

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM
ADMINISTRAÇÃO**

SANDRA ROSÁRIA ALVARES DA SILVA

**AS DECISÕES DE INVESTIMENTO NA FUNDAÇÃO
HOSPITALAR DE MINAS GERAIS E SEUS REFLEXOS NOS
INDICADORES DE QUALIDADE**

**BELO HORIZONTE
2008**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM
ADMINISTRAÇÃO**

SANDRA ROSÁRIA ALVARES DA SILVA

**AS DECISÕES DE INVESTIMENTO NA FUNDAÇÃO
HOSPITALAR DE MINAS GERAIS E SEUS REFLEXOS NOS
INDICADORES DE QUALIDADE**

Dissertação apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Finanças

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves, *Ph. D.*

**BELO HORIZONTE
2008**

Aos meus pais,
com amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de voltar para a faculdade, por tudo que aprendi nesses anos, pelas amizades que fiz, por conseguir superar as dificuldades que surgiram e por realizar este trabalho, que foi muito importante para mim;

Aos meus pais, pelo esforço que sempre fizeram pelos meus estudos e pelo meu crescimento profissional;

À minha irmã Viviane, pelo incentivo, pela amizade e pela ajuda;

Ao Erick, pela alegria que trouxe para a minha vida, com todo seu carinho e seu jeito de ser;

Ao meu amigo e orientador Márcio Augusto, pela orientação, pela revisão criteriosa e pela disponibilidade em ajudar;

À Laíse, pelos conselhos, que me faziam pensar melhor neste trabalho de pesquisa e nas disciplinas cursadas;

Ao Igor, pela ajuda em estatística e pelo constante bom-humor, principalmente nas reuniões da turma;

Ao Bruno Perez, pela ajuda na disciplina de matemática, e ao Wagner, pela oportunidade de cursá-la como disciplina isolada;

Ao Caésio, pela ajuda nas aulas, que me deixou mais tranqüila nos últimos meses de trabalho;

Ao professor Hudson, pelo incentivo, pelas contribuições e pela torcida desde a época da graduação;

Aos funcionários da FHEMIG, pelas entrevistas que contribuírem com a pesquisa;

Ao Maurício, pela sua contribuição, disposição em ajudar e por me receber sempre muito bem;

A todos os meus colegas, em especial – Fabrícia, Raquel, Núbia, Igor, Thiago, Elmo e Renata, que tornaram esse período muito melhor.

Quando nós, como indivíduos, obedecemos às leis que nos levam a trabalhar pelo bem da comunidade como um todo, estamos ajudando indiretamente a busca pela felicidade da cada um de nossos irmãos seres humanos.

Aristóteles

Uma mente aberta é o começo da autodescoberta e do crescimento. Não podemos aprender nada novo até admitirmos que não conhecemos tudo.

Erwin G. Hall

RESUMO

No Brasil, o Estado desempenha importante função alocativa. Dentre os vários serviços que oferece, destaca-se o de saúde. Sua qualidade depende de investimentos e de uma gestão pública responsável e eficiente, voltada para resultados. Este trabalho visa investigar, a partir de uma rede de hospitais públicos, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), como os recursos disponíveis no orçamento são gastos, para que melhores resultados sejam obtidos para a população, e o impacto nos resultados medidos pelos indicadores hospitalares. O orçamento público é abordado com destaque, uma vez que os gestores devem seguir as leis que o regulamentam na execução de seus recursos financeiros. Vários investimentos foram realizados para capacitar a Fundação a atender mais pessoas e com qualidade, traduzidos em ampliações, equipamentos, tecnologia da informação, treinamento de recursos humanos e pesquisa científica. Alguns procedimentos foram adotados para otimizar os recursos, como o controle de estoque e a implantação de protocolos clínicos. Evidenciam-se nesse período melhores resultados, como aqueles medidos pela taxa de eficácia terapêutica e pela taxa de ocupação hospitalar. Porém, a taxa de reinternação aumentou e não houve redução da taxa de mortalidade. Pôde-se constatar a presença de outros fatores que interferem na qualidade do atendimento, como o cuidado médico. Os indicadores hospitalares são instrumentos valiosos para o monitoramento da qualidade do atendimento dos hospitais, por meio dos quais é possível avaliar objetivamente se a qualidade do atendimento melhorou, ficou estável ou piorou. A análise quantitativa das variações dos indicadores não é suficiente para fazer inferências sobre o desempenho dos hospitais, mas funciona como um alerta para que investigações sejam feitas nos locais. Um aumento da taxa de mortalidade, por exemplo, pode estar relacionado tanto à ineficácia do hospital quanto ao crescimento do número de pacientes com quadros clínicos irreversíveis. Entretanto, o aumento ou a ocorrência de índice acima do normal por períodos longos sugerem problemas nos hospitais. Com relação à execução orçamentária da FHEMIG, observou-se que o orçamento da Fundação é adaptado para cumprir as suas metas, e não apenas como um mero instrumento de controle de gastos. No orçamento, os recursos podem ser remanejados de um investimento para outro, mediante justificativa e determinação da diretoria. Para promover os investimentos, foram utilizados recursos do Tesouro do Estado de Minas Gerais, uma vez que os recursos do SUS referem-se, basicamente, ao ressarcimento pelos serviços prestados aos seus usuários. Conforme se constatou neste trabalho, para obter melhores resultados no atendimento à população, são necessários vários investimentos, além da adoção de procedimentos capazes de controlar melhor os gastos. Outra conclusão importante é a necessidade de monitoramento do serviço por meio de indicadores hospitalares, que se revelou numa importante ferramenta de gestão na organização pesquisada. Portanto, uma avaliação satisfatória, por meio dos indicadores hospitalares, está relacionada a uma administração positiva dos recursos orçamentários.

Palavras-chave: Orçamento público, Investimentos, Procedimentos de gestão, Indicadores hospitalares.

ABSTRACT

In Brazil the State performs an important function of allocation of financial resources. Among the many services it offers, Health stands out. Its quality depends not only on investments but also on a responsible and efficient public management, aimed at results. This work has the objective of investigating, within a chain of public hospitals, Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), how the resources available in the budget are spent, so that better results are granted to the population, as well as the impact of those results as measured by hospital indicators. The public budget has an outstanding approach, since its managers should abide to the laws that regulate the use of its correspondent financial resources. Several investments were made so as to enable the Fundação in assisting more people with quality, translated into enlargements, equipment, information technology, human resource training, and scientific research. Some procedures were adopted aiming at optimizing the resources, such as stock control and introduction of clinical protocols. Better results were shown during that period, such as those measured by the rates of therapeutic efficiency and hospital occupation. Nevertheless, the rate of patients' return increased and no reduction was shown in the rate of mortality. Presence of other factors interfering with the assistance quality, such as medical care, could be noticed. Hospital indicators are valuable tools for monitoring hospital assistance quality, by means of which it is possible to objectively assess if there was improvement, stability or worsening of it. The quantity analysis of indicator variations is not sufficient for inferring about the hospital performance, but it acts as an alert for investigations to be performed in site. An increase in mortality rate, for instance, may be related both with the hospital inefficiency or to the increase on the number of patients in irreversible clinic situations. Nevertheless, the increase or the occurrence of abnormal high indexes for longer periods suggests problems within the hospitals. In relation to the use of the budget by FHEMIG, it was observed that the Fundação budget is adapted to meet its goals, and not only as a mere tool for expenditure control. Within the budget, resources may be relocated from an investment to another, upon due justification and approval of the board of directors. To promote the investments, resources from the Treasury of the State of Minas Gerais were used, since resources from SUS refer, basically, to payment of services rendered to its users. According to what was observed in this work, to obtain better results in assisting the population, several investments are necessary, besides the adoption of procedures capable of better control of expenditure. Another important conclusion is the necessity of monitoring the service by means of hospital indicators which were shown as an important management tool within the research organization. Therefore, a satisfactory assessment, by means of hospital indicators, is related to a positive management of the budget resources.

Key words: Public Budget; Investments; Management Procedures; Hospital Indicators

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dimensionalidade fatorial do construto dos Hospitais de Urgência e Emergência..	74
Tabela 2: Dimensionalidade fatorial do construto dos Hospitais Gerais.....	74
Tabela 3: Dimensionalidade fatorial do construto 1 do Hospital Eduardo de Menezes.....	75
Tabela 4: Dimensionalidade fatorial do construto 2 do Hospital Eduardo de Menezes.....	75
Tabela 5: Dimensionalidade fatorial do construto do Hospital Alberto Cavalcanti.....	76
Tabela 6: Dimensionalidade fatorial 1 do construto da Maternidade Odete Valadares.....	77
Tabela 7: Dimensionalidade fatorial 2 do construto da Maternidade Odete Valadares.....	77
Tabela 8: Dimensionalidade fatorial do construto do Hospital Cristiano Machado.....	77
Tabela 9: Dimensionalidade fatorial do construto 1 dos hospitais de Saúde Mental.....	78
Tabela 10: Dimensionalidade fatorial do construto 2 dos hospitais de Saúde Mental.....	78
Tabela 11: Dimensionalidade fatorial do construto 1 dos hospitais de Reabilitação e Cuidado ao Idoso	79
Tabela 12: Dimensionalidade fatorial do construto 2 dos hospitais de Reabilitação e Cuidado ao Idoso	79
Tabela 13: Variação da taxa de ocupação hospitalar.....	80
Tabela 14: Variação da taxa de mortalidade hospitalar.....	80
Tabela 15: Variação da taxa de eficácia terapêutica.....	81
Tabela 16: Variação da taxa de reinternação.....	82
Tabela 17: Variação da média de permanência.....	82
Tabela 18: Variação da taxa de mortalidade do CTI/UTI.....	83
Tabela 19: Variação da taxa de ocupação dos leitos asilares.....	83
Tabela 20: Variação da taxa de mortalidade dos asilos.....	84
Tabela 21: Variação do número de exames e cirurgias.....	84
Tabela 22: Variação do atendimento ambulatorial e de outras especialidades.....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Urg. / Emerg.: Urgência e Emergência

H. gerais: Hospitais Gerais

HEM: Hospital Eduardo de Menezes (Infectologia)

HAC: Hospital Alberto Cavalcanti (Oncologia)

MOV: Maternidade Odete Valadares

HCM.FPT: Hospital Cristiano Machado (Fisioterapia)

HJXXIII: Hospital João XXIII

CGP: Centro Geral de Pediatria

HRAD: Hospital Regional Antônio Dias (Hospital Geral)

HRJP: Hospital Regional João Penido (Hospital Geral)

HJK: Hospital Julia Kubitschek (Hospital Geral)

SSI: Sanatório Santa Izabel

S. mental: Saúde mental

HCM: Hospital Cristiano Machado (Sanatório)

SSFA: Sanatório São Francisco de Assis

SPD: Sanatório Padre Damião

SSFÉ: Sanatório Santa Fé

FHEMIG: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

SES: Secretaria do Estado de Saúde

SEPLAG: Secretaria de Planejamento e Gestão

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Tema de pesquisa	10
1.2 Justificativa	12
1.3 Problema de pesquisa	13
1.4 Objetivos	14
1.4.1 Objetivo geral	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 Teorias sobre o processo decisório	15
2.2 O orçamento público	21
2.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	29
2.3 Indicadores	34
2.3.1 Indicadores hospitalares	36
3 METODOLOGIA	39
3.1 Tipo de pesquisa	42
3.2 Unidade de análise	43
3.3 Coleta de dados	43
3.4 Análise dos dados	44
3.4.1 Análise qualitativa	44
3.4.2 Análise quantitativa	45
4 ANÁLISE DOS DADOS	48
4.1 Análise documental	48
4.2 Análise das entrevistas	57
4.2.1 Entrevista da área de Orçamento	57
4.2.2 Entrevista da área de Engenharia	60
4.2.3 Entrevista da Gerência Financeira	62
4.2.4 Entrevista da Diretoria Assistencial	66
4.2.5 Entrevista da Diretoria de Planejamento e Finanças	69
4.3 Análise quantitativa	73
4.3.1 Análise fatorial	73
4.3.2 Estatística descritiva	79
5 CONCLUSÃO	86
REFERÊNCIAS	96
ANEXO I	101
ANEXO II	102
ANEXO III	103
APÊNDICE	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 Tema de pesquisa

Hospitais públicos são organizações que se caracterizam por oferecer serviços terapêuticos e de pronto atendimento à população, com a finalidade de preservar a vida e de contribuir para o bom estado de saúde das pessoas. Gestão hospitalar é um tema que merece atenção, na medida em que as pessoas necessitam de hospitais que atendam a suas demandas de serviços de saúde de forma digna, o que implica uma administração mais efetiva na consecução de seus planos.

O orçamento é um instrumento indispensável à implementação dos planos elaborados pela administração, por isso, torna-se importante avaliar sua execução por meio de indicadores de qualidade. Procurou-se aqui identificar as decisões relevantes para seu êxito, como os investimentos realizados e os procedimentos de gestão adotados na organização de saúde pesquisada.

É relevante ressaltar que a Emenda Constitucional 19/98 introduz no ordenamento jurídico brasileiro uma nova concepção de administração pública, que assume o caráter gerencial, dispensando ao administrador público maior autonomia, associada a efetivos critérios de fixação de responsabilidade. Destaca-se a ênfase nos resultados, almejando-se o alcance de uma administração mais eficiente, que busque a qualidade do serviço prestado e a satisfação do interesse público.

Os indicadores de qualidade hospitalar são utilizados para medir e fornecer informações referentes aos resultados obtidos. O acompanhamento dos indicadores pode demonstrar se os procedimentos adotados estão conduzindo aos resultados almejados, possibilitando sua análise e a possível revisão dos planos propostos. A adoção, o monitoramento e a análise dos indicadores hospitalares reforçam o caráter gerencial que os administradores de organizações

públicas passam a adotar em busca de uma gestão mais eficiente e eficaz, com foco nos resultados.

No Brasil, não é raro ouvir notícias sobre a incapacidade dos hospitais públicos de atender a população satisfatoriamente. Essa incapacidade pode ser decorrente de problemas políticos e macroeconômicos, o que não exime a administração dos hospitais de procurar oferecer serviços de qualidade e de administrar os recursos de forma eficiente. Isso significa que a otimização de recursos dentro dos hospitais, o aprimoramento de processos e a realização de investimentos podem constituir-se em uma forma de melhorar o serviço prestado ao público e de aperfeiçoar as contas prestadas ao governo.

De acordo com Mintzberg (1995), a organização hospitalar caracteriza-se como uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, em que o setor operacional tem grande importância e concentra o poder na organização. O seu mecanismo de controle dá-se por padronização de habilidades realizadas por órgãos fiscalizadores externos das diversas categorias profissionais, o que lhe confere autonomia e independência em termos de gerência estratégica, pois suas habilidades profissionais são definidas fora da organização, em cursos profissionalizantes. O estado da arte é um atributo das próprias corporações que desenvolvem seu trabalho no hospital. Tal condição enfraquece a vinculação com a organização e confere dificuldades adicionais, como alta resistência às mudanças.

Segundo a Associação Americana de Hospitais (1980), essas entidades foram consideradas como organizações particularmente complexas para a prestação de atividades altamente importantes na sociedade. Elas apresentavam níveis significativos de gastos e, freqüentemente, empregam um número considerável de trabalhadores. No Brasil, a grande maioria da população depende do setor de saúde pública, o que exige valores consideráveis de recursos empregados no seu orçamento, que devem ser administrados com responsabilidade e buscando resultados satisfatórios.

1.2 Justificativa

Os hospitais constituem um setor estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde em geral, destacando-se em todos os países e sistemas de saúde pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico-assistencial na comunidade e pela contribuição relevante que têm dado à educação e investigação na saúde (Lei 27/2002). De acordo com essa lei, que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, o peso dos hospitais no orçamento do estado e na despesa pública, quer no plano logístico e tecnológico, quer em recursos humanos, justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, os seus métodos de gestão e as suas regras de funcionamento.

Não obstante os progressos alcançados, alguns estudiosos têm argumentado que os modelos de organização dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) encontram-se desajustados quanto às necessidades atuais das populações, aos novos padrões de doença e às oportunidades terapêuticas, justificando as alterações legislativas em curso. O novo modelo de organização exige de todos os profissionais habilitações para o trabalho em equipas de saúde multiprofissionais e dos respectivos gestores a capacidade de liderança e os conhecimentos que lhes permitam utilizar de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor.

No contexto da gestão hospitalar pública, optou-se por realizar uma pesquisa na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), para responder aos objetivos deste trabalho. Atualmente, a FHEMIG é a maior rede de hospitais públicos da América do Sul. A Fundação desenvolve ações de saúde em níveis de complexidade secundário e terciário, por meio de sua rede de unidades hospitalares integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em quase trinta anos de atuação, mantém 20 unidades, sendo 9 situadas no interior do estado e 11 na Capital. A Fundação é constituída por hospitais classificados como de Urgência e Emergência, de Especialidades, Hospitais Gerais, de Saúde Mental e de Reabilitação e Cuidado do idoso.

A FHEMIG apresenta um quadro de 13.697 servidores, sendo 6.240 efetivos, 6.329 contratos administrativos e 1.128 de outros órgãos públicos. Abriga o maior número de residências médicas do estado, desenvolvendo 33 programas credenciados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. As estratégias relacionadas à gestão de pessoas na Fundação fazem parte das políticas de gestão e planejamento do governo do estado no âmbito da saúde.

Um dos pontos que também merece atenção diz respeito aos investimentos que devem ser realizados no setor de saúde pública, uma vez que os hospitais da FHEMIG precisam de uma infra-estrutura mais consistente para atender uma parcela maior da população usuária do SUS. Por constituir-se em uma fundação estadual e por submeter-se à legislação do SUS, a maioria das fontes de financiamento de seus investimentos é proveniente do orçamento do estado de Minas Gerais. De sua parte, o Governo Federal realiza o pagamento das despesas (custeio) hospitalares para o atendimento da população e alguns investimentos previstos pelo Ministério da Saúde.

1.3 Problema de pesquisa

A ciência da Administração procura conhecer as relações entre os diversos fatores, ou variáveis, envolvidos no complexo ambiente das organizações. Segundo Kerlinger (1980), uma definição de problema satisfatória é: um problema é uma questão que pergunta como as variáveis estão relacionadas.

De acordo com este autor, *relação*, provavelmente, é a palavra mais fundamental em ciência. Isso acontece porque a compreensão e a explicação de um fenômeno é que constituem a meta básica da ciência, e os fenômenos podem ser compreendidos somente por meio de suas relações com outros fenômenos. O problema que norteia esta pesquisa é:

Como o orçamento da Fundação Hospitalar de Minas Gerais está relacionado à qualidade de sua assistência monitorada por meio de indicadores hospitalares?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Explicitar como o orçamento dos recursos destinados a investimentos é elaborado e executado, apontando o impacto disso nos resultados medidos pelos indicadores hospitalares da FHEMIG.

Em outras palavras, o objetivo geral do trabalho é verificar como os recursos disponíveis no orçamento são gastos para que melhores resultados sejam obtidos para a população, apurando-se o impacto disso nos resultados medidos pelos indicadores hospitalares da FHEMIG.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais investimentos realizados nas unidades hospitalares da FHEMIG; e o modo como os recursos são repassados;
- Identificar como a Direção da FHEMIG toma decisões referentes à alocação dos recursos para investimento;
- Identificar os principais procedimentos ou técnicas de gestão adotados pelos diretores para desenvolver a Fundação;
- Identificar os principais indicadores hospitalares adotados pela FHEMIG para monitorar a qualidade do atendimento hospitalar; e analisar a variação deles no período de 2001 a 2006.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Teorias sobre o processo decisório

As teorias sobre o processo decisório são abordadas neste trabalho com a intenção de identificar qual enfoque predomina na tomada de decisões referentes aos investimentos escolhidos pelos gestores. Pode-se afirmar que os estudos sobre o processo decisório compreendem três correntes distintas. A primeira, que parte dos pressupostos da economia neoclássica, sugere a adoção de uma racionalidade econômica, sem entrar em julgamentos de valor. A segunda, que reflete uma postura comportamental das decisões, privilegia aspectos mais complexos da natureza humana. A terceira, que postula que a teoria da decisão é formada também pela corrente política, sugere que as decisões são o resultado de lutas e negociações entre os diversos atores envolvidos.

