



Experiência

Modernizando a Gestão para a Cidadania

Ministério da Saúde

Núcleo Estadual do Rio de Janeiro

Responsáveis: Ana Tereza da Silva Pereira Camargo e Sérgio Fernandes de Rezende

Equipe em ordem alfabética: Júlio Ribeiro; Luzia L. Arantes; Maria Hortense Marcier; Rosana Kushnir; e Regina R. de Abreu.

Endereço: Rua México 128 – 9º andar, Centro
20031-142 – Rio de Janeiro – RJ

Fone: 0xx21 – 533-0875

Fax: 0xx21 – 262-6060

anateresa@cguhp.saude.gov.br

<http://www.cguhp.saude.gov.br/>

Data de início de implementação da experiência:

Agosto de 1998

A situação encontrada

Os treze hospitais federais do Rio de Janeiro são um caso atípico no país: é a única rede de serviços administrada diretamente pelo Ministério da Saúde, herança dos Institutos de Assistência e Previdência Social, na maior parte dos casos, e do próprio Ministério, nos demais. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e a posterior extinção do INAMPS, em 1993, houve um processo de desconcentração de atribuições para as unidades. A maior autonomia a elas conferida abrangeu a responsabilidade pelo suprimento e compra de insumos e serviços. Como resultado, desmandos administrativos de toda a ordem, a pulverização dos recursos existentes e a definição de políticas assistenciais incompatíveis com o princípio de racionalização e de gestão eficaz do bem público.

No diagnóstico das unidades federais no Rio de Janeiro, feito em maio/junho de 1998, destacavam-se: a obsolescência das instalações físicas e dos equipamentos; a dificuldade de manutenção e de reposição de pessoal; a precariedade dos processos gerenciais, entre outros problemas. Sob o aspecto gerencial, não se identificou nas unidades qualquer tipo de plano diretor que visasse o desenvolvimento institucional ou a ampliação dos serviços. Constatou-se, ainda, a precariedade dos sistemas de informação, bem como a ausência de informatização na maioria das unidades.

A administração encontrada nesses hospitais poderia ser definida como amadora. Diretores sem preparo algum para a execução de suas responsabilidades; funcionários responsáveis pela administração sem capacitação técnica específica, exercendo burocraticamente e de modo

ineficaz suas funções. Ocorria, ainda, como é público e notório, o tráfico de influência nos processos de compras e similares.

Para se ter idéia da complexidade gerencial de uma unidade hospitalar é bom lembrar que um hospital com 200 leitos terá algo como 600 a 800 servidores, dependendo das especialidades que oferecer, uma área física de 10 mil metros quadrados e um gasto anual de 17 a 22 milhões de reais anuais. Suas atividades compreendem: produção industrial (alimentação, lavanderia), atividades comerciais (movimentação de mais de 5.000 mil itens de medicamentos e materiais médico hospitalares; fluxo de mais de 2500 clientes), administração de patrimônio (equipamentos no valor de pelo menos 15 milhões de reais). São números bastante expressivos, comparáveis ao de uma empresa industrial de grande porte.

Infelizmente, nem sempre a máquina pública está apta a responder de forma rápida e eficiente às necessidades do dia a dia. Tradicionalmente, a administração pública tem se afastado dos modernos modelos de gestão, gerando na sociedade uma percepção de inflexibilidade, desempenho institucional insatisfatório e inadequação para enfrentar os desafios dos novos papéis do setor público na economia moderna.

Descrição do projeto

Para a profissionalização da gestão dos hospitais, implantou-se o planejamento das atividades e rigorosos sistemas de controle e gestão orçamentária, gestão de qualidade e melhora das instalações e equipamentos. Os resultados pretendidos consistiam em:

- Assegurar a transparência na gestão;
- Instituir gerência de contratos continuados;
- Instituir estratégias para diminuição das filas para atendimento;
- Instituir contratos de gestão com os hospitais;
- Implantar sistema de apuração de custos hospitalares;
- Assegurar a disponibilidade de equipamentos especializados; e
- Implementar a descentralização.

Excetuando-se a descentralização, prevista na Constituição Federal, mas ainda não de todo implementada, os demais itens acima enumerados consistem em experiências inovadoras na administração pública. Ferramentas comuns na prática privada, voltadas para controle de custos e só mais recentemente para a satisfação do usuário, não têm constado do elenco de alternativas implementadas pelo poder público.

