

APOIO À CRIAÇÃO DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS DA SES-RJ

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
DO RIO DE JANEIRO**

RESUMO EXECUTIVO | NOVEMBRO 2011



FGV PROJETOS

Diretor

Cesar Cunha Campos

Diretor Técnico

Ricardo Simonsen

Diretor de Controle

Antônio Carlos Kfourri Aidar

Vice-Diretor de Projetos

Francisco Eduardo Torres de Sá

Vice-Diretor de Estratégia e Mercado

Sidnei Gonzalez

COORDENAÇÃO E REDAÇÃO

Irineu Frare

Karin Merz Fernandes de Souza

EQUIPE DE PRODUÇÃO

Coordenação

Melina Bandeira

Assessoria de Produção

Barbara do Nascimento Caldas | Eduarda Moura

Projeto Gráfico

Maria João Macedo | Patricia Werner

Revisão

Leonardo Teixeira

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS



Instituição de caráter técnico-científico, educativo e filantrópico, criada em 20 de dezembro de 1944 como pessoa jurídica de direito privado, tem por finalidade atuar, de forma ampla, em todas as matérias de caráter científico, com ênfase no campo das ciências sociais: administração, direito e economia, contribuindo para o desenvolvimento econômico-social do país.

Sede

Praia de Botafogo, 190, Rio de Janeiro – RJ, CEP 22250-900 ou Caixa Postal 62.591

CEP 22257-970, Tel: (21) 3799-5498, www.fgv.br

Primeiro Presidente Fundador

Luiz Simões Lopes

Presidente

Carlos Ivan Simonsen Leal

Vice-Presidentes

Sergio Franklin Quintella, Francisco Oswaldo Neves Dornelles e Marcos Cintra Cavalcante de Albuquerque

CONSELHO DIRETOR

Presidente

Carlos Ivan Simonsen Leal

Vice-Presidentes

Sergio Franklin Quintella, Francisco Oswaldo Neves Dornelles e Marcos Cintra Cavalcante de Albuquerque

Vogais

Armando Klabin, Carlos Alberto Pires de Carvalho e Albuquerque, Ernane Galvêas, José Luiz Miranda, Lindolpho de Carvalho Dias, Manoel Pio Corrêa Júnior, Marcílio Marques Moreira e Roberto Paulo Cezar de Andrade

Suplentes

Antonio Monteiro de Castro Filho, Cristiano Buarque Franco Neto, Eduardo Baptista Vianna, Gilberto Duarte Prado, Jacob Palis Júnior, José Ermírio de Moraes Neto, José Julio de Almeida Senna e Marcelo José Basílio de Souza Marinho.

CONSELHO CURADOR

Presidente

Carlos Alberto Lenz César Protásio

Vice-Presidente

João Alfredo Dias Lins (Klabin Irmãos e Cia)

Vogais

Alexandre Koch Torres de Assis, Angélica Moreira da Silva (Federação Brasileira de Bancos), Carlos Moacyr Gomes de Almeida, Dante Letti (Souza Cruz S.A.), Edmundo Penna Barbosa da Silva, Heitor Chagas de Oliveira, Jaques Wagner (Estado da Bahia), Luiz Chor (Chozil Engenharia Ltda.), Marcelo Serfaty, Marcio João de Andrade Fortes, Maurício Matos Peixoto, Orlando dos Santos Marques (Publicis Brasil Comunicação Ltda.), Pedro Henrique Mariani Bittencourt (Banco BBM S.A.), Raul Calfat (Votorantim Participações S.A.), Rodrigo Vaunizio Pires de Azevedo (IRB - Brasil Resseguros S.A.), Ronaldo Mendonça Vilela (Sindicato das Empresas de Seguros Privados, de Capitalização e de Resseguros no Estado do Rio de Janeiro e do Espírito Santo), Sérgio Ribeiro da Costa Werlang e Tarso Genro (Estado do Rio Grande do Sul).

Suplentes

Aldo Floris, José Carlos Schmidt Murta Ribeiro, Luiz Ildefonso Simões Lopes (Brookfield Brasil Ltda.), Luiz Roberto Nascimento Silva, Manoel Fernando Thompson Motta Filho, Murilo Pinto de Oliveira Ferreira (Vale S.A.), Nilson Teixeira (Banco de Investimentos Crédit Suisse S.A.), Olavo Monteiro de Carvalho (Monteiro Aranha Participações S.A.), Patrick de Larragoiti Lucas (Sul América Companhia Nacional de Seguros), Rui Barreto (Café Solúvel Brasília S.A.) e Sérgio Lins Andrade (Andrade Gutierrez S.A.).

SUMÁRIO

FICHA TÉCNICA	5
INTRODUÇÃO	6
1. CONTEXTO DO PROJETO	8
1.1 Eixos Norteadores do Projeto	8
2. ESTRUTURA DO PROJETO	10
2.1 Alterações no Escopo de Trabalho	14
2.2 Estruturação da Equipe de Trabalho	16
2.3 Produtos Gerados	17
3. A FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO – CONTEXTO JURÍDICO	18
4. SÍNTESE DOS TRABALHOS DESENVOLVIDOS	20
4.1 Módulo 1 - Institucional: Criação das Fundações Estatais	20
4.1.1 Plano de Trabalho	20
4.1.2 Regimento e Documentação do Grupo de Trabalho	20
4.1.3 Minutas dos Estatutos e Regimentos Internos	21
4.1.4 Acompanhamento da Formalização das Fundações	22
4.1.5 Plano de Comunicação e Acompanhamento	22
4.1.6 Pesquisa de Fatores Críticos de Sucesso	25
4.1.7 <i>Benchmarking</i>	37
4.1.8 Sistema de Gestão de Pessoas	40
4.1.9 Modelagem Organizacional das Fundações Estatais	43
4.1.10 Plano de Suprimentos	50
4.1.11 Soluções de TI e TCOM	52
4.1.12 Considerações sobre o Módulo 1	53

4.2 Módulo 2 - Reestruturação das Unidades Prestadoras de Serviço (UPSs)	54
4.2.1 Levantamento da Situação Institucional, Patrimonial e de Contratos	54
4.2.2 Diagnóstico dos Serviços e Produção das Unidades Prestadoras de Serviços	59
4.2.3 Análise do Censo de Recursos Humanos	61
4.2.4 Análise da Oferta e Demanda de Serviços	64
4.2.5 Análise dos Macroprocessos e Processos Críticos	69
4.2.6 Modelo de Produção e Prestação de Contas	69
4.2.7 Considerações sobre o Módulo 2	72
4.3 Módulo 3 - Implantação e Acompanhamento	72
4.3.1 Sistema de Indicadores de Desempenho	72
4.3.2 O Contrato de Gestão	81
4.3.3 Implantação da Sede das Fundações Estatais	85
4.3.4 Programa de Treinamento e Desenvolvimento	87
4.3.5 Considerações sobre o Módulo 3	90
5. DESAFIOS E PERSPECTIVAS	91
6. PRODUTOS EXTRAS	92

FICHA TÉCNICA

PROJETO

Apoio à Criação das Fundações Estatais para Gestão Hospitalar e Reestruturação de Cinco Unidades Prestadoras de Serviços

CLIENTE

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES - RJ)

Sérgio Luiz Côrtes da Silveira | Secretário

Monique Zita dos Santos Fazzi | Subsecretária

Elaine Santiago Simmer | Coordenadora

PRAZO

24 meses

ASSESSORIA TÉCNICA

FGV Projetos

Cesar Cunha Campos | Diretor do Projeto

Ricardo Simonsen | Supervisor

Francisco Eduardo Torres de Sá | Coordenador Geral

Irineu Frare | Coordenador Executivo

Ana Maria Malik | Coordenadora do Curso de Gestão

Carlos Augusto Costa | Coordenador de Comunicação e Pesquisa

Carlos Quintella | Coordenador de Tecnologia da Informação

Gilnei Mourão Teixeira | Coordenador de Recursos Humanos

Karin Merz Fernandes de Souza | Coordenadora Jurídico Institucional

Mauricio Costa | Coordenador Financeiro e Contábil

Wilson Rezende | Coordenador de Gestão em Saúde

INTRODUÇÃO

O Estado, ao longo da História, passou por várias mutações em relação à sua estrutura e suas finalidades. Hoje, é inegável seu propósito de promover o bem comum e o bem-estar da sociedade, atuando sempre em prol do interesse público.

A prestação de serviços públicos pelo Estado concretiza sua missão com uma estrutura de órgãos e entidades, que, inicialmente, formou-se sob rígido regime de direito público, hierárquico e burocrático. Com o passar do tempo, a relação da sociedade com os setores público e privado tornou-se mais complexa.

O tempo e a velocidade das informações exigem inovações na estrutura estatal, para melhor cumprir com as diretrizes que permeiam a sua atuação. O Estado, antes caracterizado pela estrutura centralizada e hierárquica, passa a pulverizar sua atuação, utilizando-se de relações de vinculação. Em detrimento do mero controle de meios, burocrático e antiquado, o novo modelo de administração pública gerencial trouxe o controle de resultados, sob o signo da eficiência. Assim, o Estado passou a desempenhar um papel mais participativo na sociedade, de forma complementar à livre iniciativa.

Nesse contexto, o projeto das fundações estatais foi concebido e formatado por iniciativa da atual gestão da Secretaria de Estado de Saúde (SES), antiga Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC)¹. Derivadas do processo de descentralização administrativa, são entidades pertencentes à administração indireta. Portanto, de um lado, seguem as normas gerais da administração pública e, de outro, dispõem de mais autonomia, por serem pessoas jurídicas de direito privado. Esses aspectos conferem parte do dinamismo do setor privado, bem como os padrões de profissionalismo e produtividade exigidos nos setores de alta competitividade.

¹ O projeto de apoio à criação das Fundações Estatais foi desenvolvido para a antiga Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC). Em junho deste ano, a SESDEC foi desmembrada. A atual Secretaria de Estado de Saúde (SES) formula, implementa e gerencia políticas públicas de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.

A saúde pública é um bom exemplo da situação aqui exposta. A prestação do serviço público de saúde passa por inúmeras dificuldades, não acompanha a demanda da população e está aquém da eficiência de padrões internacionais. Uma estrutura administrativa inflexível acaba se tornando prejudicial à própria população.

A SES trilhou e ainda está trilhando o caminho das fundações estatais para a gestão hospitalar. O objetivo da iniciativa foi promover efetivo acesso à saúde pública de qualidade, atendendo às necessidades do cidadão. Por meio das fundações, foi possível dotar a área de saúde pública do Estado do Rio de Janeiro de boas práticas de gestão, rompendo com o modelo disfuncional e criando uma administração baseada no modelo gerencial.

Para o desenvolvimento desse projeto, a SES firmou parceria com a Fundação Getúlio Vargas (FGV) com o intuito de apoiar a criação das fundações estatais para gestão hospitalar e reestruturação de cinco Unidades Prestadoras de Serviços (UPSs). Esta publicação serve como um guia, com referências ao modelo desenvolvido, e apresenta a consolidação de todas as etapas e cenários na administração pública que impulsionaram a realização do projeto. Demonstra, ainda, as premissas que nortearam o trabalho da FGV, os aspectos metodológicos e de formatação do projeto final apresentado.

Boa leitura!

Cesar Cunha Campos

Diretor

FGV Projetos

1. CONTEXTO DO PROJETO

Em 2008, o Governo do Estado do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES), solicitou assessoria técnica à Fundação Getulio Vargas (FGV) no projeto de apoio à criação das fundações públicas de direito privado para gestão hospitalar e reestruturação de unidades prestadoras de serviços (UPS).

O projeto surgiu quando o Governo Federal verificou dificuldades no seio da administração pública para o desenvolvimento de mecanismos de utilização de instrumentos gerenciais que aumentassem a sua eficiência no campo da prestação de serviços. O modelo de administração pública direta mostrou-se inadequado para acompanhar as constantes demandas. O *deficit* na estrutura, as dificuldades de funcionamento das suas Unidades de Saúde e de se adaptar à nova realidade, sem abrir mão dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), foram alguns dos aspectos identificados na estrutura da administração pública direta.

Por esses motivos, o governo iniciou uma série de estudos sobre as formas jurídico-institucionais da administração pública, visando à superação do estrangulamento na área hospitalar. O intuito desse processo foi propor ajustes na gestão pública, empregando mecanismos legais que permitissem maior autonomia, sem abandonar o controle pelo Estado brasileiro.

A parceria entre o Governo do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Getulio Vargas foi firmada para a realização do projeto de implementação das fundações públicas do direito privado na área de saúde.

1.1 EIXOS NORTEADORES DO PROJETO

A FGV Projetos realizou o assessoramento técnico para elaboração da modelagem organizacional, jurídica e operacional do projeto. O principal objetivo foi aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado na área de saúde, com base em um novo modelo jurídico-institucional.

A realização do projeto teve por premissa a análise de algumas questões intrinsecamente relacionadas ao resultado almejado do trabalho, tais como:

Redefinição do papel da SES:

A Secretaria deixa de atuar como formuladora e executora de políticas públicas para concentrar-se no papel exclusivo de formuladora, em uma lógica que privilegia a atuação do Estado como catalisador de demandas sociais – dentro da perspectiva de transformar as demandas sociais em serviços que atendam à sociedade, mas não necessariamente sejam executados pelo órgão da administração direta.

Melhoria nas condições de trabalho:

A área de Recursos Humanos (RH) é um dos pontos mais críticos do SUS; portanto, a introdução de uma perspectiva de carreira para o corpo funcional – com a adoção de Plano de Empregos, Cargos e Salários,

reajuste salarial e contratação via Consolidação das Leis de Trabalho (CLT) por meio de concurso público – tem como meta eliminar a precarização do trabalho, os contratos por fundações de apoio, as terceirizações e os baixos salários para algumas categorias.

Gestão por resultados:

A autonomia conferida às fundações possuirá uma contrapartida importante, com a adoção de contrato de gestão como principal instrumento de controle e acompanhamento – tanto no âmbito da relação entre a SES e as fundações, quanto destas com suas unidades, que também poderão e deverão replicar a lógica de contratualização com suas Unidades Funcionais (UFs). Assim, o controle externo sobre as unidades de saúde, sua produção, sua qualidade e seus recursos aumentará de forma significativa.

Maior transparência e controle social (*accountability*):

Será adotada uma estrutura de governança corporativa calcada em um conselho fiscal, um conselho curador, auditorias interna e externa, além das obrigações definidas na lei de criação, o que possibilita às fundações uma estrutura mais permeável e transparente. Esses pressupostos, além de parametrizar o modelo de criação das fundações públicas de direito privado, também visam estabelecer uma prestação de serviços de saúde efetiva, eficiente e eficaz.

A construção de modelo dessa natureza demandou complexa articulação entre uma série de ações na SES, que foram desde a análise de cada unidade de saúde, com a elaboração dos relatórios de diagnóstico, até a composição dos estatutos e regimentos das fundações e o assessoramento na implementação para o novo modelo de gestão e seus sistemas de avaliação.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

O projeto propôs a criação de três fundações estatais de direito privado, conforme estabelecido pela Lei estadual 5.164/2007, a saber:

- Fundação Estatal dos Hospitais Gerais;
- Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência; e
- Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante.

As fundações estatais são conceituadas na administração pública como organismos da administração indireta, com um modelo mais flexível, detentoras de autonomia administrativa e financeira perante o órgão central.

A ideia da lei consistiu na incorporação de Unidades Prestadoras de Serviços (UPSs)² em cada uma das fundações. Assim, as fundações estatais passam a ser intermediárias da relação entre a SES e as UPSs. Ou seja, as fundações reportam-se à SES, na condição de órgãos descentralizados, mas compete a cada uma delas o controle das UPSs.

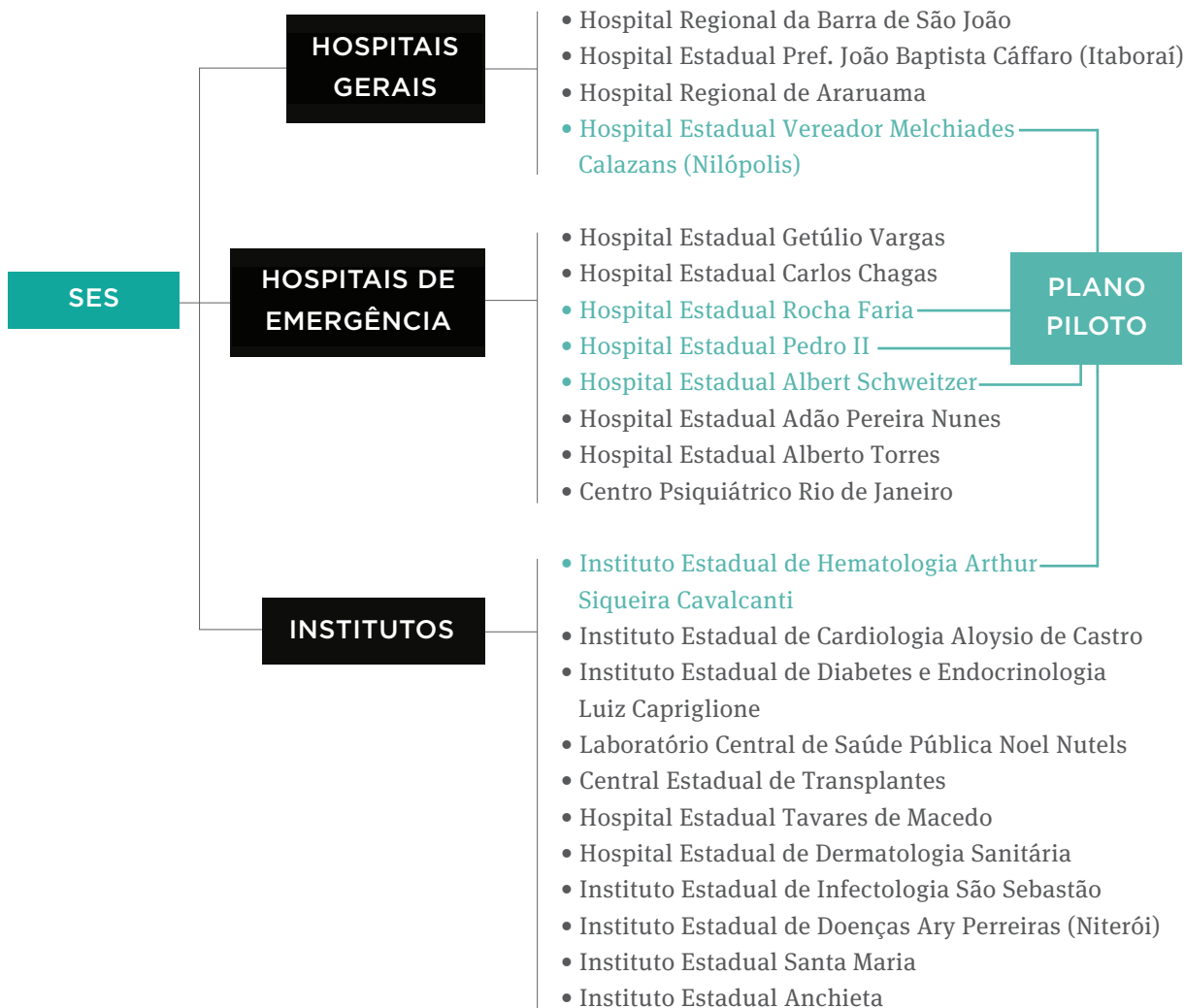
Além de moldar toda a estrutura institucional, jurídica, financeira e de gestão das fundações, também foi prevista a incorporação de cinco UPSs às fundações. As unidades escolhidas para iniciar o processo de incorporação foram três hospitais de urgência e emergência, um hospital geral e um instituto. Durante o desenvolvimento do trabalho, o Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti foi substituído pelo Hospital Estadual da Mulher (HMR), conforme explicado no item 2.1 (Alterações no escopo do trabalho):

- **Hospitais de Urgência e Emergência:** Hospital Estadual Rocha Faria (HERF), Hospital Estadual Pedro II (HEPII) e Hospital Estadual Albert Schweitzer (HEAS);
- **Hospital Geral:** Hospital Estadual Vereador Melchhiades Calazans – Nilópolis (HEMEC); e
- **Instituto:** Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO).

² Unidades Prestadoras de Serviço (UPSs) são os hospitais que prestam serviços especializados à população.

O modelo de gestão hospitalar criado pode ser mais bem representado pela Figura 1:

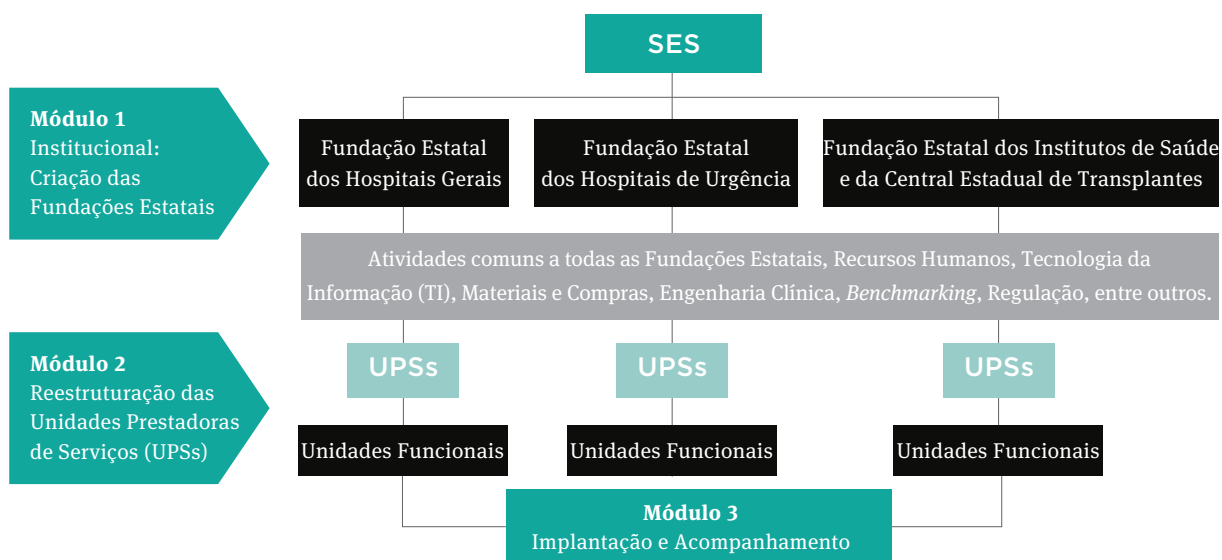
Figura 1 – Modelo de Gestão Hospitalar



A metodologia para a concepção de todo o aparato de gestão hospitalar foi desenvolvida em três módulos, cada um correspondente a um momento do projeto. A Lei estadual 5164/2007 conferiu fundamento jurídico à criação de três fundações. Assim, competiu à FGV, no primeiro módulo, institucionalizar essa criação. A lei também contemplou a incorporação das UPSs. No segundo módulo, portanto, a FGV realizou a reestruturação das UPSs e a incorporação dessas unidades às fundações. O último módulo consistiu em um acompanhamento e na efetiva implantação do novo modelo de gestão hospitalar.

A concepção dos módulos, de acordo com o modelo estruturado pela lei estadual, pode ser visualizado na Figura 2.

Figura 2 - Estrutura de Desenvolvimento do Projeto



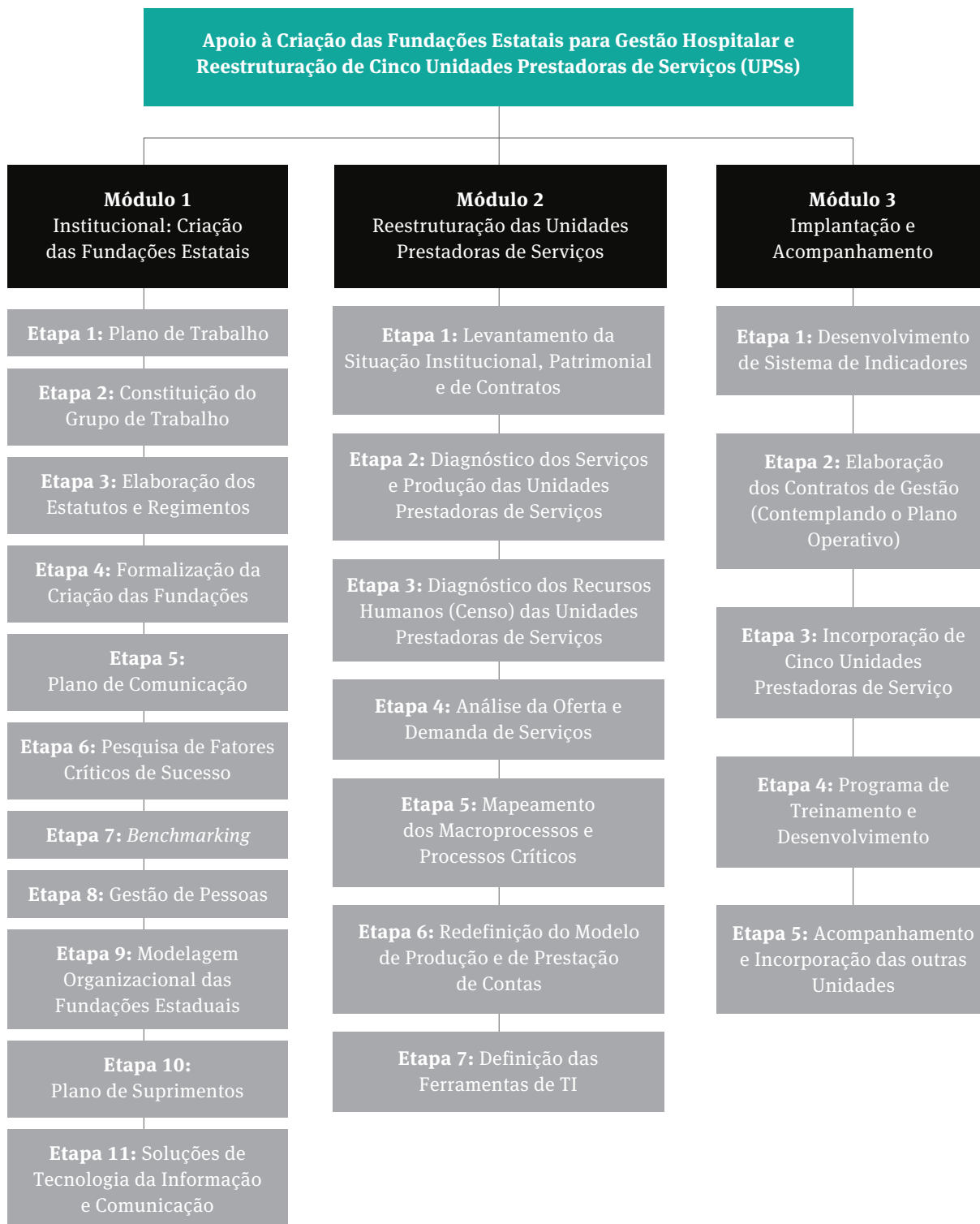
O **módulo 1 – “Institucional: Criação das Fundações Estatais”** desenvolveu os aspectos de ordem estratégico-institucional, em que foram elaborados estudos jurídicos; o texto do estatuto e regimento das Fundações; o plano de comunicação; a pesquisa de fatores críticos de sucesso; a análise de *benchmarking*; o sistema de gestão de pessoas; a modelagem organizacional das fundações estaduais; o plano de suprimentos; e a análise de tecnologia da informação e comunicação.