Para autores neoclássicos, como Banfield (1973), o enfoque econômico identifica o processo decisório como uma questão de maximização de utilidades, numa situação em que as alternativas e suas conseqüências podem ser antecipadas. A escolha final envolve a seleção do curso em ação ou alternativas que maximizam a probabilidade de obter maior valor em termos de preferência. Segundo este modelo, o tomador de decisão depara-se com um problema específico, que pode ser isolado em relação a outros problemas ou enfatizado em comparação com os demais. Os objetivos são selecionados e classificados de acordo com seu nível de importância. Todas as alternativas possíveis utilizadas para a consecução dos objetivos são conhecidas, assim como seus custos e conseqüências.

De acordo com Pedone (1986), o enfoque econômico das decisões procura ajustar a alocação de recursos, maximizando a satisfação de preferências individuais, manifestadas idiossincraticamente. São decisões protegidas pelo sistema de mercado, ou seja, existe uma justiça inerente na troca de equivalentes. A intervenção estatal é somente justificada quando os indivíduos não registram suas preferências pelos bens oferecidos pelo mercado, ou quando

existem externalidades no processo de funcionamento do mercado ou, ainda, nos casos dos monopólios naturais, para manter a eficiência.

Com relação ao enfoque comportamental, que tem como seu maior expoente Simon (1965), as decisões que regem as ações dos indivíduos devem ser pautadas pela racionalidade, segundo a qual os esforços com menor custo são empregados para a obtenção dos melhores resultados. Essa racionalidade, entretanto, é limitada pela impossibilidade de analisar-se todas as alternativas que podem ser utilizadas e pela falta de conhecimento prévio de todas as conseqüências possíveis. O indivíduo, na maioria das vezes, toma uma decisão satisfatória, e não uma decisão ótima, em virtude das limitações existentes. A perspectiva comportamentalista, inaugurada por Simon, introduz a idéia de que comportamentos objetivamente racionais estão sujeitos a limites cognitivos.

Para Simon (1965), a procura do ótimo requer processos mais complexos, em várias ordens de grandeza, do que os necessários à realização do satisfatório. Dadas as limitações da natureza humana e da organização, o ótimo é substituído pelo satisfatório (*satisficing*). Uma vez que a racionalidade do indivíduo é limitada por fatores que determinam com que capacidade, valores e conhecimento os membros da organização realizam seu trabalho, suas decisões refletem se ele aceita ou não os objetivos da organização. Nesse ponto, sugere-se que os princípios de administração devem ocupar-se dos fatores determinantes da lealdade, da moral, da liderança, da iniciativa e das influências que determinam a aceitação dos objetivos da organização pelo indivíduo. Quando se consegue isso, os comportamentos individuais serão guiados por decisões que buscam alcançar os objetivos do indivíduo por meio da realização dos objetivos da organização.

Nesse sentido, Simon (1965) destaca que a maneira pela qual a organização influi nas decisões do indivíduo pode ser: externa, por exemplo, autoridade, aconselhamento, informação e treinamento; ou interna, por exemplo, eficiência e identificação. Uma das

questões fundamentais da organização consiste em determinar a melhor combinação entre essas diversas formas de influência. Outros pontos que merecem destaque dizem respeito à coordenação, que deve haver entre os funcionários para que cada um execute sua tarefa conforme planejado, e à comunicação, que deve garantir que cada membro da organização seja informado de suas funções.

Segundo Simon (1965), a maioria dos mecanismos iniciadores de comportamento é de procedência externa, embora requeiram, geralmente, sensibilidade por parte do indivíduo a estímulos específicos. Por serem externos, podem ser interpessoais; isto é, podem ser utilizados por uma outra pessoa para influenciar determinado indivíduo, desempenhando, por consequência, papel central na organização administrativa. Organizações que pretendem trabalhar com novas tecnologias de gestão, por exemplo, procuram apresentar o programa para os seus funcionários focando os benefícios para a organização, tentando moldar um comportamento de aceitação do maior número possível de pessoas.

Guerreiro Ramos (1981), em sua discussão a respeito da racionalidade funcional e substantiva, faz críticas ao enfoque comportamental – mais especificamente, à obra de Simon. Afirma que ele se desinteressa totalmente pela racionalidade substantiva, não conseguindo desprender-se da racionalidade objetiva ou funcional. Essa racionalidade refere-se unicamente aos meios para alcançar um fim. A racionalidade substantiva, de outro lado, considera os fins em si. Os mesmos procedimentos podem ser funcionalmente racionais, mas conduzir a resultados substancialmente irracionais. A racionalidade objetiva tende a excluir a racionalidade substantiva.

Para Guerreiro Ramos (1981), tanto Simon quanto seus críticos humanistas falham em compreender a questão da racionalidade. Até que emergisse a sociedade de mercado, o tipo de raciocínio deliberado, somente interessado nos meios de atingir metas determinadas, foi apenas um aspecto limitado de um conceito mais amplo de racionalidade. O conceito de

racionalidade, classicamente, revestira-se sempre de nuances éticas. Designar um homem ou uma sociedade de “racional” significa reconhecer sua fidelidade a um padrão objetivo de valores postos acima de quaisquer imperativos econômicos. Porém, salienta o autor, Simon escreve como se os critérios da economia fossem os únicos critérios de racionalidade.

Já o enfoque político propõe que as decisões resultam mais de negociações e lutas internas entre diversos interesses do que de uma ação racional. O termo utilizado para identificar a tomada de decisão pelo ajustamento que resulta dessas negociações foi definido por Lindblom (1972) como *muddling through*, o qual sugere que as decisões são tomadas procurando contornar os antagonismos ao invés de tentar eliminá-los.

Conforme o referido autor, a organização defronta-se com um ambiente muito complexo, sendo que o indivíduo não consegue estabelecer um equilíbrio entre as decisões da organização e as suas próprias decisões. Dessa forma, o poder de decisão está dividido entre diferentes pessoas com objetivos diversos. O processo de formulação estratégica torna-se um sistema contínuo de “barganha”, com cada estrategista tentando conquistar seus próprios objetivos. Em geral, no modo adaptativo, que corresponde ao enfoque político, a organização deve mover-se em passos pequenos e as decisões não são muito integradas nem são resultados de estratégias definidas *a priori*.

De acordo com Lindblom (1972), os acordos sobre as políticas são mais eficientemente obtidos quando forem frutos de ajustes realizados nas políticas já existentes. Privilegia-se, também, a brusca simplificação da análise. Dessa forma, os problemas complexos passam por um processo de “desmistificação”. Além disso, a racionalidade decisória do processo fragmentado e incremental só tem sentido em um contexto democrático. A obtenção de decisões tão ou mais racionais que as resultantes de um modelo centralizado e compreensivo depende de uma interação entre as pessoas, fruto da participação de diversos atores no processo.

Na perspectiva política, Lindblom (1972) afirma que há um conflito que mina as atitudes do homem comum a respeito do processo de decisão política. De um lado, as pessoas querem que a política se baseie em ampla informação e que seja bem analisada; de outro, preferem que o processo decisório seja democrático e, portanto, político. Subsiste o conflito entre a razão e a política. Se uma sociedade quer aumentar o nível da razão e da análise na decisão política, talvez precise abandonar alguns aspectos da democracia. No entanto, o autor acredita que, embora a análise e a política conflitem entre si, de certo modo, também se complementam. Melhor dizendo, apesar de existir o conflito entre a análise e a política, Lindblom defende que a análise é inviável sem a existência da política.

Uma situação inteiramente sem política, dependente exclusivamente da análise, implica que todos os analistas tenham chegado às mesmas conclusões. Se isso não ocorreu, já terá havido uma forma de ação política, como uma votação, por exemplo. Além disso, os analistas precisam concluir igualmente que as políticas mais apropriadas para qualquer grupo da sociedade serão também adequadas para todos os outros grupos. Se não, os grupos não favorecidos pela política adotada não a considerarão adequada para si. Portanto, as conclusões da análise não serão suficientes para que os grupos desfavorecidos as aceitem, e a controvérsia teria que ser decidida politicamente. A análise só eliminaria a necessidade da política se a própria definição dos problemas da sociedade pudesse se feita analiticamente. Caso contrário, a disputa a respeito dos problemas a serem abordados exigiria uma decisão preliminar, de caráter político.

Em suma, Lindblom (1972) afirma que a análise no processo de decisão política é inevitavelmente limitada e exige a participação da política, na medida em que a análise é falível, devido à capacidade cognitiva limitada do ser humano e à complexidade dos problemas das políticas. A análise também não pode resolver completamente o conflito a respeito de valores e interesses. Além disso, a análise não pode determinar, conclusivamente,

quais problemas precisam ser abordados, além de ser lenta e custosa. Sendo assim, a análise é entendida não como uma alternativa para a política, mas, sim, como um elemento complementar e indispensável na formulação política.

A elaboração de políticas nas organizações está ligada a conceitos de racionalidade administrativa. Segundo Guerreiro Ramos (1983), a Pfiffner deve ser creditada significativa contribuição por conceituar a racionalidade administrativa e por ter apresentado uma concepção tridimensional da mesma que incorpora resultados relevantes de pesquisas que vieram mostrar a complexidade do processo de tomada de decisões.

Baseado em investigações de Nicolaidis, Lindblom e Gore, Pfiffner sugere três modelos de racionalidade administrativa: o clássico, o normativo e o comportamental. Este último é o mais flexível, pois leva em consideração fenômenos como o poder e os valores, habitualmente ignorados pela teoria tradicional.

Incorporando certos avanços do conhecimento, Pfiffner amplia o *spectrum* de fatos com os quais se relaciona o comportamento administrativo. Entre eles, apontam-se a política, o poder, a dinâmica de grupo, a personalidade, além de outros relativos à ciência social. Referindo-se propriamente ao processo de decisão, observou que ele é “circular e multidimensional”, verdadeira “constelação ou galáxia de numerosas decisões individuais”, implicando um “*continuum* de modelos, que varia da racionalidade clássica, em um pólo, até a extrema intuição, no outro”. Concorda com Nicolaidis e Lindblom que a racionalidade, implícita na escolha da maximização ou da única e melhor solução (*the one best way*), aplica-se a aspectos restritos do comportamento administrativo, em particular, à rudimentar ordem de problemas, por exemplo, os da linha de montagem.

De acordo com o autor, no comportamento administrativo fatos e valores apresentam-se de tal modo interligados que as decisões poucas vezes se verificam segundo os pressupostos do *the one best way*, mas, ao contrário, recorre-se freqüentemente às

“comparações sucessivas limitadas”, que, segundo Lindblon, caracterizam o que chama de *the science of muddling through*. Tanto mais alto é o nível do problema quanto mais preponderante for a prática das “comparações sucessivas limitadas”. Entretanto, essa prática não deixa de ser também a busca de uma solução satisfatória devido à impossibilidade de alcançar a melhor solução, de acordo com as idéias de Simon.

2.2 O orçamento público

Segundo Guimarães Brasil (1993), a concepção inaugurada por Keynes, que entende o sistema capitalista como misto e que vê a ação do Estado como algo fundamental, é a que melhor explica a existência do orçamento. É nele que se fixam prioridades e se alocam recursos em programas e projetos do setor público. É, portanto, por definição, um instrumento de distribuição de recursos e que, ainda, busca iluminar os processos decisórios do governo, dotando-os de eficiência e eficácia. A função alocativa do Estado é, então, representada por sua política orçamentária.

De acordo com Giambiagi (1999), é freqüente ouvir que o setor privado é mais eficiente do que o público e que, portanto, uma economia em que as firmas operem livremente funciona melhor do que uma economia com forte atuação governamental. Nas economias capitalistas, esse argumento é compartilhado por uma parte expressiva da sociedade, do empresariado e, muitas vezes, do próprio governo. Entretanto, na prática, o governo tem uma participação ativa na economia de quase todos os países.

Esse aparente paradoxo pode ser explicado pela necessidade da existência de bens públicos que procuram garantir o bem-estar da população, cuja parcela significativa não teria condições de pagar por eles, uma vez que o mercado não consegue empregar nem remunerar satisfatoriamente todos os cidadãos. Esse quadro é agravado nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Ainda segundo o autor, os bens públicos são aqueles cujo

consumo/uso é indivisível, ou “não-rival”. Em outras palavras, o seu consumo por parte de um indivíduo, ou de um grupo social, não prejudica o seu consumo pelos demais integrantes da sociedade. Isso significa que todos podem se beneficiar da produção de bens públicos, mesmo que, eventualmente, alguns mais do que outros. São exemplos de bens públicos: bens intangíveis, como justiça, saúde, educação, segurança pública e defesa nacional; e bens tangíveis, como as ruas e as hidrelétricas.

Outro problema que surge é que, mesmo que todos possam se beneficiar dos bens públicos, o governo conta com recursos escassos para alocar nas diversas atividades que ele deve suprir. Para Ramos (1982), em qualquer sistema econômico, não obstante o crescimento relativo das atividades públicas e privadas, haverá sempre escolhas difíceis e sujeitas a debate – necessárias para selecionar a composição apropriada dos gastos governamentais e para escolher os programas de governo. É, portanto, como instrumento de escolha (decisão) que se pode focalizar a função primeira do orçamento.

Conforme Andrade (1986), em uma visão macroeconômica, o orçamento tem a função também de servir de arma estratégica de política econômica, empregada tanto para estimular a atividade econômica como para reduzir o seu ritmo. Adotando uma perspectiva histórica, o orçamento tradicional era voltado fundamentalmente para o controle de gastos, divorciado do processo de decisões. Numa segunda fase, após a depressão econômica, na década de 1930, nos Estados Unidos, com o advento das idéias de Keynes e a política do *New Deal*, passa-se a dar à atividade do governo um valor como instrumento anticíclico da economia e de provimento das necessidades sociais básicas, que o jogo de mercado provou ser incapaz de assegurar. O orçamento passa, então, de um instrumento meramente de controle financeiro para o de gerência da execução dos programas governamentais em expansão.

De acordo com Guimarães Brasil (1993), o orçamento pode servir de documento que vai pouco além do atendimento de formalidades requeridas pela legislação em vigor. Pode ser

uma relação de intenções para a obtenção de recursos financeiros, traduzindo-se, portanto, em um documento que visa apenas cumprir as exigências requeridas pelo “ritualismo burocrático”, alerta o autor.

Ainda segundo o autor, no que diz respeito ao sistema orçamentário brasileiro, o crescimento do Estado, em termos tanto absolutos quanto relativos, em termos de sua diversificação, fez surgir uma variedade de efeitos perversos de caráter administrativo e organizacional, além de outros relacionados com o desempenho da ação estatal, nos planos econômico e social. É, talvez, por causa dessa constatação que o orçamento público foi sofrendo alterações com relação a suas funções e características próprias. Inicialmente, o orçamento federal servia apenas como instrumento de controle tanto do Legislativo sobre o Executivo, assim como deste sobre suas unidades integrantes.

Porém, a expansão das funções estatais e o desenvolvimento das práticas orçamentárias universais fizeram com que se iniciasse, a partir dos anos de 1960, a implantação da técnica do orçamento-programa no Brasil, com o intuito de assegurar uma maior racionalidade, eficiência e transparência ao processo de alocação de recursos na economia. Entretanto, a adoção do orçamento-programa envolve a especificação de objetivos, a avaliação da eficácia dos programas com base nesses objetivos e a análise de custos e benefícios de programas alternativos. Deve-se também estabelecer uma linguagem comum entre planejamento e orçamento.

Segundo Matias Pereira (2001), o orçamento público, aceito como um instrumento de planejamento e de controle da administração pública, apresenta-se como técnica capaz de permitir que periodicamente sejam reavaliados os objetivos e os fins do governo. Visa, também, permitir a avaliação comparativa das diversas funções e programas entre si e o relacionamento de seus custos, bem como facilitar o exame da função total do governo e de seu custo em relação ao setor privado da economia. Representa, sem dúvida, a mais

importante fonte de informação e de controle democrático do Estado. Nesse sentido, torna-se oportuno ressaltar que nenhum planejamento, por mais crítico, criativo, criterioso e sofisticado que seja, poderá substituir o controle democrático, visto que o planejamento apresenta-se apenas como um instrumento essencial de viabilização para o alcance do bem comum da sociedade.

Para o autor, ao analisar a questão da interação entre o planejamento governamental e o orçamento, é importante observar que a expressão *planejamento de governo* refere-se a um processo que tem início na fase de análise da realidade, pela reflexão e pela proposição de objetivos. Estabelece-se, assim, um ponto de partida que inicia da realidade atual em direção a um modelo futuro proposto. Ao longo desse trajeto de desenvolvimento, faz-se necessário adotar decisões que induzam os diversos agentes de mudança a se comportarem com eficiência, eficácia e criatividade, para que as metas propostas sejam alcançadas.

Matias Pereira (2001) salienta que as metas definidas pelo planejamento apresentam-se como uma pretensão dos desejos e aspirações governamentais, ou seja, uma diretriz. A alocação de recursos orçamentários em cada um desses objetivos passa a ser o instrumental que permite o cumprimento de objetivos de governo, a base de custo para torná-los realidade. O orçamento é um instrumento essencial para os planejadores, porque eles necessitam de recursos financeiros para tornar seus planos operacionais. Verifica-se que os planos podem não atingir seus objetivos quando são implementados, mas a implementação fica inviabilizada e sequer pode ser tentada quando as necessárias alocações de recursos não são efetivadas no processo orçamentário.

De acordo com Giacomoni (2007), o processo orçamentário pode ser esquematizado em quatro etapas, que compreende: a) elaboração da proposta orçamentária; b) discussão, votação e aprovação da lei orçamentária; c) execução orçamentária; e d) controle de avaliação da execução orçamentária. Para o autor, o processo orçamentário não pode ser visto como

auto-suficiente, já que a elaboração da proposta orçamentária é, em grande parte, resultado de definições constantes de uma programação de médio prazo que, por sua vez, detalha planos de longo prazo. Por isso, o processo orçamentário tem maior substância quando integrado ao processo de planejamento.

É nesse sentido que a criação da Lei do Plano Plurianual surge como uma das principais novidades do novo marco constitucional. O Plano Plurianual passa a constituir-se na síntese dos esforços de planejamento de toda a administração pública, orientando a elaboração dos demais planos e programas de governo, assim como do próprio orçamento anual. A lei que instituiu o PPA deve estabelecer, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas da capital e outras delas decorrentes e para os programas de duração continuada (Constituição Federal/88). O autor destaca que, apesar de, algumas vezes, referirem-se à União, as disposições constitucionais sobre matéria orçamentária têm caráter de norma geral, devendo, no que for aplicável, ser observados por todos os entes da Federação.

Conforme Giacomoni (2007), o modelo de elaboração orçamentária, nas três esferas de governo, foi sensivelmente afetado pelas disposições introduzidas pela Constituição Federal de 1988. Anualmente, o Poder Executivo encaminha ao Poder Legislativo projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que, se aprovada, estabelecerá metas, prioridades e metas fiscais, e orientará a elaboração da proposta orçamentária. O conteúdo da LDO é estabelecido em dispositivos da Constituição Federal e, a partir de 2000, por meio da chamada “Lei de Responsabilidade Fiscal”, ou Lei Complementar n. 101/2000. Essa lei ampliou o significado e a importância da LDO ao atribuir-lhe a incumbência de disciplinar inúmeros temas específicos entre os quais está incluído o equilíbrio entre receitas e despesas.