Essa experiência surgiu da equipe que assumiu a direção do Núcleo Estadual do Rio de Janeiro, coordenada pela Dra. Ana Tereza da Silva Pereira Camargo, na gestão do Exmo Sr. Ministro da Saúde, Dr. José Serra. Como todo trabalho de equipe, a experiência foi se consolidando e abrindo caminhos para outras atividades, muitas das quais não estão aqui citadas, como a implantação do Serviço de Ouvidoria nos hospitais, bem como a informatização dos mesmos.

A clientela principal se constitui do cidadão-usuário, pacientes e familiares, mesmo que à primeira vista esse efeito seja indireto. Os funcionários, submetidos a novos processos de organização do trabalho, também têm sido atingidos de maneira bastante contundente.

Obstáculos encontrados

A administração pública brasileira sofre de síndromes características dos sistemas burocratizados, como a centralização de decisões, sistemas hierárquicos baseados na unidade de comando, estruturas piramidais de autoridade, rigidez das rotinas e atenção voltada ao controle dos processos administrativos e não aos resultados. Isto gera uma cultura

institucional que tende à paralisação, à falta de iniciativa, à lógica do “não-pode”, com impacto direto nas estratégias alternativas de mudanças e na qualidade dos serviços prestados.

Recursos utilizados

Para implantação de uma nova feição na gestão dos serviços públicos hospitalares foram utilizados os recursos orçamentários da instituição, sem nenhum acréscimo especial. As equipes de trabalho envolvidas foram as mais diversas, de acordo com cada atividade implementada, envolvendo desde funcionários do nível central até médicos, enfermeiras, técnicos e agentes administrativos dos hospitais.

Buscou-se a profissionalização da gestão dos hospitais federais, substituindo os diretores de nove dos treze hospitais, segundo critérios de habilitação e experiência em administração hospitalar.

Contratou-se, ainda, entidades de consultoria de amplo renome em suas áreas para o aprimoramento das unidades quer em seus aspectos gerenciais ou assistenciais. O Consórcio Brasileiro de Acreditação responsabilizou-se pela aplicação de padrões voltados para o desempenho assistencial enfocando, principalmente, os cuidados com os pacientes. O Instituto Brasileiro da Qualidade Nuclear aplicou metodologias apoiadas na certificação da ISO 9000, dentro do modelo de Gestão da Qualidade Total, atuando nos serviços de atendimento à clientela e de aquisição de insumos, serviço de laboratório e maternidade. A Fundação Getúlio Vargas dedicou-se a aplicar ferramentas voltadas para o planejamento estratégico, traçando alternativas de ação para a área meio, como gerência de patrimônio, de hotelaria e outras. Contou-se ainda com a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ e a PRO UNI-RIO.

Essas contratações, bem como outras iniciativas tomadas, foram cobertas financeiramente pelos recursos economizados com as mudanças no sistema de contratação de prestação de serviços continuados.

Relato da situação atual

Assegurar a transparência na Gestão

Desde o início da gestão, houve uma preocupação em fazer com que o gerenciamento dos hospitais federais fosse o mais transparente possível para a sociedade. Nesse sentido, implantou-se página na *Internet*, disponibilizando todas as informações gerenciais, desde as licitações realizadas, aí incluídos editais e resultados, preços praticados nas compras de medicamentos e material médico-hospitalar, até a execução orçamentária. Com esse procedimento, encerra-se um ciclo de privilégios e vantagens pessoais. A divulgação na rede de todas as licitações põe fim aos convites restritos e direcionados e benefícios escusos, possibilitando o pleno exercício da livre concorrência e o controle social. Essa página pode ser acessada no seguinte endereço: <http://www.cguhp.saude.gov.br/>.

Instituir Gerência de contratos continuados

Os contratos de prestação de serviços continuados (lavanderia, limpeza, provimento de gases, segurança, manutenção predial e informática) foram objeto de revisão e regularização, realizando-se novas licitações, com o objetivo de melhorar a qualidade dos mesmos e reduzir os custos com tal tipo de serviço. As diversas medidas tomadas resultaram numa economia de R\$ 37 milhões (cerca de 40%) nos custos de contratos de serviços continuados. Toda esta economia está sendo reinvestida nos hospitais, permitindo a implantação de outras atividades,

como valorização dos centros de estudo, recuperação de instalações e compra de novos equipamentos.