O **módulo 2 – “Reestruturação das Unidades Prestadoras de Serviços (UPSs)”** – trabalhou os aspectos de ordem mais operacional com base no diagnóstico da situação institucional, patrimonial e de contratos; no diagnóstico dos serviços e produção das UPSs; no diagnóstico dos recursos humanos (censo) das UPSs; na análise da oferta e demanda de serviços; no mapeamento dos macroprocessos e processos críticos das UPSs; na redefinição do modelo de produção e de prestação de contas; e na definição das ferramentas de TI.

O **módulo 3 – “Implantação e Acompanhamento”** – concentrou-se na operacionalização e implantação das definições dos módulos anteriores, com base: no desenvolvimento de um sistema de indicadores de desempenho; na elaboração dos contratos de gestão (contemplando o plano operativo); na incorporação de cinco UPSs; na realização de um programa de treinamento e desenvolvimento; e no acompanhamento e incorporação das outras unidades.

Os três módulos contemplaram ações de caráter estratégico-institucional, um conjunto dividido em etapas, melhor visualizado na Figura 3.

Figura 3 - Etapas do Projeto



2.1 ALTERAÇÕES NO ESCOPO DO TRABALHO

O projeto foi desenvolvido em dois anos. Devido ao seu caráter inovador, sua amplitude, interdisciplinaridade e complexidade, são comuns as necessidades de ajustes e mudanças nas visões estratégicas em relação à execução de determinadas etapas de trabalho.

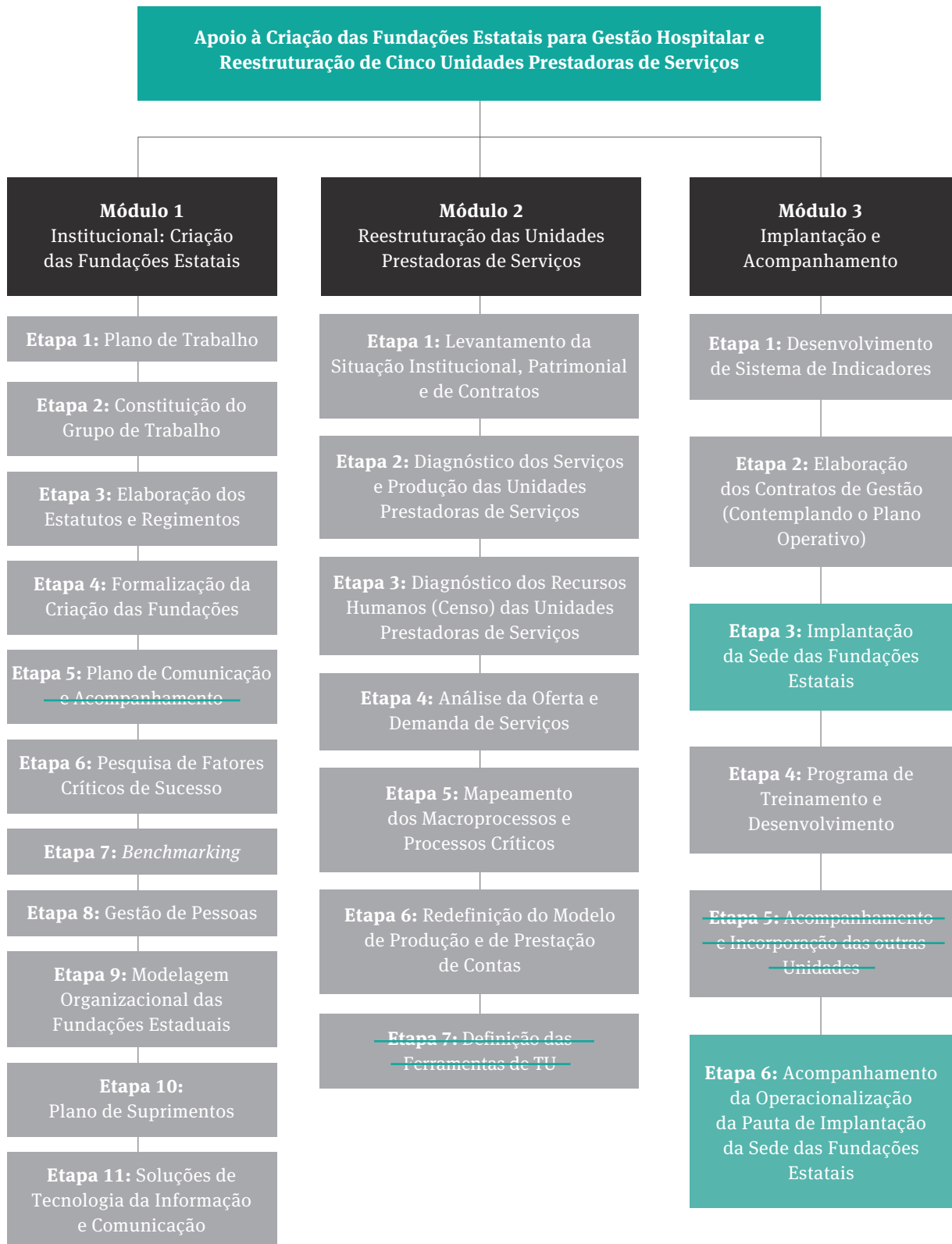
Ao final do primeiro ano, a SES verificou a necessidade de adaptações no escopo do projeto para contenção interna de gastos. Dessa forma, o contrato original sofreu alterações. O primeiro termo aditivo ao contrato foi de redução de escopo e valor, e o segundo e o terceiro termos aditivos foram para prorrogação de prazo.

Quanto à redução do escopo, a SES solicitou a descontinuidade de sete relatórios de Andamento da Assessoria de Comunicação (a entrega foi realizada até o relatório de assessoria de comunicação nº4); da segunda etapa de trabalho da área de TI; e de parte do módulo nº 3, referente ao processo de acompanhamento da implantação, que descontinuou a incorporação das cinco UPSs.

Com as mudanças definidas pela SES, privilegiou-se a criação imediata de apenas duas fundações: a Fundação Estatal dos Institutos e a Fundação dos Hospitais de Urgência e Emergência. Desse modo, em substituição à incorporação das cinco UPSs, a SES optou por um acompanhamento e operacionalização da pauta de implantação da sede das fundações estatais com as demais unidades do governo, contemplando aspectos sobre os limites e possibilidades de ampliação da autonomia orçamentária e de blindagem de recursos, a formatação dos instrumentos de transferência e as providências necessárias ao campo de provimento de mão de obra.

O módulo 2 objetivava a reestruturação das UPSs para realizar posterior incorporação. Como a incorporação foi descontinuada, a SES solicitou a substituição do Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti pelo Hospital Estadual da Mulher para a realização da reestruturação. Com essa revisão do escopo, o contrato foi reduzido em 14,66% do valor inicial contratado.

Figura 4 – Alteração do Escopo



— retirado do escopo

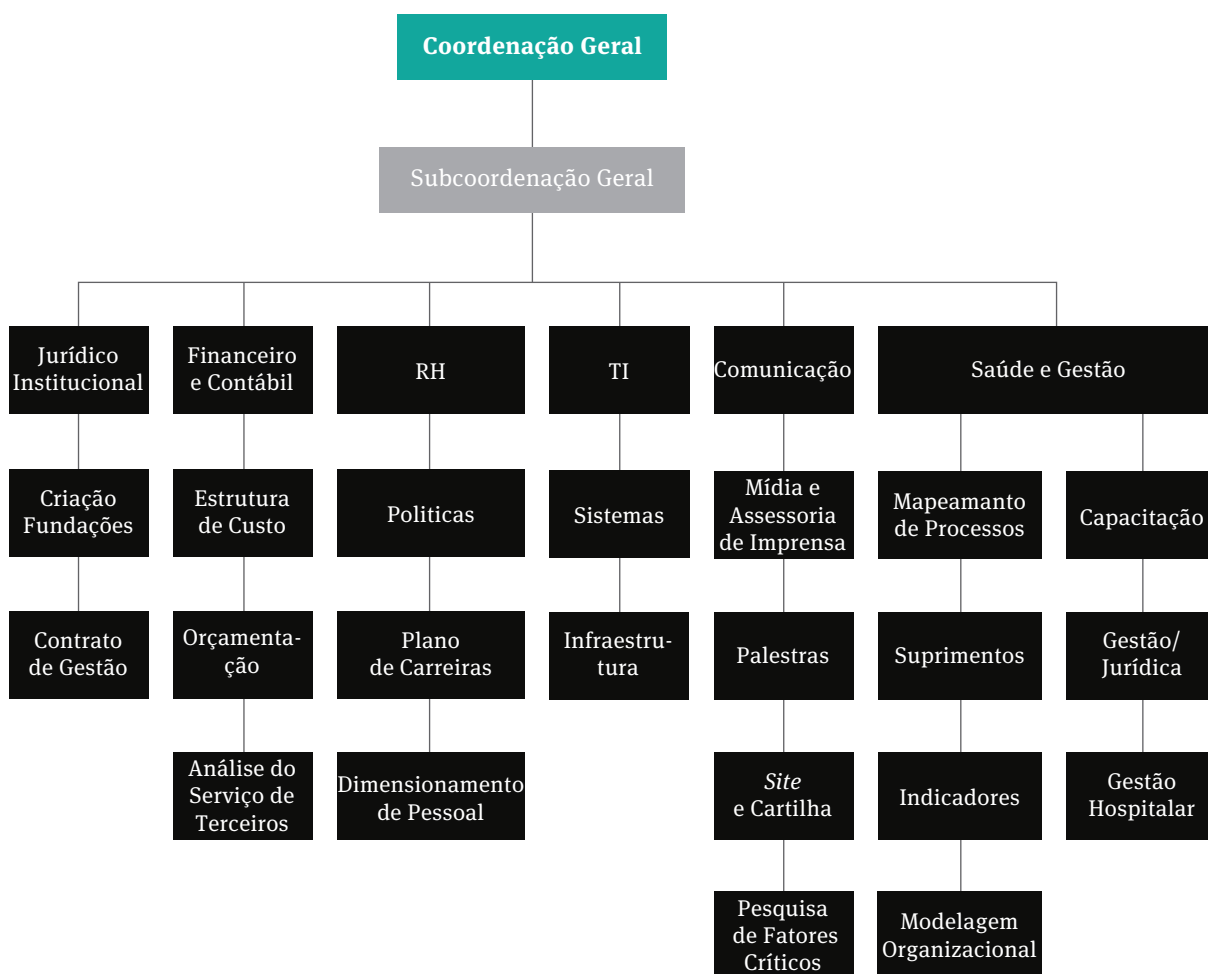
■ incluído do escopo

2.2 ESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

Para a execução dos três módulos de trabalho, criou-se um Grupo de Trabalho (GT) responsável pela discussão e validação dos trabalhos desenvolvidos e dos produtos entregues pela FGV durante os dois anos de trabalho. O GT era constituído por um coordenador geral e um subcoordenador geral, indicados, respectivamente, pela SES e pela FGV. Além disso, contemplava seis coordenações de áreas, como se observa na Figura 5.

Para cada área, foram designados dois coordenadores: um representante da FGV e outro da SES. Cada coordenador possuía a atribuição de desenvolver os estudos que seriam validados pela coordenação geral. As responsabilidades de atribuições dos integrantes do GT foram estipuladas em um regimento interno específico.

Figura 5 - Estrutura de Funcionamento do Grupo de Trabalho



2.3 PRODUTOS GERADOS

Cada módulo desenvolvido foi composto por etapas que, por sua vez, resultaram em produtos entregues à SES sob a forma de relatórios periódicos, com andamento e *status* da execução do trabalho em desenvolvimento.

Os relatórios estão resumidos ao longo da publicação e fornecem um panorama geral do projeto. A análise dos relatórios individualizados oferece a visão detalhada das áreas, que, juntas, constituem o novo modelo de gestão hospitalar.

A Tabela 1 destaca as áreas e relatórios entregues pela FGV, apresentando um guia para os resumos e para a consulta dos produtos.

Tabela 1 - Relatórios Gerados

MÓDULO	ÁREA	RELATÓRIO RESUMIDO	RELATÓRIOS GERADOS
MÓDULO 1 INSTITUCIONAL: CRIAÇÃO DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS	Etapa 1 - Plano de Trabalho	P. 20	Nº 1.1
	Etapa 2 - Documentação do Grupo de Trabalho	P. 20	Nº 1.2
	Etapa 3 - Minutas dos Estatutos e Regimentos Internos	P. 21	Nº 1.3
	Etapa 4 - Formalização da Criação das Fundações	P. 22	Nº 1.4
	Etapa 5 - Plano de Comunicação	P. 22	Nº 1.5 a 1.9
	Etapa 6 - Pesquisa de Fatores Críticos de Sucesso	P. 25	Nº 1.17
	Etapa 7 - <i>Benchmarking</i>	P. 37	Nº 1.18
	Etapa 8 - Gestão de Pessoas	P. 40	Nº 1.19 a 1.22
	Etapa 9 - Modelagem Organizacional das Fundações Estatais	P. 43	Nº 1.23 e 1.24
	Etapa 10 - Plano de Suprimentos	P. 50	Nº 1.25 e 1.26
	Etapa 11 - Tecnologia da Informação e Comunicação	P. 52	Nº 1.27 e 1.28
MÓDULO 2 REESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES PRESTADORAS	Etapa 1 - Levantamento da Situação Institucional, Patrimonial e de Contratos	P. 54	Nº 2.1 e 2.2
	Etapa 2 - Análise do Censo de Recursos Humanos	P. 59	Nº 2.3 e 2.4
	Etapa 3 - Diagnóstico dos Recursos Humanos (Censo) das Unidades Prestadoras de Serviço	P. 61	Nº 2.5
	Etapa 4 - Análise da Oferta e Demanda de Serviços	P. 64	Nº 2.6
	Etapa 5 - Análise dos Macroprocessos e Processos Críticos	P. 69	Nº 2.7 e 2.8
	Etapa 6 - Modelo de Produção e de Prestação de Contas	P. 70	Nº 2.9
MÓDULO 3 IMPLANTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO	Etapa 1 - Sistema de Indicadores de Desempenho	P. 72	Nº 3.1
	Etapa 2 - Contratos de Gestão	P. 81	Nº 3.2
	Etapa 3 - Implantação da Sede das Fundações Estatais	P. 85	Nº 3.3
	Etapa 4 - Programa de Treinamento e Desenvolvimento	P. 87	Nº 3.4 a 3.11

3. A FUNDAÇÃO PÚBLICA DE DIREITO PRIVADO – CONTEXTO JURÍDICO

O modelo globalizado de Estado democrático exige atuação mais participativa na sociedade, no que se refere à prestação de serviços públicos nos setores em que o Estado é o responsável por oferecê-los.

As fundações públicas com personalidade de direito privado surgiram com a finalidade de modernizar os instrumentos de gestão na administração pública. Trata-se de órgão da administração pública, com flexibilidade e autonomia mais amplas do que as das atuais autarquias e fundações de direito público, que dispõe de instrumentos administrativos de natureza privada. Constitui modalidade de descentralização administrativa, sujeita ao controle estatal e inserida na administração pública indireta. Esse modelo foi o adotado pelo ordenamento brasileiro.

A opção do Estado de criar uma fundação pública de direito privado subordina-se ao enquadramento próprio e a uma série de características peculiares desse modelo. Fundações, em geral, não podem ter fins lucrativos ou atuar em atividades exclusivas do Estado (como arrecadação e fiscalização); trabalham de forma complementar à livre iniciativa, por meio do exercício de atividades relevantes para o interesse público.

Apesar de sua natureza de atuação auxiliar ao Estado, as fundações permanecem dentro da administração pública, assim como ocorre com as sociedades de economia mista e empresas públicas, com empregados públicos e com supervisão e fiscalização dos órgãos de controle da administração. A titularidade da prestação de serviços públicos, antes pertencente a um órgão do Estado (administração direta), é transferida para elas, que se responsabilizam integralmente pela execução dessas atividades essenciais.

Nesse sentido, são entidades públicas³, regidas pelas regras do direito privado. Ou seja, as fundações são um instrumento de ação do Estado de regime privado. Por isso, têm sua criação e extinção autorizadas por lei.

O Estado do Rio de Janeiro, para dar mais efetividade à prestação de serviços à população, editou a Lei Complementar 118/2007⁴, que definiu a atividade de saúde como uma das áreas de atuação estatal a ser desempenhada por fundação pública de direito privado.

Posteriormente, a Lei 5.164/2007 autorizou o Poder Executivo a instituir três fundações de saúde pública: a Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, a Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência e a Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante. A rede hospitalar estadual encontrava-se defasada, sem equipamentos e desprovida de mão de obra qualificada; assim, o objetivo da lei foi suprir deficiências na gestão dos hospitais integrantes da administração direta.

³ São entidades públicas porque obedecem a um regime administrativo público mínimo, submetendo-se ao ingresso por concurso público, à lei de licitação e contratos, ao controle interno e externo, à equiparação de seus servidores em relação ao acúmulo de cargos e à improbidade administrativa etc.

⁴ Em 2009, o PSOL ingressou com a ADI 4247-RJ, no STF, com pedido de liminar, questionando a constitucionalidade do art. 22 da Lei estadual 5.164/2007 e do inteiro teor da Lei Complementar 118/2007 do Estado do Rio de Janeiro. Até setembro de 2011, o STF não havia deferido liminar.

Em seus dispositivos, essa lei definiu que a finalidade das fundações é a execução e a prestação de serviços de saúde pelo poder público no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Rio de Janeiro. Seu patrimônio é constituído pelo poder público, por particulares ou adquirido por meio de contrato de gestão. Com o objetivo de uma atuação transparente, a lei ainda definiu os aspectos básicos sobre o contrato de gestão firmado entre a Secretaria de Saúde e as fundações estaduais, vinculando o valor de repasse a metas de desempenho de cada fundação. Com isso, o recebimento de dinheiro público por parte das fundações pela prestação de serviço fica condicionado ao alcance de determinadas metas previstas no referido contrato de gestão.

Essa iniciativa pretendeu assegurar uma profissionalização da gestão das unidades hospitalares, a fim de fortalecer o SUS e garantir um atendimento digno à população.

As fundações públicas do Estado do Rio de Janeiro, por serem de direito privado, têm seus atos constitutivos inscritos no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, na forma prescrita pelo Código Civil. Elas integram a administração pública indireta e permanecem vinculadas à SES, assim como também estão sujeitas aos princípios que regem a administração pública. O ingresso em seus quadros ocorre mediante concurso público, e elas respeitam a Lei de Licitações na aquisição de bens e serviços. Em contrapartida, lhes é concedida a possibilidade de adquirir maior autonomia de gestão, estabelecida no contrato de gestão, o que lhe confere maior eficácia e eficiência do instrumento estatal.

Além da prestação de serviços de saúde em nome do Estado, formalizada por meio de contrato de gestão, com remuneração por atingimento de metas, as fundações também podem receber recursos por meio da celebração de contratos e outros instrumentos congêneres, para desenvolver as atividades de ensino e pesquisa. Por outro lado, como os recursos das fundações derivam essencialmente dos pagamentos recebidos do Estado pela prestação de serviços à saúde, a SES possui maior nível de controle dos valores repassados. Com o contrato de gestão, é possível vincular ainda mais o repasse do recurso público ao desempenho e aos resultados obtidos.

Ainda com a autonomia adquirida pelas fundações, elas podem dispor de sistemas administrativos próprios, seja de compras, de orçamento ou de pessoal, propiciando o cumprimento mais eficiente e objetivo da prestação de serviços de saúde.

Essa autonomia também possibilita a adequação dos salários dos profissionais de saúde aos salários praticados no mercado. Uma vez que sua remuneração passa a ser ligada ao atingimento de metas, há uma vinculação entre a remuneração e a produtividade do profissional de saúde, bem como possibilidade de ascensão profissional. Assim, o poder público consegue diminuir o gargalo existente na saúde pública e manter os profissionais de saúde aprovados em concurso público nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro.

A iniciativa dos governos na busca de alternativas aos modelos estatais pode resultar na maior eficiência dos serviços públicos, conferindo mais agilidade aos instrumentos da administração pública, que precisa saber inovar-se para enfrentar os desafios do mundo globalizado. A eficácia das fundações públicas de direito privado será comprovada com a aplicação efetiva desse novo modelo descentralizado.

4. SÍNTESE DOS TRABALHOS DESENVOLVIDOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar o resumo dos trabalhos desenvolvidos pela FGV para a SES, contemplando os principais resultados obtidos por etapa em cada módulo de trabalho, durante a execução do projeto.

4.1 MÓDULO 1 INSTITUCIONAL: CRIAÇÃO DAS FUNDAÇÕES ESTATAIS

4.1.1 Plano de Trabalho

O plano de trabalho consistiu no detalhamento das metodologias, dos prazos, dos produtos e dos cronogramas das etapas de trabalho.

Para estruturar o plano detalhadamente, foi necessário realizar um levantamento dos trabalhos em andamento na SES que estivessem relacionados à criação das fundações (estudos, informações pertinentes, pessoas envolvidas etc.), com o intuito de reconhecer os objetivos, as metas, os prazos e os responsáveis na secretaria.

Em seguida, foi desenvolvido o relatório de plano de trabalho, cujo objetivo foi a definição de um cronograma detalhado de desenvolvimento por etapa de trabalho em cada módulo, assim como da metodologia utilizada em cada módulo, das prioridades e do sequenciamento, da sistemática de coleta de informações, das entrevistas, das responsabilidades e da validação dos documentos com a SES.

4.1.2 Regimento e Documentação do Grupo de Trabalho

O segundo relatório apresentou o arcabouço regimental que culminou na criação e estruturação de um grupo de trabalho (GT), composto pela equipe técnica da SES e da FGV, com o objetivo de elaborar um novo modelo de gestão da saúde por meio da fundação estatal. O GT teve por intuito manter uma interação permanente entre a FGV e os profissionais da SES.

Para que os serviços fossem realizados de forma adequada, foram necessários estudos e trabalhos envolvendo as áreas de recursos humanos (RH), jurídica, de comunicação, de saúde e gestão, financeira e contábil e, ainda, de tecnologia da informação (TI). Assim, o GT foi composto por uma equipe multidisciplinar, de comprovada experiência. Essa equipe, definida com base nos quadros técnicos da FGV e da SES, procurou alcançar os objetivos do trabalho proposto de modo ético e transparente, preservando o interesse público.

Além disso, o GT também foi responsável tanto pela discussão e validação dos trabalhos desenvolvidos e dos produtos entregues pela FGV, durante todo o prazo dos serviços, quanto por todo o processo de criação das fundações.

O produto entregue apresentou as seguintes definições:

- Responsabilidades e atribuições da SES e da FGV;
- Local de trabalho e infraestrutura de tecnologia de informação (TI) e apoio;
- Rotina de trabalho; e
- Organograma do Grupo de Trabalho.

A atuação do GT foi pautada no regimento interno criado para o desenvolvimento das atividades, abordando questões como indicação dos participantes, sistemática das reuniões, entre outros. Desse modo, a definição pormenorizada dessas questões foi importante para o bom andamento do projeto e seu acompanhamento.

4.1.3 Minutas dos Estatutos e Regimentos Internos

O relatório com as minutas dos estatutos e regimentos apresentou todos os trâmites jurídicos necessários para a instituição das fundações públicas de direito privado do Estado do Rio de Janeiro, criadas pela Lei Complementar estadual 118/2007 e pela Lei estadual 5.164/2007.

Para a elaboração das minutas, que traçaram as diretrizes das fundações, foi necessária a realização de uma prévia pesquisa de campo, bem como a comparação da estrutura jurídica de outras fundações com a das fundações de saúde.

Nesse estudo, foram ressaltados os pontos divergentes, encontrados durante a elaboração do estatuto entre a Lei 5.164/2007 e o estatuto, o que significaria a não observância de um vício de origem na Lei 5.164/2007. Além disso, demonstrou-se a intrínseca relação entre o estatuto, o regimento interno e a Lei 5.164/2007, tendo em vista sua inter-relação durante a concepção dos produtos. Já a avaliação dos impactos jurídicos resultou em cuidados durante a elaboração do produto e a comunicação de todos os atos e pontos controversos com a SES.

O desenvolvimento do trabalho foi dividido em dois momentos:

- Estatuto Social da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais; e
- Regimento Interno da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais

Num primeiro momento, foi realizada a pesquisa de campo, contemplando análises do modelo jurídico adotado e das leis instituídas, bem como análise de outros modelos semelhantes ao modelo em questão. Posteriormente foram analisados estatutos de instituições afins à fundação estatal para melhor elaboração do estatuto.

O segundo momento do relatório consistiu na elaboração do regimento interno da fundação estatal dos Hospitais Gerais, cuja metodologia foi semelhante à da estrutura do estatuto. A minuta do regimento interno estava diretamente ligada ao estatuto social, de forma que qualquer alteração neste traria também modificações ao regimento interno.

O regimento interno proposto versou sobre a organização e a estrutura interna das fundações e das unidades hospitalares, o que requereu integração das demais áreas envolvidas no projeto, bem como aprovação dos produtos elaborados pela SES.

4.1.4 Acompanhamento da Formalização das Fundações

Esta etapa teve por objetivo descrever os trâmites jurídicos necessários para a formalização das fundações públicas de direito privado do Estado do Rio de Janeiro e apoiar a SES no cumprimento desse processo. O relatório apresentou um resumo dessas ações, com base nos seguintes pontos:

- importância do estatuto para registro;
- pontuações sobre a formalização e decreto do governador; e
- documentos necessários para a formalização.