Para Sanches (1996), a LDO é, sem dúvida, a maior conquista na área do orçamento governamental propiciada pela nova Carta. Significando efetiva inovação no sistema

orçamentário brasileiro, a LDO representa uma colaboração positiva no esforço de tornar o processo orçamentário mais transparente e, especialmente, contribui para ampliar a participação do Poder Legislativo no disciplinamento das finanças públicas. Além de manter caráter de orientação à elaboração da lei orçamentária anual, a LDO, progressivamente, vem sendo utilizada como veículo de instruções e regras a serem cumpridas na execução orçamentária. Entretanto, sua principal finalidade é orientar a elaboração do projeto da Lei Orçamentária Anual (LOA).

De acordo com disposição constitucional, a LOA é constituída por três orçamentos: fiscal, seguridade social e investimentos das empresas estatais. Por sua vez, o orçamento da seguridade social abrange as entidades e os órgãos a ela vinculados, que são: saúde, previdência social e assistência social, da administração direta e indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. Trata-se de um orçamento de áreas funcionais que cobre todas as despesas classificáveis como de seguridade social, e não apenas as suas entidades e órgãos.

Conforme Resende (2003), o orçamento da seguridade social deveria constituir-se em espaço próprio e integrador das ações de previdência, saúde e assistência social. Os recursos desse orçamento proviriam de fontes de financiamento próprias, previstas no art. 195 da Constituição Federal. Em adição às contribuições sobre a folha de salários, que tradicionalmente mantinham as ações de previdência, saúde e assistência social executadas no âmbito da previdência, as novas contribuições passam a incidir sobre o faturamento e o lucro das empresas. Posteriormente, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), extinta em 2007, incorporou-se ao rol das receitas da seguridade social.

Não obstante as intenções dos constituintes, as dificuldades logo se manifestaram. A recomposição dos valores dos benefícios da previdência e seu posterior reajuste com base no salário mínimo, assim como a equiparação do piso de benefícios pagos aos trabalhadores

urbanos e rurais, ampliaram a despesa previdenciária. Além disso, sob o princípio do acesso universal à saúde, foi ampliado o acesso aos serviços de saúde por parte da população, deles até então excluídos pela natureza informal de seu trabalho ou pela marginalização.

O autor destaca que desde o início da vigência da nova Carta foram enormes as dificuldades para manter e expandir os gastos com a saúde, espremidos que foram pelo crescimento dos gastos previdenciários. A crise do financiamento da saúde piorou em 1993, pois naquele ano o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) deixou de transferir para a saúde os recursos resultantes da contribuição sobre a folha de empregados e empregadores. A partir daí, o fluxo de caixa do Tesouro passou a arcar com o financiamento da saúde. Dada a restrição de recursos fiscais, no entanto, o governo teve de recorrer a empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para permitir o financiamento dos gastos na área da saúde.

De acordo com Resende (2003), a crise de financiamento das ações de saúde alcançou o seu ápice em 1996, ano em que ocorreu o pagamento dos empréstimos anteriormente contraídos com o FAT. Essa crise levou os responsáveis pela área a buscar novas garantias de financiamento para o setor, ao mesmo tempo em que se introduziam mudanças nos mecanismos de gestão do sistema, buscando aumentar a eficiência na aplicação dos recursos disponíveis. No tocante ao financiamento, a batalha em prol da criação da CPMF produziu efeitos momentâneos, mas insuficientes para resolver todo o problema da falta de recursos.

Só mais recentemente é que, por intermédio da Emenda Constitucional n. 29, de 2000, logrou-se instituir uma regra que, ao mesmo tempo, garantisse recursos federais para o setor e que tornasse compulsória a cooperação financeira de estados e municípios. No que se refere à gestão, os excessos inicialmente cometidos com respeito à municipalização das ações foram posteriormente corrigidos, na busca de um equilíbrio maior entre gestão local e capacidade de articulação das atividades da União, dos estados e dos municípios.

O tema “financiamento da saúde” é um dos mais polêmicos no campo das políticas sociais não apenas no Brasil, mas no mundo, ressalta o autor. As diferenças entre os diversos países ganham maior expressão quando referidas aos indicadores de saúde. Isso é verdade, ainda que a explicação não esteja na variação do gasto *per capita*. A realidade é que, para o conjunto de países avançados, os indicadores de saúde, porque já se situam em níveis bastante elevados, são pouco sensíveis a variações no volume do gasto. Assim é que a explicação para as disparidades deve ser buscada em alguns elementos que conformam e diferenciam o setor saúde em distintos países da OCDE.

Para Resende (2003), o principal desses elementos é a velocidade de absorção de novas tecnologias em termos de condutas médicas e de oferta disponível de serviços hospitalares e ambulatoriais. Do mesmo modo, a prescrição de novos medicamentos influi sobremaneira no gasto realizado com saúde. A avaliação do custo efetividade da incorporação de novas tecnologias não é tarefa simples, principalmente porque, em grande parte das situações, está-se falando de melhorias na acuidade de diagnósticos e na qualidade de vida do paciente, aspectos de mensuração complexa. Outros elementos de grande importância são o gerenciamento das ações médicas e a existência e amplitude dos protocolos clínicos em uso na área. As forças que contrabalançam o poder dos médicos são os governos e os planos e seguros privados, quando eles estabelecem protocolos e formas de controle dos gastos, o que não raro gera enormes tensões no sistema.

Outro elemento de destaque é a renda média da sociedade, incluindo sua distribuição entre as famílias. Quando a renda é mais bem distribuída, os gastos com saúde tendem a ser mais expressivos, justamente porque as despesas de saúde apresentam grande participação nos orçamentos familiares nas faixas de renda média e média alta da população.

A população brasileira, em sua grande maioria, não tem renda suficiente para qualquer tipo de pré-pagamento. Assim, o sentido da universalidade na saúde não deve ser

entendido apenas no contexto da luta pelos direitos sociais, uma vez que apresenta, também, sólidas razões econômicas, ressalta o autor. Portanto, o Sistema Único de Saúde pode ser visto como uma evolução do Estado brasileiro no que diz respeito aos direitos ao cuidado médico e hospitalar.

2.2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

Segundo Portela (2005), durante as lutas dos movimentos sociais pela redemocratização e por direitos de cidadania nos anos de 1970 e 1980, edificou-se na área de saúde uma política de caráter universalista. Implantado ainda no início dos anos de 1980, e transformado em direito constitucional em 1988, com a promulgação da Constituição estruturou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), na contracorrente do discurso globalizado neoliberal de ênfase no mercado e em políticas focais.

O SUS significou, do ponto de vista da cidadania, a inclusão do contingente populacional historicamente excluído do acesso aos serviços de saúde, principalmente da assistência médica. Entretanto, mesmo com o ganho do ponto de vista da cidadania, a incorporação de 100% da população ao sistema não foi acompanhada das receitas necessárias para um atendimento satisfatório.

A partir de 1990, para implementar as políticas de saúde previstas na Constituição, dando início à formalização do Sistema Único de Saúde, foram aprovadas novas fontes de recursos para compor o orçamento da saúde: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) extinta em 2007, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), recursos do Fundo Social de Emergência e do Fundo de Estabilização Fiscal, Desvinculação de Recursos da União, recursos ordinários, contribuição sobre folha de salários e outras receitas de menor importância (MANSUR, 2001).

Com a separação dos recursos destinados à previdência social e à saúde, como o fim da transferência pelo INSS ao SUS dos recursos resultantes da contribuição sobre a folha de pagamento de salários, o governo lança mão de diversas medidas para a contenção de gastos com a assistência à saúde. Dentre essas medidas, duas se destacaram: a alteração da forma de pagamento pelos serviços hospitalares e o achatamento gradual dos valores pagos. O ressarcimento pelos serviços prestados era feito por meio de Guias de Internação Hospitalar (GIH), implantadas em 1976. A partir de 1981, este procedimento foi substituído pelo ressarcimento por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que substituíram a apresentação de todos os gastos e diárias pelo pagamento de valores prefixados, utilizando uma tabela de procedimentos em que o hospital deveria enquadrar o ato médico ao qual o paciente foi submetido (ESTEVEES, 2005).

Entretanto, com a Emenda Constitucional n. 29, de 2000, o SUS passa a ser financiado com recursos do orçamento da seguridade social de todos os entes federativos, ou seja, com recursos da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, além de outras fontes. Apesar disso, os recursos orçamentários alocados ao setor têm sido insuficientes para atender às necessidades da população. De um lado, amplas camadas da população não têm renda suficiente para enfrentar gastos com saúde; de outro, as camadas médias da população que, mesmo quando usuárias de mecanismos de pré-pagamento, sob diversas formas, dependem do sistema público para os procedimentos e tratamentos de alto risco, que compreendem transplantes, Aids e hemodiálise, entre outros (REZENDE, 2003).

2.2.2 Funções do Orçamento Público

Musgrave (1974) propôs uma classificação das funções econômicas do Estado que se tornou clássica no gênero. Inspirado nas idéias de Keynes, o autor considera essas funções também como as próprias “funções do orçamento”, principal instrumento de ação estatal na economia. Por meio delas o Governo pode provocar um orçamento expansionista ou gerar um orçamento recessivo, de acordo com a política econômica adotada. Dentre as funções consubstanciadas no Orçamento Público, destacam-se:

- **Função alocativa** – Oferecer bens e serviços públicos (puros) que não seriam oferecidos pelo mercado ou o seriam em condições ineficientes (meritórios ou semipúblicos); criar condições para que bens privados sejam oferecidos no mercado (devido ao alto risco, custo, etc) pelos produtores, por investimentos ou por intervenções; corrigir imperfeições no sistema de mercado (oligopólios, monopólios, etc); e corrigir os efeitos negativos de externalidades. A oferta de serviços de saúde pelo Governo tem respaldo nesta função.
- **Função distributiva** – Tornar a sociedade menos desigual em termos de renda e riqueza, mediante tributação e transferências financeiras, subsídios, incentivos fiscais, alocação de recursos em camadas mais pobres da população, etc.
- **Função estabilizadora** – Ajustar o nível geral de preços e o nível de emprego; estabilizar a moeda, mediante instrumentos de política monetária, cambial e fiscal; e adotar outras medidas de intervenção econômica (controles por leis, limites).

2.2.3 Princípios do Orçamento Público

Existem princípios básicos que devem ser seguidos na elaboração e execução do Orçamento, os quais estão definidos na Constituição Federal, na Lei n. 4.320, de 17 de março de 1964, no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentárias. A Lei n. 4.320/64 estabelece os fundamentos da transparência orçamentária (art. 2º):

"A Lei do Orçamento conterà a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios da unidade, universalidade e anualidade".

2.2.4 Princípios orçamentários

Unidade – Só existe um orçamento para cada ente federativo (no Brasil, existe um orçamento para a União, um para cada estado e um para cada município). Cada ente deve possuir o seu orçamento, fundamentado em uma política orçamentária e estruturado uniformemente. Não há múltiplos orçamentos em uma mesma esfera. O fato de o Orçamento Geral da União possuir três peças, como o Orçamento Fiscal, o Orçamento da Seguridade Social e o Orçamento de Investimento, não representa afronta ao princípio da unidade, pois o orçamento é único, válido para os três Poderes. O que há é apenas volumes diferentes segundo as áreas de atuação do Governo.

Universalidade – o orçamento deve agregar todas as receitas e despesas de toda a administração, direta e indireta, dos Poderes. A Lei Orçamentária Anual deve incorporar todas as receitas e despesas. Isso significa que nenhuma instituição pública que receba recursos orçamentários ou gerencie recursos federais pode ficar de fora do orçamento.

Anualidade / Periodicidade – o orçamento cobre um período limitado. No Brasil, este período corresponde ao ano ou exercício financeiro, de 01/01 a 31/12. O período estabelece um limite de tempo para as estimativas de receita e a fixação da despesa, ou seja, o orçamento deve realizar-se no exercício que corresponde ao próprio ano fiscal.

Legalidade – O orçamento é objeto de uma lei específica (Lei ordinária, no Brasil) e, como tal, deve cumprir o rito legislativo próprio, com o cumprimento de todos os quesitos, inclusive seu sancionamento e publicação pelo presidente da República ou pelo Congresso Nacional.

Exclusividade – O orçamento só versa sobre matéria orçamentária, podendo conter autorização para a abertura de créditos suplementares e operações de crédito, ainda que por antecipação da receita.

Especificação ou discriminação ou especialização – São vedadas autorizações globais no orçamento. As despesas devem ser especificadas, no mínimo, por modalidade de aplicação.

Publicidade – O orçamento de um país deve ser sempre divulgado quando aprovado e transformado em lei. No Brasil, o Orçamento Federal é publicado no *Diário Oficial da União*.

Equilíbrio – As despesas autorizadas no orçamento devem ser, sempre que possível, iguais às receitas previstas. Não pode haver um desequilíbrio acentuado nos gastos.

Orçamento-bruto – A receita e a despesa constantes no orçamento, exceto os descontos constitucionais (por exemplo, transferências constitucionais), devem aparecer pelo valor total, ou valor bruto, sem deduções de nenhuma espécie.

Não-afetação ou não-vinculação – É vedada a vinculação dos impostos a órgão, fundo ou despesa, exceto as próprias transferências constitucionais para manutenção e desenvolvimento do ensino (FPE, FPM, etc) e as garantias às operações de crédito por antecipação da receita.

Programação, tipicidade e atipicidade – Durante a fase de consolidação da proposta de orçamento, geralmente se seguem determinadas classificações orçamentárias existentes. Há uma tabela de classificação funcional de despesas, por exemplo, que classifica a despesa em *funções, subfunções, programas e ações*. Há outra tabela de classificação da despesa por fonte de recursos e outra por unidade orçamentária.

De acordo com Cruz (2002), as normas relativas ao controle de custo e à avaliação de resultados dos programas financiados com recursos do orçamento vão provocar reformulação geral no trato da coisa pública, pois inserem ferramentas de gestão no setor público. Até pouco tempo atrás, exigiam-se da área pública apenas demonstrações contábeis, na forma

prevista nos anexos da Lei n. 4.320/64. Todavia, é importante destacar que as mudanças introduzidas somente serão efetivadas quando os agentes públicos responsáveis pela gestão pública possuírem capacidade técnica para realizar as mudanças, a exemplo do que ocorre na iniciativa privada.

2.3 Indicadores

Os indicadores financeiros podem ser considerados como tradicionais, por constarem na literatura há muito tempo e por serem utilizados com frequência. Porém, uma vez que eles não atendem a todos os tipos de avaliação, surgiu outro grupo de indicadores, o qual inclui medidas não financeiras. Os indicadores não-tradicionais, que aparecem na moderna literatura, versam sobre medição de desempenho. Segundo essa literatura (Maskell, 1996; Kaplan e Norton, 1996, Bruns, Jr., 1992), o novo conjunto de indicadores deve dar importância aos aspectos estratégicos da empresa, e não apenas aos operacionais. Essa classificação tem a finalidade de identificar os novos indicadores que estão sendo aplicados pelas empresas e o modo como estão sendo medidos.

Kaplan e Norton (1996) reconhecem a importância dos indicadores financeiros como síntese final do desempenho gerencial e organizacional, mas advogam a necessidade de o sistema de medição incorporar um conjunto de medidas mais genérico e integrado que vincule o desempenho sob a ótica dos clientes, processos internos, funcionários e sistemas ao sucesso financeiro de longo prazo. Portanto, é crescente a intensificação do uso de novas medidas de desempenho como forma de obter maior eficácia e controle das atividades da empresa.

Conforme Williams (2002), a avaliação de performance consiste em estabelecer medidas chaves que informem aos gestores de todos os níveis se os objetivos planejados estão sendo atingidos ou não. Miranda e Silva (2002) ressaltam que medir desempenho não é tão fácil quanto parece. Dentre os principais aspectos que devem ser observados quando se

pretende definir um sistema de medição de desempenho estão: Por que medir? O que medir? e Como medir?

Estes autores explicam que a medição de desempenho é necessária para que os gestores mantenham-se informados sobre o que acontece na organização. A definição precisa do que se quer medir pode ser considerada um dos principais problemas da medição de desempenho. Depois de definidos os objetivos do sistema de medição de desempenho (Por que medir?) e as variáveis-chaves que devem ter seu desempenho medido (O que medir?), é preciso definir o conjunto de indicadores que irão operacionalizar a medição de desempenho, ou seja, as medidas que irão ser usadas no sistema de diagnóstico do desempenho (Como medir?).

A literatura tem mostrado que no passado as empresas tomavam decisões com base apenas em informações financeiras, obtidas da contabilidade das empresas (Eccles, 1991; Kaplan e Norton, 1996; Maskell, 1991). No entanto, Frost (1998) explica que as medidas financeiras não são suficientemente detalhadas ou objetivas para ajudar os gestores a dirigirem as atividades do negócio em tempo real, dia após dia. Barker (1995) complementa que as medidas financeiras puras apenas são adequadas quando não existe concorrência internacional e quando a velocidade da mudança ou introdução de produtos é lenta.

Poage (2002) destaca que as medidas de performance têm que produzir informações úteis. Por isso, defende o uso de medidas não financeiras além das medidas financeiras. Outros autores (Oliveira, 1998; Kaplan e Norton, 1996) também têm dado ênfase à utilização de informações não financeiras no processo decisório das empresas. Essas informações são chamadas de “indicadores de desempenho”, que, de acordo com Harbour (1997), são medidas comparativas usadas para verificar a situação da empresa em relação aos objetivos estabelecidos.

2.3.1 Indicadores hospitalares

Conforme Travassos *et al.* (1999), em estudo sobre os projetos de reforma existentes realizado por integrantes da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD) foram identificados os seguintes grupos de orientações sobre políticas de saúde: a busca da equidade e o aumento da eficiência, macro e microeconômica (OECD, 1995).

Também foi constatado que a maior parte das iniciativas de reforma dos sistemas de saúde almejava controlar as despesas e aumentar a eficiência dos cuidados prestados. Quando crescem as pressões sobre a disponibilidade de recursos para políticas sociais ou quando a busca pela equidade é o objetivo central das propostas de reforma, aumenta a importância da avaliação dos cuidados de saúde prestados, principalmente quando muitas das propostas e iniciativas procuram transferir para o jogo de forças de mercado a definição das melhores alternativas de alocação (ALMEIDA, 1996).

Os indicadores de desempenho hospitalar surgem como resposta a essa necessidade de avaliar os cuidados de saúde, fornecendo informações valiosas para a tomada de decisões no sentido de melhorar os serviços oferecidos à população. Para Sheldon (1998), indicadores de desempenho (*performance indicator; clinical indicator*) são medidas indiretas da qualidade utilizadas como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta. São informações expressas por meio de um evento, uma taxa ou uma razão.

Os indicadores de desempenho são utilizados mais frequentemente em atividades de monitoramento externo, que assumem papel crescente, como meio de dar visibilidade aos usuários e às agências financiadoras e reguladoras sobre o alcance das atividades de melhoria de qualidade desenvolvidas nos serviços de saúde. É importante destacar que a utilidade de um indicador de desempenho depende de uma série de atributos – particularmente, da sua validade. A validade (grau com o que o indicador alcança seus objetivos) é expressa pela

capacidade de identificar situações em que possam ocorrer problemas na qualidade do cuidado prestado ao paciente. Cabe ainda destacar que bons indicadores são os que apresentam forte associação, estabelecida com base no conhecimento científico entre o processo de cuidado e a medida de resultado utilizada (validade causal). Entretanto, limitações no conhecimento sobre a eficácia dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos restringem a determinação da validade causal de diferentes indicadores de resultado (Brook e McGlynn, 1991).

Dentre os indicadores de desempenho hospitalares, talvez o que mais tem chamado a atenção dos estudiosos do assunto é a taxa de mortalidade hospitalar. A morte hospitalar considerada evitável pode estar relacionada a diversas causas, que incluem: infecções hospitalares, uso inadequado de medicamentos e outras tecnologias, falhas na supervisão, erros durante a cirurgia e altas inapropriadas (OTA, 1988).

Conforme Kahn (1988), dados sobre a mortalidade de pacientes durante ou logo após sua hospitalização podem atender a pelo menos dois propósitos: determinar se o desempenho de um hospital tem melhorado (ou deteriorado) ao longo do tempo; e monitorar se o desempenho de um conjunto de hospitais difere num dado período temporal.