REDUÇÃO DE CUSTOS NOS CONTRATOS DE SERVIÇOS CONTINUADOS – 1999

Tipos de Serviços	Contrato Anterior A	Contrato Atual B	Economia A - B	%
Vigilância	12.139.068,00	6.704.950,60	5.434.117,40	45%
Limpeza	19.606.404,00	9.600.000,00	10.006.404,00	49%
Manutenção Predial	19.052.076,00	11.120.796,96	7.931.279,40	42%
Oxigênio Líquido	2.432.100,00	872.700,00	1.559.400,00	36%
Outros Gases	480.029,40	324.650,60	155.378,80	32%
Lavanderia	15.500.000,00	7.780.236,40	7.719.763,60	50%
Nutrição	24.134.898,00	19.415.602,00	4.719.296,00	20%
TOTAL	93.344.575,40	55.518.936,56	37.525.639,20	40%

Instituir estratégias para diminuição das filas para atendimento

Duas estratégias foram desenhadas para enfrentar esse problema crônico que não é apanágio dos serviços de saúde federais, dependendo, também, do reordenamento da demanda encaminhada pelos demais serviços de saúde dos SUS, estaduais e municipais.

A primeira constou da realização de mutirões para cirurgias de patologias mais freqüentes e de alta demanda. Os programas de cirurgia da próstata, de catarata e infantil tiveram por objetivo reduzir o tempo de espera dos pacientes cadastrados para estes tipos de procedimentos nos hospitais da Lagoa, Bonsucesso, Piedade, Servidores do Estado, Andaraí, Nova Iguaçu, Jacarepaguá e Ipanema. As cirurgias foram feitas em regime de mutirão, envolvendo médicos, residentes, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

UNIDADES	PROSTATA	CATARATA	CIR. PEDIÁTRICA
Andaraí	19		
Bonsucesso	24	68	43
Ipanema	41	92	
Jacarepaguá	25		
Nova Iguaçu	5		
Piedade	39	81	175
Servidores do Estado	28	75	101
Lagoa		77	43
TOTAL	181	393	362

Outra medida foi a implantação dos projetos Vida (Hospital do Andaraí), Porta de Entrada (Hospital da Lagoa) e Acolhida (Hospital de Bonsucesso) que visaram humanizar e agilizar o atendimento nas emergências, diminuindo as filas de espera.

A segunda estratégia compreendeu a implantação, em setembro/1998, do serviço de Marcação de Consultas pelo 0800 788 788 no Hospital Geral de Bonsucesso. Avaliação da central de marcação 0800 indicou uma considerável redução nas filas de marcação de consultas no ambulatório, demonstrando a grande aceitação do serviço pelo público.

Instituir Contratos de Gestão com os Hospitais

A instituição de Protocolo de Desempenho firmado entre esta Coordenação e os hospitais, em janeiro de 1999, passo preliminar para a instituição de contrato de gestão, teve por finalidade o fomento e a execução de metas na área da assistência hospitalar. Buscou alcançar os seguintes objetivos estratégicos: manter atualizadas as estatísticas de internação (censo hospitalar) e a documentação clínica dos pacientes internados (aprimoramento do sumário de alta nos prontuários); avaliar a prática clínica mediante análise dos óbitos ocorridos no hospital (comissão de análise de óbitos); recuperar o papel de centro educativo e científico do hospital (realização de sessões anátomo-clínicas); otimizar a ocupação dos leitos cirúrgicos (reduzir em 40% as internações para avaliação pré-operatória).

	Censo hospitalar	Comissão de óbitos	S. Anátomo-clínicas	-40% internações pré-operatórias	Sumário de alta nos prontuários
Andaraí	SIM	NAO	SIM	NAO	SIM
Bonsucesso	SIM	SIM	NAO	PARCIAL	SIM
Ipanema	SIM	SIM	SIM	NAO	SIM
Lagoa	SIM	SIM	NAO	SIM	PARCIAL
Servidores Estado	SIM	SIM	SIM	SIM	PARCIAL
Cardiologia	SIM	NAO	SIM	SIM	PARCIAL
Traumatologia-Ortopedia	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Raphael P.Souza	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
C P P II	SIM	SIM	SIM	SIM	PARCIAL
Philippe Pinel	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Verifica-se que houve alcance significativo das metas propostas, com maior dificuldade nas áreas de melhoria do prontuário e de redução de internações para avaliação pré-operatória, tanto em virtude de aspectos culturais da prática médica; quanto pela pressão para garantia dos leitos liberados.