Ao longo do relatório, demonstraram-se leis e regulamentos que impactaram diretamente no registro dos estatutos das fundações, como alguns requisitos e exigências expostos no Código Civil e na própria lei de criação das fundações.

O relatório teve a finalidade de demonstrar as ações necessárias para todo o processo de formalização dos estatutos e regimentos internos, bem como o detalhamento dos procedimentos aplicados durante o desenvolvimento dos produtos.

A formalização dos estatutos foi registrada em ato solene na sede da SES, configurando o marco simbólico do novo modelo de gestão.

4.1.5 Plano de Comunicação e Acompanhamento

Para a criação de um novo modelo de gestão hospitalar, foi necessário analisar o impacto causado na sociedade. O plano de comunicação definiu a estratégia de disseminação de informações sobre a criação das fundações estatais de direito privado, denominadas Fundação Saúde, comunicando seus objetivos e benefícios. A constituição do plano contemplou etapas de diagnóstico, sensibilização e definição de estratégias para uma comunicação interna e externa efetiva, que buscou dar suporte às etapas que precediam à implantação do projeto, bem como envolver e motivar os servidores da SES.

Considerando que o modelo de fundações públicas de direto privado era praticamente desconhecido pela maioria das pessoas (público interno e externo, como destacado pela pesquisa de fatores críticos – item 4.1.6, do resumo executivo), procurou-se iniciar o trabalho com a sistematização de conhecimentos básicos e preliminares para a melhor divulgação do novo modelo de gestão a ser implementado, privilegiando aspectos jurídicos e organizacionais menos complexos. Para isso, foi necessário realizar entrevistas, aplicação de questionários, análise documental e observação direta com os públicos interno e externo (incluindo formadores de opinião).

Com essas informações, buscou-se, na etapa de sensibilização, ter o foco na formação dos envolvidos. As ações planejadas privilegiaram a educação dos envolvidos, para que os benefícios da fundação estatal fossem percebidos e a resistência inicial fosse diluída. Com base nesse diagnóstico inicial, a FGV propôs a criação de canais de comunicação com todos os envolvidos no processo, ocorridos por meio de estratégia de divulgação ampla. O Produto entregue apresentou os seguintes pontos:

- pesquisa de opinião (formadores de opinião);
- criação de logomarca e de manual de aplicação;



- road show sobre a fundação;
- assessoria de imprensa e media training para divulgação do projeto e assessoria de imagem.

- Encontro técnico;



- Criação de site; e



- Produção de uma cartilha informativa sobre a Fundação Saúde.



O principal objetivo foi criar uma rotina de orientação sobre os propósitos da fundação estatal. Como resultado, o relatório do plano de comunicação proporcionou um direcionamento aos trabalhos de comunicação e informação a serem realizados nessa área, para a aceitação de todos os *stakeholders* envolvidos.

Por fim, os relatórios de andamento da assessoria de comunicação relataram o desenvolvimento dos trabalhos de divulgação realizados durante esse período, conforme demonstrado acima. Entretanto, após a entrega do relatório nº 4, ficou decidida, pela SES, a descontinuidade do processo de comunicação, em função de contenção interna de gastos, conforme exposto no item 2.1 (Alterações no escopo do trabalho).

4.1.6 Pesquisa de Fatores Críticos de Sucesso

A pesquisa de fatores críticos de sucesso foi realizada em duas fases consecutivas e combinou pesquisas qualitativas e quantitativas. Após a formulação do diagnóstico, foi possível ajudar os administradores da SES a identificar os vetores que poderiam alavancar ou obstruir o sucesso do processo de implantação das fundações estaduais de saúde, assim como o processo de comunicação com a sociedade.

A pesquisa consistiu na percepção dos públicos interno e externo sobre a instituição de um novo modelo no Estado do Rio de Janeiro, conforme demonstrado a seguir:

PESQUISA QUANTITATIVA: FACE A FACE

Realizada dentro e no entorno dos hospitais investigados.

Público-Alvo

Usuários dos hospitais investigados, de ambos os sexos e idade a partir de 18 anos, durante o período de 2 a 9 de maio de 2008.

Amostra

100 casos: Hospital Hemorio;

100 casos: Hospital Melchiades Calazans (HEMEC);

100 casos: Hospital Rocha Faria (HERF);

100 casos: Hospital Pedro II (HEP II); e

100 casos: Albert Schweitzer (HEAS).

PESQUISA QUALITATIVA: ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Foram realizadas 60 entrevistas em profundidade, durante o período de 12 a 23 de maio de 2008, no Hemorio, Rocha Faria, Pedro II, Albert Schweitzer e Melchiades Calazans, com a seguinte distribuição (Tabela 2):

Tabela 2 - Distribuição de Entrevistas

NÚMERO DE ENTREVISTAS	SEGMENTOS
10	Funcionários
05	Fornecedores
10	Médicos
10	Enfermeiros
25	Gestores Hospitalares

No que tange ao público externo, a maioria dos entrevistados (92%) não tomou conhecimento sobre o novo modelo de gestão de saúde. Mesmo assim, quando estimulados sobre os aspectos específicos desse novo modelo, a credibilidade foi relativamente alta: para 57% dos usuários, o número de médicos aumentaria; para 56%, haveria melhores condições de higiene nas enfermarias; enquanto 55% acreditam na melhoria da qualidade dos exames laboratoriais e 58% na melhoria da prestação do serviço de saúde de modo geral.

Sob uma perspectiva geral, mais da metade dos entrevistados (56%) achou que esse novo modelo de gestão de saúde funcionaria. Essa opinião foi mais expressiva entre os mais jovens e os usuários do Hospital Pedro II (ambos com 64%).

Na pesquisa quantitativa face a face, 500 pessoas atribuíram nota aos serviços prestados nos hospitais objeto do plano-piloto (100 em cada hospital). A média obtida nos resultados foi de 7,3, e a nota mais alta foi atribuída ao Hospital Melchiades Calazans, com nota 9,2 no que tange à prestação de serviços.

Tabela 3 - Avaliação Geral dos Serviços dos Hospitais

NOTAS ATRIBUÍDAS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Zero	3	0	9	4	3	0
Um	3	4	1	4	6	0
Dois	2	0	4	1	3	0
Três	2	1	1	5	3	1
Quatro	5	0	8	11	5	0
Cinco	13	0	27	22	17	0
Seis	7	1	14	5	15	0
Sete	11	5	10	16	16	8
Oito	16	16	12	19	19	14
Nove	14	35	5	8	4	17
Dez	24	38	8	5	9	60
Não sabe / Não respondeu	0	0	1	0	0	0
MÉDIA	7,3	8,7	6,2	6,2	6,2	9,2

Além das notas gerais atribuídas aos hospitais, os técnicos da FGV elaboraram uma planilha com os pontos positivos (Tabela 4), pontos negativos (Tabela 5) e principais problemas nos serviços relacionados à saúde nos hospitais (Tabela 6), bem como as iniciativas a serem tomadas.

Quanto aos pontos positivos (Tabela 4), o Hemorio ficou em destaque. A maioria dos seus usuários (74%) citou de forma positiva o aspecto “Médicos e Enfermeiros em geral”. No detalhamento, é apontado o aspecto “bom atendimento dos médicos / são educados / atenciosos” (67%), e quase 3 entre 10 usuários (28%) fazem referência a “enfermeiros educados / atenciosos”, conforme demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 4 - Pontos Positivos dos Serviços dos Hospitais
(Respostas Espontâneas – Questionário com Respostas Múltiplas)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Médicos / Enfermeiros em Geral	59	74	44	54	56	69
Bom atendimento dos médicos / São educados / Atenciosos	44	67	29	32	37	57
Enfermeiros são educados / Atenciosos	20	28	9	16	10	38
Médicos suficientes na maternidade / Bom acompanhamento pré-natal / Bom atendimento na maternidade	5	0	9	9	2	3
Bons médicos / Médicos preparados / Médicos competentes	5	17	2	1	2	2
Os médicos são claros e precisos no diagnóstico / Explicam tudo	4	2	3	3	11	3
Bom atendimento pediátrico	4	0	1	3	16	0
Os médicos chegam sempre no horário	1	0	2	0	2	0
Bom atendimento cardiológico	1	0	3	0	0	0
Bom atendimento neurológico	1	0	0	4	0	0
Atendimento na Recepção	24	15	9	18	14	66
Funcionários educados / Atenciosos / Simpáticos	17	12	5	11	3	53
Atendimento rápido	8	3	4	9	9	16
Encaminhamento é feito de forma correta / Encaminham para o local certo	1	0	0	2	1	2
Marcação de consulta é rápida	1	1	0	0	1	2

Tabela 4 - Pontos Positivos dos Serviços dos Hospitais (Cont.)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Higiene / Limpeza do Hospital	14	22	2	11	0	33
É limpo / Higienizado	13	20	1	11	0	31
Banheiros limpos	1	2	1	0	0	2
Corredores limpos	0	0	1	1	0	0
Salas limpas	0	0	0	0	0	1
Segurança	0	0	1	1	0	0
Boa segurança externa	0	0	1	1	0	0
Qualidade dos Serviços	12	16	12	14	16	4
Bom funcionamento da emergência / Atendimento rápido	5	0	6	9	9	0
Os exames são feitos no próprio hospital / Resultado rápido	3	5	4	2	5	1
Bom serviço de farmácia / Remédios sempre à disposição	2	7	1	1	3	0
Bom funcionamento do serviço social	1	2	0	1	0	0
Bom serviço de Odontologia	1	1	0	0	0	3
Qualidade da alimentação oferecida aos pacientes	0	0	0	1	0	0
A UTI da maternidade é excelente	0	0	1	0	0	0
Localização	3	1	0	16	0	0
Próximo da residência	3	0	0	14	0	0
É bem localizado	1	1	0	2	0	0
Instalações Físicas	2	5	0	1	0	2
Boas instalações / Instalações confortáveis / Boa estrutura	1	5	0	1	0	1
É amplo	0	0	0	0	0	2
É climatizado	0	1	0	0	0	0
Equipamentos em Geral	2	1	0	1	0	6
É muito bem equipado / Equipamentos novos / Modernos	1	0	0	0	0	5
O serviço de laboratório tem todo tipo de exame	1	1	0	1	0	1

Tabela 4 - Pontos Positivos dos Serviços dos Hospitais (Cont.)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Ambiente	1	0	0	0	1	4
É organizado	1	0	0	0	1	2
Ambiente tranquilo / Calmo	0	0	0	0	0	2
Outras Respostas	4	14	0	2	2	0
Bom atendimento da administração / Atendimento geral	4	14	0	2	2	0
Nenhum ponto positivo	13	0	26	9	28	0
Não sabe / Não respondeu	4	2	15	0	3	0

Com relação aos pontos negativos analisados nos serviços hospitalares dos cinco hospitais (Tabela 5), 41% dos usuários do Hospital Albert Schweitzer citam aspectos referentes ao “atendimento na recepção”. O principal aspecto foi “atendimento demorado / muitas filas”, com 32%. O “atendimento na recepção” também foi um aspecto negativo tanto no Hemorio quanto no Pedro II. No Hemorio, 37% dos usuários citam o “atendimento na recepção” como negativo. No detalhamento, mais de um terço dos entrevistados desse hospital, 36%, indica o aspecto “atendimento demorado / muitas filas”. No Pedro II, um terço dos usuários, 33%, cita menções relativas ao “atendimento na recepção”, sendo o principal aspecto o “atendimento demorado / muitas filas”, correspondendo a 21%.

É interessante notar que, no aspecto “qualidade dos serviços”, 13% dos usuários do Rocha Faria mencionam “atendimento demorado na emergência / falta de médicos”, “falta de médicos especialistas” 10%, mas nenhum dos hospitais se destacou nos quesitos negativos “falta de maqueiros” e “poucas vagas para exames”, conforme demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 5 - Pontos Negativos dos Serviços dos Hospitais
(Respostas Espontâneas – Questionário com Respostas Múltiplas)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Atendimento na Recepção	28	37	24	33	41	5
Atendimento demorado / Muitas filas	20	36	9	21	32	2
Discriminação com os pacientes	1	0	1	2	0	0
As recepcionistas atendem mal / São ignorantes / Mal-educadas	6	0	8	8	11	2
A marcação de consulta é demorada	2	1	5	3	1	0
Falta de informações	1	0	3	2	1	0
Não distribui senhas para atendimento	0	0	0	0	0	1
Qualidade dos Serviços	21	10	37	48	5	6
Demora para fazer exames / Demora para sair resultado / Péssimo atendimento do laboratório	6	3	2	18	3	2
Atendimento demorado na emergência / Falta de médicos	6	0	13	15	0	0
Falta de médicos especialistas (neurologista, ortopedista, pediatra)	4	1	10	7	2	0
Mau serviço de farmácia / Falta de remédios	3	3	8	4	0	0
Mau atendimento da emergência / Pessoas grosseiras	2	0	4	3	0	1
Má qualidade da alimentação oferecida aos pacientes	1	3	1	1	0	0
Tem poucos médicos atendendo	1	0	0	6	0	0
Falta de alimentação para os acompanhantes	1	0	2	0	0	1
Falta de psicólogos	0	0	0	0	0	1
Não tem cirurgia dentária infantil	0	0	0	0	0	1
Não tem água para os pacientes	0	0	0	1	0	0

Tabela 5 - Pontos Negativos dos Serviços dos Hospitais (Cont.)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Falta de maqueiros	0	0	0	2	0	0
Poucas vagas para exames	0	0	1	0	0	0
Tem poucos funcionários	0	0	1	0	0	0
Médicos / Enfermeiros em Geral	11	0	19	18	13	4
Médicos grosseiros / Mal-educados	4	0	8	5	4	1
Os médicos atendem mal / Atendem muito rápido / Descaso no atendimento médico	4	0	8	4	6	0
Enfermeiras não são atenciosas / Falta de atenção com os pacientes	2	0	3	4	3	0
Os médicos chegam sempre atrasados	1	0	0	0	0	3
Médicos despreparados / Diagnósticos errados	1	0	1	3	0	0
Atendimento em geral	1	0	1	3	2	0
Descaso com os pacientes nos corredores	0	0	1	1	0	0
Mau atendimento na maternidade	0	0	0	0	2	0
Instalações Físicas	6	11	3	12	0	2
Elevadores quebrados	2	0	0	8	0	0
Emergência pequena / Apertada	1	6	0	0	0	0
Falta de vagas para internamento / Falta de leitos / Superlotação	1	2	2	3	0	0
Banheiros quebrados / Poucos banheiros	1	3	1	0	0	0
Salas apertadas	0	0	0	1	0	0
Falta de fraldários	0	0	0	0	0	2
Estrutura física deficiente	0	1	1	0	0	0

Tabela 5 - Pontos Negativos dos Serviços dos Hospitais (Cont.)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Higiene / Limpeza do Hospital	5	1	6	9	9	0
Falta de higiene no hospital	2	1	2	3	3	0
Banheiros sujos	3	0	3	6	6	0
Mau cheiro de esgoto	1	0	1	2	0	0
Corredores sujos	0	0	0	1	0	0
Equipamentos em Geral	3	0	6	8	1	1
Aparelhos quebrados / Equipamentos velhos / Faltam equipamentos	2	0	6	6	0	0
Falta de material para fazer cirurgia	0	0	0	0	0	1
Falta de roupa de cama e banho	0	0	0	2	0	0
Falta gesso na ortopedia	0	0	0	0	1	0
Administração	2	0	1	3	1	3
Muita burocracia	1	0	0	1	1	1
Burocracia para transferir pacientes	1	0	0	1	0	2
Mau atendimento da parte administrativa	0	0	1	1	0	0
Ambiente	1	0	0	2	0	1
É desorganizado	1	0	0	2	0	1
Localização	0	0	0	0	0	1
Mal localizado / Dificil acesso	0	0	0	0	0	1
Outros	0	0	0	1	1	0
Favorecimento a pessoas conhecidas	0	0	0	1	1	0
Nenhum ponto negativo	33	45	7	7	29	77
Não sabe / Não respondeu	4	1	14	0	5	2

Os principais problemas apontados pelos usuários do serviço de saúde nos hospitais analisados são:

- filas de espera para consultas: principalmente nos Hospitais Albert Schweitzer (76%), Hemorio e Hospital Pedro II (ambos com 50%);
- superlotação: os Hospitais Albert Schweitzer (43%), Pedro II (37%) e HEMORIO (32%) obtêm percentuais mais elevados;
- demora na entrega dos exames: problema apontado principalmente nos Hospitais Albert Schweitzer (29%) e Pedro II (27%); e
- demora nas internações: maior percentual nos Hospitais Pedro II (25%) e Albert Schweitzer (19%).

Tabela 6 - Principais Problemas nos Serviços de Saúde dos Hospitais
(Estimulada – Resposta Múltipla)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Filas de espera para consultas	46	50	31	50	76	25
Superlotação	25	32	13	37	43	1
Demora para exames	19	11	18	27	29	11
Falta de atendimento nas emergências	15	7	8	14	12	32
Demora para internações	14	7	15	25	19	6
Falta de medicamentos	12	3	20	20	16	2
Falta de médicos especialistas / Dificuldade de acesso a especialistas	11	5	16	19	10	3
Falta de médicos no hospital	10	5	10	20	12	3
Falta de equipamentos / Equipamentos quebrados	10	3	21	15	8	1
Falta de atenção e carinho / Desrespeito / Mau atendimento	8	1	9	19	9	4
Falta de funcionários para atendimento	7	2	13	12	6	0
Instalações ruins / Má conservação / Locais sujos e sem higiene	5	5	4	9	7	0
Falta de preparo, competência dos funcionários	4	1	9	3	4	1

Tabela 6 - Continuação

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Falta de preparo, competência dos médicos	3	0	14	1	1	0
Infecção hospitalar	3	2	7	5	2	0
Falta de enfermeiros no hospital	3	0	8	3	3	0
Falta de preparo, competência dos enfermeiros	2	0	7	0	4	1
Falta de ambulâncias	2	1	2	5	1	1
Nenhum problema	8	1	0	0	1	37
Não sabe / Não respondeu	5	22	3	0	2	0

Entre as iniciativas apontadas pelos usuários para a melhoria da saúde pública no Rio de Janeiro (Tabela 7), destacam-se:

- ter mais respeito e dignidade no atendimento: mencionada por metade dos entrevistados (50%), principalmente nos segmentos de maior renda (59%), de idade entre 25 e 34 anos (54%), e usuários do Hospital Melchiades Calazans (62%);
- construir hospitais e pronto-socorros: é a iniciativa apontada por praticamente metade dos entrevistados (48%), especialmente entre a maioria dos usuários do Hemorio (70%); e
- aumentar o número de médicos e funcionários, apontada por 42% dos entrevistados. Essa opinião é mais expressiva tanto para o segmento de mais idade (50%) quanto para os usuários do Hospital Melchiades Calazans (49%).

Tabela 7 - Iniciativas para Melhoria da Saúde Pública no Rio de Janeiro de Acordo com os Hospitais Pesquisados (Estimulada – Resposta Múltipla)

QUESITOS	TOTAL	HOSPITAIS AVALIADOS				
		HEMORIO	HOSPITAL ROCHA FARIA	HOSPITAL PEDRO II	HOSPITAL ALBERT SCHWEITZER	HOSPITAL MELCHIADES CALAZANS
Ter mais respeito e dignidade no atendimento	50	37	40	57	52	62
Construir mais hospitais e pronto-socorros	48	70	59	37	24	50
Aumentar o número de médicos e funcionários	42	51	21	47	41	49
Dar melhor treinamento para os funcionários que trabalham na saúde	36	32	27	40	47	36
Melhorar os salários dos profissionais de saúde	36	59	21	34	41	25
Fazer mais campanhas de prevenção de doenças	27	38	8	28	29	30
A administração dos hospitais passar para uma instituição que melhore os serviços de saúde em geral	22	23	10	34	16	28
Nenhuma destas	0	0	0	0	1	0
Não sabe / Não respondeu	1	0	0	0	7	0

A pesquisa de fatores críticos identificou um ambiente favorável para a implantação da fundação estatal. Entretanto, identificou-se a necessidade de desenvolver um amplo processo de sensibilização dos profissionais da saúde, com o objetivo de mostrar os fundamentos e os benefícios do novo modelo, bem como o impacto que ele gerará na melhoria da qualidade da saúde no Estado do Rio de Janeiro, em especial na vida das pessoas. Também foi diagnosticada a necessidade de transparência na condução do processo de implantação das fundações.

No Hemorio já existia uma experiência com os mesmos fundamentos e benefícios. Nas demais unidades, a cultura de trabalho por metas com foco em produtividade e desempenho era uma novidade, embora os funcionários já percebessem que essa é uma estratégia da Secretaria de Saúde e entendessem que o modelo da fundação tem o objetivo de consolidar essa nova forma de gerir a saúde no Estado.

Com a pesquisa de fatores críticos, foi possível verificar a percepção dos públicos interno e externo, bem como avaliar os hospitais pela própria população. Assim, a SES pôde identificar seus pontos positivos e as falhas nos serviços oferecidos e verificar ajustes necessários para maior aceitação, pela população e pelos servidores, do novo sistema de gestão de saúde a ser implementado.

4.1.7 Benchmarking

A ferramenta de *benchmarking*⁵ é utilizada como método para desenvolvimento da pesquisa. O principal objetivo foi levantar informações sobre a estruturação jurídica (como regimento interno, estatuto e outras formalizações legais), informações organizacionais, método de gestão, organização hierárquica dos órgãos e atribuições de outras instituições semelhantes às fundações e ao novo modelo gerencial proposto.

As vantagens da utilização dessa metodologia resultaram no aumento das possibilidades de descobrir práticas inovadoras de alto potencial, bem como outras tecnologias facilmente transferíveis para o modelo em análise. Outro aspecto relevante no *benchmarking* foi o grau de descentralização atingido por meio das fundações estatais. Desse modo, avaliou-se o interesse do poder público em instituir organizações e analisaram-se os avanços e retrocessos verificados nos governos e nas fundações estatais com essas mudanças.

Durante a pesquisa, verificou-se que as fundações estatais eram um campo ainda pouco explorado e desenvolvido no Brasil, o que resultou na escassez de estudos e bibliografias que poderiam servir como base para a sua criação. Não obstante, as experiências que apresentaram aspectos semelhantes, como as organizações sociais presentes no Estado de São Paulo, acrescentaram informações importantes, como os contratos de gestão e indicadores, entre outros.

O relatório foi estruturado em duas partes: a primeira contemplou uma análise organizacional que levou em conta a elaboração de políticas públicas no setor saúde, cujo principal objetivo foi o aumento da efetividade e da eficiência dos serviços prestados, e a segunda parte contemplou uma análise jurídica, com o objetivo de identificar instituições análogas às fundações públicas de direito privado.

Os estudos resultaram em exemplos relevantes e com alto potencial de aprendizado:

1. Durante a elaboração da pesquisa de *benchmarking*, foram realizados diversos estudos comparativos, destacando-se o quadro comparativo entre a estrutura da fundação do Município de Botucatu e da fundação do Estado do Rio de Janeiro, conforme demonstrado na Tabela 8.

⁵ O *benchmarking* é uma “modalidade especial de aprendizado direcionada à revelação das melhores práticas de uma organização reconhecida como uma das melhores no seu ramo, ou das melhores práticas e metodologias utilizadas no mercado” (ARAUJO, Luis César G. *Tecnologias de Gestão Organizacional*, São Paulo: Editora Atlas S.A., 2001).

Tabela 8 - Quadro Comparativo entre a Estruturação da Fundação do Município de Botucatu e da Fundação do Estado do Rio de Janeiro

ITENS ANALISADOS	MUNICÍPIO DE BOTUCATU	ESTADO DO RIO DE JANEIRO
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	Pode desenvolver toda e qualquer outra atividade própria da saúde e não exclusiva do Estado. Ou seja, pode celebrar convênios, acordos etc. (art. 3º, inciso VII, da Lei 4.829/2007).	Apenas pode desenvolver atividades de ensino, pesquisa e avaliação de tecnologia (art. 38 da Lei 5.164/2007).
CONTRATO DE GESTÃO	Os contratos de Gestão serão aprovados pelo Conselho Municipal da Saúde (art. 3º, § 1º, da Lei 4.829/2007).	Os contratos de gestão serão fiscalizados pela SES.
ÓRGÃOS COLEGIADOS	A lei prevê uma maior autonomia para o estatuto estabelecer as competências.	A lei descreve as competências gerais e privativas dos órgãos colegiados.
DIRETORES	Os empregos dos diretores serão remunerados na forma do estatuto e regidos pela CLT (art. 6º, § 2º, da Lei 4.829/2007).	Os cargos de diretores serão remunerados na forma do estatuto.
REGIME DE PESSOAL	Todos os funcionários terão o regime da CLT, alguns funcionários anteriores à criação da Fundação ingressarão sem concurso público, e os novos funcionários mediante concurso público.	Os empregados são compostos por estatutários, cooperativados, terceirizados e funcionários da Fesp. Os estatutários poderão escolher em serem cedidos, permanecendo com o vínculo estatutário. Os demais, em médio prazo, terão que participar do concurso público para compor o quadro de funcionários regidos pela CLT.
QUADRO DE CARREIRA	A lei não prevê a participação dos funcionários não concursados no quadro de carreira (art. 12, parágrafo único, da Lei 4.829/2007). Todavia ainda não há consenso quanto a essa questão no Município.	A lei apenas estabelece que os funcionários cedidos ficarão sujeitos ao mesmo regime de carga horária aplicável aos empregados regidos pela CLT, bem como com idênticas atribuições e qualificação profissional, mas não estabelece que os funcionários cedidos participem do quadro de carreira (art. 43 da Lei 5.164/2007).

