atende SUS, convênios e particulares.</p>		<p>Ano de 2018</p> <p>Receita Anual: R\$ 132,7</p> <p>Cirurgias: 5.496 ano/458 mês</p> <p>Partos: 3.732 ano/ 311 mês</p> <p>Internações Clínicas: 6.606 ano/550 mês</p> <p>PA Obstetrícia: 24.768 ano/2.064 mês</p> <p>Exames Imagem: 61.344 ano/ 5.112 mês</p>	
<p>23,1 mil m² de área, sendo 41,4 mil m² de área construída</p>		<p>23,1 mil m² de área, sendo 41,4 mil m² de área construída</p>		<p>23,1 mil m² de área, sendo 41,4 mil m² de área construída</p>	
<p>Funcionários Geral 1.469 CLT</p>	<p>Enfermagem 642 CLT</p>	<p>Médicos 155 CLT</p>	<p>Terceiros 80</p>	<p>Infraestrutura Leitos 348 Ativos Operacionais</p>	<p>Especialidades Médicas 30 *Habilitação em Alta Complexidade</p>
<p>Taxa Ocupação 76% Média Ago'18 a Jan'19</p>		<p>Média de Permanência 8,2 dias</p>		<p>Distribuição de Leitos 93% SUS 24 leitos convênios e particulares</p>	
<p>• Pessoal e Encargos: R\$ 82,5 M/ano (2018)</p> <p>• Serviços Médicos PJ: 6,3 M/ano (2018)</p> <p>• Ações trabalhistas (empregados): 371</p> <p>• Valor das Iniciais: R\$ 20,2 M</p> <p>• Ações trabalhistas (de terceiros): 142</p> <p>• Valor das Iniciais: R\$ 5,0 M</p>		<p>Terceiros: Lavanderia, SMD, Restaurante e Lancheria, Laudos de imagem (telemedicina), Serviços Médicos (parcial), Recursos Humanos (incorporado em 2019), Manutenção de Equipamentos Biomédicos, Assessoria Jurídica.</p>		<p>Unidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia 22 • Saúde Mental 30 • Clínica 90 • Isolamento 24 • Maternidade 64 • UTI Adulto 30 • UTI Pediátrica 10 • UTI Neonatal 20 • Ciudad.int. Neo 10 • Pediatria 28 	
<p>Principais Especialidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cir. Cardíaca/Coronária* • Cirurgia Geral • Ginecologia/Obstetrícia • Hemodinâmica • Neurologia * • Neurocirurgia* • Pediatria/Neonatal • Saúde auditiva* • Traumatologia • Psiquiatria 		<p>Salas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgias 05 • Endoscopia 02 • Hemodinâmica 01 • Obstetrícia (SPP) 01 		<p>Diagnóstica p/Imagem Nº Equip.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomografia 01 • Mamografia 01 • Ecografias 09 • Densitometria 01 • RX 05 	
<p>Privados</p> <ul style="list-style-type: none"> • UNIMED Porto Alegre; • Centro Clínico Gaúcho; • Agamed; e • Particulares. 		<p>Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • SUS – Sistema Único de Saúde; 			

De acordo com Matos (2001), as Instituições Públicas e Privadas envolvidas nas políticas que estruturam o SUS encontram-se em um ambiente de competitividade crescente, assumindo contornos empresariais e necessitando, portanto, de uma gestão cada vez mais profissional.

Na Saúde, de um lado, encontramos frequentemente a liderança sendo exercida por especialistas, tanto médicos como enfermeiros, que são tomadores de decisões que impactam a dimensão administrativa no uso de recursos. Contudo, essas lideranças tendem a orientar-se pela lógica de sua formação profissional e são detentoras de poder, tanto em função de seu conhecimento específico, como pelo ambiente de urgência e risco, apoiados muitas vezes pela legitimidade construída pela convivência em situações limite com suas equipes.

Por outro lado, temos o corpo gerencial, de formação administrativo-financeira que, embora não diretamente envolvido no cotidiano do cuidado, executa funções que envolvem processos de controle e alocação de recursos, almejando a adesão dos colaboradores aos objetivos organizacionais.

Van Maanen e Barley (apud Hatch, 1997), definem subcultura como sendo um subsetor dos membros da organização que interagem regularmente entre si, se auto identificam como um grupo distinto dentro da organização e, rotineiramente, orientam suas ações com base no entendimento coletivo do que é melhor para o grupo.

A complexidade típica da estrutura organizacional das instituições de saúde é agravada pelas subculturas peculiares que demarcam campos bem definidos de poder e são um importante desafio para os processos de gestão. O processo administrativo ocorre na tensão entre essas duas dimensões: subcultura de especialistas técnicos - médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etcetera e subcultura administrativo-financeira. A profissionalização dos processos de gestão hospitalar desenvolve-se nesse contexto: de um lado, não abandona a missão da saúde e o compromisso com a superação das situações limite que envolvem a preservação da vida; por outro, tem que lidar com a racionalização característica da administração.