Implantar Sistema de Apuração de Custos Hospitalares

Foi implantado no Hospital Geral de Bonsucesso sistema de apuração de custos por processo, que permite conhecer o custo da consulta, paciente-dia, alta, leito-dia, atendimento, exame, etc., e se constitui como base para implementar qualquer outro tipo de apuração. Isso possibilitou conhecer a estrutura de custo dos centros de custos por tipo de despesa (pessoal, material de consumo, outras despesas); e a estrutura de cada tipo de despesa por centro de custo. Dois tipos de relatórios foram obtidos: resumido, no qual a informação refere-se ao total por tipo de centro de custo (final, intermediário especial, intermediário e geral), ou detalhado, onde a informação é discriminada por centro de custo.

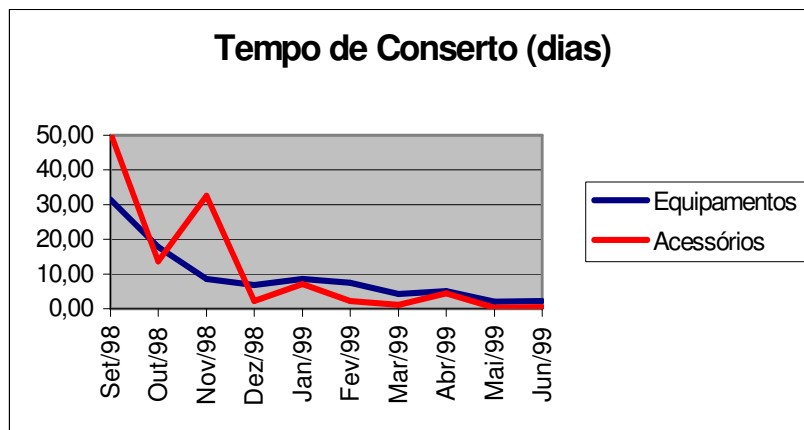
Custo Unitário de Internação por Serviço - HGB – Junho 1999

CENTRO DE CUSTO	Total dos Custos Diretos	Unidades Produzidas - Pacientes-dia	Custo Unitário Direto
ENF GINECOLOGIA	23.485,98	261	89,98
ENF CARDIOLOGIA	91.275,96	552	165,36
ENF CIRURGIA VASCULAR	4.543,64	348	13,06
ENF CLÍNICA CIRÚRGIA	62.257,06	856	72,73
ENF CLÍNICA MÉDICA	125.552,64	964	130,24
ENF NEFRO/TRANSPLANTE	25.337,91	178	142,35
ENF OTORRINO	17.826,20	179	99,59
ENF PEDIATRIA GERAL	82.264,71	863	95,32

Assegurar a disponibilidade de equipamentos especializados

A ausência de medidas preventivas e de gerência de manutenção de equipamentos e de aparelhos médicos fazia com que muitos deles se encontrassem parados, com defeitos variados, prejudicando a atendimento. Realizou-se cadastro completo dos equipamentos existentes, passando-se a conhecer a situação dos mesmos: local de instalação; existência ou não de contrato de manutenção, etc. O estabelecimento de cronograma de manutenção preventiva e a possibilidade de conserto imediato, por empresa de engenharia clínica, de uma série de defeitos reduziu drasticamente o índice de equipamentos parados. Para que se tenha uma idéia do que representou a introdução do serviço de engenharia clínica em um hospital, é suficiente mencionar que, no hospital do Andaraí, os exames de tomografia computadorizada tinham uma inoperância média de 40% (entre abril de 97 e julho de 98), e apresentavam, ao final de 1999, um rendimento de 100%.

HOSPITAL DO ANDARAÍ – TEMPO DE CONSERTO DE EQUIPAMENTOS Setembro de 1998 – Junho de 1999



Implementar a Descentralização

Segundo a Lei 8.080/90, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, a descentralização é estratégia prioritária, compreendendo a delegação de responsabilidades e atividades aos gestores municipais. Cumprindo essas determinações legais, foi realizada a cessão definitiva para a Prefeitura do Rio de Janeiro de quatro maternidades e dezessete PAMs do Ministério da Saúde e dos hospitais de Jacarepaguá, Piedade, Andaraí, Ipanema, Lagoa, Raphael de Paula Souza, C. Psiquiátrico Pedro II, Inst. Phillippe Pinel; cessão da Policlínica Picquet Carneiro para a Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A descentralização dessas unidades procurou seguir valores éticos tanto com relação ao gestor municipal quanto à população usuária. Os hospitais foram repassados em perfeitas condições de operação, fisicamente recuperados e com equipamentos em plenas condições de funcionamento.