- 2.** As experiências analisadas apontaram para a necessidade de uma instância de pactuação e controle do contrato de gestão na unidade contratante tanto na SES quanto nas fundações estatais e nas UPSs.
- 3.** No aspecto organizacional, a descentralização promovida pelo contrato de gestão possibilitou maior compromisso dos profissionais com as suas Unidades Funcionais (UFs) e, por conseguinte, com a UPSs.
- 4.** Em cada UPS, estão definidas Unidades Funcionais (UFs). Assim, a lógica de trabalho estabelecida deve considerar setores que tenham atividades afins. Ao definir as UFs, é aconselhável que se defina também sua estrutura básica, bem como os papéis de seu(s) gerente(s).
- 5.** É imperativo o envolvimento dos profissionais para gerar mudanças na organização. Por isso, o modelo de gestão de pessoas e seus processos de movimentação, desenvolvimento e valorização devem estar alinhados ao modelo de gestão da instituição.
- 6.** Com relação ao desenvolvimento de recursos humanos, a capacitação gerencial é item fundamental, pois aumenta a chance de sucesso na implantação do novo modelo de gestão. Primeiro, porque traz um conjunto de conhecimentos e atitudes distinto daquele da carreira assistencial. Segundo, porque auxilia a deslocar o foco no trabalho de uma determinada categoria profissional para a ótica do serviço prestado por cada unidade.
- 7.** A prática de um componente de remuneração variável atrelado ao cumprimento de metas mostrou influenciar positivamente o desempenho da unidade. Não há, contudo, valores ou fórmulas de aplicação geral, uma vez que cada contexto traz demandas e exigências distintas.
- 8.** Outro aspecto de extrema importância e que subsidia os processos anteriormente expostos diz respeito ao sistema de informações a ser implantado. Além de todas as atividades organizacionais baseadas ou com interface no sistema de informações, a elaboração das metas e seu acompanhamento exigem cuidados de padronização na descrição dos indicadores utilizados, pois, em algum momento, uma comparação mínima entre as fundações estatais, as unidades prestadoras de serviços e as unidades funcionais pode ser desejada. Importante também é estabelecer um sistema de troca e armazenamento de dados.
- 9.** A implantação de um novo modelo de gestão encerra um grande processo de aprendizagem organizacional. O caso do contrato de metas exige o amadurecimento tanto por parte do contratante quanto da unidade contratada. Por isso, a implantação gradual é uma alternativa atraente, pois, na medida em que os atores envolvidos ganham segurança no processo, podem igualmente ampliar e refinar sua atuação.

Concluiu-se que a criação das fundações estatais pela SES representava um novo paradigma no Brasil. Além dos modelos expostos no relatório de *benchmarking*, realizado em 2008, não havia outros órgãos com um modelo jurídico-institucional ou uma organização semelhante às fundações públicas de personalidade jurídica de direito privado no Brasil.

4.1.8 Sistema de Gestão de Pessoas

O novo modelo de gestão gerencial adquirido por meio das fundações estatais teve por objetivo desburocratizar o serviço e prestar um atendimento efetivo às necessidades do cidadão, rompendo com o modelo burocrático, disfuncional, e criando uma administração baseada num modelo gerencial.

Nesse contexto, foi fundamental elaborar um Plano de Empregos, Carreiras e Salários (PECS) baseado nos modernos princípios de gestão de pessoas, caracterizado pela valorização profissional, pela capacitação, por uma remuneração adequada e pelo desenvolvimento profissional. Essas características foram conceitos determinantes para o desenvolvimento de uma cultura orientada para resultados.

O PECS foi estruturado em uma moldura conceitual baseada nos princípios da gestão por competências e gestão por resultados, cuja filosofia subjacente reflete a crença de que a contribuição do empregado para a efetividade da organização está diretamente relacionada aos resultados por ele alcançados, mediante o desenvolvimento e a aplicação de competências.

Ainda, o PECS foi desenvolvido por uma ferramenta eficaz de gestão, sendo separado em duas vertentes: do empregado – perspectivas de desenvolvimento e progresso profissional – e organizacional – o direcionamento das ações em relação a metas e resultados.

Para a construção do sistema de gestão de pessoas, foram desenvolvidas várias atividades referenciadas em um manual e aperfeiçoadas ao longo do projeto, que incluíam:

- pesquisa salarial;
- estruturas e descrições de empregos;
- estrutura de carreiras;
- especificações de classes;
- perfis de competência;
- ingresso nas carreiras;
- sistemas de avaliação por competências e resultados;
- estrutura de salários;
- gratificação variável por resultados; e
- desenvolvimento nas carreiras.

Cada atividade descrita no manual foi aperfeiçoada depois de minuciosas entrevistas, reuniões e debates com funcionários da SES. Essa aproximação com o dia a dia dos funcionários possibilitou a criação de metas objetivas mensuráveis para o desenvolvimento nas carreiras.

O “Manual Técnico do Plano de Sistema de Gestão de Pessoas” foi desenvolvido em três grandes etapas:

- **Etapa 1:** consistiu na estruturação e descrição detalhada dos empregos e funções em grupos e subgrupos e definiu os perfis de competência.
- **Etapa 2:** desenvolveu políticas dos subsistemas de suporte ao plano, com o objetivo de estabelecer princípios para o gerenciamento do sistema de gestão de pessoas.
- **Etapa 3:** consistiu na elaboração de uma minuta de projeto de lei com o novo Plano de Empregos, Carreiras e Salários da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais.

Cada parte descrita foi detalhada a seguir.

Etapa 1:

Os empregos e as funções de gestão foram estruturados de forma ampla, com a utilização flexível das competências e habilidades dos empregados, agilizando os processos de trabalho e enriquecendo seus resultados. Com as funções e empregos estruturados e descritos, foram especificados os perfis de competências, que são conjuntos de conhecimentos, habilidades e atitudes que os empregados devem adquirir, desenvolver e aplicar, a fim de poderem contribuir para a consecução dos resultados organizacionais e evoluir nas carreiras. Para controle dessas competências, foram idealizados indicadores específicos de cada função.

Após a finalização dos perfis e indicadores, foram adotados critérios para ingresso nas carreiras e os meios de avaliação de competências. Esse processo de avaliação é mensurado com base na competência que determinado profissional precisa ter e os indicadores objetivos que possibilitam a sua avaliação, conforme Tabela 9.

Tabela 9 - Exemplo do Processo de Avaliação de Competências

COMPETÊNCIA	INDICADORES	PONTOS
<p>1- Conhecimento técnico-profissional Domínio e atualização dos conhecimentos conceituais e técnicos, bem como capacidade de integração com áreas afins, mantendo-se sintonizado com os avanços científicos e tecnológicos e apto para aplicá-los em sua área profissional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • demonstra, em seu trabalho, atualização em sua área de especialidade; • aplica os conhecimentos necessários para a execução de suas atribuições; • atualiza-se, participando de eventos de aperfeiçoamento técnico e especializado e realizando leituras e pesquisas; • coopera com seus conhecimentos para solucionar problemas de outras áreas de atuação; • integra conhecimentos de outras áreas de atuação para solucionar os problemas do seu trabalho. 	5
<p>2 - Competência interativa Capacidade e habilidade de estabelecer comunicação com os usuários, pacientes e familiares, de forma humanizada e cortês, expressando-se, por escrito e oralmente, em linguagem clara, franca e adequada à compreensão destes, e ouvindo com interesse, numa atitude receptiva, propícia a um clima de confiança que favoreça a eficácia do diagnóstico e do tratamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adapta sua linguagem, tom e estilo aos diferentes públicos; • utiliza linguagem simples, correta, precisa e clara; • demonstra abertura para compartilhar informações; • ouve as outras pessoas, interpreta suas mensagens e responde de forma apropriada; • propaga informações esclarecedoras decorrentes de seu conhecimento e atuação. 	4
<p>3 - Competência emocional Capacidade de lidar eficazmente com seus próprios sentimentos e conflitos, mantendo o otimismo e a perseverança, nas situações difíceis, incluindo as que resultam em frustração.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • apresenta autoconfiança diante das situações complexas que enfrenta ao lidar com o paciente, seus familiares e a equipe de trabalho; • mantém o autocontrole ao lidar com situações inevitáveis e de conflito, administrando-as de forma adequada; • demonstra otimismo ao enfrentar adversidades nas situações de trabalho; • demonstra empatia ao lidar com os públicos interno e externo; • é capaz de realizar uma autoavaliação precisa. 	3
<p>4 - Competência de comprometimento Capacidade de assumir e manter compromissos, com a organização e a equipe, fundados em comportamento ético, e visando ao cumprimento da missão, metas, diretrizes e normas da instituição e alcance de resultados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • antecipa ações visando ao atendimento e à prevenção de ocorrências indesejadas; • respeita e propaga os princípios éticos previstos para o exercício de sua profissão e nas normas organizacionais; • cumpre as metas estabelecidas; • incentiva as pessoas com quem trabalha a se comprometerem com a missão e as metas da instituição; • apresenta e adota novas ideias, métodos e processos capazes de melhorar o desempenho da sua área de trabalho. 	2
TOTAL DE PONTOS		14

Para obtenção de maior uniformidade e controle, foi fundamentada uma política de capacitação, com o objetivo de estabelecer orientações e diretrizes que assegurem a todos os empregados, de forma sistemática e contínua, oportunidades de desenvolvimento profissional voltadas para a missão organizacional e para o alcance das metas institucionais.

Etapa 2:

A segunda etapa do manual consistiu na elaboração das políticas dos subsistemas de suporte ao PECS, que esclareceram os objetivos para o gerenciamento do sistema de gestão de pessoas. As políticas gerais foram desenvolvidas com base nos princípios essenciais que orientam o gerenciamento do sistema, os quais destacaram o alinhamento da gestão de pessoas com as estratégias maiores das fundações e das Unidades Funcionais, a orientação para clientes e resultados e a transparência nas decisões e na comunicação com os empregados.

Areladas às políticas gerais, também foram desenvolvidas políticas específicas de gestão de pessoas, fundamental para estabelecer as diretrizes para o planejamento de pessoas, para a obtenção e a alocação de recursos humanos, para a disponibilização de dados e informações para os empregados e gestores e para o relacionamento construtivo entre os empregados da fundação estatal.

Etapa 3:

Após o detalhamento de todos os aspectos do PECS, foi elaborada uma minuta de projeto de lei com o novo Plano de Empregos, Carreiras e Salários da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais a ser expedido pelo governador do Estado do Rio de Janeiro. A minuta de lei instituiu o PECS da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais, com classificação dos grupos e subgrupos, estabelecimentos das jornadas de trabalho, a estruturação de todas as carreiras e a retribuição pecuniária devida ao funcionário, caracterizada como prêmio pelo seu desempenho e atingimento das metas.

4.1.9 Modelagem Organizacional das Fundações Estatais

A modelagem organizacional das fundações relatou a estrutura organizacional e as competências para o modelo de gestão de fundação estatal de direito privado aplicável tanto às fundações estatais quanto às UPSs a serem incorporadas pelas fundações.

A primeira parte do trabalho consistiu na elaboração da metodologia utilizada para o levantamento de informações sobre o modelo organizacional das fundações estatais. Essa etapa foi realizada por meio de reuniões com a equipe da SES para a obtenção detalhada de informações sobre a situação atual do quadro de gestão de saúde e a definição de cronograma de visitas, bem como entrevistas com atores-chave na área de Serviços e Produção da SES e diretores das UPSs. Também foram realizadas visitas à Secretaria de Saúde de São Paulo para compreensão do modelo de gestão por Organizações Sociais (OS), pesquisas de estruturas semelhantes de gestão na área de saúde, bem como visitas às UPSs do Rio de Janeiro para a coleta de documentos da SES e das UPSs.

De forma complementar à pesquisa de modelagem organizacional, foram realizadas reuniões com integrantes da Área Programática 5 (AP5), para entendimento do novo modelo assistencial para a Zona Oeste, troca de informações e alinhamento dos trabalhos conduzidos com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Como resultado, a FGV apresentou algumas considerações a serem observadas durante a elaboração do modelo organizacional das fundações estaduais, tanto na estrutura do modelo quanto na observância de algumas questões jurídicas que interferem na elaboração do modelo organizacional das fundações estaduais.

A segunda parte do trabalho apresentou a modelagem organizacional das fundações públicas de direito privado do Estado do Rio de Janeiro, contemplando as UPSs e as sedes das fundações. Nessa parte, também foram contemplados o impacto financeiro e o dimensionamento pessoal da nova estrutura de salários.

O documento foi dividido em quatro partes:

- Eixos Estruturantes da Modelagem Organizacional;
- Propostas de Estruturas Organizacionais;
- Dimensionamento do Pessoal das Sedes das Fundações Estatais; e
- Dimensionamento do Pessoal das Unidades Prestadoras de Serviços.

A estrutura organizacional das fundações e das unidades prestadoras de serviços foi definida pela Lei estadual 5.164, de 17 de dezembro de 2007, que prevê que as fundações terão a seguinte organização, estrutura:

- Conselho Curador;
- Conselho Fiscal; e
- Diretoria Executiva.

A Diretoria Executiva, subordinada ao Conselho Curador, tem a seguinte composição/estrutura:

- Diretor Executivo;
- Diretor Administrativo-Financeiro;
- Diretor de Recursos Humanos;
- Diretor de Planejamento e Gestão do Contrato de Metas;
- Diretor Técnico-Assistencial;
- Diretor Jurídico; e
- Assessoria Administrativa de Controle Interno.

Assim, para a modelagem da estrutura organizacional – entendida como um conjunto de princípios e padrões que orienta a organização das atividades para implementação de estratégia e/ou um conjunto de propósitos e resultados visados – restou definir que áreas compõem cada uma das diretorias.

A estrutura definida pela lei, assim como as atribuições nela contidas, configuram um modelo burocrático-mecanicista, que foi definido antes de se verificar o alinhamento entre a estratégia, os processos, o quadro de pessoas, os sistemas informacionais e a própria estrutura.

Modelos de gestão mais mecanicistas tendem a apresentar uma estrutura de governança corporativa com rígida separação deliberação-execução; concentração de poder numa determinada categoria de *stakeholder*; baixa representatividade das estâncias consultivas e concentração do poder executivo no executivo principal. Alternativamente, os modelos burocrático-mecanicistas tendem a ser mais eficientes quando aplicados em situações nas quais as incertezas são menores; o conjunto de bens é mais padronizado; os processos de trabalho são mais programáveis, regulamentados e circunscritos dentro da organização; as estruturas são mais rígidas e verticalizadas; os quadros funcionais são fixos; as competências são predefinidas; a liderança emana mais da autoridade formal do cargo; a comunicação é mais formal e hierárquica; e os sistemas de informação são centralizados.

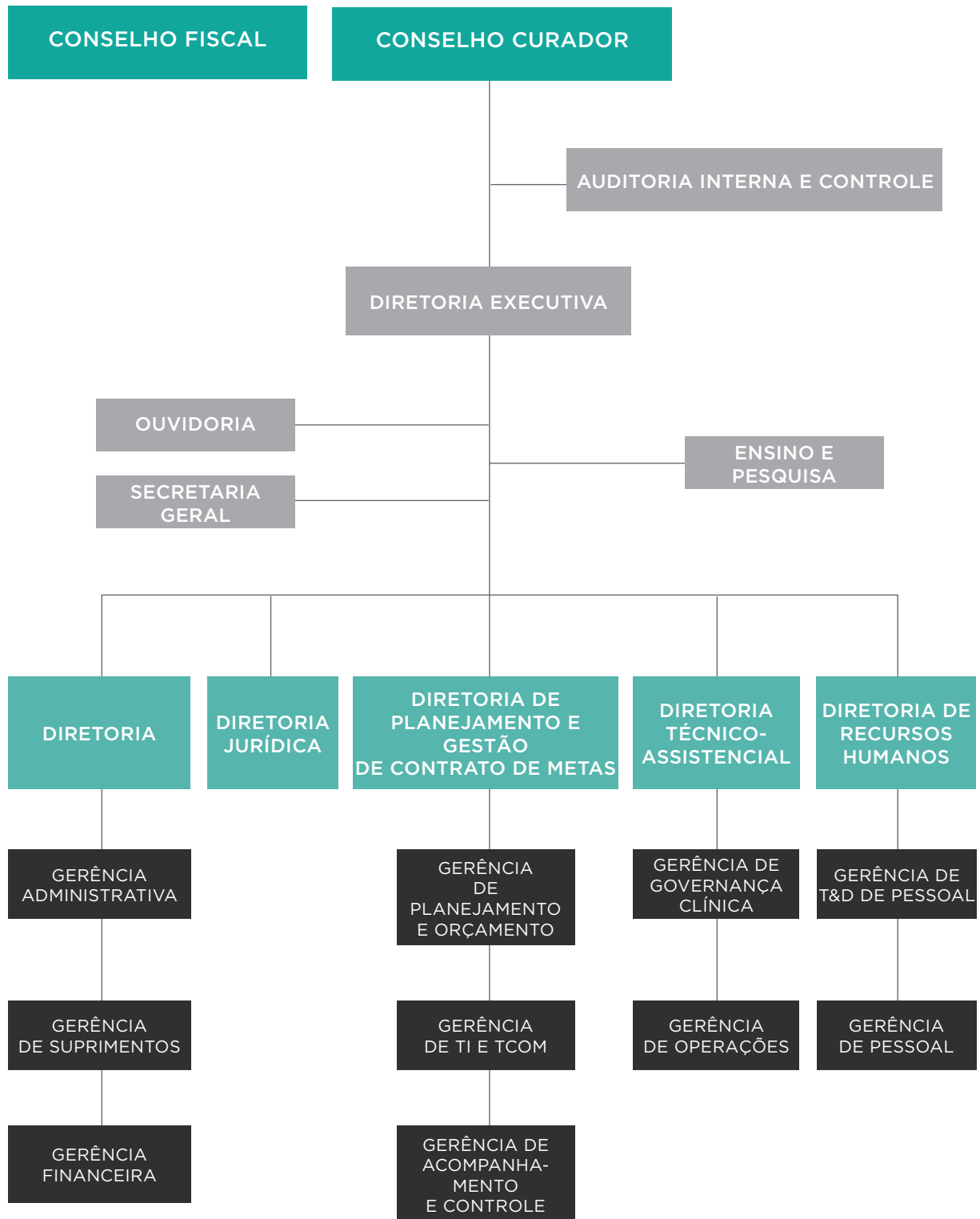
A discussão de modelos de gestão não ficou estrita ao âmbito acadêmico, visto que a definição da estrutura que será subordinada a cada diretoria não poderá estar totalmente desalinhada à da estrutura adotada para a cúpula, ou seja, em um certo grau, as gerências vão incorporar o modelo hierárquico burocratizado. Com bases nessas inferências, foram definidas pela FGV, em conjunto com a SES, as áreas que deverão compor a estrutura de cada diretoria e que são apresentadas no organograma (Figura 6).

A elaboração do organograma deu-se com base no modelo apresentado na primeira parte do trabalho, aprimorado em sucessivas reuniões, a fim de se buscar um modelo mais orgânico racional para a estrutura das fundações e UPSs. As discussões basearam-se em três pontos fundamentais, que devem ser considerados na criação de uma fundação estatal, com base no novo modelo jurídico-institucional proposto:

- estabelecimento de metas de desempenho para cada serviço a ser prestado, vinculadas diretamente aos recursos que serão recebidos pelas fundações estatais, mediante contrato, diferentemente das entidades públicas integrantes do orçamento público;
- comprometimento dos seus dirigentes com as metas contratadas e a vinculação dos respectivos mandatos ao êxito da gestão; e
- manutenção do sistema de governança profissional democrático, com participação social e subordinado a controles internos e externos da administração pública.

Essas premissas embasaram o modelo proposto, apresentado na Figura 6.

Figura 6 - Organograma Proposto para as Fundações



Além da estrutura organizacional elaborada para cada uma das fundações estaduais, também foi proposta estrutura organizacional para cada UPSs, quais sejam::

Hospital Estadual Albert Schweitzer (HEAS)

Hospital Estadual Pedro II (HEPII)

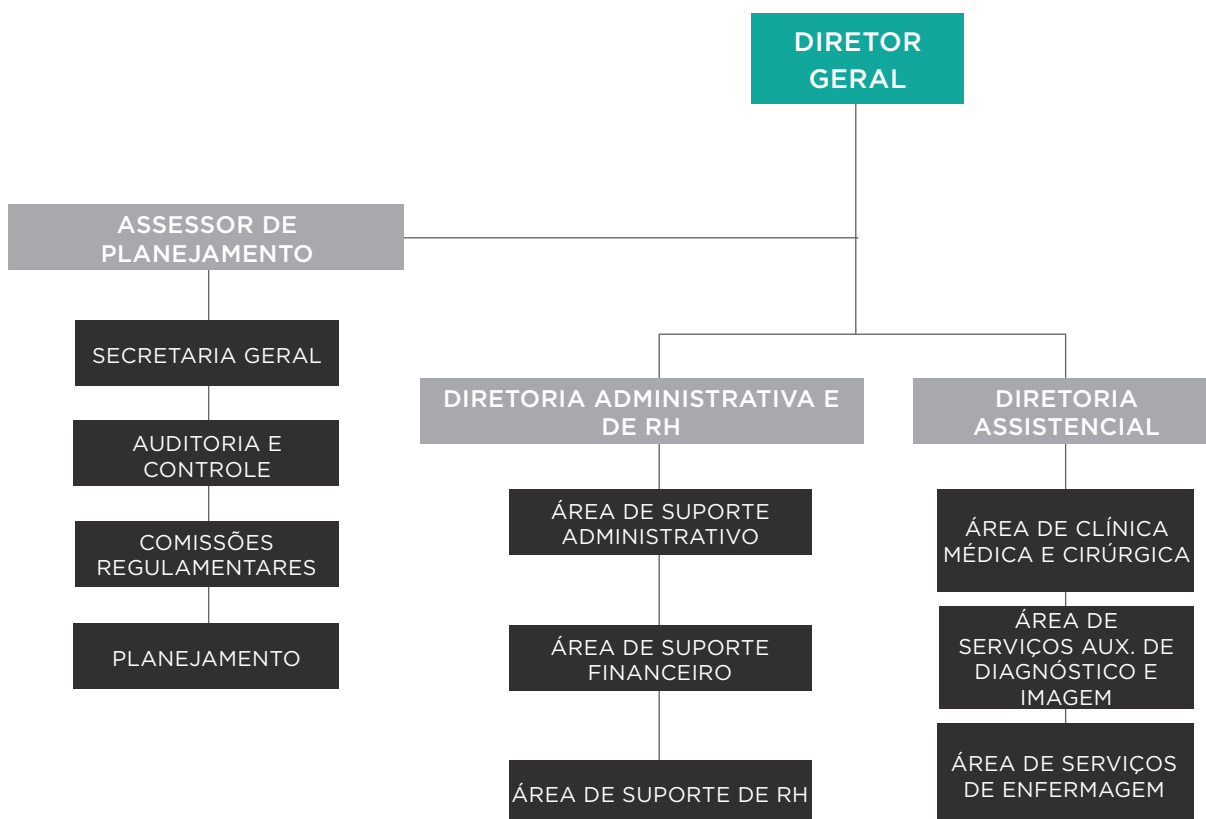
Hospital Estadual Rocha Faria (HERF)

Hospital Estadual da Mulher (HMR)

Hospital Estadual Vereador Melchiazes Calazans (Nilópolis) (HEMEC)

Cada UPS está vinculada a uma fundação estatal, tendo em vista ser parte integrante do novo modelo gerencial proposto, conforme Figura 7.

Figura 7- Organograma Proposto para as UPSs



Complementarmente às propostas dos organogramas, foram apresentados três cenários para dimensionamento de pessoal.

Cenário 1: Dimensionamento de pessoal das fundações estaduais – início de operação: quantitativo de pessoal para uma fundação estatal, a ser replicado em cada uma das 3 fundações, para o início das operações, quando as fundações não terão todas as UPSs incorporadas, conforme previsto na Lei estadual 5.164/2007.

Cenário 2: Quantitativo de pessoal para uma fundação estatal, a ser replicado em cada uma das três fundações, para operação plena das fundações, quando essas terão todas as UPS incorporadas, conforme previsto na Lei estadual 5.164/2007.

Cenário 3: Dimensionamento inicial em que duas fundações compartilham o *staff*, porém são mantidas diretorias e gerências independentes.

A última etapa do relatório contou com o dimensionamento de pessoal das UPSs, elaborado com base no documento “Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais”. Foram realizados dois dimensionamentos para a adequação à realidade dos hospitais do Rio de Janeiro, com reuniões entre FGV e SES e adaptações dos parâmetros. Esses dimensionamentos foram elaborados para a mesma capacidade instalada, considerada “meta”, já que inclui o aumento da capacidade instalada projetado pela SES.

Assim, o primeiro dimensionamento apresentou uma escala para médicos da enfermaria de 3 dias por semana, 8 horas por dia; o segundo apresentou 6 dias por semana, 4 horas por dia. Além disso, as vantagens e desvantagens desses modelos foram encaminhadas para SES no documento “Comparativo de Modelos do Dimensionamento do Corpo Médico das Enfermarias Não Cirúrgicas”.

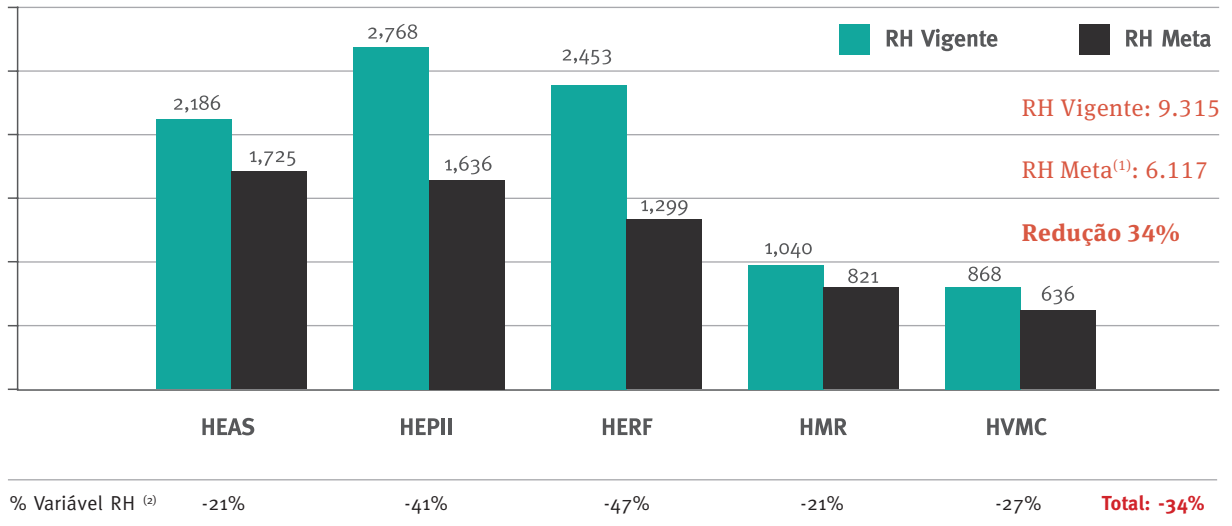
É importante destacar que o dimensionamento de pessoal das UPSs, assim como o das fundações, foi elaborado com base em premissas e parâmetros utilizados por outras instituições (ex.: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo), representando uma aproximação teórica da realidade. O número de profissionais poderá variar em função do grau de utilização dos sistemas de tecnologia da informação e comunicação, do número de UPSs incorporadas, da centralização ou descentralização de serviços, entre outros.