Para Iezzoni (1994), diferenças nas taxas de mortalidade entre hospitais ou médicos podem ser atribuídas aos seguintes fatores: diferenças quanto à gravidade do estado de saúde da população atendida em cada hospital; variações na eficácia das tecnologias médicas empregadas; adequação do processo de cuidado ao paciente; e erros aleatórios. O problema metodológico central para explicar as variações observadas na taxa de mortalidade hospitalar está em identificar a importância relativa de cada um desses fatores.

Segundo o autor, é por essa razão que a mortalidade hospitalar pode apresentar dificuldades de interpretação. O caminho para construir um modelo explicativo das variações na taxa de mortalidade hospitalar entre serviços passa pela incorporação de variáveis que

definam a população de pacientes e o perfil de gravidade dos casos internados, de forma que as diferenças na qualidade (eficácia das tecnologias e adequação do processo) representem apenas a variação remanescente.

De acordo com Travassos *et al.* (1999), é necessário destacar a importância do desenvolvimento de estratégias para permitir que os resultados das avaliações melhorem a efetividade dos cuidados hospitalares. A finalidade do uso de indicadores de desempenho consiste em identificar e analisar problemas no cuidado e na promoção de ações de saúde, buscando a modificação e a reversão da situação encontrada. O cuidado à saúde pode melhorar se as avaliações forem utilizadas como informação educativa para ações de aperfeiçoamento.

Segundo os autores, nenhuma característica do cuidado em saúde está mais estreitamente ligada à missão das instituições de saúde que as intervenções para evitar ou retardar a morte. Dessa maneira, embora o emprego da taxa de mortalidade hospitalar como indicador da qualidade do cuidado possa apresentar problemas em sua validade, este indicador representa uma informação que os hospitais, os profissionais e os financiadores devem usar para melhor entender o processo de atendimento ao paciente, orientando seu aprimoramento.

Embora ainda existam questões conceituais e metodológicas a serem aprimoradas, a *taxa de mortalidade hospitalar* deve ser considerada uma ferramenta útil e factível para discriminar serviços e prestadores com desempenho diferenciado. Sua utilização permite uma primeira detecção de problemas com a qualidade dos cuidados prestados, possibilitando que instituições sejam identificadas e processos de melhoria sejam instituídos para que questões de qualidade responsáveis pela ocorrência de óbitos passíveis de prevenção sejam sanadas.

3 METODOLOGIA

Segundo Roesch (1999), na pesquisa científica a escolha do método depende de uma postura filosófica diante da possibilidade de investigar a realidade. Há duas reconhecidas correntes em ciência: positivismo e fenomenologia. Igualmente, há dois métodos de análise: quantitativo e qualitativo. A estes estão associadas certas pré-suposições e implicações metodológicas. Importa saber que teorias, técnicas e instrumentos não são neutros, mas criados “dentro” de uma daquelas correntes.

De acordo com a autora, a idéia básica do positivismo é que o mundo social existe externamente ao homem e que suas propriedades devem ser medidas por meio de métodos objetivos. O positivismo como filosofia desenvolveu-se como um paradigma distinto ao longo dos últimos 150 anos.

Em síntese, as proposições que estão associadas com o ponto de vista positivista são as seguintes:

- Independência – O observador é independente do que está sendo observado.
- Isento de valor – A escolha do que estudar e como estudar pode ser determinada por critérios objetivos, em lugar de crenças e interesses humanos (nesse ponto, pode haver conflito com questões éticas).
- Causalidade – O objetivo das ciências sociais consiste em identificar explicações causais e leis fundamentais que explicam regularidades no comportamento social humano.
- Hipotético-dedutivo – A ciência progride por meio de um processo de levantar hipóteses sobre as leis fundamentais.
- Operacionalização – Os conceitos precisam ser operacionalizados, de modo a possibilitar sua mensuração quantitativa.

- Reduccionismo – Problemas como um todo são mais bem entendidos se puderem ser reduzidos a elementos mais simples possíveis.
- Generalização – É necessário selecionar amostras de tamanho suficiente para possibilitar generalizações sobre regularidades do comportamento social e humano.
- Análise estatística – Tais regularidades podem ser identificadas de maneira mais fácil ao comparar variações entre amostras.

Para Bryman (1989), o método quantitativo enfatiza a utilização de dados padronizados que permitem ao pesquisador elaborar sumários, comparações e generalizações. Por isso, a análise de dados é baseada no uso de estatísticas. Este modelo tem sido questionado por alguns pesquisadores. Um dos argumentos básicos é que, na prática, nem toda pesquisa quantitativa propõe-se a testar hipóteses, ou seja, a maior parte das pesquisas quantitativas tem mesmo é caráter exploratório.

A tradição fenomenológica parte da perspectiva de que o mundo e a realidade não são objetivos e exteriores ao ser humano, mas socialmente construídos, e recebem um significado a partir do homem. Segundo esta visão, a tarefa do cientista social não é levantar fatos e medir a frequência de certos padrões, mas apreciar as diferentes construções e significados que as pessoas atribuem a sua experiência. Deve-se tentar entender e explicar por que as pessoas têm experiências diferentes, em vez de procurar causas externas e leis fundamentais para explicar seu comportamento. Nesse sentido, considera-se que a ação humana surge a partir do significado que as pessoas atribuem a situações diversas, em lugar de uma resposta direta de estímulos externos (BRYMAN, 1989).

Jones (1987) explica de forma muito clara o que está por trás desse enfoque de pesquisa. De acordo com a idéia de “construtivismo social”, as pessoas definem situações de maneira seletiva e subjetiva a partir do esquema de referência pessoal de crenças e valores que desenvolvem ao longo de suas vidas. Os significados são criados, comunicados, sustentados e

modificados por meio de processos de interação social. De fato, o homem vive em uma determinada cultura e compartilha com outros (com quem interage) pelo menos um estoque social de conhecimento, e esta é a base para generalizações e predições sobre os seres sociais. Essas predições, entretanto, são sempre probabilísticas. A localização social determina as probabilidades estatísticas de compartilhar significados para as situações.

Então, conforme esclarece Jones (1987), a pesquisa qualitativa envolve uma instância teórica que, de maneira autoconsciente, procura suspender suposições descuidadas sobre significados compartilhados. Procura o que é comum, mas permanece aberta para perceber a individualidade e os significados múltiplos, em vez de destruí-los, na busca por uma média estatística. Também procura explorar os significados dos outros de maneiras e em contextos que não estruturam de forma rígida a direção da investigação a partir de hipóteses, definições operacionais e suposições *a priori* do pesquisador.

De acordo com Bryman (1989), existem duas distinções básicas entre a pesquisa qualitativa e a pesquisa quantitativa. A primeira é que a distinção quantitativo/qualitativo não se refere à presença ou ausência de quantificação. O enfoque implica iniciar com conjuntos de conceitos amplos e de idéias cujo conteúdo vai consolidando-se durante o processo de coleta. Não se trata, portanto, de um enfoque diferente de coleta. É uma forma diferente de conhecer. A segunda distinção está na ênfase na perspectiva do indivíduo pesquisador. Enquanto na pesquisa quantitativa o pesquisador parte de conceitos *a priori* sobre a realidade, o pesquisador qualitativo sai a campo não estruturado, justamente para captar as perspectivas e interpretações das pessoas. Neste caso, a reflexão teórica ocorre durante ou quase no final do processo de coleta de dados. Entretanto, mesmo com base no enfoque quantitativo de pesquisa, utilizam-se técnicas de caráter qualitativo, especialmente na fase exploratória da pesquisa.

3.1 Tipo de pesquisa

Pelas características deste trabalho, pode-se classificá-lo como uma pesquisa descritiva. Segundo Gil (1995), este tipo de pesquisa tem por objetivo primordial descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

A estratégia para a realização desta pesquisa consiste no estudo de caso. Segundo Yin (2005), um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenômeno contemporâneo em seu contexto da vida real, especificamente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos. Em outras palavras, usa-se o método de estudo de caso quando, deliberadamente, deseja-se lidar com condições contextuais, acreditando que elas poderiam ser altamente pertinentes ao seu fenômeno de estudo. Em segundo lugar, uma vez que fenômeno e contexto não são sempre discerníveis em situações da vida real, um conjunto inteiro de outras características técnicas, como a coleta de dados e as estratégias de análise de dados, precisa ser bem definido.

A investigação de estudo de caso enfrenta uma situação tecnicamente única, em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados. Como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências, com a necessidade de os dados convergirem em um formato de triângulo. Como outro resultado, beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. Isso significa que o estudo de caso, como estratégia de pesquisa, compreende um método que abrange tudo – tratando da lógica do planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. Nesse sentido, o estudo de caso não é nem uma tática para coleta de dados, nem meramente uma característica do planejamento em si, mas uma estratégia de pesquisa abrangente (YIN, 2005).

3.2 Unidade de análise

A unidade de análise desta pesquisa foi a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Por se tratar de uma rede de vinte hospitais públicos e para atender os propósitos deste trabalho, a análise foi focada na sua Administração Central, que concentra toda sua diretoria (ANEXO I).

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados de três fontes:

- Relatório de gestão dos exercícios de 2003, 2004, 2005 e 2006;
- Entrevistas com roteiro semi-estruturado;
- Indicadores hospitalares.

A razão para a escolha desse período consiste na evidência de que a partir de 2003 iniciou-se uma gestão mais efetivamente voltada para resultados na Fundação. O relatório de gestão que compreende o período de 2003 a 2006 forneceu as informações com relação aos investimentos realizados na FHEMIG nos últimos quatro anos, além de dados sobre a execução orçamentária e os procedimentos para o desenvolvimento institucional.

Nas entrevistas, foram coletadas informações referentes à elaboração e ao controle do orçamento, ao fluxo de caixa, à realização de investimentos, ao acompanhamento dos indicadores hospitalares e aos procedimentos adotados para desenvolver a fundação. É importante ressaltar que não houve nenhuma divergência de informações entre os responsáveis das diversas áreas pesquisadas.

Os indicadores coletados referem-se às taxas de ocupação, de mortalidade, de eficácia terapêutica, de reinternação, de mortalidade do CTI/UTI, de ocupação dos leitos asilares, de mortalidade dos asilos e média de permanência. Outros dados coletados foram: número de

exames, cirurgias, partos e análises clínicas, número de atendimento ambulatorial e de outras especialidades.

3.4 Análise dos dados

As investigações foram feitas por meio da análise *ex-post-facto*, que opera com fatos passados, com o objetivo de entender os fenômenos presentes e sob o qual o pesquisador não exerce nenhum controle. Nesta pesquisa, foram feitas análises qualitativa e quantitativa, conforme os autores abordados na seqüência.

3.4.1 Análise qualitativa

De posse dos dados coletados nas entrevistas e devidamente transcritos, procedeu-se à análise do discurso dos entrevistados, para verificar se as perguntas foram respondidas adequadamente. Nesse sentido, as respostas obtidas foram comparadas com os dados obtidos no relatório de gestão. Além disso, as respostas dos vários entrevistados foram cruzadas, para identificar possíveis divergências.

Como as entrevistas foram realizadas com roteiro semi-estruturado, levantaram-se algumas informações que, a princípio, não estavam no roteiro. Nesse caso, as informações importantes e relacionadas com a pesquisa foram incluídas e relatadas no capítulo referente à análise, para enriquecer o texto. Pode-se considerar isso como uma das vantagens desse método.

No que diz respeito ao relatório de gestão, fez-se uma síntese das informações relacionadas com o tema da pesquisa, que também serviram de base para as entrevistas. Do relatório de gestão foram evidenciados os principais investimentos realizados na Fundação no período estudado. Também foram identificados os propósitos para os quais os indicadores de desempenho hospitalar foram adotados na FHEMIG.

Pontos relacionados ao financiamento e ao fluxo de caixa da Fundação foram evidenciados no relatório de gestão e confirmados nas entrevistas com as pessoas responsáveis pelos setores financeiro e orçamentário. No relatório, ficam evidenciados outros pontos relacionados ao orçamento e a arrecadação por meio do SUS.

3.4.2 Análise quantitativa

Na análise quantitativa, iniciou-se uma análise estatística multivariada dos indicadores de desempenho hospitalar, na qual se procurou identificar correlações entre as variáveis que compõem os indicadores considerados na pesquisa.

De acordo com Hair *et al.* (2005), a análise multivariada é um conjunto de técnicas para a análise de dados, que está sempre em expansão. A análise fatorial, que inclui a análise de componentes principais e a análise dos fatores comuns, é uma abordagem estatística que pode ser usada para analisar inter-relações entre um grande número de variáveis e explicar essas variáveis em termos de suas dimensões inerentes comuns (fatores). O objetivo é encontrar um meio de condensar a informação contida em um número de variáveis originais em um conjunto menor de variáveis estatísticas (fatores) com uma perda mínima de informação.

No caso dos indicadores hospitalares, optou-se por trabalhar com a análise fatorial, pois essa técnica difere daquelas de dependência, como a regressão múltipla, nas quais uma ou mais variáveis são explicitamente consideradas como as variáveis de critério ou dependentes e todas as outras são as variáveis preditoras ou independentes. Como a análise fatorial é uma técnica de interdependência na qual todas as variáveis são simultaneamente consideradas, cada uma relacionada com todas as outras, essa técnica apresentou-se, a princípio, mais adequada para dar o tratamento estatístico para as variáveis da pesquisa.

Segundo Hair *et al.* (2005), além das bases estatísticas para as correlações da matriz de dados, o pesquisador também deve garantir que a matriz de dados tenha correlações suficientes para justificar a aplicação da análise fatorial. Se a inspeção visual não revela um número substancial de correlações maiores que 0,30, a análise fatorial provavelmente é inapropriada.

Conforme Hair *et al.* (2005), as suposições conceituais inerentes à análise fatorial relacionam-se com o conjunto de variáveis selecionadas e com a amostra escolhida. Uma suposição básica da análise fatorial é que alguma estrutura latente de fato existe no conjunto de variáveis selecionadas. É responsabilidade do pesquisador garantir que os padrões observados sejam conceitualmente válidos e apropriados para estudos com análise fatorial, pois a técnica não tem meio algum para determinar a adequação além das correlações entre variáveis.

Foram calculadas as variações dos dados que compõem alguns indicadores, como: *número de leitos, número de internações e número de altas*. Também foram calculadas as variações de dados que não entram no cálculo de indicadores, tais como: *número de exames, cirurgias, análises clínicas, partos, média de permanência, atendimento ambulatorial, atendimento de fisioterapia e outros atendimentos especiais*.

O período abrangido pela análise quantitativa foi de 2001 a 2006, ou seja, o quadriênio em que foram implementados os investimentos realizados pela atual gestão e os dois anos anteriores a ela. Essa análise visa calcular as variações dos indicadores entre um período sem grandes mudanças e o período da atual gestão.

Na análise dos indicadores hospitalares, as especialidades de cada hospital foram levadas em consideração. Nesse sentido, as unidades foram agrupadas de acordo com os complexos a que pertencem: urgências e emergências; hospitais gerais; saúde mental; reabilitação e cuidado ao idoso; maternidade; hospital de oncologia; e hospital de infectologia.

Alguns indicadores foram analisados tanto para os hospitais de um modo geral, como para os centros ou unidades de tratamento intensivo. Nos dois casos, manteve-se a divisão por especialidade. Os indicadores analisados foram: *taxa de ocupação*, *taxa de mortalidade*, *taxa de eficácia terapêutica*, *taxa de reinternação* e *índice de intervalo de substituição*. Além disso, fez-se a análise da *taxa de ocupação* e da *taxa de mortalidade* para todos os hospitais de reabilitação e cuidado ao idoso.

4 ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Análise documental

De acordo com o relatório de gestão analisado, o orçamento da FHEMIG tem três fontes de financiamento: Tesouro do Estado, Receita Diretamente Arrecadada (RDA) e Convênios, responsáveis pelo pagamento de pessoal e pelo material médico-hospitalar, dentre outros elementos de custeio, como também dos investimentos em obras e aquisição de novas tecnologias para a rede assistencial.

Do total da receita da Fundação, os recursos do Tesouro estadual correspondem a cerca de 80%. Inclui-se aí o Termo de Compromisso n. 258, firmado com a SES/MG, fundamental para viabilizar o investimento do governo do estado na FHEMIG. Os repasses financeiros ocorreram de forma parcelada, sendo R\$10.000.000,00 em 2005 e R\$30.224.000 em 2006.

Analisando o comportamento da receita diretamente arrecadada (RDA), com faturamento exclusivamente proveniente do SUS, pode-se dizer que com relação ao ano-base 2003 a receita cresceu 17,29% em 2004, 26,76% em 2005 e 27,54% em 2006, em função de ações voltadas ao maior apontamento da produção realizada.

É importante ressaltar que a FHEMIG não recebe por parte dos gestores municipais de saúde a integralidade dos recursos correspondentes aos serviços prestados, o que representa uma perda anual de recursos da ordem de R\$20 milhões. A compatibilização da oferta de serviços e o pagamento da produção realizada são fatores imprescindíveis para o adequado equacionamento da receita.

Dentre os convênios firmados pela FHEMIG destaca-se o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais, do SUS/MG, celebrado com a Secretaria Municipal de Patos de Minas – Hospital Regional Antônio Dias, com interveniência da SES/MG, que propiciou um investimento da ordem de R\$1.624.000,00, aplicados na aquisição de

equipamentos e na ampliação e reforma das áreas físicas, assim como na capacitação da gestão. Destacam-se também os investimentos do governo do estado na FHEMIG, de cerca de R\$79 milhões, no período de 2003 a 2006, que garantiram a execução de obras e reformas, como também a incorporação de novos equipamentos e tecnologias.

Em suma, vários investimentos foram realizados pela FHEMIG para melhorar seu desempenho, de modo a alcançar seu objetivo de ser um modelo de excelência na prestação de serviços de saúde no País. Pode-se destacar que os principais investimentos estão relacionados a: revitalização e modernização das unidades assistenciais, gestão de pessoas, desenvolvimento científico, gestão de tecnologia da informação e desenvolvimento institucional. A seguir, faz-se a descrição de cada um deles, conforme o Relatório de Gestão analisado do período de 2003 a 2006.

4.1.1 Gestão de pessoas

Com relação à gestão de pessoas, em 2006 foram capacitados aproximadamente 9.100 servidores em 12 mil participações, sendo que o maior número desses eventos foi desenvolvido na própria instituição. A FHEMIG tem como uma de suas metas incentivar o desenvolvimento das competências gerenciais, técnico-assistenciais, técnico-operacionais e humano-sociais dos servidores, tendo como suporte o cumprimento da missão institucional. Nesse sentido, a Fundação promove diversas ações, por meio do Centro de Educação Permanente (CEDEP), em parceria com os Núcleos de Ensino e Pesquisa das unidades assistenciais, contando também com uma Escola de Formação Profissional, voltada para a capacitação em nível médio.

Em 2005 foi instituído o Comitê Técnico de Desenvolvimento da Política de Humanização da FHEMIG, com o objetivo de implantar na Fundação uma cultura solidária, crítica e democrática de humanização. Esse Comitê é responsável pela criação e sustentação

de um espaço permanente de comunicação institucional, procurando tornar a “humanização” uma ferramenta de gestão que faculte e estimule o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas, por meio de reuniões periódicas entre Direção, coordenação e equipes. Para tanto, profissionais estão sendo capacitados para implantar o programa de humanização nas unidades hospitalares da rede FHEMIG.

Além disso, em 2005 o governador do estado sancionou uma lei que instituiu carreiras da área de saúde, incluindo as pertinentes à FHEMIG, que passou a contar com cinco carreiras em sua estrutura: auxiliar de apoio da saúde, técnico operacional da saúde, analista de gestão e assistência à saúde, profissional de enfermagem e médico. O Plano de Carreira valoriza a qualificação profissional mediante a promoção por escolaridade adicional, oferecendo novas perspectivas ao servidor.