Parte-se do pressuposto que a atuação de lideranças do campo administrativo das instituições hospitalares enfrenta desafios adicionais, quando comparadas a outras organizações,

visto que necessita desenvolver um processo de adesão que suplante a lógica das subculturas de especialistas e, ao mesmo tempo, atribua significado para ações que à primeira vista pareçam ser reduzidas ao controle.

Segundo Shortell e Kaluzny (1988), as características mais frequentemente mencionadas sobre os serviços de saúde são:

- a) a definição e a mensuração dos resultados são difíceis;
- b) o trabalho desenvolvido é tido como extremamente variável e mais complexo do que em outras organizações;
- c) a maior parte do trabalho é de natureza emergencial;
- d) o trabalho dá pouca margem a ambiguidade e erro;
- e) as atividades são altamente interdependentes, sendo necessário um alto grau de integração entre os diversos grupos profissionais;
- f) o trabalho requer alto nível de especialização;
- g) boa parte dos membros da organização é extremamente profissionalizada, e eles são mais leais à profissão do que à organização;
- h) existe pouco controle organizacional ou gerencial efetivo sobre o grupo mais responsável pelo trabalho: os médicos;
- i) em muitas organizações de serviços de saúde, particularmente os hospitais, existe dupla linha de autoridade, o que gera problemas de coordenação e responsabilidades.

Kovner e Neuhauser (1987), comparando a gerência de organizações de serviços de saúde públicos e privados com a gerência de outras organizações, apresentam as seguintes considerações: os objetivos dos serviços de saúde são mais complexos do que nas indústrias de modo geral ou mesmo em outras organizações que prestam serviços, como um banco ou companhia de seguros. Os objetivos das organizações de serviços de saúde incluem assistência ao paciente, pesquisa, ensino e atividades comunitárias. Maior complexidade de objetivos implica problemas crescentes no âmbito da integração organizacional. Comparados com os executivos, os gerentes de serviços de saúde têm menos autoridade sobre os profissionais que trabalham na organização, especialmente na área médica. Os autores ressaltam também que o produto das organizações de serviços de saúde é difícil de especificar, o que torna as mudanças mais complexas, já que não existem resultados padronizados para serem mensurados.

Dussault (1992) aponta, entre as particularidades dos serviços de saúde, o fato de atenderem a necessidades complexas e variáveis (com dimensões biofísicas e psicossociais) cuja definição varia de acordo com a inserção social, a representação do processo saúde-doença, conforme a clientela (adultos, mulheres, crianças, velhos). Diz ainda que há variações individuais, o que até certo ponto torna cada problema único. Desta forma, considerando estas dimensões podemos afirmar que a gestão de instituições de saúde no século XXI continua, invariavelmente, complexa, independentemente da região, ainda que certos aspectos dos serviços de saúde sejam mais desafiadores em alguns países, como: regulação, financiamento e tecnologias à disposição.

Nos hospitais universitários federais brasileiros, segundo Littike e Sodré (2015), a forma de gerenciamento assemelha-se à de empresas, especialmente no que concerne à organização dos setores que possuem seções com atribuições bem definidas e não necessariamente interdependentes. Entretanto, essa semelhança no modelo de gestão é inadequada, pois os setores assistenciais de um hospital possuem uma interdependência singular. Logo o isolamento destes compromete a eficiência na prestação de serviços e promove o surgimento de “ruídos” de comunicação, que se transformam em conflitos uma vez que não lhes é dada a devida importância.

Dentre as questões que colaboram com o incremento da complexidade na gestão hospitalar (por exemplo) em âmbito internacional, destacam-se, também, a ampliação da base de clientes potenciais, com o aumento da população idosa e o contínuo aumento de pacientes com doenças

crônicas, que implicam em aumento na demanda dos hospitais, independente do tipo de gestão, pública ou privada, agravando um quadro de escassez de recursos médicos e de longas esperas por atendimento. A Organização Mundial da Saúde informa um aumento de 5% na expectativa de vida mundial entre 2000 e 2015, e estima um aumento do número de mortes por doenças crônicas de 38 milhões em 2012 para 52 milhões em 2030.

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística informa que o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos ou mais de idade passa de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Espera-se, para os próximos 10 (dez) anos, um incremento médio de mais de 1,0 milhão de idosos anualmente. Essa situação de envelhecimento populacional é consequência, primeiramente, da rápida e contínua queda da fecundidade no País, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades.

Além da transição demográfica, verifica-se uma polarização epidemiológica com a existência simultânea de elevadas taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônico-degenerativas e de incidência e prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, cuja mortalidade ainda é elevada em comparação com países desenvolvidos e outros países da América Latina.