Uma vez que os cenários são aproximações da realidade, neles o dimensionamento foi realizado para uma capacidade instalada maior que a atual, assim como foi considerado um incremento da taxa de ocupação. Desse modo, mesmo com o aumento da capacidade instalada e da produção, foi possível uma redução de pessoal. Os gráficos referem-se ao cenário de 6 dias na semana por 4 horas.

Cada etapa do trabalho desenvolvido apresentou, ao final de sua parte, um resumo de ganhos de eficiência e eficácia. A título demonstrativo, um dos resultados obtidos no relatório de dimensionamento de pessoal foi uma redução de pessoal, obtida mesmo considerando uma capacidade instalada projetada maior do que a existente além de um incremento da taxa de ocupação dos hospitais.

O Gráfico 1 estabelece a relação de funcionários existentes e a quantidade necessária. Dessa forma, se cada hospital atingir a meta proposta, haverá uma redução de 34% de pessoal.

Gráfico 1 - Quantidade de funcionários - Meta x Cenário Vigente

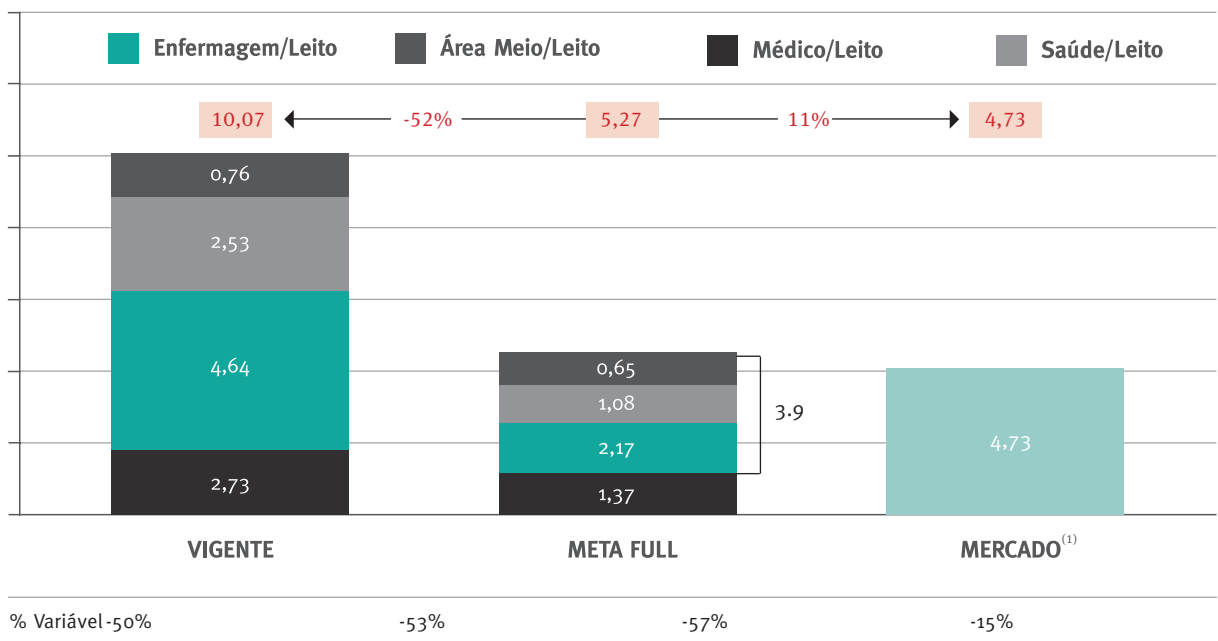


⁽¹⁾ Não inclui diretores e gerentes, no total de 30 pessoas.

⁽²⁾ Em ambas as situações não estão considerados os profissionais para ambulatórios.

No Gráfico 2, a relação de funcionários por leito ficou mais próxima à praticada no mercado, o que evidencia um dimensionamento mais eficaz.

Gráfico 2 - Relação Funcionários/Leito



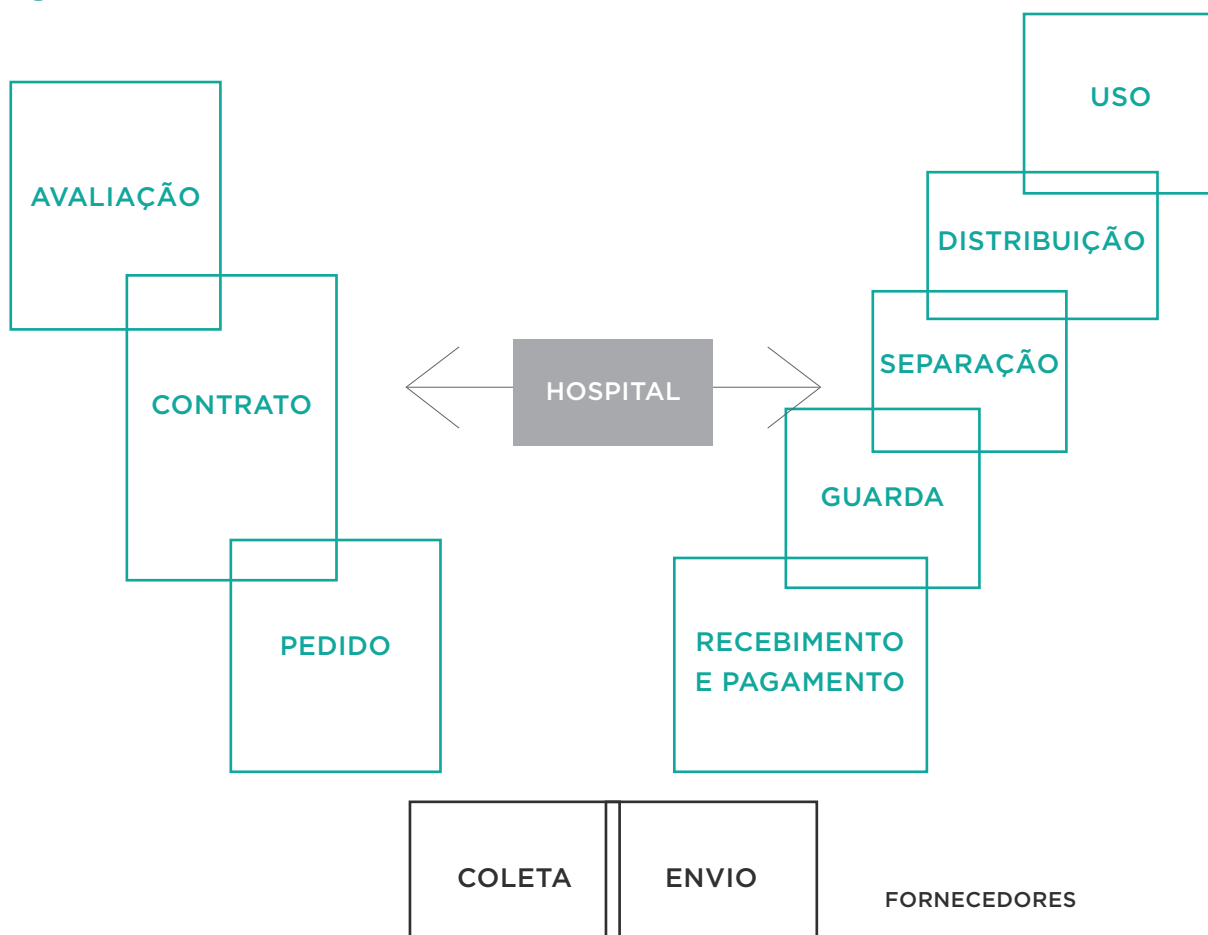
⁽¹⁾ Fonte: CQH 2007. Relação pessoal/leito exclui quantidade de médicos neste indicador.

4.1.10 Plano de Suprimentos

O plano de suprimentos entregue à SES buscou estabelecer um modelo para suprir as necessidades de materiais e serviços, planejar as quantidades e entrega de produtos e serviços, providenciar o armazenamento e verificar a capacidade instalada das UPSs, de maneira a otimizá-la e atender às demandas hospitalares.

O primeiro sistema analisado foi o sistema de materiais (Figura 8). O objetivo básico da administração de materiais consiste em colocar os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e com o menor custo. O sistema de materiais deve ser entendido como parte do sistema de produção, que funciona como meio para que se alcancem os objetivos, e integra a cadeia de suprimentos.

Figura 8 - Sistema de Materiais



A pesquisa realizada constatou que o sistema de materiais é um dos que mais consomem recursos do orçamento do hospital. Os custos diretos de aquisição são aqueles pagos a fornecedores, acrescidos dos impostos referentes às compras. Situa-se entre 23% e 29% do orçamento hospitalar, dependendo da complexidade e da organização da instituição. Esses percentuais são compatíveis com os observados em instituições similares nos Estados Unidos⁶.

⁶ Publicação recente de indicadores dos hospitais privados do Brasil informa que os custos diretos de aquisição estão em 30% do orçamento hospitalar.

Além disso, parte da mão de obra relacionada à atenção direta ao paciente está envolvida com a solicitação de materiais, seja para o centro de custo ou para o paciente: seu recebimento, conferência, a administração do estoque da unidade, checagem da medicação e outras tarefas relacionadas.

Quando os custos diretos e indiretos são somados, os valores obtidos variam de 35 a 45% do orçamento total do hospital e aumentam com o grau de desorganização do sistema de materiais. Esses dados variam conforme a metodologia aplicada, o perfil da unidade e os serviços terceirizados.

Outro sistema analisado foi o Subsistema de Normalização, que define o que será comprado, armazenado e distribuído. O subsistema de normalização utiliza como entradas as normas técnicas; a política da organização; os recursos tecnológicos e de produção disponíveis no mercado, que servirão para definir o modelo assistencial; o grau de atendimento a ser prestado; além de verificar as possibilidades de resposta do mercado às solicitações de materiais.

O plano de suprimento visa a criar uma padronização dos sistemas. A falta de padronização traz como subproduto a manutenção de práticas não controláveis, de difícil replicação e ineficientes dentro do setor de compras, pois apenas aquelas pessoas sabem o que e onde comprar, normalmente com custos maiores.

Cada sistema foi comparado aos sistemas existentes ou compatíveis da SES, bem como as suas necessidades e funções de estoque. Essa comparação resultou na análise da situação atual e na identificação de oportunidades de melhoria de:

- função de aquisição;
- função de classificação/codificação;
- função de padronização;
- gestão de estoques;
- função de inspeção da qualidade;
- oportunidades de armazenamento; e
- oportunidades de distribuição.

Ao final dos relatórios, foram desenvolvidos procedimentos para ajudar a SES na estruturação de sua área de suprimentos e no suporte à operação das fundações. Esses procedimentos trataram da especificação de materiais, controle do registro de preços, propostas de adequações do edital vigente para registro de preços, propostas para administração de materiais e padronização de materiais.

4.1.11 Soluções de TI e TCOM

As soluções de TI e TCOM tiveram como base as orientações para as diretrizes gerais e específicas da tecnologia da informação (TI). Para atingir esse objetivo, propôs-se um modelo de infraestrutura e de um sistema de informação hospitalar, para tornar a gestão mais eficiente.

As inovações propostas no sistema de informação tinham os objetivos de melhoria no atendimento, redução nos custos com saúde e melhor satisfação dos profissionais e da sociedade.

O relatório também especificou as principais funcionalidades e a estrutura necessária à organização de TI. Constataram sugestões e recomendações sobre definições de:

- estrutura organizacional da TI;
- infraestrutura geral de TI;
- estrutura de telecomunicações;
- estrutura de *software*;
- estrutura de *hardware*;
- estrutura de segurança;
- estrutura de banco de dados; e
- estruturas de continuidades de negócios.

Cada funcionalidade foi definida e explicada ao longo dos relatórios. Na definição da estrutura organizacional de TI, foi explicado que as tecnologias inerentes à TI devem permear todas as fundações UPSs e Unidades Funcionais (UF), sendo comuns em certas circunstâncias ou diferenciadas conforme a característica de cada uma delas. Mas, apesar da infraestrutura de TI compartilhada, ela deverá ser autônoma e independente, sendo uma para cada fundação estatal. A figura a seguir demonstra a estrutura genérica do compartilhamento da infraestrutura para as fundações, bem como para as UPSs, respeitando as suas características próprias. Essa estrutura também é recomendável devido ao processo de atendimento das especificidades de cada uma das fundações estatais.

Figura 9 - Estrutura Funcional de TI



Nos relatórios apresentados à SES, foram descritas as características dos equipamentos a serem utilizados, bem como suas especificações técnicas. Com a descrição dos equipamentos, a infraestrutura geral de TI pode ser definida especificando-se os serviços e produtos de um *Data Center*. Na modelagem de soluções de TI e TCOM, também foram apresentadas definições amplas da estrutura de *software* para as atividades fundamentais ao exercício das atividades médicas e para as atividades médicas.

Para garantir a continuidade dos serviços, a FGV recomendou que os dados necessários para atendimentos fossem armazenados na unidade de saúde e também no nível central, por meio de bancos de dados previamente com esse objetivo. Recomendou-se que esses bancos de dados estivessem sob orientação de empresas que comercializassem gerenciadores considerados de boa qualidade, como as plataformas Microsoft e Oracle. Com a intenção de reduzir custos em processos e aumentar a eficiência, também foi recomendado o uso maciço da *Intranet*.

Finalizando as recomendações, foram listados serviços para o funcionamento do sistema de informação, a saber:

- *help desk*;
- estabelecimentos de padrões de níveis de serviço - Information Technology Infrastructure Library (ITIL);
- auditoria e qualidade;
- endomarketing das facilidades de TI; e
- governança de TI.

Os relatórios apresentados ainda especificaram as etapas da estruturação do sistema de informação que seria utilizado pela SES em suas fundações e UPSs. Neles, estão contidos organogramas e tabelas sugeridos ou utilizados como base para a formulação desse sistema de informações.

4.1.12 Considerações sobre o Módulo 1

O principal objetivo do primeiro módulo foi a elaboração de um modelo para a criação das fundações estatais, abordando áreas e questões interdisciplinares totalmente alinhadas à modelagem estratégico-institucional de criação das fundações públicas de direito privado.

O modelo institucional desenvolvido contemplou uma estrutura matricial que agregou as atividades e os processos comuns a todas as fundações estatais com o cuidado de não incidir em redundâncias (por princípio de eficiência), e com capacidade de dar consistência institucional ao projeto como um todo.

Assim, as áreas de recursos humanos (em suas atividades de consultoria, recrutamento e seleção, sistema integrado de gestão de pessoas, análise da avaliação de desempenho e pesquisa de salários, entre outros), engenharia clínica, tecnologia de informação, benchmarking e qualidade, regulação, política de suprimentos (compra, distribuição e armazenagem) e outras questões identificadas ao longo da criação das fundações estatais foram elaboradas uniformemente, propiciando a comunicação coerente e efetiva entre as fundações e entre os três organismos de atuação diretamente envolvidos (SES, fundações estatais e UPSs).

Após elaborada a concepção da modelagem das fundações, foi necessário analisar e avaliar as Unidades Prestadoras de Serviços que seriam incorporadas às fundações. Com isso, passou-se para o segundo módulo, que teve por objetivo reestruturar as Unidades Prestadoras de Serviços vinculadas à SES.

4.2 MÓDULO 2

REESTRUTURAÇÃO DAS UNIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇOS (UPSs)

4.2.1 Levantamento da Situação Institucional, Patrimonial e de Contratos

A primeira etapa do segundo módulo incluiu propostas e estudos sobre custos de centros produtivos e não produtivos de dezenove Organizações Sociais de Saúde (OSS) de São Paulo, gastos médios detalhados, grade de medicamentos, modelos de gestão de custos e planos de contas, minutas e termos de referência para serviços terceirizados e, também, normas e procedimentos de gestão patrimonial. Os pontos desenvolvidos na fase inicial foram:

- estudo de custos das OSSs de São Paulo, apresentando tabelas com informações consolidadas sobre os gastos das organizações. Desse mesmo modo, foi inserido o gasto médio mensal detalhado por leito, bem como os comparativos entre as OSSs de São Paulo e hospitais do Rio de Janeiro;
- estudo das grades de medicamentos, consolidado em tabelas com os principais itens componentes da grade de hospitais médios de São Paulo. Os itens foram divididos em três tabelas: medicamentos, materiais nutricionais e materiais;
- modelos de gestão de custos e de plano de contas; e
- termos de referência para utilização de serviços de terceiros, com a elaboração de duas minutas para contratação de serviços de vigilância e lavanderia.

O trabalho também consistiu em explicações referentes às normas e aos procedimentos dos termos de referência, dos códigos de segurança, bem como dos objetivos, campo de aplicação, definições, responsabilidades e procedimentos dos termos.

Durante o desenvolvimento do trabalho, foram realizadas reuniões e entrevistas na SES, que culminaram no aperfeiçoamento de algumas informações dos modelos, apresentando os itens listados a seguir:

- Histórico da implantação do sistema de custos nas Organizações Sociais de Saúde de São Paulo (OSSs), que passou por uma atualização que adicionou um comparativo dos custos de serviços de terceiros. Os serviços abordados nesses estudos foram comuns em ambos os Estados, tais como: lavanderia, limpeza, refeição, vigilância e manutenção e reparos de sistemas. Essas alterações permitiram o estabelecimento de uma base de comparação da realidade das OSSs de São Paulo com a proposta de modelo de fundação a ser implantado no Rio de Janeiro.

- Estimativa do impacto na folha salarial com base nos novos salários sugeridos e no dimensionamento de pessoal. O processo foi resumido em dois cenários; o primeiro cenário (Tabelas 10 e 11) levou em conta a escala de médicos para a enfermaria de três dias por semana e oito horas por dia, e o segundo (Tabelas 12 e 13), a escala de seis dias por semana e quatro horas por dia.

Para cada um dos cenários, também foram simulados os impactos de adesão de 50 e 80% (Tabelas 10 e 12) dos servidores estatutários que hoje trabalham nessas unidades; os inscritos na folha salarial foram considerados passíveis de adesão às fundações estatais, independentemente do status atual do trabalhador (férias, licença, cedido etc).

- O impacto foi calculado com o salário médio dos funcionários de cada especialidade. Se a faixa salarial dos funcionários que aderirem às fundações estatais for muito diferente da média da especialidade, o cálculo deve ser revisto.
- O impacto foi calculado considerando que a necessidade de profissionais de níveis fundamental e elementar será totalmente atendida por profissionais estatutários. Quando o contingente atual for inferior ao necessário estipulado no dimensionamento, esses profissionais serão realocados de outras UPSs ou poderão ser contratados por terceirização. Se não houver nenhum profissional da especialidade em uma das 5 UPSs, será aplicado o salário médio do agrupamento.
- Impacto calculado considera que a necessidade de técnicos de enfermagem será atendida por técnicos estatutários, seguida de auxiliares de enfermagem estatutários e de contratação, em último caso.
- Apenas 50% dos auxiliares de enfermagem estatutários foram considerados aptos a realizar as funções de técnico de enfermagem. Essa premissa foi estabelecida em conjunto com a SES. Deve-se ressaltar que resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), como a 276/2003 (revogada pela 374/2007), que orientam sobre a atuação do auxiliar de enfermagem e do técnico de enfermagem, podem alterar a viabilidade dessa premissa no futuro.
- A FGV, seguindo orientação da SES, estabeleceu os salários das direções respeitando o teto salarial do Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, apesar de esse teto não estar alinhado ao praticado no mercado privado, como estabelece a lei de criação das fundações.

Para os cálculos de encargos trabalhistas, foram consideradas as seguintes taxas aplicadas à folha salarial vigente:

- 22% de encargos para Estatutários;
- 20% de encargos para Temporários;
- 0% de encargos para Extra Quadro; e
- 22% de encargos para Cooperativados.

Para os cenários, foram aplicadas as seguintes taxas:

- 22% de encargos para estatutários (aplicado sobre vencimento-base);
- 70,47% para CLT, aplicada sobre salário, remuneração variável e insalubridade; e
- 75% de adesão à PREVI.

Os impactos foram apresentados em tabelas com suas respectivas conclusões para cada cenário, conforme resumido nas tabelas a seguir:

CENÁRIO 1

ESCALA DE 3 DIAS E 8 HORAS PARA OS MÉDICOS DE ENFERMARIA

Tabela 10 - Despesas Mensais Vigentes e Pessoal para as 5 UPSs em análise

UPPS	DESPESA VIGENTE	ADESÃO 50% UPS	ADESÃO 80% UPS
Albert Schweitzer	R\$ 2.989.712	R\$ 5.674.433	R\$ 5.521.745
Pedro II	R\$ 3.748.512	R\$ 5.337.003	R\$ 5.113.040
Rocha Faria	R\$ 3.524.337	R\$ 4.026.307	R\$3.886.597
Hemorio	R\$ 1.361.588	R\$2.190.072	R\$ 2.109.286
Melchiades Calazans	R\$ 1.181.601	R\$ 2.096.882	R\$ 2.094.807
Total	R\$ 12.805,751	R\$ 19.324.698	R\$ 18.725.474
Varição Percentual	0%	51%	46%

Tabela 11 - Despesas Mensais Vigentes e Estimadas com Pessoal para as 5 UPSs em análise. Detalhamento por Função

5 UPS SEM MOBILIDADE	META	DESPESA ADESÃO 50%	VAR. %	DESPESA ADESÃO 80%	VAR. %
Diretoria Geral	5	R\$ 44.000	0%	R\$ 44.000	0%
Diretoria Divisão	10	R\$ 78.000	0%	R\$ 78.000	0%
Gerente	15	R\$ 109.500	0%	R\$ 109.500	0%
Superior / Saúde / Médico	1.075	R\$ 6.633.404	46%	R\$ 6.334.888	39%
Superior / Saúde / Demais	1.106	R\$ 3.383.052	3%	R\$ 3.178.029	-3%
Superior / Gerencial	12	R\$ 36.314	-73%	R\$ 36.314	-73%
Médio / Saúde	1.521	R\$ 2.863.172	35%	R\$ 2.767.488	30%
Médio / Suporte / Administrativo	407	R\$ 763.194	31023%	R\$ 763.194	31023%
Fundamental / Saúde	812	R\$ 1.059.162	-41%	R\$ 1.059.162	-41%
Fundamental / Suporte / Administrativo	216	R\$ 276.562	-24%	R\$ 276.562	-24%
Elementar / Saúde	332	R\$ 403.532	20%	R\$ 403.532	20%
Elementar / Suporte / Administrativo	119	R\$142.667	-39%	R\$142.667	-39%
TOTAL	6.147	R\$ 19.324.698	51%	R\$ 18.725.474	46%

CENÁRIO 2

ESCALA DE 4 DIAS E 6 HORAS PARA OS MÉDICOS DE ENFERMARIA

Tabela 12 - Despesas Mensais Vigentes e Pessoal para as 5 UPSs em análise

UPPS	DESPESA VIGENTE	ADESÃO 50% UPS	ADESÃO 80% UPS
Albert Schweitzer	R\$ 2.989.712	R\$ 5.431.027	R\$ 5.290.793
Pedro II	R\$ 3.748.512	R\$ 5.146.077	R\$ 4.934.538
Rocha Faria	R\$ 3.524.337	R\$ 3.905.349	R\$ 3.782.248
Hemorio	R\$ 1.361.588	R\$ 2.033.240	R\$ 1.956.584
Melchiiades Calazans	R\$ 1.181.601	R\$ 2.028.694	R\$ 2.026.619
Total	R\$ 12.805,751	R\$ 18.544.386	R\$ 17.990.781
Varição Percentual	0%	45%	40%

Tabela 13 - Despesas Mensais Vigentes e Estimadas com Pessoal para as 5 UPSs em análise.

Detalhamento por Função

5 UPS SEM MOBILIDADE	META	DESPESA ATUAL	DESPESA ADESÃO 50%	VAR. %	DESPESA ADESÃO 80%	VAR. %
Diretoria Geral	5	-	R\$ 44.000	0%	R\$ 44.000	0%
Diretoria Divisão	10	-	R\$ 78.000	0%	R\$ 78.000	0%
Gerente	15	-	R\$ 109.500	0%	R\$ 109.500	0%
Superior / Saúde / Médico	956	R\$ 4.542.865	R\$ 5.853.092	29%	R\$ 5.600.195	23%
Superior / Saúde / Médico / UE	518	-	R\$ 3.532.138	0%	R\$ 3.532.138	0%
Superior / Saúde / Demais	1.106	R\$ 3.279.268	R\$ 3.383.052	3%	R\$ 3.178.029	-3%
Superior / Gerencial	12	R\$ 133.087	R\$ 36.314	-73%	R\$ 36.314	-73%
Médio / Saúde	1.521	R\$ 2.127.642	R\$ 2.863.172	35%	R\$ 2.767.488	30%
Médio / Suporte / Administrativo	407	R\$ 2.452	R\$ 763.194	31023%	R\$ 763.194	31023%
Fundamental / Saúde	812	R\$ 1.784.571	R\$ 1.059.162	-41%	R\$ 1.059.162	-41%
Fundamental / Suporte / Administrativo	216	R\$ 365.424	R\$ 276.562	-24%	R\$ 276.562	-24%
Elementar / Saúde	332	R\$ 336.185	R\$ 403.532	20%	R\$ 403.532	20%
Elementar / Suporte / Administrativo	119	R\$ 234.257	R\$142.667	-39%	R\$ 142.667	-39%
TOTAL	6.028	R\$ 12.805.751	R\$ 18.544.386	45%	R\$ 17.990.781	40%

Vale ressaltar que esses orçamentos foram elaborados com base em premissas e parâmetros retirados da atual situação dos hospitais do Rio de Janeiro e dos praticados nas OSSs de São Paulo, estimando o orçamento futuro dessas unidades. Desse modo, os valores apresentados poderão variar de acordo com a gestão de cada unidade e outros fatores, como renegociação dos contratos de serviços de terceiros, aumento ou diminuição da demanda, etc.

4.2.2 Diagnóstico dos Serviços e Produção das Unidades Prestadoras de Serviços

O objetivo desta atividade foi descrever os perfis e as características quantitativas e qualitativas referentes aos serviços e produção definidos para cada uma das cinco primeiras UPSs a serem incorporadas pelas fundações.