4.1.2 Desenvolvimento científico

Outra área que merece destaque diz respeito às pesquisas e ao desenvolvimento científico promovidos na FHEMIG. A Fundação tem implementado estratégias para o incremento da atividade de pesquisa entre seus funcionários, tais como: oferta de cursos de capacitação básica para pesquisa biomédica na forma de curso de Medicina Baseada em Evidências; criação de banco de dados de pesquisa; parceria com importantes centros de pesquisa internacionais; acompanhamento de pesquisas; e publicação de artigos científicos.

As atividades de pesquisa visam avaliar inovadoras propostas de tratamento de diversas doenças nas áreas de Neonatologia, Urgência e Emergência, Psiquiatria e Pneumologia, dentre outras, trazendo contribuição para a ciência e para a melhoria da saúde da população. Várias das pesquisas realizadas na FHEMIG são conduzidas em parceria com universidades, instituições de ensino estaduais e de outros estados, instituições governamentais e instituições estrangeiras. Algumas delas apresentam o mais elevado padrão

conduzido em nível internacional. Dentre elas, merece destaque a realização de pesquisas unicêntricas e multicêntricas, em parceria com importantes centros de pesquisa internacionais.

4.1.3 Gestão da tecnologia da informação

No período de 2003 a 2006, foram feitos grandes investimentos na área de Tecnologia e Informação, incluindo a aquisição e manutenção de equipamentos e o desenvolvimento de sistemas que atendam às demandas específicas da Fundação. O parque tecnológico foi ampliado, passando de 700 microcomputadores em 2002 para 1800 em 2006 e quase todas as impressoras jato de tinta foram substituídas por impressoras a laser. A rede lógica física foi ampliada, passando de 300 endereços Ips em 2002 para 1500 endereços em 2006, o que significou um percentual de 80% de máquinas ligadas em rede. Além disso, toda a rede de computadores das unidades e da administração central está sendo reestruturada para possibilitar um rápido e seguro tráfego de dados.

O maior investimento na área de Tecnologia da Informação foi feito em desenvolvimento de sistemas, buscando a inovação tecnológica por meio do trabalho da equipe de analistas de desenvolvimento da FHEMIG. Com a nova intranet, foi desenvolvido um sistema de informação que processa e disponibiliza informações e subsídios necessários para a gestão e a tomada de decisão. Nas unidades assistenciais da capital, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde, implantou-se um sistema capaz de agilizar as solicitações de internação por intermédio da Central de leitos aos hospitais que compõem o SUS.

A FHEMIG está implantando um sistema de gestão hospitalar totalmente integrado e desenvolvido exclusivamente para as suas necessidades. A primeira etapa do Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGH) já foi concluída e está em funcionamento em todas as unidades assistenciais. Este sistema foi desenvolvido em ambiente web numa versão escrita para atender às necessidades específicas do Hospital João XXIII e outra versão para atender

às necessidades das demais unidades, respeitando as diferenças e peculiaridades de cada uma delas, de acordo com seus variados portes e tipos.

Atualmente, o SIGH é constituído de nove módulos, que atendem as seguintes áreas: Recepção, Emergência, Internação, Ambulatório, Farmácia, Raio X, Bloco cirúrgico, Laboratório e Faturamento. Para dar maior agilidade aos processos da assistência, implantou-se o prontuário informatizado, que contempla prescrição médica e solicitação de exames com resultados on-line. A segunda fase de desenvolvimento do sistema prevê a implantação de módulos para novas implementações do prontuário informatizado, hotelaria, custos e gestão da qualidade e CTI/UTI. O intuito é consolidar o sistema como principal ferramenta da gestão da informação institucional.

4.1.4 Revitalização e modernização das unidades

O maior aporte de investimentos da FHEMIG tem sido na revitalização e modernização das unidades assistenciais. A revitalização do espaço físico foi associada à modernização dos equipamentos. Os investimentos de maior relevância foram realizados nas seguintes unidades: Hospital João XXIII, Hospital Maria Amélia Lins, Centro Geral de Pediatria, Maternidade Odete Valadares, Hospital Alberto Cavalcanti, Hospital Eduardo de Menezes, Hospital Júlia Kubitschek, Hospital Regional Antônio Dias, Hospital Regional João Penido, Hospital Regional de Barbacena, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, Instituto Raul Soares, Hospital Galba Velloso, Hospital Cristiano Machado, Sanatório Santa Fé, Sanatório São Francisco de Assis, Sanatório Padre Damião e Sanatório Santa Izabel.

Com relação ao Hospital João XXIII, a unidade passou em 2006 pela maior intervenção desde a sua inauguração: sua área física, de 18 mil metros quadrados, foi ampliada com investimento de R\$20 milhões, oriundos do Tesouro do estado, em obras e

equipamentos; estão sendo disponibilizados 115 leitos para tratamento intensivo; o setor de Urgência e Emergência recebeu pontos de oxigênio distribuídos em pontos estratégicos para grandes eventualidades, vários serviços foram reequipados; e o Pronto Socorro foi adequado em sua área física para a instalação do novo tomógrafo, o que corresponde a um investimento de cerca de R\$ 1,9 milhão.

Os principais investimentos das outras unidades da FHEMIG são resumidos a seguir:

- O Hospital Maria Amélia Lins foi revitalizado em 2006, com melhorias como as do ambulatório e reforma dos postos de enfermagem.
- O Centro Geral de Pediatria aumentou o número de leitos de 82 para 100 e de 12 para 18 no CTI; e foram investidos cerca de R\$ 2,7 milhões na unidade, dentre os quais destaca-se a reforma de 1.320 m², o que promoveu a adequação da área física de dois andares, portaria, serviço de urgência e conclusão da passarela de ligação com o Hospital João XXIII.
- A Maternidade Odete Valadares teve sua Unidade de Tratamento Intensivo, com área de 250 m², adequada ao funcionamento de seus dez leitos voltados para recém-nascidos de alto risco; foi investido cerca de R\$ 1,2 milhão em suas obras de reforma e revitalização.
- No Hospital Alberto Cavalcanti foi feita a ativação do acelerador linear de radioterapia, o que contribuiu para a ampliação dos serviços prestados; revitalizou-se seu ambulatório; implementou-se o serviço de diagnóstico; e inaugurou-se o serviço de urgência e emergência; e reestruturou-se o bloco cirúrgico, o que possibilita a realização de procedimentos tanto de mastologia quanto de urologia.
- No Hospital Eduardo de Menezes foram realizadas obras de aproximadamente R\$ 250 mil, com destaque para a entrega da farmácia, ampliada e adequada ao seu funcionamento para atividades de dispensação (ambulatorial e hospitalar) e

manipulação de medicamentos (diluição); atualmente, cerca de 1.800 pacientes estão cadastrados no serviço.

- No Hospital Júlia Kubitschek foi inaugurado o novo bloco cirúrgico da sua maternidade, com a ampliação de seu espaço e a construção de salas de admissão, pré-parto e parto, assim como salas para cirurgias e outros procedimentos; e foi realizada a reforma e ampliação do alojamento conjunto e do setor de internação.
- No Hospital Regional Antônio Dias foi inaugurada uma maternidade de alto risco, em novembro de 2005, contando com 17 leitos de alojamento conjunto, 6 leitos no CTI neonatal e 3 no centro de cuidados intermediário CCI.
- No Hospital Regional João Penido foi concluído o centro de reabilitação, em 2005, com investimento de R\$ 130 mil em obras e R\$ 242 mil na compra de equipamentos, o que contribuiu para o aumento de 80% dos atendimentos realizados pelo hospital; o serviço de cirurgia por videolaparoscopia é o primeiro a prestar essa modalidade de intervenção em Juiz de Fora; houve melhoria de infra-estrutura, com destaque para lavanderia, ambulatório, ala feminina, pediatria, radiologia, lactário, UTI neonatal e adulta, centro cirúrgico e laboratório.
- O Hospital Regional de Barbacena foi inaugurado no ano de 2005, após obras de readequação da edificação à nova proposta assistencial associada à aquisição de equipamentos; instalação de ar-condicionado; modernização da subestação elétrica; instalação de duas salas de raio X; e conclusão de bloco cirúrgico e UTI disponibilizando dez leitos.
- No Instituto Raul Soares foram feitas reformas do setor de urgência, ambulatório, central de material esterilizado, posto de enfermagem, sala de pequenas cirurgias e eletroencefalograma; foi realizada a pintura de todos os corredores internos e ambulatoriais, contribuindo para a revitalização de seu conjunto arquitetônico.

- No Hospital Galba Velloso, os investimentos realizados se resumem em reforma de algumas alas; melhorias na unidade ortopédica, com a aquisição de equipamentos médico-hospitalares; instalação do centro de abastecimento farmacêutico; pintura do centro de acolhimento de crise, que, apesar de se caracterizar mais com uma despesa do que com um investimento propriamente dito, trata-se de um gasto importante no sentido de criar um ambiente mais agradável que possa auxiliar na recuperação dos pacientes.
- No Hospital Cristiano Machado foram investidos mais de R\$ 200.000 na revitalização e adequação das enfermarias, o hospital conta com 40 leitos, 15 deles destinados a cuidados intensivos e 6 a cuidados prolongados.
- No Sanatório Santa Fé os investimentos realizados foram a inauguração, em 2006, do Centro de Reabilitação, com área de 1.289 m², que aumentou em torno de 100% o número de atendimentos a pacientes portadores de doenças ortopédicas e neurológicas; por meio da implementação de leitos de reabilitação em hospitais gerais, o hospital encontra-se em franco processo de transformação, visando a sua requalificação como Centro de Referência e Cuidado ao Idoso.
- O Sanatório São Francisco de Assis recebeu investimentos no valor de R\$ 695.000, aproximadamente, gastos na construção do bloco cirúrgico, adaptação de área física para instalação de R-X, implantação de nova central de material esterilizado, aquisição de equipamentos médico-hospitalares, de informática e veículos; e aumento no número de leitos de 280 para 295.
- No Sanatório Padre Damião, a revitalização provocou substanciais mudanças na unidade, por meio de reformas na Praça Orestes Diniz, no pavilhão asilar masculino e no pavilhão que passou a abrigar o centro de atendimento psicossocial; foram realizadas várias obras, tais como implantação de copa distribuidora e área de

convivência, novas instalações hidráulicas, sanitárias e elétricas, melhorias na sapataria ortopédica, almoxarifado, departamento de pessoal, escritório e quarto de plantonistas, modernização da central telefônica, aquisição de central de rede lógica e construção de Capela Mortuária.

- O Sanatório Santa Izabel recebeu o Cine-Teatro Glória, restaurado e apto para abrigar o centro popular; foi entregue o centro de tratamento de lesões de hanseníase; foi concluída a reforma de adequação do Pavilhão Gustavo Capanema, sendo realizadas substanciais melhorias no centro de reabilitação, com investimentos de R\$ 1.200.000 por parte da FHEMIG.

Pela análise do relatório de gestão, foram identificados os principais investimentos realizados nas unidades hospitalares da FHEMIG, conforme proposto no primeiro objetivo específico. Além desses investimentos, foram feitos outros gastos considerados importantes para melhorar o serviço prestado pela Fundação aos usuários do SUS. Estes gastos estão relacionados com o desenvolvimento institucional, além dos gastos com gestão de pessoas, desenvolvimento científico e gestão da tecnologia da informação.

4.1.5 Desenvolvimento institucional

No período de 2003 a 2006, a FHEMIG passou por mudanças significativas, seguindo as novas diretrizes surgidas durante o processo, todas elas importantes para o resultado final. A reorganização da auditoria e serviços, dos processos de trabalho e do controle de estoque e a implantação de boas práticas de compras, fundada na ação pioneira do registro de preço, reordenaram o quadro de funcionamento institucional (Relatório de Gestão – 2003 a 2006).

Um dos pontos que merece destaque diz respeito à aquisição de medicamentos. A modernização dos processos relacionados à atenção farmacêutica ocorreu a partir do estabelecimento de políticas para a utilização de medicamentos, por meio da padronização dos

protocolos científicos, obedecendo às normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Os custos foram reduzidos em aproximadamente R\$ 400 mil por ano, sem perda da efetividade no tratamento, por meio de aquisição racional de antimicrobianos similares, como também do controle eficaz da utilização desses medicamentos. A padronização favorece a desospitalização precoce e a preservação de drogas estratégicas no tratamento de infecções.

A FHEMIG instituiu a análise prévia dos contratos oriundos de processos descentralizados, o que contribuiu para a redução considerável dos erros materiais e de aspectos administrativo-financeiros, muitas vezes, detectados apenas quando do encaminhamento para publicação – ou seja, cancelado e assinado pelas partes, comprometendo cumprimento de prazos e provocando nova tramitação para o expediente.

A formalização dos contratos oriundos dos processos centralizados e destinados à aquisição de bens e serviços da Administração Central e a publicação dos contratos, termos e convênios da rede FHEMIG são registradas em banco de dados. Em virtude do caráter gerenciador adotado, no ano de 2006 os planos de trabalho e planilhas de despesas foram formalizados, acompanhando não somente a execução financeira e orçamentária, como também a proposição, tramitação e aprovação do instituto.

4.2 Análise das entrevistas

4.2.1 Entrevista da área de Orçamento

De acordo com as informações obtidas na área, inicialmente é feito o levantamento das necessidades dos hospitais para elaborar o orçamento de cada unidade e identificar quais são os investimentos necessários para o próximo ano. Muitas vezes, ocorre uma extrapolação, e então a administração central da FHEMIG faz um corte. Essa restrição orçamentária é feita mediante um levantamento com os setores/áreas para saber o que é mais prioritário.

A Secretaria de Planejamento e Gestão (SEPLAG) fixa uma quota para a Secretária da Saúde (SES), que é repassada para a FHEMIG, considerando os levantamentos para investimento, pessoal e custeio (custos e despesas). Essa verba deve ser alocada em função das metas propostas pela Diretoria, tais como: aumentar o número de internações e exames. O orçamento deve ser adequado para cumprir essas metas, e não como algo mecânico de controle de gastos. Além disso, existe um programa de planejamento, gestão e finanças que indica todas as contas que precisam de verbas.

As verbas são oriundas do governo do estado, do Sistema Único de Saúde (SUS) e de convênios, como o QualiSUS, com o João XXIII, no valor de R\$ 7 milhões. O SUS repassa para as prefeituras o dinheiro para custear os tratamentos de saúde, enquanto que o governo do estado, via SEPLAG, repassa a verba para a realização dos investimentos.

O orçamento não é seguido à risca; ou seja, as verbas podem ser remanejadas de um investimento para outro, mediante justificativa e determinação da Diretoria. Nesse sentido, o orçamento não é meramente um instrumento de controle de gastos já predeterminados, mas uma peça que aceita realocações e ajustes para atender às mudanças de planos que ocorrem durante o exercício.

O SUS envia a verba para a prefeitura, que repassa para a FHEMIG, porque esta não pode ser órgão gestor. Por sua vez, a administração central da FHEMIG repassa parte da verba para as suas unidades. O dinheiro é bastante controlado, inclusive pelo Tribunal de Contas. As compras podem ser feitas tanto pelas várias unidades quanto pela unidade central. Quando esta tem mais condições (importações, por exemplo) ou vantagens (descontos ao comprar para vários hospitais), ela faz a compra para as demais.

É importante ressaltar que a FHEMIG possui uma Diretoria Assistencial, cujo pessoal visita as unidades e faz uma análise daquilo que cada hospital necessita. Quando se trata de obras, reformas e ampliações, o Serviço de Engenharia também faz uma análise dos

investimentos mais relevantes. O Hospital João XXIII, pelo seu porte e alta complexidade, é a unidade que recebe uma verba maior da FHEMIG.

Cada diretor faz o seu planejamento, inclusive de treinamento de pessoal, e informa o quanto precisa para congressos, viagens, eventos, cursos. O orçamento reserva uma verba para esse tipo de gasto. Entretanto, se ao longo do ano ocorrer a necessidade de fazer restrições, solicita-se à área que faça alguns cortes, inclusive no caso de ocorrer a necessidade de realizar investimentos não previstos, porém urgentes.

Com relação ao investimento na área de Tecnologia da Informação, que resultou no desenvolvimento do SIGH, este foi planejado pela área responsável com o objetivo de facilitar o trabalho de todas as demais áreas. A FHEMIG, como outras organizações de grande complexidade, necessita de um sistema de informação ágil, integrado e confiável, o que justifica o valor investido para desenvolver esse sistema.

A Secretaria da Saúde pretende investir no interior, de modo a descentralizar o atendimento da Capital. Para isso, algumas ampliações devem ser feitas. Segundo a FHEMIG, existe a proposta de adequar os sanatórios, mas isso é um investimento de longo prazo. Os investimentos realizados nos hospitais do interior no período de 2003 a 2006 foram mais significativos nos hospitais gerais de Barbacena, Juiz de Fora e Patos de Minas, principalmente com as parcerias realizadas com as prefeituras locais.

Quando a FHEMIG precisa fazer um investimento maior que o orçado, aciona-se a Secretaria da Saúde para pedir mais verba, o que, muitas vezes, é atendido mediante documentação explicativa. Entretanto, não se pode comprar *a priori* sem que o crédito orçamentário seja liberado. Isso porque a Lei de Responsabilidade Fiscal proíbe e o Tribunal de Contas fiscaliza os gastos realizados. Atualmente, os setores de Orçamento e Financeiro andam juntos, pois, não podem ocorrer gastos maiores do que a capacidade de pagar.

O orçamento pode ser modificado quando há alteração proposta pela Diretoria, mas isso não é visto como algo prejudicial. É compreensível que os diretores possam propor alterações para melhorar o desempenho dos hospitais e, mesmo que isso gere justificativa, faz parte do trabalho da área de Orçamento.

O controle orçamentário pode ser feito pelas unidades, entretanto ele é centralizado pela FHEMIG de modo que é desnecessário manter uma equipe administrativa em cada unidade para a realização desse trabalho. Além disso, esta centralização facilita a auditoria do Tribunal de Contas e a consolidação do orçamento geral da FHEMIG, o que é importante para análise.

Como se pode perceber pela entrevista da área de orçamento, esse instrumento é elaborado de acordo com as necessidades de investimentos dentro dos recursos disponíveis para a Fundação. Destaca-se o caráter gerencial na sua execução, uma vez que os recursos podem ser remanejados conforme as prioridades e contingências que ocorrem ao longo do ano. Além disso, fica claro que não são feitos gastos que não foram orçados sem prévia autorização da Secretária da Saúde, o que ressalta o compromisso dos gestores com as leis que regulam o orçamento público.

4.2.2 Entrevista da área de Engenharia

A FHEMIG recebeu um aporte de R\$ 79 milhões do governo do estado de Minas Gerais. Com esse recurso, a maioria de suas unidades assistenciais e a sede da administração central passaram por significativas reformas, incluindo a aquisição de equipamentos. As decisões sobre quais investimentos seriam mais necessários em cada unidade foram tomadas pela diretoria de planejamento e finanças, pela diretoria assistencial e pela Direção de cada hospital.

Alguns hospitais receberam mais investimentos, como o de Patos de Minas, o de Barbacena e o de Juiz de Fora, mas muitos ainda necessitam de mais investimentos, até que seja colocada em prática a idéia de descentralizar o atendimento de saúde da Capital para os demais municípios. Existe um projeto que prevê maiores investimentos desse tipo até 2011, evitando a sobrecarga dos hospitais da Capital e gastos com deslocamentos, e reduzindo o custo, já que vários tipos de serviços no interior tendem a ser mais baratos.

Quando se trata de obras e de revitalizações, a Divisão de Engenharia é solicitada a fazer projetos e orçamentos sobre esses investimentos. Toda obra acima de R\$8.000,00 é submetida à Câmara Técnica, para aprovação. Normalmente, o serviço é terceirizado para empreiteiras, uma vez que esse não é o negócio principal da FHEMIG. Eventualmente, são feitas algumas pequenas obras e revitalizações pelos próprios funcionários da Fundação, mas o número desses funcionários nos últimos anos diminuiu, em virtude do próprio planejamento orçamentário da Direção.