Desta forma, ao enfrentar o problema emergente do aumento da morbidade e da mortalidade pelas doenças crônico-degenerativas, cujo custo social vem sendo destacado, o Brasil defronta-se com a permanência ou até mesmo com o recrudescimento das doenças infecciosas e parasitárias. Esse fenômeno é diferente do observado nos países industrializados, onde houve o controle das doenças transmissíveis e as doenças crônicas assumiram papel preponderante. Somam-se a esta realidade os agravos relacionados às causas externas e violências, que ocupam lugar de destaque na assistência e mortalidade.

Apesar dos esforços do Ministério da Saúde, a adoção de procedimentos econômico-financeiros precisos no setor público ainda não é priorizada adequadamente. Alguns aspectos ajudam a compreender o motivo pelo qual o assunto é encarado com pouca atenção na administração pública. Alonso (1999) atribui a não utilização das técnicas de custos (por exemplo) pelas organizações públicas no Brasil devido ao legado do cenário macroeconômico vivido pelo País no início dos anos 1970. O autor destaca que o cenário favorável não estimulava o governo a discutir o assunto "custos no setor público". Tal cenário começou a ser alterado a partir dos anos 1980 com a intensificação da crise fiscal do Estado e a maior exposição da economia nacional à competição internacional.

Em todos os setores, e a saúde não tem sido diferente, o atendimento com qualidade tem sido uma exigência crescente. A cada dia, os pacientes têm demandado maiores níveis de desempenho da instituição que os atendem. Esta, por sua vez, deve "responder" a seus pacientes (usuários) com um atendimento qualificado, envolvendo questões como tempo de espera, segurança do paciente e do trabalhador, além da confiabilidade, o que exige uma gestão eficiente, eficaz e efetiva dos recursos. Neste cenário, uma nova discussão merece destaque entre os profissionais da saúde. É preciso mudar e avançar em muitos conceitos, sobretudo a visão de que qualidade e custos são conflitantes: qualidade e custos devem ser aliados.

A avaliação econômica da saúde aborda esse tema e vem assumindo um papel de destaque em todo o mundo, exigindo dos gestores novos desafios na busca contínua da eficiência e eficácia das atividades. O acelerado avanço tecnológico e a especialização constante dos profissionais despontam de forma desproporcional aos recursos financeiros. A qualidade associada à utilização racional dos recursos deve ser o novo desafio.

As organizações privadas, como regra geral, mantêm a execução financeira receitas e despesas de forma autônoma em relação ao orçamento. Este cumpre papel de orientador geral;

porém, é aceito que o orçamento da organização passe por adequações durante sua execução. Tal flexibilidade já não é possível nas organizações públicas, pelo menos em relação aos gastos, pois o orçamento de despesas não é apenas uma peça de orientação. A execução financeira das despesas deve ter sempre como marco definidor as autorizações constantes do orçamento.

Na instituição pública, planejamento e programação (técnicas de orçamentação) constituem os processos por meio dos quais os objetivos e os recursos (e suas inter-relações) são levados em conta, visando à obtenção de um programa de ação. A realidade emergente da atuação do Estado moderno exige a adoção de novas formas de controle, não substitutivas, mas complementares a elas.

Testes de eficiência na avaliação das ações dos gestores devem considerar os resultados obtidos em face dos recursos disponíveis. Recomenda-se representar as realizações em índices e indicadores, possibilitando comparação com parâmetros técnicos de desempenho e com padrões já alcançados anteriormente.

Deve-se ressaltar que nem toda a organização está desenvolvida no sentido informacional e tecnológico a ponto de ter ferramentas e sistemas específicos para levantamento de dados de produção e custos. Esse fato não deve ser avaliado com um complicador para se criar uma política de conhecimento da própria situação e, conseqüentemente, promover um acompanhamento da relação causa-efeito entre as aplicações de recursos e os resultados obtidos.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) definida pela Portaria no. 3.390, de 30 de dezembro de 2013, e reafirmada na Consolidação no. 2, tem como eixos o modelo assistencial, a gestão hospitalar, a formação de recursos humanos e a gestão da força de trabalho, o financiamento, a responsabilidade de cada ente gestor na política, e a contratualização. Na Seção II, dentro do eixo Gestão Hospitalar, temos no artigo 17, que a gestão da atenção hospitalar será pautada:

- I. na garantia do acesso e qualidade da assistência;
- II. no cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor;
- III. na eficiência e transparência da aplicação dos recursos;
- IV. no planejamento participativo e democrático.

Desta forma, considerando todos os fatores levantados e o fato de que o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Canoas entendem como vital o realinhamento e potencialização da gestão de equipamentos de saúde, em especial dos hospitais, uma vez que as dificuldades macroeconômicas conjunturais, aliada às mudanças no perfil de morbimortalidade, podem piorar a situação destas instituições, apresentamos a seguir escopo e etapas de desenvolvimento para este projeto.