Para o levantamento das informações, necessárias ao diagnóstico, foram realizadas reuniões e entrevistas com membros das UPSs, entre eles funcionários e diretores, com posterior análise dos dados coletados nesses encontros.

Como parte do produto, foram elaboradas recomendações estratégicas para cada uma das cinco UPSs. Para dar base às recomendações, analisaram-se pontos como planejamento, missão, visão, objetivos, mudança na cultura e implementação da estratégia. Houve recomendações comuns para todas as UPSs, referentes a três variáveis: estrutura física, tecnologia e pessoas. Seguindo a proposta das recomendações estratégicas, foi incluído no relatório um comparativo entre indicadores dos quatro hospitais.

Foram consolidados dados de três relatórios apresentados pela FGV (produto 2.4 - Diagnóstico dos Serviços e Produção das UPSs; produto 2.6 - Análise da Oferta e Demanda de Serviços; e Produto 2.8 - Relatório do Mapa dos Macroprocessos e Processos Críticos). Essa consolidação objetivou a análise conjunta dos dados dos hospitais.

O perfil de cada hospital foi detalhado após a apresentação dos dados consolidados, além de estar subdivididos no mesmo formato para cada hospital. Essa subdivisão foi feita da seguinte forma:

- área física;
- especialidades;
- leitos hospitalares;
- quadro de pessoal;
- indicadores hospitalares;
- perfil da população atendida;
- emergência;
- salas cirúrgicas e salas obstétricas;
- internação;
- ambulatório;
- Serviço de Apoio ao Diagnóstico e à Terapêutica (SADT);
- equipamentos hospitalares;
- necessidades da unidade como um todo; e
- perfil proposto pela SES para determinado hospital.

A análise do perfil e planejamento estratégico de cada hospital é importante, pois foi previsto um contrato de gestão e um plano operativo entre a SES e as fundações e entre estas e as UPSs. Dentro de cada UPS, foi estipulado um termo de compromisso e um plano operativo entre a direção e suas unidades funcionais.

O contrato de gestão é uma ferramenta importante para a incorporação de um modelo de produção para os hospitais, em que os mecanismos de controle são considerados questões-chave para a administração pública. O documento visa à obtenção de resultados, traz benefícios aos índices de eficiência e economicidade, e oferece maior autonomia gerencial, orçamentária e financeira às UPSs. Seu cumprimento está atrelado à fixação de metas de desempenho para o órgão, respeitando o prazo de duração, obrigações, responsabilidades dos dirigentes e dotação orçamentária correspondente.

A mudança proposta da SES para as UPSs é estratégica, com grande impacto na cultura das organizações. Nesse sentido, as organizações podem responder às mudanças em seu ambiente, iniciando processos de alterações estratégicas, sendo que a energia para a mudança vem do reconhecimento da necessidade criada com base na pressão existente no cenário externo à organização. A criação das fundações estatais e a determinação política da mudança na estrutura dos hospitais e em sua relação com a SES exercem uma forte pressão para a mudança organizacional.

Tendo em vista um ambiente de mudança, foi necessário analisar o perfil de cada hospital, para se ter uma coleta de dados e estabelecer metas e diretrizes a serem seguidas.

Em função de suas características, as UPSs foram divididas em três blocos. Cada um desses exigiu uma intervenção estratégica diferente pela SES para que as intervenções gerassem o resultado desejado: a implantação de um novo modelo de administração gerencial dos hospitais da rede estadual do Rio de Janeiro, baseado em resultados.

Os três blocos, com características distintas, correspondiam às três fundações que seriam criadas. O primeiro analisado foi o Hospital Vereador Melchiades Calazans (HEMEC), que faz parte da Fundação Estatal dos Hospitais Gerais; o segundo bloco, os hospitais de emergência da Região AP5 do Estado, Hospital Estadual Albert Schweitzer (HEAS), Hospital Estadual Rocha Faria (HERF) e Hospital Estadual Pedro II (HEP II), são parte da Fundação Estatal dos Hospitais de Urgência; e o terceiro bloco, com o Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), faz parte da Fundação Estatal dos Institutos de Saúde e da Central Estadual de Transplante.

O diagnóstico foi baseado em visitas feitas às UPSs e na análise do questionário preenchido pela direção dos 5 hospitais. Algumas recomendações foram comuns a todas as unidades, referentes a três variáveis: estrutura física, tecnológica e de pessoal. A análise em cada hospital foi detalhadamente descrita nos relatórios entregues à SES.

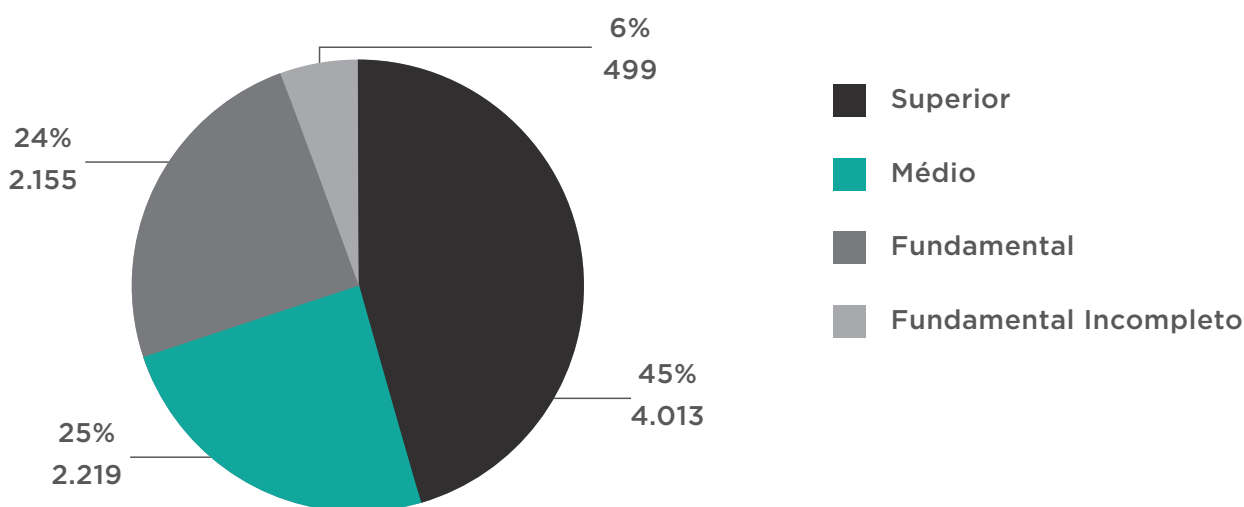
4.2.3 Análise do Censo de Recursos Humanos

O conteúdo da análise do censo de recursos humanos tinha por objetivo montar uma base para a elaboração dos perfis para cargos e para a determinação da quantidade de pessoas a ser recrutadas em concursos públicos. Essa análise também complementa a elaboração do sistema de RH.

Para desenvolver a análise do censo, foram realizadas reuniões com a equipe da SES para levantamento da situação atual do quadro de funcionários, levantamento de documentos e coletas de dados. O resultado da análise dos recursos humanos das UPSs foi subdividido em cinco partes. Os dados obtidos foram expostos de duas maneiras: um gráfico, englobando o total de hospitais e seus funcionários, e outro, exibindo a composição de cada hospital separadamente e seus respectivos funcionários.

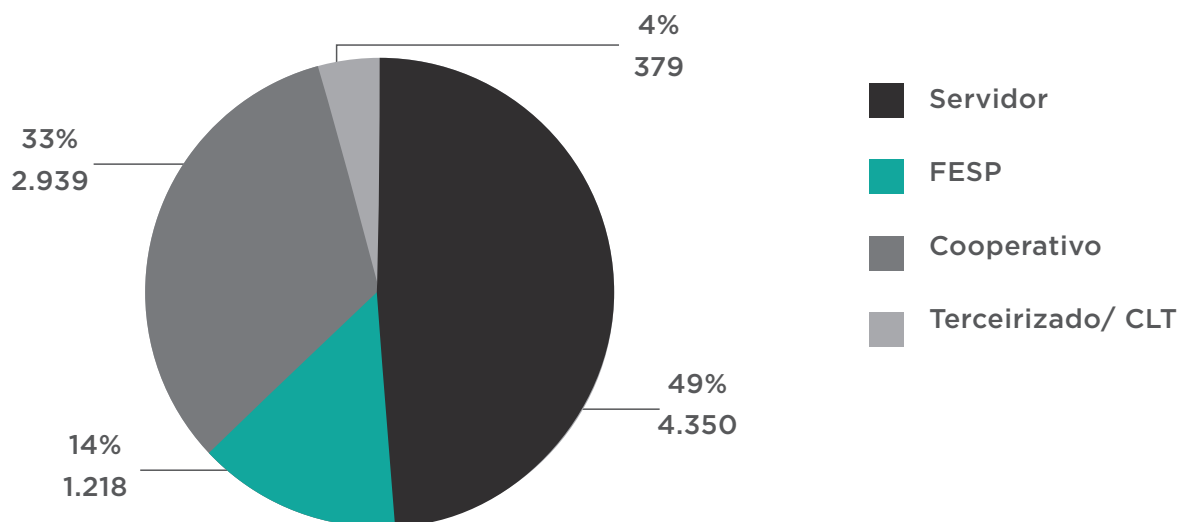
A primeira parte apresentou o perfil educacional dos empregados em serviço (Gráfico 3). A estatística foi feita utilizando o grau de escolaridade dos funcionários e especificando as funções em que atuavam empregados com determinado nível escolar.

Gráfico 3 - Distribuição dos Empregados em Exercício Segundo Escolaridade
(Total dos Hospitais)



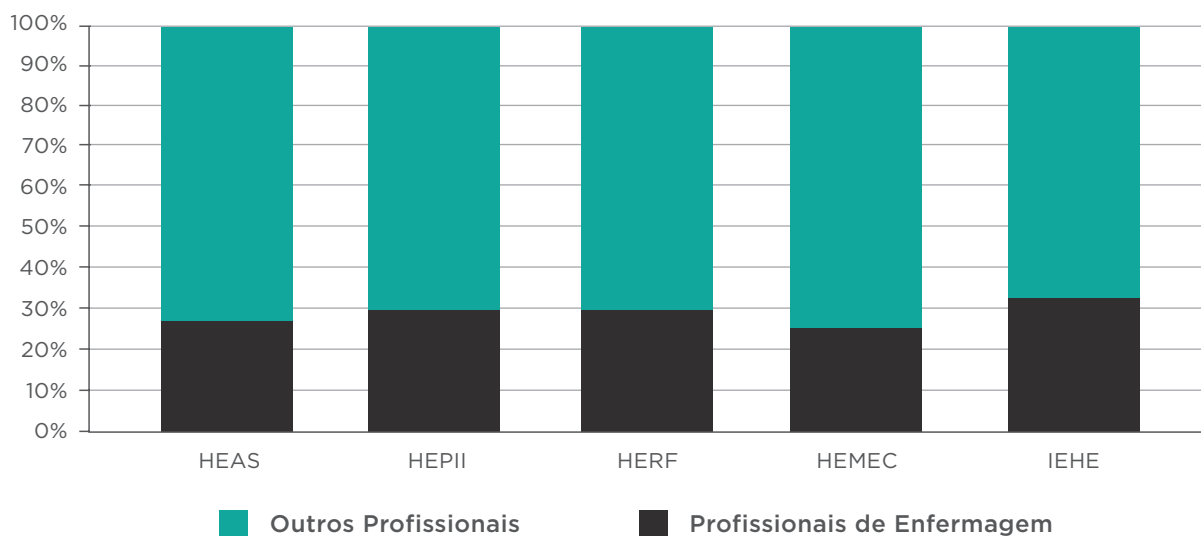
A segunda parte apresentou a composição dos hospitais pelo tipo de contrato de trabalho (Gráfico 4). Os funcionários foram categorizados em servidores públicos concursados, cooperativados, contratados pela FESP ou terceirizados e contratados pela CLT.

Gráfico 4 - Distribuição dos Empregados em Exercício Segundo Tipo de Contrato de Trabalho (Total dos Hospitais)



A terceira parte levantou a composição dos hospitais, dividindo-a em duas categorias: profissionais de enfermagem e outros profissionais (Gráfico 5). Essa divisão fez-se necessária, pois os profissionais de enfermagem representavam, aproximadamente, 30% da força de trabalho de cada unidade. Ainda, foi realizado outro levantamento, dessa vez somente da composição dos profissionais de enfermagem, classificados em enfermeiros, técnicos de enfermagem ou auxiliares de enfermagem.

Gráfico 5 - Participação dos Profissionais de Enfermagem no Total de Empregados em Exercício



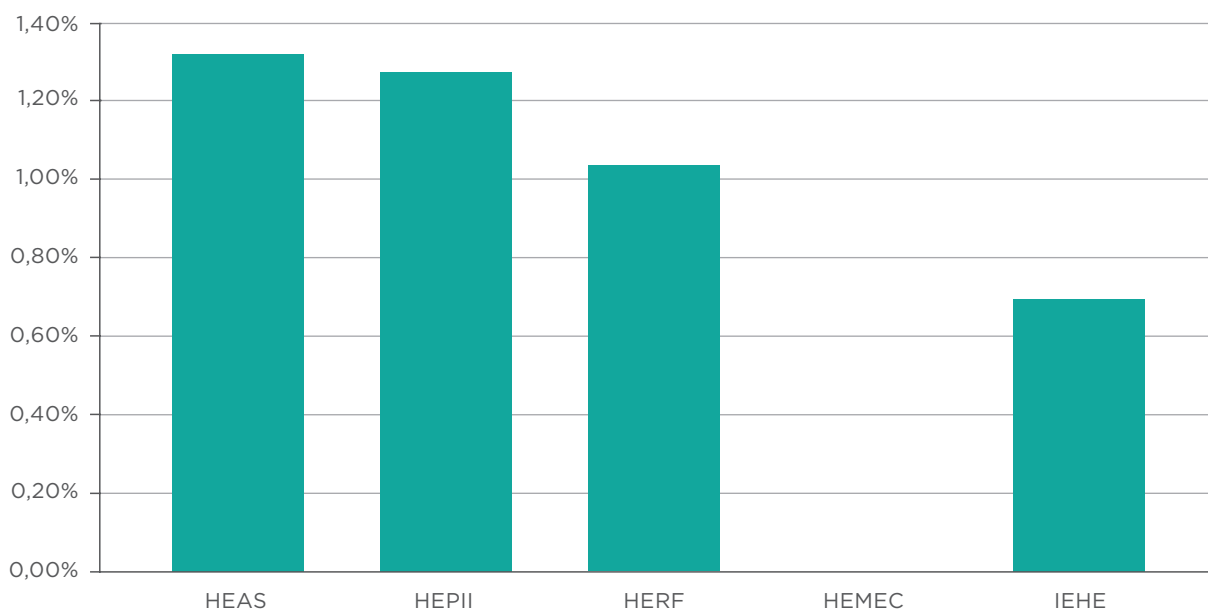
Na quarta parte, com o objetivo de possibilitar uma comparação das informações contidas nesse relatório com a de outros hospitais do Brasil, foram analisados indicadores de qualidade propostos pelo Programa de Qualidade Hospitalar (Tabela 14).

Tabela 14 - Comparação entre os Indicadores dos 5 Hospitais

	ENFERMEIRO/LEITO	ENFERMAGEM/LEITO	PESSOAL/LEITO
HEAS	0,72	3,00	7,02
HEPII	1,02	2,11	5,61
HERF	0,64	3,07	6,07
HEMEC	0,89	2,30	7,00
HEMORIO	1,38	4,18	10,89
ANAPH 2005	0,56	2,02	5,54
CQH 2005	0,36	1,94	5,40

A quinta e última subdivisão avaliou empregados com potencial de aposentadoria por tempo de serviço (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Percentagem dos Empregados com Potencial de Aposentadoria por Tempo de Serviço



O HEMEC é exceção nesse conjunto, por possuir um quadro formado, majoritariamente, por cooperativados; logo, o HEMEC não possui servidores com potencial de aposentadoria.

Essas informações foram importantes para o planejamento da força de trabalho a ser cedida para as fundações, permitindo avaliar a necessidade de realização de concurso público.

Para finalizar o documento, foram anexadas ao relatório as análises referentes a cada hospital, as tabelas de empregados, as fichas dos indicadores e as planilhas fornecidas pela SES.

4.2.4 Análise da Oferta e Demanda de Serviços

A análise da oferta e demanda de serviços descreveu o perfil de necessidades da população, identificou o tipo de demanda atendida nos últimos anos pelos prestadores selecionados e verificou a capacidade instalada das Unidades Prestadoras de Serviços.

Para coletar essas informações necessárias, foram realizadas diversas entrevistas e reuniões com representantes da SES. Além disso, utilizaram-se dados e informações obtidas em documentos das UPSs, levantou-se o perfil demográfico e epidemiológico do Brasil e do Rio de Janeiro, a oferta e demanda de leitos hospitalares financiados pelo SUS e os dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) das UPSs.

Para melhor apresentação, os dados da análise foram organizados em quatro partes: panorama comparativo de saúde; análise das UPSs e análise da oferta e demanda de leitos.

O panorama apresentou as tendências demográficas e epidemiológicas no Brasil, na região Sudeste, no Estado e no Município do Rio de Janeiro e também no Município de Nilópolis. Quando possível, os dados eram expostos de maneira comparativa, para melhor visualização dos cenários.

Um aspecto interessante analisado foi o envelhecimento populacional, resultante do aumento da prevalência de comorbidades, tais como:

- obesidade;
- hipertensão;
- diabetes e respectivas complicações;
- insuficiência cardíaca congestiva;
- câncer de mama e de colo e câncer de pulmão e de próstata;
- doença pulmonar obstrutiva crônica; e
- osteoporose e respectivas complicações (fratura de fêmur).

As principais causas de mortalidade no Município do Rio de Janeiro, as principais causas de mortalidade segundo os capítulos da CID-10, por residência, no período de 2005 (último ano com dados disponíveis), serão descritas a seguir, em ordem decrescente de importância:

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO (232/100.000 HABITANTES):

- doenças isquêmicas do coração (IAM); e
- doenças cerebrovasculares (AVCI).

Em relação a esse grupo de causas, o risco observado no Rio de Janeiro é maior quando comparado ao Brasil, com predomínio das doenças isquêmicas do coração, seguidas das doenças cerebrovasculares. Isso evidencia a necessidade de ações em promoção e prevenção em saúde, além de acessibilidade à rede de atenção básica, principalmente no que se refere ao diagnóstico precoce e tratamento de hipertensão, campanhas de prevenção para cessação de tabagismo, alimentação balanceada, controle da obesidade e estímulo ao exercício físico. Os serviços de urgência e emergência deverão desenvolver protocolos de triagem para detecção rápida e precoce dos casos e de tratamento, impactando na redução dos coeficientes de mortalidade e nos anos potenciais de vida perdidos.

NEOPLASIAS (130/100.000 HABITANTES):

- câncer de pulmão;
- câncer de mama;
- câncer de próstata;
- câncer de cólon; e
- câncer de estômago.

De modo comparativo, a Tabela 15 apresenta a distribuição anual dos coeficientes de mortalidade de câncer segundo o sexo, na Região Sudeste, no período de 1997 a 2004.

Tabela 15 – Distribuição anual dos coeficientes de mortalidade padronizados para as principais topografias de câncer segundo o sexo – Região Sudeste

SEXO	FEMININO				MASCULINO			
	ANO	MAMA	COLO	PULMÃO	CÓLON	PULMÃO	PRÓSTATA	CÓLON
	1997	13,21	4,26	5,81	6,34	15,53	11,68	5,97
	1998	13,29	4,28	5,85	6,66	15,19	12,47	6,07
	1999	13,62	4,57	6,37	6,90	15,53	12,01	6,28
	2000	11,87	4,31	5,91	6,03	14,22	10,51	5,99
	2001	12,40	4,46	5,75	6,21	14,24	11,23	5,97
	2002	12,44	4,04	5,97	6,84	14,73	11,50	6,38
	2003	12,60	4,00	6,50	7,19	14,55	12,08	6,64
	2004	13,14	4,19	6,81	7,20	14,96	12,62	6,73

Brasil 1997 a 2004

Depois da análise do perfil de necessidades da população, e identificação do tipo de demanda atendida, verificou-se a capacidade instalada das Unidades Prestadoras de Serviços, as quais foram analisadas com o objetivo de visualizar o perfil assistencial de cada uma com base em parâmetros assistenciais (taxa de internação segundo diagnóstico, média de permanência e taxa de mortalidade) e perfil do atendimento hospitalar.

Também foi realizado um levantamento dos leitos hospitalares existentes para uma análise da oferta e demanda de leitos e estimadas as necessidades desses, permitindo a avaliação do atendimento das necessidades da AP5 (Área de Programática do Rio de Janeiro – Bangu, Santa Cruz, Realengo, Campo Grande e Guaratiba) e o Município de Nilópolis, localização das UPSs avaliadas.

Com todas as informações levantadas e analisadas, pôde-se avaliar o cenário da saúde, o que facilitou a identificação prévia de tendências. O cruzamento das informações demográficas com a análise do cenário da saúde permitiu configurar o perfil das necessidades da população. Entre elas, destacam-se:

- demanda crescente com faixas etárias nos extremos de idade;
- aumento no número de internações de caráter clínico;
- internações de longa permanência, com aumento na demanda por assistência domiciliar;
- aumento no número de cirurgias de alta complexidade, em especial de:
 - oncologia cirúrgica;
 - cardiologia (infantil);
 - neurologia;
 - urologia;
 - ortopedia; e
 - oftalmologia.

- Aumento no número de atendimentos de urgência e emergência das seguintes doenças:
 - infarto agudo do miocárdio;
 - acidente vascular cerebral;
 - lesões e envenenamentos; e
 - doenças do aparelho respiratório – infecções respiratórias.

Com isso, algumas adaptações e investimentos foram estabelecidos, tais como:

- aumento no número de procedimentos cirúrgicos de curta permanência;
- maior necessidade e demanda de leitos de UTI pediátrica e de adultos;
- uso crescente do hospital-dia para realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos clínicos;
- aumento da necessidade de leitos de retaguarda, em especial leitos de semi-intensiva e de longa permanência;
- a criação de programas na linha assistencial com a incorporação de ambulatório e SADT;
- incorporação de fisioterapia respiratória e motora fora da UTI; e
- utilização da Psicologia e da Psiquiatria no hospital.

No âmbito da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, outro fator que corrobora as necessidades de investimento em saúde pública diz respeito à assistência supletiva. A cobertura de planos de saúde abrange 30% da população e teve crescimento de 5,3% nos últimos sete anos, o que significa um crescimento menor que o populacional (5,6%). Como consequência, há uma tendência de aumento na demanda pelos serviços de saúde pública.

Nas áreas onde se localizam quatro das cinco UPSs analisadas, ou seja, AP5 e Município de Nilópolis, esse fator tende a ser de maior relevância, visto que são regiões com menos infraestrutura e onde a população detém menor poder econômico, reduzindo a possibilidade de ser beneficiários de assistência médica privada.

A SES vem investindo nas UPSs em questão, como foco no aumento de leitos de UTI, de enfermaria e salas cirúrgicas e RPA, além do hospital-dia cirúrgico. A Tabela 16 evidencia esse aumento da oferta.

Tabela 16 - Comparativo de Oferta de Leitos

COMPARATIVO	VIGENTE	META	% V/M
Unidade de internação	682	837	23%
Unidade de tratamento intensivo	117	245	109%
Salas cirúrgicas	29	30	3%
Salas de RPA	15	24	60%
Unidade de urgência e emergência	1.067	2.372	122%
Hospital-dia	10	20	100%

Em termos de gestão de saúde, o mercado hospitalar vem imprimindo um forte ritmo de transformações, em especial na profissionalização da gestão e na busca de aplicação de técnicas de gestão empresarial. O conjunto desses movimentos reflete-se em tendências para o mercado hospitalar, que podem ser sumarizadas da seguinte forma:

Ênfase na gestão, com busca de aumento da eficiência, por meio de:

- gestão do leito hospitalar;
- gestão da prática clínica, com a utilização de protocolos clínicos;
- formação de equipes clínicas.
- implantação de contratos de gestão com a equipe clínica, o que tem levado à valorização da assistência ambulatorial;
- utilização de indicadores assistenciais;
- negociação com fornecedores, com a realização de compras conjuntas de várias unidades;
- aumento no nível de exigência dos consumidores;
- maior exigência de qualificação da equipe médica e do corpo de enfermagem;
- busca da acreditação e da certificação hospitalar; e
- necessidade de inovação em gestão e negociação com atores.

Com base nisso, foram elaboradas mais algumas recomendações, que sugerem a concentração de esforços na construção de quatro grandes linhas assistenciais para garantir melhores resultados, reduzir a necessidade de serviços hospitalares e aumentar a qualidade da assistência prestada, conforme descrito de forma detalhada nos relatórios entregues.

4.2.5 Análise dos Macroprocessos e Processos Críticos

A quinta etapa do segundo módulo do projeto consistiu no mapeamento e análise dos macroprocessos e processos críticos das UPSs. Por meio dos relatórios gerados, procurou-se compreender nessa etapa os macroprocessos existentes, permitindo otimizá-los, bem como os recursos aplicados.

Para levantar as informações sobre os processos, foram realizadas reuniões e entrevistas com representantes da SES, além de coletas de documentos e visitas técnicas às UPSs. Depois de obtidas as informações, uma análise aprofundada dos problemas levantados foi feita pelos consultores; esses problemas foram priorizados com a aplicação da Matriz GUT (Gravidade, Urgência e Tendência).

O relatório de andamento da análise dos macroprocessos e processos críticos apresentou conceitos e ferramentas utilizados para o estudo dos processos em questão, como a Matriz GUT e exemplos de fluxogramas. A esse produto também foi anexado o documento “Roteiro para Análise de Macroprocessos Hospitalares da UPS”, utilizado nas visitas técnicas.

Foi apresentado o resultado de cada UPS separadamente, contendo:

- os macroprocessos, exibidos por meio de um fluxograma;
- um quadro de resumo com os problemas constatados, a dependência e sugestões para esses problemas;
- uma matriz GUT com a definição do problema central e problemas subsidiários; e
- considerações sobre o macroprocesso em questão.

Por fim, ainda foram incluídas as fontes de levantamento de dados e também os roteiros de análise e consolidação de macroprocessos hospitalares da UPS.