A FHEMIG, por ser um órgão público, não pode efetuar compras sem realizar licitações, o que contribui para evitar preços abusivos de alguns fornecedores. As modalidades utilizadas são: carta-convite, tomada de preço e concorrência. Além desses, ocorre também o pregão eletrônico e o pregão presencial. O primeiro é utilizado para valores menores, como compras de materiais. Ambos são utilizados somente no caso de revitalização, ou seja, reformas que consomem bem menos recursos que as obras. Porém, quando se trata de compras de equipamentos, as especificações são feitas pelo Departamento de Engenharia Clínica, que costuma utilizar o pregão eletrônico mais freqüentemente.

Quando o valor de uma obra supera o previsto no orçamento, deve-se fazer uma justificativa para a Diretoria Financeira e, até mesmo, a Diretoria Jurídica solicitando a aprovação do valor excedente. A Diretoria da FHEMIG entra em contato com a SEPLAG solicitando uma verba complementar, que, mediante a devida justificativa, é possível ser

aprovada. Além disso, caso não haja a possibilidade de receber uma verba complementar, como alternativa pode-se fazer uma realocação de verba de outras áreas.

O aumento no valor de uma obra significa que durante a sua execução pode ocorrer a necessidade de realizar outras obras fundamentais para viabilizar a principal. Não se trata, portanto, de um aumento do preço da obra já contratada, uma vez que o método de licitação não permite o reajuste de preço pelo empreiteiro sem que haja alterações no projeto inicial por parte da FHEMIG. Geralmente, a equipe de engenharia faz o orçamento da obra a preço de custo e adiciona um acréscimo de 35% a título de despesas e lucro da empreiteira contratada para o serviço.

4.2.3 Entrevista da Gerência Financeira

A execução orçamentária e financeira da FHEMIG tem três fontes de financiamento: Tesouro do estado, Receita Diretamente Arrecadada e Convênios. O Tesouro do estado fornece recursos para a realização dos investimentos, tais como compras de equipamentos e realização de obras. A Receita Diretamente Arrecadada, também chamada de “Recursos Próprios”, refere-se ao ressarcimento do SUS pelos serviços prestados, como cirurgias e tratamentos. Já os recursos de convênios podem se referir a alguns tipos de investimentos, como os do Hospital Regional Antônio Dias, feitos em parceria entre a Secretaria Municipal de Patos de Minas e a Secretaria de Saúde de Minas Gerais.

É importante ressaltar que o pagamento de pessoal também é realizado com recursos do governo do estado. Como os gastos com pessoal são fixos – ou seja, mesmo que possam variar de um mês para outro, em virtude de aumento ou redução do número de funcionários –, os gastos com folha de pagamento ocorrem independentemente da produtividade ou do número de pacientes atendidos. Em outras palavras, como os salários não variam em função do atendimento prestado, quanto mais pessoas forem atendidas em um mesmo mês, maior a

receita diretamente arrecadada e melhor para a população, uma vez que, quando se trata de saúde, é fundamental que o atendimento seja realizado o mais rápido possível.

Os recursos vão primeiramente para a administração central da FHEMIG e depois são repassados para as demais unidades. Por se tratar de órgãos públicos, não é repassado dinheiro para as unidades, e sim uma quota orçamentária, em que cada hospital da rede tem autonomia para realizar seus gastos. Enquanto as unidades não atingirem o limite orçamentário, as compras são realizadas mediante empenho emitido pela Contabilidade e finalizadas com a ordem de pagamento emitida pelo Departamento Financeiro.

Os hospitais da Fundação têm competência para fazer compras e pagamentos. Existe um setor administrativo em cada um, de modo a viabilizar os atendimentos. Entretanto, eles só podem efetuar compras dentro de seus limites orçamentários, pois é necessário que o sistema emita um empenho que garanta ao fornecedor o pagamento após a liquidação da compra ou serviço. O controle do valor orçado *versus* do valor realizado é feito por todas as unidades, para não correr o risco de planejar uma compra e não ter verba orçamentária. Por sua vez, na Administração Central, a responsável pelo orçamento da FHEMIG, como uma rede, faz a consolidação do que foi realizado nas unidades.

No fluxo de caixa da FHEMIG, ocorrem primeiro as saídas e depois as entradas de recursos. Isso significa que primeiro a Fundação compra, realiza o serviço, faz a prestação para o SUS por meio das AIHs e recebe somente 90 dias depois. Portanto, o dinheiro do Tesouro estadual precisa ser utilizado até mesmo para evitar atrasos nos pagamentos. O ressarcimento do SUS é repassado para a prefeitura, que paga os hospitais, como a Santa Casa, o Hospital da Baleia e a FHEMIG. Entretanto, a Fundação não recebe o total dos recursos correspondentes aos serviços prestados, pois parte da produção apresentada é glosada e, mesmo do total aprovado, uma porcentagem não é paga integralmente. Isso gera um problema para a Fundação, uma vez que a compatibilização da oferta de serviços e o

pagamento da produção realizada são fatores imprescindíveis para o adequado equilíbrio das contas.

Com relação às fontes de financiamento, pode-se notar que o repasse dos valores pelo SUS feito pelas prefeituras, em que parte não é integralizada, leva a uma redução de gastos que poderia ser evitada. Por sua vez, os recursos do Tesouro do estado acabam sendo uma fonte de financiamento, também no sentido de cobrir alguns gastos de custeio. Essas informações são importantes para completar a resposta ao primeiro objetivo específico da pesquisa.

A FHEMIG tem conseguido pagar seus fornecedores e seus funcionários em dia, mesmo com o déficit que é gerado pelo não recebimento do total dos serviços prestados. Várias medidas foram tomadas nesse sentido, com destaque para a realização de cortes orçamentários e a alocação de recursos do Tesouro do estado para o pagamento de custos e despesas. Outras medidas, como a parceria com a Petrobras, em que a frota é abastecida sem ter que passar por postos de gasolina, como era feito anteriormente, a compra de medicamentos para a rede, e não para cada hospital separadamente, e a realização dos pregões de licitação também foram importantes para a redução de gastos.

É evidente que essa não é uma situação ideal, pois os hospitais reclamam quando têm de fazer cortes em seus orçamentos, o que resulta na diminuição de sua capacidade de atendimento. Além disso, a alocação de recursos do Tesouro do estado que poderiam ser utilizados para realizar investimentos, como a troca de equipamentos e a aquisição de outros mais modernos, para os gastos operacionais é uma medida necessária, mas que também prejudica o bom atendimento dos hospitais. Entretanto, a administração central da FHEMIG tem procurado reduzir gastos como os mencionados sem ter que cortá-los e, conseqüentemente, não atender a todos os usuários que necessitam de tratamento.

A FHEMIG tem como meta aumentar o atendimento à população, apesar dos cortes orçamentários que são feitos. Essa aparente contradição é explicada pelo fato de que tanto o pessoal efetivo dos hospitais quanto a infra-estrutura já instalada não sofrem com esses ajustes orçamentários. Portanto, é possível atender um número maior de pacientes, sobretudo nas especialidades que não demandam tratamentos muito onerosos e dependem mais do cuidado médico. Nesse sentido, foram adotadas gratificações para incentivar os funcionários por meio do programa de “eficientização”, no qual os funcionários recebem uma porcentagem a mais do salário com base no atendimento realizado.

Uma maneira de melhorar o resultado financeiro da Fundação está relacionada ao aumento de receita não proveniente do SUS. Os hospitais da FHEMIG, por serem hospitais públicos, atendem gratuitamente a população, independente se parte da mesma possui planos de saúde. Entretanto, como uma parcela dos acidentados tratados no hospital e pronto socorro João XXIII possui planos de saúde, seria cabível o ressarcimento por parte das agências particulares para a FHEMIG, pois os usuários pagam os planos periodicamente e essas agências teriam que cobrir o tratamento se os pacientes recorressem aos hospitais particulares.

Outro ponto que merece destaque é o conceito de rede criado pela FHEMIG, em que os medicamentos podem ser comprados em conjunto para vários hospitais, de modo a obter maiores descontos. As unidades são agrupadas de acordo com as especialidades em comum. Além disso, isso facilita o controle, evitando perdas de validade quando um hospital compra demais.

É importante salientar que, apesar de ser comum os fornecedores oferecerem maiores descontos para compras em maior escala, há o risco da perda de validade caso os medicamentos não sejam consumidos no prazo. Em outras palavras, mesmo que seja recomendável evitar compras de grandes quantidades para um único hospital, a compra conjunta para vários hospitais acaba gerando mais descontos, sem aumentar o risco de perda.

O controle também fica mais fácil, evitando a sobra de medicamentos em alguns hospitais e a sua falta em outros.

4.2.4 Entrevista da Diretoria Assistencial

Segundo a Diretoria Assistencial, alguns indicadores de desempenho hospitalar têm melhorado, alguns estão dentro da média e alguns sinalizam o que deve ser mudado na FHEMIG. Em outras palavras, a Diretoria Assistencial trabalha com os indicadores hospitalares para averiguar o que está acontecendo nos hospitais. Existem médias que são aceitas pela administração hospitalar de um modo geral. Mas se algum indicador desse tipo estiver acima da média, o hospital é investigado, e mudanças são feitas para reverter a situação. A taxa de cesariana é um exemplo. Ela deve estar abaixo de 30%; se estiver acima dessa porcentagem, são feitas averiguações para saber se a cirurgia está sendo indicada desnecessariamente.

Os indicadores hospitalares são considerados uma ótima ferramenta para avaliar a qualidade, mas são difíceis de serem coletados. Normalmente, os dados dos pacientes são coletados desde o momento em que eles entram no hospital e também pelos prontuários médicos. Nesse sentido, a FHEMIG está investindo em um sistema de informação com prontuários eletrônicos, o que torna mais fácil o trabalho de coleta de dados para a construção e o acompanhamento de indicadores. Além disso, a área clínica (médicos e enfermeiros) precisa estar mais ciente da importância dessa ferramenta desde sua formação profissional.

Uma das metas da FHEMIG é aumentar a taxa de ocupação e, com isso, a arrecadação por meio das AIHs. Porém, é comum haver pessoas esperando para serem internadas. Mesmo assim, a taxa de ocupação hospitalar não costuma ser de 100%. A explicação para isso está relacionada a casos de doenças contagiosas. Por exemplo, se em uma enfermaria tem algum paciente com doença contagiosa, isso impede a ocupação dos demais leitos. Outro fator é a prioridade que se dá para o Centro de Tratamento Intensivo (CTI), que tem alta taxa de

ocupação. Já cirurgias eletivas que ocupam as enfermarias não geram taxa de ocupação de 100%, porque a rede pública precisa atender mais às urgências e maternidades. Isso pode não ser uma situação ideal, mas é uma realidade.

Um fator relacionado a isso é a carência de médicos, especialmente os médicos clínicos que atendem às enfermarias. Também é necessário que se tenha residência médica, o que diminui o número de candidatos para as vagas da FHEMIG. Além disso, o salário é considerado baixo, principalmente por aqueles que comparam com o investimento realizado nas faculdades de medicina particulares. Portanto, é desejável que as universidades públicas aumentem o número de vagas, com programas voltados especialmente para hospitais da rede pública.

Outro indicador importante é a taxa de infecção hospitalar, obtida pelo acompanhamento do quadro dos pacientes. Para todo paciente internado é registrada a doença que ele apresenta. Se ele adquire outras doenças no hospital, então é identificada a infecção hospitalar. Existe um patamar aceitável dessa taxa – ou seja, até um certo limite não são feitas intervenções mais sérias nos hospitais. Foi destacado que normalmente não existe taxa de infecção hospitalar igual a zero em nenhum hospital, tanto público quanto privado.

Existe uma ligação entre os indicadores hospitalares, o orçamento e o planejamento estratégico da FHEMIG. Conforme este último, foram traçadas as metas da Fundação no chamado “Acordo de Resultados”, no qual estão propostos limites para os indicadores hospitalares. Nesse sentido, o acompanhamento dos indicadores é feito constantemente, inclusive para se tomar decisões que têm impacto no orçamento. Um exemplo disso é a solicitação de contratar um enfermeiro. Nesse caso, são analisados alguns indicadores, tais como número de enfermeiros por leito e taxa de ocupação, para averiguar se realmente é necessário incluir esse gasto no orçamento.

Por outro lado, como é feita uma estimativa de como os indicadores hospitalares devem se manter, no orçamento são incluídos os gastos necessários para tanto. Foi ressaltado que os principais gastos para melhorar os indicadores de desempenho estão mais relacionados aos procedimentos de trabalho, que podem ser aprimorados em cursos e treinamentos. Mas os investimentos em infra-estrutura dão um apoio nesse sentido, como equipamentos que realizam exames mais rápidos e aumento no número de leitos.

É importante ressaltar que uma avaliação satisfatória por meio dos indicadores de desempenho hospitalar reflete uma administração positiva da verba orçamentária. Em outras palavras, não se pode fazer uma análise somente sob o enfoque financeiro – ou seja, verificar se o limite orçamentário não é excedido, se as contas são pagas dentro do prazo, etc, mas não investigar se as metas ou objetivos da organização estão sendo alcançados. Portanto, se os indicadores estão indo bem, isso pode significar que a verba está sendo bem administrada e que o orçamento está cumprindo seu papel de auxiliar no controle das contas, e não o de ser um instrumento que deve ser cumprido mecanicamente, independente das metas e objetivos da organização.

Por sua vez, o indicador de taxa de mortalidade é o mais difícil de ser analisado, porque a sua relação não está totalmente relacionada ao cuidado médico, mas também à gravidade do paciente. Isso é mais fácil de entender nos prontos socorros que recebem pacientes em casos muito graves. Ou seja, mesmo com o atendimento sendo rápido e com todos os recursos disponíveis, o quadro clínico pode ser irreversível. Outro exemplo diz respeito aos sanatórios, cujos pacientes têm uma média de idade de 70 anos, tendência que futuramente irá refletir no aumento da taxa de mortalidade. Em outras palavras, não se pode analisar a taxa de mortalidade e tirar uma conclusão sobre a eficácia do hospital. Como a maioria dos indicadores, o acompanhamento das variações de um período para outro não indica por si só que o desempenho tenha melhorado ou piorado. É necessário que uma

investigação seja feita para averiguar os acontecimentos e decidir que tipo de intervenção deve ser realizada, ou não. De modo geral, os indicadores hospitalares são importantes para dar uma noção do que está acontecendo e para incentivar uma investigação, que pode levar à adoção de medidas para se obter melhores resultados.

Uma das metas da FHEMIG é descentralizar o atendimento da Capital para as outras cidades do interior do estado. Isso significa que o número de procura nos hospitais de Belo Horizonte por pessoas de outras cidades deve diminuir no médio e no longo prazo. Para tanto, investimentos foram realizados em hospitais do interior, como o de Barbacena, o de Juiz de Fora e o de Pato de Minas, como foi evidenciado na análise do Relatório de Gestão do período de 2003 a 2006.

4.2.5 Entrevista da Diretoria de Planejamento e Finanças

De acordo com a diretora de planejamento e finanças, as decisões sobre quais investimentos fazer ou priorizar nas unidades foram tomadas seguindo alguns critérios. Foi salientado que, quando a Diretoria responsável pela administração da FHEMIG no período estudado assumiu, a maioria dos hospitais necessitava de investimentos urgentes e alguns até se encontravam num processo de sucateamento. Portanto, era necessário realizar várias reformas, ampliações e revitalizações, adquirir e trocar equipamentos, modernizar o sistema de informação gerencial e melhorar os controles internos, além de outras necessidades.

Diante de tudo isso, a Diretoria responsável pelas decisões de investimento optou por consultar os relatórios dos órgãos fiscalizadores para levantar o que faltava fazer ou quais eram as prioridades apontadas por eles. A FHEMIG, por se tratar de uma fundação pública e também de saúde, é fiscalizada por vários órgãos, como a Vigilância Sanitária, o Conselho Regional de Medicina, o Conselho Regional de Enfermagem e o Ministério Público. Os

apontamentos feitos por estes agentes fiscalizadores serviram de base para que a Diretoria da FHEMIG começasse a tomar suas decisões sobre os investimentos que seriam realizados.

Além disso, a Diretoria utilizou o planejamento estratégico para auxiliar na tomada de decisões referentes aos investimentos realizados. Desse modo, as decisões foram tomadas no sentido de obter mais eficácia, ou seja, otimizando os recursos disponíveis repassados pelo governo estadual. Conforme salientado, a FHEMIG recebe recursos do Tesouro do estado para realizar investimentos. Já os recursos vindos do SUS são os pagamentos pelos serviços prestados aos seus usuários.

As decisões referentes à alocação dos recursos destinados a investimentos são tomadas seguindo critérios bastante racionais, como se pode notar pelas informações dessa entrevista, que respondem ao segundo objetivo específico deste trabalho. Pode-se afirmar que as decisões têm sido satisfatórias, por alocar os recursos tanto nos hospitais quanto na Administração Central, como é o caso dos investimentos na área de Informática e Desenvolvimento Científico, o que demonstra uma preocupação também de longo prazo com os serviços prestados aos cidadãos.

Uma das estratégias adotadas para tornar a FHEMIG mais eficiente, de modo a reduzir custos, foi a divisão das vinte Unidades em cinco Complexos: Urgências e Emergências, Hospitais Gerais, Especialidades, Saúde Mental e Reabilitação e Cuidado ao Idoso. A intenção é fazer com que os hospitais com as mesmas especialidades se apoiem mutuamente, como no caso da compra de remédios, que, ao ser feita em conjunto, é possível conseguir um desconto maior no preço. A compra de alguns equipamentos também pode ser feita pelas unidades, mas, dependendo de algumas circunstâncias, como a importação, o negócio é feito pela Administração Central da Fundação.

O hospital que recebeu o maior valor em investimentos no período analisado foi o João XXIII. Os investimentos foram destinados a obras, equipamentos e leitos de tratamento

intensivo. Além dos investimentos, houve a desocupação de um andar inteiro com a transferência de pacientes com seqüelas para o hospital Cristiano Machado. Por sua vez, este hospital recebeu investimentos para oferecer tratamento de recuperação para esses pacientes. A idéia foi transferir os pacientes já em recuperação que não tinham condições de voltar para suas residências para outro hospital, liberando a infra-estrutura do João XXIII para os casos de urgência e emergência.

Outra estratégia da Diretoria foi adaptar os sanatórios, ou antigos hospitais colônia de hanseníase, para transformá-los em hospitais de cuidado ao idoso, o que levou em consideração o perfil dos funcionários dessas unidades. No longo prazo, estes hospitais podem ser novamente adaptados para oferecer novos tratamentos de saúde à população. Entretanto, não foi elaborada nenhuma proposta de mudanças, como a inclusão de novas especialidades.

Outra estratégia importante adotada pela Diretoria foi a implantação dos protocolos clínicos, que impõem diretrizes clínicas para padronizar o tratamento da mesma forma por todos os médicos, incluindo os medicamentos padronizados. Para isso, realizou-se um enorme investimento na área de Informação para viabilizar a parametrização dos protocolos clínicos. Além de auxiliar os médicos e enfermeiros, os protocolos contribuem para a redução de custos, uma vez que a mesma doença ou acidente deve ser tratado da mesma forma por qualquer médico.

As várias estratégias implementadas pela Diretoria, assim como os investimentos realizados, contribuem para tornar a FHEMIG referência no setor de saúde no País. Para tanto, a Fundação precisa do comprometimento de todos os seus funcionários, principalmente daqueles que lidam diretamente com os usuários. Nesse sentido, foi criada a gratificação de incentivo a efficientização dos serviços (GIEFS), que é uma estratégia que incentiva os

funcionários a aderirem ao chamado “Acordo Interno de Resultados” para cumprir as metas propostas de melhorias.

Também foram criados mecanismos de avaliação periódicos para o pagamento da gratificação, a qual corresponde a 30% da receita diretamente arrecadada (SUS). Essa gratificação é distribuída aos funcionários de acordo com o processo de avaliação de desempenho individual e institucional. Existe um grupo dentro da Fundação que participa dessa avaliação individual e das áreas. Um exemplo é o controle do almoxarifado, para não perder medicamentos.

Todas as estratégias mencionadas podem ser entendidas como procedimentos e técnicas de gestão adotados para desenvolver a Fundação; o que responde ao terceiro objetivo específico da pesquisa. Pode-se perceber o alinhamento dessas estratégias com a gestão de resultados, tão requisitada na administração pública nos últimos anos. Em outras palavras, as estratégias adotadas pretendem capacitar a Fundação a otimizar recursos, o que contribui para que mais pessoas possam ser atendidas satisfatoriamente.

Por fim, o desempenho das unidades é medido por meio de indicadores hospitalares que possibilitam monitorar as variações ocorridas na qualidade da assistência. Os indicadores demonstram de forma objetiva se os resultados do atendimento prestado são satisfatórios ou não, caso em que deve-se alertar os setores competentes para que se realizem investigações e possíveis intervenções. O acompanhamento das variações desses indicadores mostra o que precisa ser mudado nos hospitais, além de refletir se alterações já realizadas implicaram em resultados positivos.

4.3 Análise quantitativa

4.3.1 Análise fatorial

Na primeira fase da análise quantitativa, procedeu-se a uma análise fatorial dos indicadores, na expectativa de verificar a sua unidimensionalidade. Em outras palavras, um conjunto de indicadores é dito unidimensional quando se pode indicar uma única causa comum como aquela que os reflete (NORUSIS, 1986).

Deve-se ressaltar que os indicadores hospitalares foram analisados conforme o grupo ou especialidade em que foram obtidos. Entretanto, com relação à qualidade do atendimento hospitalar, existem vários outros dados que podem ser considerados para explicá-la. Os indicadores analisados são aqueles que foram criados para o monitoramento e a avaliação de resultados, por serem importantes para a gestão hospitalar, assim como para os usuários da rede pública e que foram disponibilizados para pesquisa. São eles: taxa de ocupação hospitalar, taxa de mortalidade hospitalar, taxa de eficácia terapêutica, taxa de reinternação e taxa de mortalidade do CTI/UTI. Conforme o quarto objetivo da pesquisa, estes são identificados como os principais indicadores para monitorar a qualidade do atendimento. As siglas das variáveis e suas respectivas denominações constam no anexo 2 deste trabalho.

O primeiro Complexo de hospitais e seus respectivos indicadores considerados na análise fatorial foi o de Urgência e Emergência. Nessa análise, foi extraída a medida KMO, que é um índice para comparar as magnitudes dos coeficientes de correlação observados com as magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Pequenos valores de KMO indicam a inadequação dos dados à análise fatorial, pois nessa situação a correlação entre os pares de variáveis não seria adequadamente explicada por outras variáveis (NORUSIS, 1986).

A análise fatorial dos indicadores do Complexo de hospitais de Urgência e Emergência revelou um KMO de 0,68, o que justifica a utilização dessa técnica de análise. Por sua vez, a variância explicada é de 69%, o que significa que os indicadores analisados

representam mais de 50% (mínimo exigido) do construto qualidade do atendimento hospitalar. Além disso, os indicadores desta categoria de hospitais apresentaram caráter unidimensional após o processamento de dados. Em outras palavras, um único fator subjacente é capaz de representar adequadamente a matriz de correlações entre esses indicadores.

As cargas fatoriais obtidas para cada indicador do Complexo de Urgência e Emergência estão apresentadas na tabela 1, confirmando a unidimensionalidade do construto *qualidade do atendimento hospitalar* para esta especialidade.

Tabela 1: Dimensionalidade fatorial do construto de Urgência e Emergência

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V2	0,905	0,819
V3	0,864	0,746
V4	0,861	0,741
V5	0,850	0,723

Fonte: Dados da pesquisa

Destaca-se que a análise fatorial deste Complexo Urgência e Emergência não agrupou a *taxa de ocupação hospitalar* no mesmo fator que as demais. Isso indica que este indicador não está fortemente relacionado à qualidade do atendimento, mas pode estar relacionado a um outro construto junto com diferentes outros indicadores.

Com relação ao Complexo Hospitais Gerais, a análise fatorial revelou um KMO de 0,36, considerado baixo para a adequação dessa análise. Apesar disso, a variância explicada é de 70%. Ou seja, os indicadores agrupados explicam significativamente o construto *qualidade do atendimento hospitalar* do Complexo Hospitais Gerais. Por último, as cargas fatoriais identificadas para cada indicador são todas acima de 0,5, o que contribui para a validade da análise fatorial, conforme mostra a tabela 2.

Tabela 2: Dimensionalidade fatorial do construto dos Hospitais Gerais

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V6	0,735	0,540
V7	0,758	0,575
V8	0,892	0,796
V9	0,817	0,667
V10	0,965	0,931

Fonte: Dados da pesquisa

De acordo com o teste de análise dos componentes principais, o grupo de indicadores apresentou caráter unidimensional. Além disso, todos os indicadores analisados desta categoria estão relacionados ao construto *qualidade do atendimento hospitalar*. Entretanto, outros indicadores poderiam fazer parte dessa análise, na tentativa de se obter um KMO mais significativo.

A especialidade de infectologia é oferecida somente no Hospital Eduardo de Menezes, que, por esse motivo, não teve seus indicadores inseridos em nenhum conjunto de hospitais. A análise fatorial preliminar identificou dois fatores obtidos a partir dos indicadores considerados neste hospital. Nesse caso, após alguns testes no SPSS, foram identificados dois construtos: um composto pelos indicadores *taxa de ocupação*, *taxa de mortalidade* e *taxa de eficácia terapêutica*; e o outro composto pelos indicadores *taxa de reinternação*, *taxa de mortalidade do CTI* e *taxa de ocupação*.

A análise fatorial dos indicadores do primeiro construto revelou um KMO de 0,54, o que não descarta a continuidade da análise. A variância explicada foi de 71%, corroborando significativamente para o primeiro construto, o qual pode ser considerado como a qualidade do atendimento hospitalar para pacientes com quadros menos graves, uma vez que foram excluídas a *taxa de reinternação* e a *taxa de mortalidade do CTI*. As cargas fatoriais para esta dimensão estão resumidas na tabela 3.

Tabela 3: Dimensionalidade fatorial do construto 1do Hospital Eduardo Menezes

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V11	0,566	0,320
V12	0,941	0,885
V13	0,959	0,920

Fonte: Dados da pesquisa

Já a análise fatorial do segundo construto obteve um KMO um pouco mais baixo, igual a 0,47, mas que também não inviabiliza o agrupamento dos indicadores em um mesmo fator. A variância explicada de 50% está no limite aceitável da análise fatorial do construto, o qual pode ser entendido como a qualidade do atendimento hospitalar para pacientes com quadros mais graves, pois nesse caso a *taxa de reinternação* e a *taxa de mortalidade* tiveram cargas fatoriais bastante significativas, como mostra a tabela 4.

Tabela 4: Dimensionalidade fatorial do construto 2 do Hospital Eduardo Menezes

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V14	0,744	0,554
V15	0,862	0,743
V11	0,453	0,205

Fonte: Dados da pesquisa

Outra especialidade em que se procedeu à análise fatorial de seus indicadores é o Hospital de Oncologia Alberto Cavalcanti. O KMO extraído foi de 0,41 e a variância explicada é de 53%. Como esta última é superior a 50%, continuou-se com a análise, a qual não agrupou a *taxa de ocupação hospitalar* juntamente com os demais indicadores para explicar o construto *qualidade do atendimento*. As cargas fatoriais e a comunalidade dos indicadores reduzidos a uma dimensão estão expostas na tabela 5.

Tabela 5: Dimensionalidade fatorial do Hospital Alberto Cavalcanti

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V17	0,944	0,891
V18	0,702	0,493
V19	0,602	0,362
V20	0,618	0,382

Fonte: Dados da pesquisa

Considerada mais uma especialidade da rede, a Maternidade Odete Valadares também teve seus indicadores analisados, o que mostrou um KMO de 0,56, após vários testes no

SPSS. Além disso, não foi possível reduzir os indicadores a uma dimensão. Ou seja, o método de extração de componentes principais revelou um fator bidimensional. Nesse caso, a variância explicada também foi dividida, sendo que a variância da primeira dimensão é igual a 64% e da segunda dimensão é igual a 91%.

Entretanto, não se sabe ao certo quais são os subconstrutos que podem explicar o construto principal, mas pode-se supor que a qualidade do atendimento poderia ser medida pelos indicadores calculados separadamente para as mães e para os recém-nascidos. Além disso, as cargas fatoriais não apresentam a mesma proporcionalidade entre as duas dimensões, o que também indica subconstrutos diferentes para explicar o mesmo fator, como se pode ver nas tabelas 6 e 7.

Tabela 6: Dimensionalidade fatorial 1 da Maternidade Odete Valadares

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V21	0,890	0,792
V22	0,876	0,767
V24	0,886	0,785
V25	0,450	0,203

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 7: Dimensionalidade fatorial 2 da Maternidade Odete Valadares

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V21	0,379	0,144
V22	0,335	0,112
V24	0,273	0,075
V25	0,865	0,748

Fonte: Dados da pesquisa

O Hospital Cristiano Machado, apesar de ser considerado como sanatório, apresenta um perfil diferente dos demais, por receber os pacientes em reabilitação vindos do Hospital João XXIII. Portanto, seus indicadores foram analisados separadamente de outros hospitais, revelando um KMO de 0,63. Além disso, a variância explicada é de 81%, ou seja, os indicadores agrupados explicam significativamente o construto *qualidade do atendimento hospitalar* com uma dimensão. As cargas fatoriais também são altas, conforme mostra a tabela 8.

Tabela 8: Dimensionalidade fatorial do Hospital Cristiano Machado

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V26	0,814	0,663
V27	0,903	0,815
V28	0,953	0,908
V29	0,917	0,841

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos hospitais do Complexo Saúde Mental, a análise fatorial revelou a existência de dois fatores, obtidos a partir da combinação dos indicadores trabalhados no SPSS. O primeiro fator obteve um KMO de 0,32, considerado baixo, mas a variância explicada é de 74%. Os indicadores agrupados neste fator são: *taxa de ocupação hospitalar*, *taxa de mortalidade hospitalar* e *taxa de reinternação hospitalar*. O construto desse agrupamento pode estar relacionado à *qualidade do atendimento hospitalar* para casos mais crônicos, devido a ausência do indicador *taxa de eficácia terapêutica*. As cargas fatoriais são mostradas na tabela 9.

Tabela 9: Dimensionalidade fatorial do construto 1 do Complexo de Saúde Mental

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V30	0,993	0,986
V31	0,880	0,774
V33	0,679	0,461

Fonte: Dados obtidos da pesquisa

O segundo fator revelou um KMO de 0,28, também baixo, mas a variância explicada é de 67%. Neste fator, foram agrupados: *taxa de ocupação hospitalar*, *taxa de mortalidade hospitalar* e *taxa de eficácia terapêutica*. Devido aos indicadores agrupados nesse construto, pode-se supor que ele está relacionado à *qualidade do atendimento hospitalar* para casos com maiores chances de recuperação ou cura, devido à ausência do indicador *taxa de reinternação*. As cargas fatoriais são mostradas na tabela 10.

Tabela 10: Dimensionalidade fatorial do construto 2 do Complexo de Saúde Mental

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V30	0,996	0,992
V31	0,907	0,823
V32	0,458	0,210

Fonte: Dados da pesquisa

Por fim, procedeu-se à análise fatorial dos indicadores dos hospitais que formam o Complexo dos Sanatórios. Os testes no SPSS também acusaram a presença de dois fatores. O primeiro revelou um KMO de 0,31 e uma variância explicada de 67%. Os indicadores agrupados neste fator foram: *taxa de ocupação hospitalar*, *taxa de mortalidade hospitalar* e *taxa de eficácia terapêutica*. Isso pode estar relacionado, como no caso do Complexo Saúde Mental, ao construto *qualidade do atendimento hospitalar* para casos com maiores chances de recuperação ou cura. A tabela 11 mostra as cargas fatoriais correspondentes.

Tabela 11: Dimensionalidade fatorial do construto 1 do Complexo dos Sanatórios

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V34	0,665	0,442
V35	0,767	0,588
V36	0,984	0,968

Fonte: Dados da pesquisa

O segundo fator obteve um KMO de 0,40 e uma variância explicada de 73%. Neste fator, foram agrupados os indicadores: *taxa de mortalidade hospitalar*, *taxa de eficácia terapêutica* e *taxa de reinternação*. A exemplo de outros casos, a *taxa de ocupação hospitalar* não obteve correlação significativa com os demais indicadores, o que sugere a sua baixa contribuição para o construto *qualidade do atendimento hospitalar*. As cargas fatoriais são exibidas na tabela 12.

Tabela 12: Dimensionalidade fatorial do construto 2 do Complexo dos Sanatórios

Indicador	Carga Fatorial	Comunalidade (H ²)
V35	0,796	0,634
V36	0,784	0,615
V37	0,978	0,956

Fonte: Dados da pesquisa

4.3.2 Estatística descritiva

Os investimentos realizados nos hospitais da FHEMIG devem melhorar o atendimento aos usuários do SUS, uma vez que essa é a sua principal missão e a elaboração e a execução do seu orçamento estão voltadas para isso. Portanto, a eficácia de seus serviços pode ser

medida por meio de indicadores de desempenho hospitalar, cuja análise ao longo do período estudado demonstra as variações ocorridas, de acordo com o quarto objetivo específico da pesquisa.

Nesse sentido, houve um aumento de 6% do número de leitos da Fundação no período de 2001 a 2006. Ou, em números absolutos, houve um aumento de 118 leitos, incluindo leitos de CTI / UTI. O número de internações aumentou em 7%, demonstrando uma maior capacidade de atendimento. Por sua vez, houve um aumento de 2% no número de altas, que pode ser reflexo de um atendimento mais eficiente. Além disso, a taxa de ocupação hospitalar subiu de 80% para 85%, o que está relacionado ao aumento do número de leitos e do número de altas. A tabela 13 mostra a *taxa de ocupação hospitalar* das várias especialidades da FHEMIG.

Tabela 13: Taxa de ocupação hospitalar (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S. mental	75,8	74,3	69,8	80,1	86,4	93,4
Urg./Emerg.	81,2	86,7	84,2	83,9	84,4	88,7
H. gerais	75,2	76,8	72,7	73,1	68,1	75,8
Sanatórios	42,8	66,5	55,3	51,2	50,0	58,3
HEM	86,0	86,7	82,4	81,0	82,0	85,6
HAC	82,1	81,3	82,2	82,6	82,9	85,5
MOV	80,1	87,3	83,7	80,3	79,6	81,8
HCM.FPT	91,8	97,3	90,0	83,9	54,2	69,6
FHEMIG	80,3	84,3	78,7	79,4	79,4	84,8

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Não houve, todavia, redução da taxa de mortalidade hospitalar no período analisado, que se manteve em torno de 5% na média geral da Fundação e em torno de 11% no Hospital João XXIII. Como foi evidenciado em entrevista realizada na Diretoria Assistencial, não existe uma relação exata entre aumento de investimentos e redução da *taxa de mortalidade hospitalar*, pois esse índice está mais relacionado ao cuidado médico. De qualquer modo, o acompanhamento desse índice é importante para se averiguar nos hospitais o que está acontecendo quando há um aumento súbito. A variação da *taxa de mortalidade hospitalar* para os hospitais da rede é mostrada na tabela 14.

Tabela 14: Taxa de mortalidade hospitalar (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S. mental	0,62	0,91	0,73	0,39	0,39	0,04
Sanatórios	5,9	5,5	6,4	6,9	5,3	7,5
HJXXIII	10,4	10,0	9,4	9,9	10,2	11,2
H. gerais	7,5	7,5	8,7	8,4	8,3	8,7
HEM	14,2	13,7	15,3	12,8	14,2	16,3
HAC	8,1	8,1	9,0	8,4	9,0	8,5
MOV	0,9	0,7	0,9	0,9	1,3	0,8
FHEMIG	5,2	5,1	5,4	5,5	5,5	5,3

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

A taxa de eficácia terapêutica aumentou de 81% para 84%, o que significa que melhorou a relação percentual entre o número de pacientes que tiveram altas e o número total de saídas de pacientes num determinado período. Isso inclui também óbitos e transferências. A taxa de eficácia terapêutica representa o grau de eficácia do hospital ou, em outras palavras, a obtenção de resultados satisfatórios. Ela depende muito do cuidado médico, mas, quanto mais rápido forem realizados os exames que dependem de equipamentos (como no caso da necessidade de tomógrafos), mais rápido o paciente receberá o atendimento adequado, o que é imprescindível principalmente em hospitais como o João XXIII. A tabela 15 mostra a taxa de eficácia terapêutica da FHEMIG, subdividida nas suas especialidades.

Tabela 15: Taxa de eficácia terapêutica (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S. mental	87,1	89,8	86,6	87,7	88,5	88,8
Urg./Emerg.	88,8	89,7	88,8	89,4	88,9	87,2
H. Gerais	79,0	79,2	79,5	81,4	81,8	80,3
HEM	80,7	82,3	79,8	83,1	82,4	79,3
HAC	89,6	89,3	89,1	89,6	88,5	89,8
MOV	98,5	97,8	97,3	97,5	97,4	98,5
HCM.FPT	56,8	48,0	60,8	69,5	77,5	76,0
Sanatórios	81,1	78,9	80,2	78,7	80,9	77,3
FHEMIG	80,9	81,9	81,4	83,2	83,9	83,9

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Houve uma redução do índice de intervalo de substituição de 2,3 dias para 1,7 dias. Ou seja, diminuiu o tempo médio em que os leitos permanecem desocupados entre a saída de pacientes e a admissão de outros. Entretanto, houve um aumento da taxa de reinternação, de 12% para 14%, o que significa que do total de entradas houve aumento do número de

pacientes admitidos novamente com a mesma patologia. Isso pode estar relacionado tanto a uma alta indevida como à transgressão do paciente às recomendações médicas que são feitas após a alta. O monitoramento desse índice serve para realizar investigações nos hospitais sobre as causas das variações dos mesmos e para tentar resolver possíveis problemas. A tabela 16 mostra a *taxa de reinternação* dos hospitais da FHEMIG.

Tabela 16: Taxa de reinternação (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
S. mental	44,4	41,4	46,6	43,7	39,8	42,3
Urg. / Emerg.	5,3	6,3	6,7	9,5	14,5	16,2
H. Gerais	19,1	19,5	19,2	18,6	13,5	13,6
Sanatórios	56,9	54,8	62,4	61,0	57,2	60,6
HEM	26,3	27,6	28,3	26,1	26,7	26,2
HAC	24,1	22,3	23,0	20,4	18,2	18,2
MOV	1,8	2,9	1,5	1,8	2,2	1,5
HCM.FPT	19,4	20,7	20,0	10,7	15,4	4,9
FHEMIG	12,1	12,2	12,7	13,0	13,8	13,9

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

A média de permanência geral da FHEMIG – ou seja, o tempo médio em que os pacientes ficam internados – varia bastante entre as especialidades dos hospitais. Essa média tende a ser maior no Hospital de Reabilitação Cristiano Machado, e nos hospitais de Saúde Mental, e costuma ser menor na Maternidade Odete Valadares, como mostra a tabela 17.

Tabela 17: Média de permanência (dias)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Média
HCM.FPT	326,0	511,5	232,0	193,7	195,2	99,8	259,7
Saúde mental	28,4	29,0	32,0	30,1	30,2	28,6	29,7
HEM	23,4	22,0	22,3	21,6	22,7	22,7	22,4
Sanatórios	14,4	19,6	15,5	14,7	14,3	21,1	16,6
HAC	10,9	9,8	9,7	9,0	9,8	9,5	9,8
H. gerais	10,0	9,8	9,8	9,9	8,6	8,8	9,5
Urg. / Emerg.	8,4	8,4	7,7	8,0	8,5	8,6	8,3
MOV	4,7	4,9	4,9	4,8	4,6	4,6	4,8
FHEMIG	9,3	9,4	9,2	9,5	9,5	9,6	9,4

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Uma área de extrema importância nos hospitais é a que reúne os Centros de Tratamento Intensivo (CTI) e as Unidades de Tratamento Intensivo (UTI). Devido à gravidade dos pacientes que são internados nesta área, são calculados índices próprios para

ela. No período analisado, houve um substancial aumento do número de leitos, de 90 para 177. Ou seja, o número de leitos quase dobrou. A *taxa de ocupação média* permanece acima de 90% em quase todos os hospitais, o que demonstra que o aumento do número de leitos era necessário, pois não houve uma queda desse índice.