4.2.6 Modelo de Produção e Prestação de Contas

Esta etapa resultou na apresentação de uma estrutura básica do contrato de gestão. Foram apresentados três produtos: 1) estrutura de contrato de gestão; 2) plano operativo anual; e 3) critérios de monitoramento do desempenho e de pagamento.

Estrutura básica do contrato de gestão, aponta cláusulas necessárias e sugestões de conteúdos, tais como:

- partes contratantes;
- objetivo;
- condições gerais;
- encargos comuns; e
- encargos específicos;

- plano operativo anual;
- recursos financeiros;
- regras de alocação e aplicação e critérios de pagamento;
- controle e avaliação;
- alterações;
- rescisão;
- penalidades;
- casos omissos;
- vigência;
- publicação; e
- foro.

O Plano Operativo Anual (POA) é parte integrante do contrato e compreende o conjunto de ações pactuadas a serem desenvolvidas pela fundação estatal e suas Unidades Prestadoras de Serviços (UPSs), ao longo do período de 1 (um) ano. O POA tem como objetivo geral induzir o adequado desempenho das fundações e de suas UPSs. Para que esse objetivo seja alcançado, é necessário que todas as áreas de atuação, finalísticas ou não, das UPSs, e da fundação estatal tenham como perspectiva a melhoria contínua da qualidade e a melhor utilização dos recursos existentes. Desempenho, por sua vez, é compreendido como o adequado alcance dos objetivos finalísticos, tais como, a prestação de assistência, a realização de atividades de ensino e de pesquisa e a produção e distribuição de sangue e hemoderivados, de forma a atender às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

A estrutura do POA foi exemplificada citando-se as partes necessárias a serem adicionadas ao documento. Essas partes foram:

- introdução;
- objetivo geral;
- apresentação geral da UPS e Fundação Estatal;
- ações, metas e indicadores pactuados para a Fundação Estatal;
- ações, metas e indicadores pactuados para a UPS.

Para cada uma dessas partes, foi acrescentado um conjunto de sugestões.

Dentro da abordagem do Plano Operativo Anual (POA) constam: pactuação da gestão da fundação estatal; pactuação do perfil assistencial e inserção no SUS; pactuação da produção assistencial; pactuação da qualidade assistencial; pactuação das atividades de ensino e pesquisa; pactuação da gestão hospitalar; e pactuação envolvendo o Hemorio. Vale ressaltar que a construção do POA junto às UPSs foi concedida pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Para o critério de monitoramento do desempenho e de pagamento, foram expostas diversas tabelas nos relatórios entregues à SES, com o propósito exclusivo de avaliar o desempenho global da UPS tomando por base os compromissos pactuados e constantes no POA nas cinco grandes áreas relativas a UPS e ainda na área de gestão da fundação estatal.

A seguir, foram incluídas as Tabelas 17 e 18 para demonstração da forma de monitoramento do desempenho e de Pagamento das UPSs:

Tabela 17 - Pontuação Síntese do Desempenho por Área de Atuação da UPS

ÁREA DE ATUAÇÃO	PONTOS	%
Perfil e Inserção SUS	600	12
Produção Assistencial	2700	54
Qualidade da Atenção	900	18
Ensino e Pesquisa	300	6
Gestão Hospitalar	500	10
Total	5000	100

Tabela 18 - Pontuação Discriminada do Desempenho por Área de Atuação da UPS

ÁREA	PONTOS
1. Perfil e Inserção SUS	600
1.1. Ajuste de Perfil	400
Leitos	200
Especialidades Ambulatoriais	100
Emergência	50
SADT	50
1.2. Inserção SUS	200
1.2.1. Oferta pelas Centrais de Regulação	150
Leitos	50
Consultas 1ª vez	50
Exames	50
1.2.2. Integração a Sistemas de Informações SUS	50

4.2.7 Considerações sobre o Módulo 2

Para a obtenção de uniformidade e uma comunicação coerente entre as UPSs, as fundações estatais e as Unidades Funcionais (UFs), o módulo 2 do projeto contemplou a reestruturação das Unidades Prestadoras de Serviços. Cada UPS tem uma área de atuação, seja de urgência e emergência, seja de Hospitais Gerais ou de Institutos, o que resultou em um trabalho de reestruturação com análise das particularidades de cada unidade hospitalar. Exatamente no intuito de criar a referida uniformidade, mas observando as particularidades, foi realizado levantamento da situação das unidades integrantes da nova estrutura com: diagnóstico dos serviços e produção das UPSs; realização do censo de recursos humanos nas UPSs; realização da análise de oferta e demanda de serviços; realização do mapeamento de macroprocesso; redefinição do modelo de produção; e de prestação de contas e definição das ferramentas de TI.

Todo o trabalho de reestruturação desenvolvido resultou no alinhamento das UPSs à nova estrutura de gestão: as fundações estatais. Após o fechamento do novo modelo de gestão, definiu-se o terceiro e último módulo do trabalho, que acompanhou a implementação das fundações estatais.

4.3 MÓDULO 3 IMPLANTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

4.3.1 Sistema de Indicadores de Desempenho

O sistema de indicadores de desempenho objetivou orientar e embasar a construção de uma cesta de indicadores que estivessem alinhados ao novo conceito de prestação de serviços, de forma a subsidiar a implementação de um modelo de gestão orientado para resultados.

Para elaborar o sistema, foram realizadas diversas atividades para obtenção de informações, entre elas: análise bibliográfica referente a indicadores de desempenho, definição do conceito geral sobre indicadores, levantamento dos indicadores utilizados comumente em hospitais, *benchmarks*, e reuniões com a equipe da SES para discutir e analisar informações.

Esse trabalho foi realizado de forma complementar e interdependente nos relatórios anteriores, dentro de uma lógica de avaliação de desempenho e monitoramento de ações das fundações estatais e Unidades Prestadoras de Serviços, e se estruturou com base nas diretrizes estipuladas no artigo 27 da Lei 5164/2007, que trata dos contratos de gestão.

O trabalho também analisou o exemplo das Organizações Sociais de Saúde, implantadas desde 1998 em São Paulo, e o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), que visa tanto a gerenciar o grande volume de informações produzidas pelos hospitais de ensino, quanto a uniformizar e padronizar a descrição dos indicadores utilizados, facilitando a análise dos indicadores e tornando mais efetiva a avaliação realizada pela equipe da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Conceito

O sistema de indicadores de desempenho visa a medir qualidade, quantidade e desempenho dos serviços de saúde, pois são imprescindíveis para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controlado das atividades desenvolvidas.

A cesta de indicadores viabiliza a medição dos resultados, processos e da estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente. As comparações entre metas, fatos, dados e informações e a criação de parâmetros, internos e externos, são peças fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas em uma instituição, áreas ou subáreas.

Além disso, não há variável única capaz de descrever saúde, pois sua mensuração requer o uso combinado de muitas variáveis (“indicadores de saúde”), cada uma delas respondendo por um elemento do conceito total. Os tipos de indicadores de saúde socialmente necessários mudam à medida que se alteram as concepções de saúde/doença e se estabelecem novas demandas requeridas ao controle social dos serviços de saúde.

A cesta de indicadores é ampla e complexa e pode e deve servir de base para futuras renegociações de contratos de gestão e planos operativos anuais. Como o processo de criação das fundações estatais desenvolveu uma nova estrutura institucional, apresenta-se como novidade para todos os envolvidos. Levando em consideração que as UPSs precisam passar por um processo de treinamento e capacitação, a utilização de uma gama maior de indicadores, incluindo os mais complexos, deverá ser considerada para contratos futuros. No momento de início das atividades do novo modelo de gestão hospitalar, foi recomendada a utilização de indicadores simples e usuais (como taxa de ocupação, mortalidade institucional, taxa média de permanência, etc).

Essa recomendação também foi sugerida à SES, com a utilização de uma cesta de indicadores mais simplificada. Com isso, a introdução do novo modelo de gestão se iniciaria com um processo de preparação/treinamento menos complexo quando essas unidades forem incorporadas.

Foi apresentado um padrão de excelência dos indicadores de qualidade, segurança assistencial e gestão assistencial que serviu de meta para os hospitais do Rio de Janeiro, representando um conjunto de possibilidades que poderiam servir de referencial para a elaboração das versões finais do contrato de gestão e do Plano Operativo Anual (POA).

Tipos de Indicadores

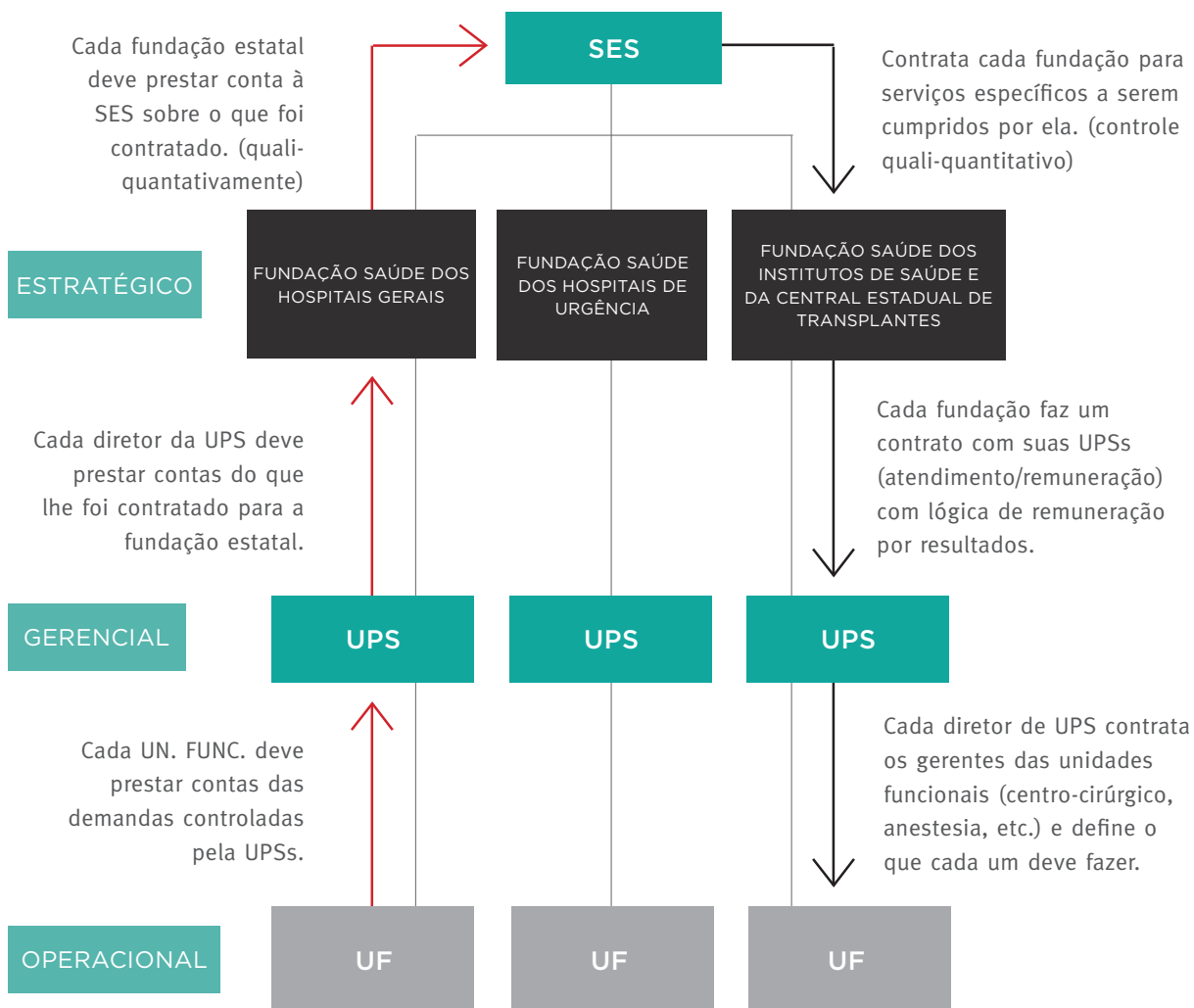
Os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados. Os indicadores de meio ambiente são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e à existência ou não de instituições de saúde. Já os de estrutura são definidos como a parte física de uma instituição, os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros. Os de processos, por sua vez, são as atividades de cuidados realizadas para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades-fins, como ambulatório/emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e internação clínico-cirúrgica, para atingirem suas metas. São técnicas operacionais.

Os indicadores relativos ao resultado são demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo é feito (ou não) a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

Os indicadores devem servir como ferramenta de apoio aos administradores do hospital na vigência da qualidade assistencial e na identificação de oportunidades.

A definição da cesta de indicadores foi alinhada ao modelo de gestão orientado para resultados, de modo que as organizações pertencentes aos respectivos níveis de gestão pudessem ser comparadas entre si. Por isso, foram divididos por 03 (três) propósitos: acompanhamento estratégico das fundações pela SES, acompanhamento gerencial e operacional das UPSs pelas fundações e acompanhamento de avaliação e controle das Unidades Funcionais pelas UPSs, conforme Figura 10.

Figura 10 – Modelo de Indicadores



Em relação à estratégia, representada pela relação entre a SES e as fundações estatais, os instrumentos que viabilizam as obrigações e as responsabilidades são o contrato de gestão e o POA. Já no acompanhamento gerencial, o instrumento que viabiliza as obrigações e as responsabilidades é o acordo de desempenho. Por último, no nível operacional, o instrumento utilizado é o termo de compromisso.

A cesta de indicadores foi subdividida em planejamento, produção assistencial e qualidade e segurança assistencial. A composição tem por objetivo facilitar a construção e o entendimento desse conjunto de indicadores, que é, sabidamente, um instrumento de gestão estratégica, na medida em que direciona a ação organizacional para o cumprimento das metas, proporcionando o monitoramento com vistas à melhoria contínua da gestão.

Os indicadores descritos na Tabela 19 representam o método de mensuração para o atingimento das metas a serem pactuadas, tendo como base um determinado padrão de excelência adotado ou convencionado para o julgamento da adequação do nível de realização de cada meta programada, considerando o horizonte de tempo de avaliação.

Tabela 19 - Acompanhamento das Fundações Estatais pela SES

INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	SUBDIVISÃO
INDICADORES DE PLANEJAMENTO			
Número de Leitos Operacionais	Leitos Operacionais	-	Planejamento
Taxa de Ocupação Hospitalar	Pacientes-dia x 100	Leitos Operacionais	Planejamento
Tempo Médio de Permanência Global (dias)	Pacientes-dia	Saídas	Planejamento
Taxa de Enfermeiro/leito	Enfermeiros Assistenciais	Leitos Operacionais	Planejamento
Taxa de Enfermagem/leito	Técnicos de Enfermagem	Leitos Operacionais	Planejamento
% de Comprimento Orçamentário	Orçamento Realizado no Mês	Orçamento Total do Mês	Planejamento
INDICADORES DE PRODUÇÃO			
Número de Saídas	Internações	Período Selecionado	Produção
Clínicas	Internações	Período Selecionado	Produção
Pediatria	Internações	Período Selecionado	Produção
Cirúrgicas	Internações	Período Selecionado	Produção
Maternidade	Internações	Período Selecionado	Produção
UTI	Internações	Período Selecionado	Produção
Número de Cirurgias	Cirurgias	Período Selecionado	Produção
Número de Partos	Partos	Período Selecionado	Produção
Número de Consultas	Consultas Realizadas	Período Selecionado	Produção
Número de SADTS	SADTS	Período Selecionado	Produção
INDICADORES DE QUALIDADE			
Taxa de Mortalidade Hospitalar (%)	Óbitos x 100	Saídas	Qualidade
Índice de Satisfação do Usuário	Respostas Ótimo e Bom	Total de Questionários	Qualidade
Preenchimento/ Alimentação	Saídas Preenchidas	Total de Saídas	Qualidade

A ferramenta de controle de metas oferece uma base de comparação entre o atual desempenho da instituição e o desempenho desejado, além de possibilitar o controle por resultados e por comparação com outras instituições.

Nesse sentido, os indicadores sugeridos foram usados tanto para as UPSs (Tabela 20) que farão parte das fundações no início do processo, quanto para acompanhar o desempenho da totalidade dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro (Tabela 21), considerando, evidentemente, aqueles que não farão parte das fundações em um primeiro momento. Estes são indicadores de uso universal, adotados como instrumento de acompanhamento para qualquer tipo de unidade assistencial, quer seja pública ou privada, com ou sem contrato de gestão.

Os indicadores, como instrumento de mensuração, deverão ser avaliados periodicamente. Sugere-se o envio mensal dos resultados das UPSs às fundações e das fundações estatais à SES e o acompanhamento e avaliação, trimestral ou quadrimestralmente, pelas fundações estatais e SES, para a verificação objetiva do grau de atingimento das metas.

Tabela 20 - Acompanhamento das UPSs pela Fundações Estatais

INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	SUBDIVISÃO
INDICADORES DE PLANEJAMENTO			
Número de Leitos Operacionais	Leitos Operacionais	-	Planejamento
Taxa de Ocupação Hospitalar	Pacientes-dia x 100	Leitos Operacionais	Planejamento
Tempo Médio de Permanência Global (dias)	Pacientes-dia	Saídas	Planejamento
Índice de intervalo de Substituição	Taxa de Ocupação x Média de Permanência	Taxa de Ocupação Hospitalar	Planejamento
Taxa de Enfermeiro/leito	Enfermeiros Assistenciais	Leitos Operacionais	Planejamento
Taxa de Enfermagem/leito	Técnicos de Enfermagem	Leitos Operacionais	Planejamento
% de Comprimento Orçamentário	Orçamento Realizado no Mês	Orçamento Total do Mês	Planejamento
Custo kg de Roupa	Gasto com Lavanderia	kg de roupa lavada/paciente-dia	Planejamento
INDICADORES DE PRODUÇÃO			
Número de Saídas	Internações	Período Selecionado	Produção
Clínicas	Internações	Período Selecionado	Produção
Pediatria	Internações	Período Selecionado	Produção
Cirúrgicas	Internações	Período Selecionado	Produção
Maternidade	Internações	Período Selecionado	Produção
UTI	Internações	Período Selecionado	Produção
Número de Cirurgias	Cirurgias	Período Selecionado	Produção
Número de Partos	Partos	Período Selecionado	Produção
Número de Consultas	Consultas Realizadas	Período Selecionado	Produção

Tabela 21 - Acompanhamentos das Unidades Funcionais (UF) pelas UPSs

INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	SUBDIVISÃO
INDICADORES DE PLANEJAMENTO			
Número de Leitos Operacionais	Leitos Operacionais	-	Planejamento
Taxa de Ocupação Hospitalar	Pacientes-dia x 100	Leitos Operacionais	Planejamento
Tempo Médio de Permanência Global (dias)	Pacientes-dia	Saídas	Planejamento
Índice de intervalo de Substituição	Taxa de Ocupação x Média de Permanência	Taxa de Ocupação Hospitalar	Planejamento
Taxa de Enfermeiro/leito	Enfermeiros Assistenciais	Leitos Operacionais	Planejamento
Taxa de Enfermagem/leito	Técnicos de Enfermagem	Leitos Operacionais	Planejamento
% de Comprimento Orçamentário	Orçamento Realizado no Mês	Orçamento Total do Mês	Planejamento
Custo kg de Roupa	Gasto com Lavanderia	kg de roupa lavada/paciente-dia	Planejamento
INDICADORES DE PRODUÇÃO			
Número de Saídas	Internações	Período Selecionado	Produção
Clínicas	Internações	Período Selecionado	Produção
Pediatria	Internações	Período Selecionado	Produção
Cirúrgicas	Internações	Período Selecionado	Produção
Maternidade	Internações	Período Selecionado	Produção
UTI	Internações	Período Selecionado	Produção
Número de Cirurgias	Cirurgias	Período Selecionado	Produção
Número de Partos	Partos	Período Selecionado	Produção
Número de Consultas	Consultas Realizadas	Período Selecionado	Produção
Número de SADTS	SADTS	Período Selecionado	Produção
INDICADORES DE QUALIDADE			
Taxa de Mortalidade Institucional (%)	Óbitos +24 horas x 100	Saídas	Qualidade
	100	-	-
Taxa de Mortalidade Hospitalar (%)	Óbitos x 100	Saídas	Qualidade
Taxa de Mortalidade Cirúrgica (%)	Óbitos Cirúrgicos (até 7 dias) x 100	Pacientes Operados	Qualidade
Taxa de Densidade de Incidência de IH	Infecções Hospitalares x 1000	Total de Pacientes Dia	Qualidade

Tabela 21 - Continuação

INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	SUBDIVISÃO
Taxa de Densidade de Incidência de IH de corrente sanguínea associada a CVC	Infecções Hospitalares de corrente sanguínea x 1.000	Total cateter venoso central-dia	Qualidade
Taxa de Densidade de Incidência de IH nas UTIs	Infecções Hospitalares x 1000	Total de Pacientes-dia	Qualidade
Taxa de Cesariana em Primigesta	Partos Cesarianas	Parturientes Primigestas	Qualidade
Índice de satisfação do usuário	Respostas Ótimo e Bom	Total de Questionários	Qualidade
Preenchimento/ alimentação do SIH (%)	Saídas Preenchidas	Total de Saídas (AIH)	Qualidade
Preenchimento/ alimentação do CNES (%)	Itens Preenchidos no CNES	Total de Itens do CNES	Qualidade
Prontuários auditados (%)	Prontuários Revisados	Total de Saídas	Qualidade
Revisão do preenchimento dos atestados de óbito	Prontuários de Óbitos Revisados	Total de Óbitos	Qualidade
Preenchimento do Diagnóstico Principal	Prontuários com Diagnóstico Principal Preenchido	Total de Saídas	Qualidade
Preenchimento do Diagnóstico Secundário	Prontuários com Diagnóstico Secundário Preenchido	Total de Saídas	Qualidade
% do Total de Cirurgias com Termo de Consentimento	Prontuários de Pacientes Submetidos à Cirurgia com Termo de Consentimento	Total de Pacientes submetidos à cirurgia	Qualidade
Índice de Rotatividade de Funcionários	$(\text{admissões} + \text{demissões})/2$	Efetivo Inicial x 100	Qualidade
% Funcionários satisfeitos	Funcionários satisfeitos	Total de Participantes de pesquisa de clima organizacional	Qualidade
Tempo Médio de Paralisação de Equipamentos	Tempo Médio de Paralisação	Quebra de Equipamentos ou manutenção corretiva	Qualidade
Índice de Giro (Rotatividade)	Pacientes-dia	Leitos Operacionais	Qualidade
Gasto por Saída	Gasto total	Saídas	Qualidade
Gasto com Refeições Paciente-dia	Gasto Total com Refeições	Refeições Servidas paciente-dia	Qualidade

A fim de auxiliar o processo de implantação e acompanhamento dos indicadores de desempenho, foi elaborado um padrão de excelência dos indicadores de qualidade, segurança assistencial e gestão assistencial que pode servir de meta para os hospitais do Rio de Janeiro. Esses valores foram obtidos com base no consenso de profissionais de saúde renomados e da recomendação de organizações nacionais e internacionais. Não se espera que o alcance desses valores ideais sejam obtidos no curto prazo, mas se espera que eles sirvam de referência para as metas que futuramente poderão ser pactuadas entre as partes.

Tabela 22 – Padrão de Excelência Sugerido para Indicadores

INDICADORES	NUMERADOR	DENOMINADOR	VALOR IDEAL
Taxa de Ocupação Hospitalar (%)	Pacientes-dia x 100	Leitos-dia Operacionais	75 a 85%
Tempo Médio de Permanência Global (dias)	Pacientes-dia	Saídas	6 a 8 dias
Índice de Giro (Rotatividade)	Saídas	Leitos Operacionais	3 a 5 por leito
Índice de Intervalo de Substituição	(1 - Taxa de Ocupação Hospitalar) x Média de Permanência	Taxa de Ocupação Hospitalar	0,8 a 1,5 dia
Taxa de Mortalidade Institucional (%)	Óbitos \geq 24 horas x 100	Saídas	1 a 2%
Taxa de Mortalidade Hospitalar (%)	Óbitos x 100	Saídas	2 a 3%
Taxa de Mortalidade Cirúrgica (%)	Óbitos Cirúrgicos x 100	Pacientes Operados	Menor que 1%
Taxa de Densidade de Incidência de IH de Corrente Sanguínea Associada a CVC	Infecções Hospitalares de Corrente Sanguínea x 1.000	Total de Cateter Venoso Central-dia	5 a 10/1000 Pacientes-dia
Taxa de Densidade de Incidência de IH nas UTIs	Infecções Hospitalares x 1.000	Total de Pacientes-dia das UTIs	20 a 25/1000 Pacientes-dia
Taxa de Cesariana em Primigesta	Partos Cesariana	Parturientes Primigestas	20 a 25%
Taxa de Enfermeiro/leito	Enfermeiros Assistenciais	Leitos Operacionais	0,25 a 0,30/leito
Taxa de Enfermagem/leito	Técnicos de Enfermagem	Leitos Operacionais	1,5 a 2,0/leito
Índice de Satisfação do Usuário	Respostas Ótimo e Bom	Total de Questionários	80% de bom e excelente

Por fim, a FGV elaborou algumas considerações e uma ferramenta de controle em Excel, com a apresentação da sugestão de alguns indicadores, permitindo destacar quais deverão ser monitorados e avaliados pelas UPSs e quais deverão ser avaliados pelas fundações. Também foram considerados, na avaliação desses três produtos, os seguintes pontos:

1. Em um primeiro momento, deverão ser utilizados indicadores de baixa complexidade, visto que as informações para elaboração de POA e contrato de gestão não são satisfatórias, quer em quantidade, quer em qualidade. A ferramenta de gestão, apesar de contemplar uma ampla gama de indicadores e de esferas de avaliação, permite que se escolha quais variáveis serão utilizadas.
2. Os primeiros contratos de gestão deverão ser simples, no que diz respeito aos indicadores, podendo conter ou não os indicadores apresentados pela FGV. Dependendo da utilização ou não dos indicadores, o contrato de gestão apresentará um conjunto de compromissos que deverão ser definidos e implantados pelas partes (SES – fundações – hospital).

3. É necessário lembrar que, assim como ocorrido nas OSS em São Paulo, os indicadores de desempenho foram elaborados em dois momentos. Inicialmente, pactuaram-se objetivos macros, de modo a permitir que as instituições tivessem a possibilidade de atingir os resultados, alcançando a melhoria da gestão organizacional, e, num segundo momento, buscou-se o refinamento desses objetivos com foco na qualidade assistencial e na otimização de recursos financeiros.
4. Os indicadores sugeridos deverão ser utilizados pelas UPSs, fundações e pela SES, uma vez que, para permitir a comparação, o monitoramento e a avaliação devem seguir as mesmas fórmulas para o cálculo e, conseqüentemente, para sua formatação.
5. Os indicadores sugeridos poderão ser usados tanto para as unidades que participarão das Fundações, no início do processo, quanto para acompanhar o desempenho da totalidade dos hospitais estaduais do Rio de Janeiro, considerando, evidentemente, aqueles que não farão parte das Fundações, em um primeiro momento. Assim sendo, são indicadores de uso universal, adotados como instrumento de acompanhamento para qualquer tipo de unidade assistencial, quer pública, quer privada, com ou sem contrato de gestão.
6. Os indicadores, como instrumento de mensuração, deverão ser avaliados periodicamente. Sugere-se o envio mensal dos resultados das UPSs às fundações estatais e o acompanhamento e avaliação, trimestral ou quadrimestral, das UPSs pelas fundações estatais, para a verificação objetiva do grau de atingimento das metas.
7. Unidades com perfil específico como, por exemplo, hemocentro e psiquiatria, terão alguns indicadores próprios, além daqueles que são universais.

4.3.2 Contrato de Gestão

A elaboração da minuta do contrato de gestão representa o instrumento de controle por parte da SES e das fundações. Deve-se destacar que foi apresentado um modelo de contrato para ser adaptado conforme as definições da SES.

O contrato de gestão foi estruturado em quatro etapas, com o objetivo de conferir, sob enfoque jurídico, uma visão geral sobre contratos de gestão e também explicar o procedimento e a cronologia de elaboração do contrato de gestão desenvolvido para as fundações estatais, além da respectiva minuta e seus anexos, dentre os quais consta o cálculo das metas a serem traçadas pela SES. As etapas foram:

Contexto jurídico do contrato de gestão

O trabalho apresentou um estudo do contexto jurídico, incluindo citações de artigos e outros textos de referência.

Os contratos de gestão são acordos administrativos que visam a atingir uma administração por objetivos, com autonomia financeira, gerencial e orçamentária, nas quais são estipuladas metas de desempenho e fixação negociada de resultados. Esses resultados são atingidos a partir de indicadores, que têm como finalidade conferir efetividade à meta estabelecida, e, conseqüentemente, eficiência na prestação de serviços à população.

O procedimento e a cronologia do contrato de gestão

Explicitou todo o processo de elaboração do contrato de gestão, apresentando as bases para a elaboração, as atividades realizadas e seus resultados.

Minuta do contrato de gestão

O contrato de gestão contempla as metas definidas nos POAs e os recursos orçamentários programados para cada unidade e para custeio da sede das fundações. Todas foram inseridas na ferramenta de controle de metas.

A minuta declara seu objetivo, cláusulas constantes e anexos do contrato.

Procedimento do cálculo das metas

Foram apresentadas novas metas de produção, criadas pela FGV, que também aperfeiçoou o procedimento de apuração por meio do desenvolvimento de um sistema de fácil execução e manuseio, conjugando as metas e seus pesos a um valor de remuneração a ser recebido pela fundação.

A minuta do Contrato de Gestão teve por objetivo estabelecer uma forma de controle das fundações por meio de metas qualitativas e quantitativas, sendo que seu atingimento estava estritamente vinculado aos recursos financeiros a serem repassados para a fundação.

Assim, no caso de descumprimento de metas pela fundação, o Secretário de Saúde poderia diminuir os valores a serem repassados no exercício seguinte da fundação. Um resumo da lógica de funcionamento do contrato de gestão e monitoramento das metas é apresentado na Tabela 23.

Conforme já esclarecido no sistema de indicadores e desempenho, as metas foram subdivididas em: (i) metas de planejamento; (ii) metas de produção; e (iii) metas de qualidade.

Cada subdivisão tem outras subcategorias, que correspondem às metas a serem atingidas. A cada uma das metas é atribuída uma pontuação, que se somam ao total alcançado por cada fundação.

Como exemplo, foi apresentado o controle de metas de planejamento:

Tabela 23 - Controle das Metas (Exemplo – Algumas Dimensões de Planejamento)

METAS	PONTOS
PACTUAÇÃO - GESTÃO	
Planejamento e Avaliação	150
Elaborar Diagnóstico Situacional das UPSs	16
Elaborar os Perfis Assistenciais e de Ensino e Pesquisa das UPSs	15
Elaborar Plano Plurianual e POA da FE (Consolidando POAs das UPSs)	30
Instituir Mecanismos de Monitoramento, Avaliação e Controle de Desempenho	30
Instituir e Monitorar Acordos de Desempenho com as UPSs	12
Apresentar Relatórios Legalmente Definidos de Pres. Contas à TCE, SES, CES, Alerj	12
Instituir Núcleo/Assessoria de Planejamento de Qualidade e Epidemiologia Clínica	12
Elaborar Plano de Marketing e de Comunicação Social	5
Implantar Ouvidoria	18
Tecnologia de Informação	150
Elaborar Plano Diretor de TI da FE	50
Implantar Infraestrutura / Plataforma	50
Implantar Sistema Integrado de Informação Gerencial	50
Econômico - Financeiro	200
Contabilidade Financeira	84
Instituir Estrutura Contábil-Financeira Corporativa das FE Alinhada às UPSs	20
Elaborar Relatórios Contábeis	20
Elaborar Balancete Trimestral e Demonstrativo de Resultado Trimestral Global	16
Elaborar Relatório de Índices Financeiros	16
Elaborar Relatório de Captação de Outros Recursos	12

É possível que as metas destacadas não sejam atingidas integralmente. Nesse caso, a fundação sempre receberá o valor correspondente à execução das atividades, ou seja, cada conjunto de metas possui uma participação no valor final da remuneração a ser recebida. À remuneração total, pode ser acrescido um bônus referente ao bom desempenho nos quesitos de qualidade, demonstrado na Tabela 24.

Tabela 24 - Bônus Referente ao Desempenho

Metas de Planejamento	95%
Metas de Produção	5%
Total da Remuneração	100%
Metas de Qualidade	5%
Total do Bônus	5%
Remuneração + Bônus	105%

A pontuação atingida em cada meta é proporcional ao resultado de cada indicador frente a sua meta. Assim, se a meta de quantidade de novos leitos instalados no mês é 10 (dez), com uma pontuação de 100 (cem) e a UPS instalar 8 (oito) novos leitos no período, a pontuação final desse item será de 80 (oitenta).

$$\text{Cálculo: } (8 \text{ Leitos} / 10 \text{ Leitos}) \times 100 \text{ Pontos} = 80 \text{ Pontos}$$

O total de pontos de cada conjunto será a soma de pontos de todos os indicadores. O valor final a ser recebido será definido por meio de faixas de pontuação, conforme estabelecido a seguir:

Tabela 25 - Faixas de Pontuação

CONJUNTO	FAIXA	% PONTUAÇÃO
QUALIDADE	abaixo de 600 pontos	0%
	entre 600 e 900 pontos	25%
	entre 900 e 1200 pontos	50%
	entre 1200 e 1500 pontos	80%
	de 1500 a 1800 pontos	100%
PLANEJAMENTO	abaixo de 400 pontos	0%
	entre 400 e 600 pontos	25%
	entre 600 e 800 pontos	50%
	entre 800 e 1000 pontos	80%
	de 1000 a 1200 pontos	100%
PRODUÇÃO	abaixo de 1890 pontos	70%
	entre 1890 e 2295 pontos	90%
	entre 1890 e 2700 pontos	100%

Caso uma fundação atinja menos que 70% da pontuação estipulada no conjunto de indicadores de desempenho de produção, ou seja, menos de 1.890 pontos, terá garantido um valor mínimo de 70% dos repasses financeiros, o que garante a manutenção de prestação básica no atendimento sem prejuízo direto à população.

Em caso de não cumprimento das metas estipuladas pela SES, é facultativo ao secretário levar o caso ao governador do Estado do Rio de Janeiro para avaliação, podendo acarretar a exoneração do diretor executivo da fundação estatal.

Por fim, o processo de fiscalização e monitoramento do atingimento das metas é realizado por uma comissão de avaliação e acompanhamento do contrato de gestão, por meio de uma avaliação mensal. Os procedimentos, quanto à contestação do valor recebido e trâmites internos da comissão de avaliação e acompanhamento, deverão ser expedidos por atos internos da própria comissão.

4.3.3 Implantação da Sede das Fundações Estatais

Esta etapa surgiu com as alterações ocorridas no escopo do trabalho (item 2.1), e teve por principal objetivo o assessoramento à implantação da sede das fundações. Para isso, foi realizado o apoio à execução de todas as atividades necessárias à implantação das fundações estatais, conforme resumidas a seguir:

- **contrato de gestão:** apoio para revisão e adaptação do contrato de gestão;
- **nota técnica I:** emitida referente à análise do contrato de gestão, contendo todos os pontos observados no contrato e uma análise do Plano Operativo Anual;
- **nota técnica II:** tratou da possibilidade de incidência de encargos trabalhistas e também de outros pontos discutidos no parecer da RIOPREVIDÊNCIA;
- **reunião:** teve por objetivo conhecer as questões tratadas nas fundações estatais em Sergipe e discutir as soluções dos temas para implantação das fundações no Estado do Rio de Janeiro;
- **nota técnica III:** foram apresentadas alternativas e justificativas referentes ao sistema orçamentário;
- **parecer:** após a realização da reunião com o secretário de Saúde da SES, os membros da Diretoria Executiva, em conjunto com o próprio secretário, optaram pela possibilidade de exclusão das fundações do sistema orçamentário e solicitaram à FGV um parecer sustentando essa hipótese.

Em função da solicitação, a FGV elaborou um parecer a respeito da submissão de parte das fundações públicas de direito privado à sistemática constitucional de estruturação de sua estimativa de receita e autorização de despesa, ao instrumento legislativo identificado por Lei Orçamentária Anual – art. 165, III, da Constituição Federal. O problema põe-se, do ponto de vista material, pelas providências de concretização da autorização legislativa emanada da Lei 5.164/2007.

Ao longo do parecer, foram sistematizadas as seguintes conclusões:

- A inclusão de entidade da administração indireta no sistema de orçamento fiscal serve aos deveres constitucionais de planejamento e controle da ação pública, mas não se revela o único mecanismo constitucionalmente previsto para esse mesmo fim, sendo admissível que outras características institucionais assegurem o mesmo resultado.
- As fundações estatais de direito privado são modalidades institucionais que foram restauradas no direito brasileiro, orientadas funcionalmente à autonomização de um serviço, para fins de viabilizar um ganho de eficiência.
- A expressão constitucional “fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público...” remete ao sistema de orçamento fiscal das entidades fundacionais, com base em uma evidência empírica da forma de relacionamento cunhado entre fundação e instituidor – e não de uma opção expressa na lei de criação, pelo regime de direito público ou privado.
- Essa evidência empírica é de ter em conta a preservação, na criação da entidade fundacional, da indispensável autonomia instrumental ao ganho de eficiência, traço esse que se constitui no fundamento de legitimidade da escolha do gestor público em instituir essa espécie de entidade da administração indireta.
- A Lei 5.164/2007 assegura, na modelagem de suas fundações estatais de direito privado, a autonomia de gestão – inclusive financeira – de que cogita o art. 165, § 5º, I, da Constituição Federal.
- Os valores envolvidos na relação contratualizada entre Estado do Rio de Janeiro e respectivas fundações estatais não caracterizam transferência de recursos, mas contrapartida pela prestação de serviços, protegida contra decisões voluntárias e fixadas, com base em instrumento consensual, a saber, o contrato de gestão.
- A estrutura da relação contratualizada entre Estado do Rio de Janeiro e respectivas fundações estatais permite afirmar, nos termos das premissas teóricas construídas na presente análise, que o contido no art. 165, § 5º, I, da Constituição Federal exclui essas entidades da incidência do sistema de orçamento fiscal.
- A opção legislativa empreendida no âmbito do Estado do Rio de Janeiro em nada afeta as potencialidades de controle do poder, seja no tocante aos aspectos de adequação na prestação dos serviços, seja no tocante diretamente ao exercício da atividade financeira da fundação estatal de direito privado.
- O regramento contido na Lei 5.164/07 abre espaço não só à indispensável atuação do Tribunal de Contas, mas ainda a outras entidades do mesmo Poder Executivo, do Poder Legislativo, além do Ministério Público e do sempre desejado controle social.

Nota Técnica da Secretaria de Estado de Fazenda do Rio de Janeiro (Sefaz): A elaboração desta nota técnica adveio durante as reuniões preparatórias envolvendo, além da SES, a Sefaz e a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Seplag), em relação aos tópicos atinentes à gestão orçamentária e financeira dessas entidades da administração indireta suscitados nas reuniões preparatórias. Foram discutidos os seguintes pontos:

- considerações iniciais – implantação e estabilização das fundações estatais;
- gestão orçamentária das fundações e do contrato de gestão;
- preço fixado no contrato de gestão;
- preço e equilíbrio orçamentário do estado;
- preço global ou preço por atendimento;
- despesa de pessoal das fundações;
- patrimônio a ser transferido às fundações;
- gestão do caixa;
- utilização de recursos do SUS e índice constitucional de saúde;
- definição de metas; e
- conclusões.

Depois de identificar todos os pontos discutidos, a nota técnica destacou, em conclusão, que inexistiu ponto efetivamente conflitante entre a posição da SES no que diz respeito às fundações estatais e as recomendações ponderadas pela Sefaz de conhecimento da SES. As variações de posição envolvem uma visão mais imediata – posto às fundações estatais pela necessidade de concretização da opção institucional já empreendida – e prospectiva, proposta pela Sefaz.

4.3.4 Programa de Treinamento e Desenvolvimento

Para a realização do curso, foi realizado um levantamento de eventuais ajustes ao conteúdo, bem como a criação de tutorias e monitorias. O curso contou com seis módulos presenciais de administração hospitalar.

O primeiro módulo introduziu o assunto de gestão hospitalar, trazendo os conceitos gerais de administração, a função dos gestores e a evolução das teorias organizacionais a respeito do tema. O segundo módulo, por sua vez, analisa o ambiente externo, o macroambiente da área da saúde, com análise dos ambientes econômicos, demográfico e político, bem como as tendências culturais e comportamentais na saúde.

Como o curso foi estruturado com a entrega de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) também, o terceiro módulo presencial apresentou a metodologia para elaboração e acompanhamento do TCC. Para essas aulas, foi indicado um tutor interno designado pela SES e um professor da FGV, ambos responsáveis pelo acompanhamento do TCC dos alunos.

O quarto e quinto módulo presencial versaram, respectivamente, sobre o ambiente externo, agora focado na indústria de saúde e o ambiente interno. Nesses módulos, foram analisados os sistemas de saúde no Brasil,

o setor público e privado, a saúde suplementar e a cadeia de valor, bem como a governança corporativa e os atores envolvidos (secretaria, fundações, hospitais etc.) no ambiente interno. Esses módulos também abordaram a gestão de pessoas, gestão financeira e orçamentária entre outros aspectos do ambiente interno a área da saúde.

O último módulo presencial apresentou a conclusão do curso, com duração de 4 (quatro) horas-aula e foi composto pela consolidação do curso, pelos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) e o fechamento de todos os assuntos.

Durante o curso de administração hospitalar, também houve um curso de direito, que contou com a presença dos subsecretários e assessores da própria SES. A formação não jurídica do público-alvo constitui um fator determinante do planejamento das atividades. Nesses termos, a par da metodologia expositiva, as sessões foram desenvolvidas prioritariamente com o emprego do método comparativo com outras experiências, e com estudos de caso, para a compreensão do conteúdo programático que integra cada sessão.

Para fins de fixação dos conceitos e desenvolvimento do raciocínio crítico, foi empregada, ainda ao longo das sessões, a técnica do role-play, com um debate em sala, sobre um tema polêmico envolvendo a proposta. O curso jurídico foi dividido em 7 (sete) sessões, apresentando as seguintes atividades:

Sessão 1 - Século XXI e as funções do Estado: o difícil limite entre o público e o privado

Transformações no modelo de Estado; funções do Estado pós-moderno: prestacionais e impulsionadoras. Estado subsidiário e Estado articulador da solidariedade; redefinição das fronteiras entre o que seja público e privado: reflexos nos desenhos institucionais de atuação do Estado.

Compreender o contexto de mudanças das funções do Estado constitui condição *sine qua non* para um entendimento da necessidade da construção de outras estruturas de atuação do poder público, que não as tradicionais da administração direta; de outro lado, identificar as necessidades que esse novo modelo pretende atingir facilitará a compreensão, mais adiante, dos instrumentos que são próprios à sua atuação específica, como o contrato de gestão.

Sessão 2 - Sistema SUS, diagnóstico da crise e propostas de “terapia”: o (res)surgir das FEDPs

Grandes linhas de estrutura de funcionamento do Sistema SUS; 20 anos de Sistema SUS e o diagnóstico da crise desse mesmo modelo; desafios à gestão do sistema público de saúde: alternativas de solução já oferecidas no plano internacional e nacional – organizações sociais e parcerias público-privadas; ainda alternativas de solução nos planos internacional e nacional: fundações públicas e, agora, as fundações estatais de direito privado.

Ainda contextualizando a solução FEDP, a sessão promove o diálogo com o diagnóstico do setor, acerca das deficiências institucionais do modelo SUS e como a FEDP pretende se apresentar como alternativa de

solução. Localizar, igualmente, outras experiências no setor, permite o benefício do capital de conhecimento já desenvolvido e o enriquecimento de um juízo crítico por parte dos participantes do projeto.

Sessão 3 - FEDP e sua posição no quadro da administração pública

FEDP e as demais entidades da administração direta e indireta: pontos de semelhança e diferenciação. FEDP e OS – os principais pontos de diferenciação entre os dois modelos: o modelo do Estado do Rio de Janeiro: a Lei Complementar 118/2007 e um diálogo com a proposta federal do projeto de Lei Complementar 92/2007, o modelo do Estado do Rio de Janeiro: a Lei 5164/2007, e as características do regime jurídico das Fundações Estatais de Hospitais Gerais, Hospitais de Urgência e Emergência e dos Institutos de Saúde.

Avançando na análise do modelo jurídico propriamente dito, a comparação com as demais estruturas da administração facilita a compreensão da nova figura. A análise comparativa do modelo estadual foi realizado com outras propostas em pauta ou já em funcionamento em São Paulo, Espírito Santo, Bahia, Sergipe. Essas são entidades federadas com propostas em diferentes estágios de concretização, que permitem verificar que a solução do ERJ superou vários dos argumentos de oposição havidos no cenário nacional.

Sessão 4 - FEDP e seu funcionamento: contrato de gestão e estrutura decisória

Autonomia gerencial da FEDP e contrato de gestão como orientador dos resultados de sua atuação; planos operativos, pactuação de metas e sistemática de acompanhamento e avaliação; o descumprimento do contrato de gestão e seus efeitos – o papel da SES; Conselho Curador, Conselho Fiscal, Diretoria Executiva, Comissões de Acompanhamento e suas respectivas esferas de atuação e decisão.

O objetivo principal desta sessão é aprofundar o conhecimento dos instrumentos orientadores da atuação da FEDP – e os limites que deles decorrem na atuação dessa mesma instituição. Também aqui o uso do estudo comparado – com a consulta a contratos de gestão firmados em outras instituições – se revelará instrumental à adequada compreensão.

Sessão 5 - FEDP e seu financiamento: patrimônio, orçamento e tributação

A autonomia orçamentária e financeira da FEDP, vedação ao contingenciamento como garantia da autonomia; fontes de financiamento das FEDPs, no sistema do Estado do Rio de Janeiro – recursos estaduais e recursos privados; relação entre financiamento da FEDP e os seus resultados na execução do contrato de gestão; regime tributário das FEDP.

Elemento principal da sessão – a par da exposição do regime particular de gestão dos recursos da FEDP – é a compreensão de que as fontes de financiamento mantêm uma relação estreita com o cumprimento das metas, num mecanismo de retroalimentação da gestão eficiente.

Sessão 6 - FEDP e seu pessoal: quadro próprio e outras origens

Quadro próprio da FEDP – regime celetista; a quebra do RJU e a pronúncia de sua inconstitucionalidade pelo STF; princípio concursivo, proteção contra a despedida imotivada e garantia de ampla defesa e contraditório Pessoal cedido à FEDP e seu regime jurídico; exercício, pela FEDP, do poder disciplinar; remuneração variável.

No tema do quadro de pessoal, o foco principal reside nos traços do regime jurídico – seja do pessoal próprio, seja do pessoal cedido – que envolvam a atuação do gestor. Assim, os limites em relação aos mecanismos de ingresso e demissão, poder disciplinar e remuneração – todos, aspectos diretamente relacionados à gestão da FEDP – são privilegiados no conteúdo.

Sessão 7 - FEDP e a cidadania: fiscalização e controle, responsabilidade dos administradores

Prestação de contas da FEDP e SES, e avaliação quanto ao cumprimento das metas do contrato de gestão; controle externo: o Tribunal de Contas e as FEDP; relatórios de gestão e a cidadania: transparência como elemento legitimador da nova estrutura institucional; responsabilidade do administrador – o plano da gestão financeira e administrativa, o plano do cumprimento do contrato de gestão.

Completa-se o quadro mínimo de compreensão do que sejam as FEDPs com a evidenciação de seus interlocutores para fins de controle interno e externo, ressaltando a importância de canais de comunicação com a cidadania.

4.3.5 Considerações sobre o Módulo 3

O último módulo do projeto objetivou a implantação e acompanhamento do novo modelo de gestão instituído por meio das fundações públicas de direito privado, além de ter permitido integrar e dar consistência ao novo modelo de gestão hospitalar composto pela atuação das fundações estatais e de suas UPSs, possibilitando a implantação efetiva de um novo sistema de gestão. O terceiro módulo do trabalho focou no alinhamento das três esferas e destrinchou toda a lógica dos contratos de gestão, comum a todas as instâncias, ou seja:

- entre SES e as fundações estatais haverá um contrato de gestão e um Plano Operativo;
- entre cada fundação estatal e suas UPS haverá um contrato de gestão e um Plano Operativo; e
- entre cada UPS e suas Unidades Funcionais haverá um Plano Operativo com lógica de contrato.

Sem essa integração, a mera criação das fundações estatais poderia ser vista como um rearranjo salarial de unidades isoladas. A transferência de conhecimento ocorrida com a realização dos cursos, também foi fundamental para o funcionamento efetivo das fundações. Essa transferência, durante a implementação das fundações estatais, para os principais gestores da saúde, possibilitou a execução coerente do novo modelo de gestão hospitalar.

O módulo operacionalizou todas as definições realizadas nas etapas anteriores, também estruturou e eventuais distorções do modelo apresentado à realidade da saúde no Estado.

5. DESAFIOS E PERSPECTIVAS

O Apoio à Criação das Fundações Estatais para Gestão Hospitalar e Reestruturação de Unidades Prestadoras de Serviços, realizado pela FGV para o Governo do Estado do Rio de Janeiro, permitiu a construção de um modelo de gestão na área de saúde dotado de maior autonomia e que induz ao comprometimento com resultados, em meio às buscas de modelos e propostas mais eficientes.

Durante essa construção, é importante frisar que o trabalho realizado pela FGV também conferiu ao governo maior *expertise* em relação a diversos temas, com base na interação entre as equipes da FGV e SES, expostas aos referenciais teórico e metodológico propostos para cada módulo. Desse modo, formou-se uma comunidade de aprendizagem, de forma que o trabalho foi desenvolvido com base em um processo de construção coletiva, possibilitando a apropriação do trabalho e seus legados.

Ainda existem desafios no processo de implantação, alguns aqui apresentados e que são os mesmos de qualquer processo de mudança com resistências internas e externas, recursos escassos, ambiente político, possibilidades de questionamentos jurídicos ao modelo (que atualmente paralisou o processo de implantação), entre outros.

É nesse contexto que caberá à direção das fundações estatais, em conjunto com os gestores da SES, a implementação de um modelo que resguarde suas principais características – agilidade, efetividade, resolutividade e inovação na atenção à saúde, transparência, valorização e profissionalização de seus funcionários, e que seja, ao mesmo tempo, viável do ponto de vista econômico-financeiro e político-institucional. Deve-se ter sempre em foco que esse é um processo gradativo, que implicará grande esforço de desenvolvimento gerencial e deverá garantir a efetiva participação do controle social. Com esse esforço conjunto, será garantido o acesso à saúde com a plena capacidade de prestação dos serviços à população, de forma coesa e eficiente.

6. PRODUTOS EXTRAS

Apesar da redução do escopo de atuação, a FGV realizou uma série de ações complementares e adicionais ao projeto.

Entre os produtos extras, quatro se destacam:

- **Relatório “Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais”**

Foi entregue em conjunto com o relatório 1.24 e serviu de base para todo dimensionamento de pessoal da UPS – produto de 94 páginas. Foram revisados todos os parâmetros para o dimensionamento de pessoal em função da realidade do Rio de Janeiro, além de realizada uma atualização de forma a adequar à legislação vigente.

- **Construção de um simulador para análise de impacto na folha**

Com base no dimensionamento de pessoal e da tabela salarial aprovada no relatório 1.22 entregue à Secretaria, foi desenvolvida uma ferramenta para avaliação do impacto financeiro. Essas simulações foram apresentadas, inclusive, para outros órgãos do governo, como a Secretaria de Planejamento.

- **Elaboração de minutas de termos de referência para contratação de serviços de terceiros**

A FGV, com base em um levantamento dos termos de referência utilizados pela SES e de um diagnóstico dos manuais existentes sobre a prestação de serviços da área de saúde, realizou pesquisa de editais de minutas de contratos utilizados no Estado de São Paulo e Minas Gerais. Por fim, comparou os documentos, de forma a elaborar minutas de termo de referência para a contratação dos seguintes serviços: segurança patrimonial, lavanderia hospitalar, lixo hospitalar, manutenção predial e limpeza hospitalar.

- **Análise do Hospital da Mulher**

Essa unidade não estava no escopo de trabalho do contrato firmado entre a FGV e a SES, sendo que todo o dimensionamento de pessoal e a análise de impacto na folha foram trabalhos realizados e não contratados.

O total de horas para essas atividades extras foi de, aproximadamente, três mil horas, com mais de dez profissionais envolvidos.

Os relatórios técnicos originais referentes ao trabalho realizado nos 24 meses da atuação do âmbito da SES se encontram em poder da Secretária de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.