Além disso, houve uma redução da *taxa de mortalidade* de quase todos os CTI / UTI, exceto do Hospital João XXIII e do Hospital Alberto Cavalcanti, e houve uma estabilidade desse índice na Maternidade Odete Valadares, conforme se pode ver na tabela 18.

Tabela 18: Taxa de mortalidade do CTI/UTI (%)

ANO	HJXXIII	CGP	HRAD	HEM	HRJP	HJK	HAC	MOV
2001	21,5	26,0	-	60,5	37,0	35,0	24,7	10,6
2002	22,5	21,9	-	60,0	41,0	32,5	24,7	7,8
2003	23,1	19,4	21,0	58,1	43,6	33,5	31,8	9,6
2004	23,9	18,5	24,3	55,4	34,8	29,7	33,6	8,2
2005	30,9	18,6	24,6	48,5	29,1	30,0	28,3	15,0
2006	31,9	18,2	22,2	46,8	31,8	27,9	27,9	11,3

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

A FHEMIG conta com 4 hospitais do Complexo Reabilitação e Cuidado do Idoso, que são os antigos hospitais colônia da hanseníase. Além disso, o Hospital Cristiano Machado, em Sabará, recebeu investimentos para acolher os pacientes com seqüelas graves encaminhados pelo Hospital João XXIII. A tabela 19 mostra a taxa de ocupação desses hospitais.

Tabela 19: Taxa de ocupação dos leitos asilares (%).

ANO	SSI	HCM	SSFA	SPD	SSFÉ
2001	57,9	...	48,9	49,0	60,5
2002	94,0	...	51,8	48,0	64,6
2003	86,4	...	45,4	65,2	57,9
2004	83,6	99,0	41,3	58,8	58,1
2005	79,1	99,5	35,6	66,6	52,3
2006	91,2	100,0	42,9	96,1	58,2

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Pode-se perceber que no Sanatório São Francisco de Assis e no Sanatório Santa Fé a *taxa de ocupação hospitalar*, que tem variado entre 40% e 60%, demonstra uma tendência de

desospitalização. Ou seja, alguns pacientes voltam ao convívio de suas famílias. Além disso, com o avanço no tratamento da hanseníase, esses hospitais, no longo prazo, devem ser readaptados às novas necessidades de saúde da população.

A taxa de mortalidade do Sanatório Santa Izabel e do Hospital Cristiano Machado aumentou, mas, segundo informações da Diretoria Assistencial, isso se deve ao fato de seus pacientes estarem numa idade mais avançada. Nos outros três sanatórios essa taxa tem demonstrado uma estabilidade e, até, uma redução no Sanatório Santa Fé, o que corrobora com a tendência de desospitalização já mencionada. A tabela 20 mostra as variações dessa taxa para esse grupo de hospitais.

Tabela 20: Taxa de mortalidade dos asilos (%)

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SSI. H	9,7	7,5	10,0	11,3	6,3	12,8
HCM.FPT	8,1	8,0	9,8	11,9	10,0	14,7
SSFA. H	4,2	2,4	4,6	2,7	5,2	5,1
SPD. H	6,2	4,6	3,0	3,1	2,7	4,0
SSFE. H	1,6	4,8	4,3	5,3	2,4	0,8

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

No período analisado, houve um aumento do número de cirurgias e análises clínicas realizadas pelos hospitais da FHEMIG. Esse aumento foi possível devido à aquisição de equipamentos de laboratório mais modernos e também à ampliação do número de leitos, tanto de enfermarias quanto de CTI/UTI. Além disso, também houve a inauguração da maternidade do Hospital Regional Antônio Dias. A tabela 21 mostra essa evolução.

Tabela 21: Número de exames e cirurgias

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Análises Clínicas	1.948.383	2.367.230	2.211.685	2.211.416	2.199.186	2.424.006
Exames	555.975	583.067	584.720	590.722	549.513	509.669
Cirurgias	25.608	27.295	27.943	28.469	29.044	31.331
Partos	7.288	7.570	6.951	6.893	7.670	9.670

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

Também houve um aumento de outros atendimentos, como de fisioterapia e fonoaudiologia, assim como dos atendimentos prestados em ambulatório. A FHEMIG conta com um quadro de servidores clínicos que inclui, além de médicos e enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e pedagogo (este último alocado no Centro Psicopedagógico – CPP). A tabela 22 mostra as variações destes atendimentos.

Tabela 22: Atendimento ambulatorial e de outras especialidades

Ano	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ambulatório	1.623.220	1.900.142	2.070.336	2.024.622	3.615.733	5.124.690
Serv. Social	253.079	285.478	261.144	253.542	262.730	250.797
Terapia ocup.	63.888	62.810	65.616	73.832	63.677	66.084
Fisioterapia	219.878	243.209	231.024	253.058	268.927	264.772
Odontologia	31.130	25.101	19.205	18.005	13.521	27.936
Fonoaudiologia	6.574	6.815	7.916	8.245	10.004	33.087
Pedagogia	2.233	1.701	1.375	1.291	959	887

Fonte: Resumo Estatístico SGI/DITIN (FHEMIG)

5 CONCLUSÃO

Vários procedimentos foram implementados pela FHEMIG para otimizar seus recursos e executar seu orçamento, com o intuito de melhorar a qualidade do seu atendimento e obter melhores indicadores hospitalares. Trata-se de uma relação que precisa ser bem administrada, pois, ao mesmo tempo em que a melhoria dos indicadores hospitalares demanda investimentos dos mais variados tipos, a execução orçamentária da FHEMIG sofre sérias restrições, principalmente por falta do repasse integral de todos os atendimentos prestados ao SUS e dos valores reduzidos da tabela de pagamento.

Para realizar os investimentos, foram utilizados recursos do Tesouro do Estado de Minas Gerais, uma vez que os recursos do SUS se referem, basicamente, ao ressarcimento pelos serviços prestados aos seus usuários. O desenvolvimento institucional contou com um planejamento que envolveu grandes investimentos e várias mudanças gerenciais. Por sua vez, as decisões que envolveram os recursos disponíveis foram tomadas segundo alguns critérios que podem ser identificados à luz das teorias do processo decisório.

A Diretoria da FHEMIG, ciente da necessidade de realizar vários investimentos e de promover mudanças, procurou se guiar inicialmente pelos relatórios dos órgãos fiscalizadores da Fundação, tais como a Vigilância Sanitária, os Conselhos Regionais de Medicina e de Enfermagem e o Ministério Público. Os apontamentos feitos nestes relatórios identificaram as prioridades da Fundação num primeiro momento. Pode-se dizer que foram decisões racionais, uma vez que é importante para a FHEMIG seguir certas recomendações, sobretudo da ANVISA.

Já em relação às decisões referentes às mudanças gerenciais realizadas, percebe-se que houve a tendência de criar procedimentos capazes de reduzir os gastos. Podem-se destacar o controle de estoques de medicamentos e a implantação dos protocolos clínicos como dois

exemplos disso. A intenção que se nota nas decisões de criar estes procedimentos é a de tornar a FHEMIG mais eficiente no sentido de reduzir custos.

Diferentemente do que acontece com organizações privadas, essa redução de custos não está voltada para o aumento do lucro. Visto que a Fundação não tem fins lucrativos, a redução de custos contribui para que mais pessoas possam ser atendidas. Ou seja, devido aos limites orçamentários, a redução de gastos por paciente permite que um número maior de usuários do SUS seja atendido num determinado período. É claro que essa redução de custos não deve comprometer a qualidade do atendimento. Isso poderá ser investigado posteriormente com a implantação do índice de satisfação do usuário, já em fase de elaboração.

De modo geral, as decisões tomadas pela Diretoria da FHEMIG foram guiadas por conceitos de planejamento estratégico, como os de eficiência, eficácia e efetividade. A divisão das vinte unidades em cinco complexos foi uma proposta que pretende reduzir custos na compra de medicamentos e resolver problemas mais rapidamente, tornando a Fundação mais eficaz.

A eficácia também é perseguida por meio da criação dos complexos assistenciais, uma vez que os diretores de cada complexo passam a ter autonomia para propor alternativas criativas que melhorem a qualidade da assistência. Isso é importante, pois retira da administração central um pouco da responsabilidade sobre questões com as quais ela não está envolvida diretamente, transferindo-a a gestores dos próprios complexos.

As decisões tomadas sobre os investimentos nas unidades demonstram uma preocupação com a efetividade da Fundação – ou seja, dar condições para que ela possa oferecer um atendimento de qualidade aos usuários do SUS, tornado-se referência em algumas especialidades na área de saúde. Em outras palavras, pode-se notar que os investimentos são feitos para tornar os hospitais mais bem preparados para atender seus

pacientes e apresentarem-se como resultado de decisões satisfatórias, levando em consideração o grau de complexidade que o processo decisório pode ter.

De acordo com Simon (1965), as decisões que regem as ações dos indivíduos devem ser pautadas pela racionalidade, segundo a qual os esforços com menor custo são empregados para a obtenção dos melhores resultados. Essa racionalidade, entretanto, é limitada pela impossibilidade de analisar-se todas as alternativas que podem ser utilizadas e pela falta de conhecimento prévio de todas as conseqüências possíveis. O indivíduo, na maioria das vezes, toma uma decisão satisfatória, e não uma decisão ótima, em virtude das limitações existentes.

Vários procedimentos merecem destaque, como a ampliação de alguns hospitais, sobretudo no interior, de modo a descentralizar o atendimento, evitando maiores esperas nos hospitais da Capital e o deslocamento de pessoas doentes por longas distâncias. No hospital de Patos de Minas, foi inaugurada uma maternidade de alto risco, além de outros investimentos. O hospital de Juiz de Fora aumentou em 80% os atendimentos em função das obras realizadas, incluindo um Centro de Reabilitação, e da compra de equipamentos. No hospital de Barbacena, também foram feitos vários investimentos em infra-estrutura, além da conclusão do Bloco Cirúrgico e da Unidade de Tratamento Intensivo.

A ampliação e as aquisições de equipamentos e de leitos de tratamento intensivo do Hospital de Pronto Atendimento João XXIII também foram importantes, pois o hospital é referência no tratamento de politraumatismos e atende, inclusive, pacientes que possuem planos de saúde. Ou seja, sua demanda é maior, em virtude de tratar de casos de urgência e emergência. O hospital recebeu investimento de R\$ 20 milhões do Tesouro estadual em obras e equipamentos.

A adaptação do Hospital Cristiano Machado, localizado em Sabará, para receber os pacientes com seqüelas que foram atendidos no Hospital João XXIII, resultou na desocupação de um andar inteiro do pronto socorro. Com isso, houve um aumento da capacidade de

atendimento do Hospital João XXIII, ao mesmo tempo em que os pacientes em recuperação ficaram mais bem alocados em um hospital com um ambiente mais tranqüilo.

Na Maternidade Odete Valadares, foi inaugurada uma Unidade de Tratamento Intensivo, equipada para atender recém-nascidos de alto risco. No Hospital Alberto Cavalcanti, houve a ativação de um acelerador linear de radioterapia, que contribuiu para a ampliação dos serviços prestados. No hospital Eduardo de Menezes, foi feita a ampliação e adequação da farmácia, que inclui manipulação de medicamentos. Todos estes investimentos contribuíram para melhorar o atendimento aos usuários do SUS.

Os sanatórios, ou antigos hospitais de hanseníase, foram adaptados para o tratamento de reabilitação e cuidado do idoso. O Sanatório Santa Fé recebeu investimentos com o intuito de qualificá-lo como centro de referência e cuidado do idoso. Já nos hospitais de saúde mental destacam-se as revitalizações arquitetônicas, as quais tornam o ambiente mais agradável para os seus pacientes.

A divisão das vinte unidades da FHEMIG em cinco grupos também foi uma medida adotada para dar mais autonomia para os hospitais, com a designação de um diretor por grupo ou especialidade. Nesse sentido, as compras de medicamentos podem ser feitas em conjunto, o que leva à obtenção de maiores descontos. Os problemas administrativos também podem ser discutidos em grupo; ou seja, é incentivado o apoio mútuo entre os hospitais similares. Isso é uma proposta ainda incipiente durante o período abrangido por esta pesquisa, mas que caminha para se consolidar.

A FHEMIG também investiu nos seus recursos humanos, por meio da promoção de cursos, treinamentos e participações em congressos. Apesar de os salários serem considerados baixos, a Fundação ampliou de maneira considerável suas ações de ensino, pesquisa e aprimoramento profissional por meio de seus programas de residência médica e dos cursos e ações promovidas pela Escola de Formação Profissional e Centro de Formação Permanente.

As pesquisas científicas também estão sendo estimuladas na Fundação, chegando a cerca de 200 projetos ao ano. Houve aumento não apenas do número total de pesquisas realizadas na FHEMIG, como também no número de pesquisas consideradas de maior significado científico e aplicabilidade clínica (pesquisa aplicada). É importante ressaltar que a FHEMIG faz parcerias com universidades, instituições de ensino, instituições governamentais e até instituições estrangeiras e que as pesquisas na área de saúde são de interesse mundial.

A FHEMIG investiu intensamente na área de Tecnologia da Informação para auxiliar tanto no atendimento quanto na gestão. Além da aquisição de hardwares mais modernos, da ampliação e do aumento de velocidade das redes de transmissão de dados, o investimento mais relevante foi feito no desenvolvimento de um sistema integrado de gestão hospitalar com prontuário informatizado, o que facilita o cálculo e o monitoramento dos indicadores hospitalares.

Outros procedimentos voltados para a gestão foram determinantes no desenvolvimento institucional da FHEMIG. Podem-se destacar: melhoria dos processos de compra, com o auxílio do pregão eletrônico; adequação do controle de estoque, por meio de amostragem de verificação física e meta de 0% de perda de insumos por validade vencida ou desperdício; pagamento de gratificação de incentivo à prestação de serviços; e análise prévia de contratos de serviços terceirizados, o que, somados a outras medidas, configura-se como conjunto de intervenções responsáveis pela efetividade da Fundação.

Não se pode deixar de mencionar a implantação dos protocolos clínicos, os quais, além de auxiliar os médicos e enfermeiros no tratamento aos pacientes, também contribui para reduzir custos. Isso porque no campo da medicina são comuns vários tipos de tratamento para uma mesma patologia, e os médicos têm toda liberdade para escolher entre os tratamentos possíveis. Entretanto, como a FHEMIG, assim como outras organizações que recebem pelo SUS, enfrenta o problema de ter que reduzir custos talvez mais que o desejável, a adoção dos

protocolos clínicos proporciona uma otimização de recursos. Ou seja, ao padronizar o tratamento, são comprados menos tipos de medicamentos, porém em maiores quantidades.

Com relação à execução orçamentária da FHEMIG, ficou claro que o orçamento é adaptado para cumprir as metas da Fundação, e não apenas como algo mecânico de controle de gastos. O orçamento não é seguido à risca; ou seja, as verbas podem ser remanejadas de um investimento para outro, mediante justificativa e determinação da Diretoria. Entretanto, a Fundação pode necessitar de mais verba para realizar determinado gasto que já estava planejado, mas que sofreu alteração de preço ou, mesmo, de algum gasto não planejado, porém necessário ou urgente. Nestes casos a Secretaria da Saúde, mediante justificativas, costuma fornecer o crédito orçamentário.

As unidades, apesar de terem autonomia para realizar determinados gastos, não podem comprar nada sem que tenham o crédito orçamentário corresponde ao pagamento. Essa medida é fundamental para que o fluxo de caixa não extrapole o orçamento negativamente. Além do mais, na administração pública é proibido que gastos sejam feitos sem que haja o correspondente empenho ou crédito orçamentário. Por sua vez, o Tribunal de Contas exerce uma fiscalização para evitar que ocorram extrapolações e outras irregularidades. Pode-se notar que o orçamento tem sido executado de acordo com as novas exigências legais.

É importante destacar que o orçamento da FHEMIG sofre sérias restrições devido ao não repasse de toda a receita apresentada decorrente dos serviços prestados aos usuários do SUS. Isso leva a uma realocação dos recursos do Tesouro estadual, que, muitas vezes, são utilizados para pagar despesas decorrentes do atendimento, o que acaba comprometendo alguns investimentos ou reduzindo a capacidade de atendimento das unidades que são orientadas a reduzir gastos.

Com relação a esse problema, a Diretoria da FHEMIG realizou várias negociações com as prefeituras responsáveis pelo repasse dos valores devidos pelo SUS. Atualmente, o

problema do repasse parcial do SUS está sendo resolvido a partir da assinatura de contrato de metas com as prefeituras das cidades envolvidas. A expectativa é que se obtenha um aumento de 20% da receita, o que deve evitar cortes orçamentários, inclusive na redução de investimentos.

Uma forma de avaliar se os investimentos e as mudanças estratégicas adotadas implicaram maior efetividade da FHEMIG é o monitoramento dos indicadores hospitalares ou indicadores de qualidade. Além deles, o acompanhamento de dados estatísticos também fornece uma visão sobre o desempenho. É importante levar em consideração as especificidades dos hospitais analisados, pois a *taxa de mortalidade*, por exemplo, tende a ser maior em um hospital de pronto socorro do que em um hospital geral, como ficou evidenciado na análise realizada.

No período estudado, o número de leitos aumentou 6%, o que contribuiu para um aumento do número de internações em 7% e uma variação da *taxa de ocupação hospitalar* de 80% em 2001 para 85% em 2006. O número de altas também aumentou. Apesar de o aumento ser pequeno, apenas 2%, serviu para elevar a *taxa de ocupação hospitalar*. Ou seja, quanto mais rápido um paciente recebe alta, maior a chance do leito ser ocupado de novo.

Por sua vez, a *taxa de mortalidade* manteve-se estável ao longo do período estudado, em torno de 5% para a rede consolidada e 11% para o Hospital João XXIII. Em entrevista realizada com a Diretoria Assistencial, foi argumentado que a *taxa de mortalidade* depende da gravidade com que o paciente chega ao hospital e dos cuidados médicos prestados.

Entretanto, o investimento em infra-estrutura, tais como aumento do número de leitos e equipamentos mais modernos que realizam exames com mais precisão, contribui para um atendimento mais rápido, assim como a disponibilidade de médicos para atender mais prontamente. Foi constatado que o investimento em infra-estrutura está sendo feito, mas não

foi informado qual o número médio de médicos por paciente; apenas que é necessário contratar mais médicos clínicos.

Apesar da falta de médicos, a *taxa de eficácia terapêutica* aumentou 3%. Ou seja, aumentou o percentual de pacientes que deixam o hospital por motivo de alta. Por outro lado, a *taxa de reinternação* aumentou 2%, e isso pode estar relacionado ao não cumprimento das recomendações médicas após a alta ou a uma alta indevida, uma vez que uma das orientações da Diretoria é que se tente reduzir a *taxa de permanência* nos hospitais. Entende-se que essa orientação é feita para que outros pacientes sejam atendidos, pois a demanda pelos serviços de saúde pública é grande, mas não se sabe se os hospitais (os médicos) se sentem pressionados para acelerar a alta dos pacientes, pois, uma das metas da Fundação é aumentar a arrecadação via SUS.

Comforme Guerreiro Ramos (1981), a racionalidade que se refere unicamente aos meios para alcançar um fim pode ser questionada. As mesmas decisões podem ser funcionalmente racionais, mas conduzir a resultados substancialmente irracionais. Em outras palavras, meios satisfatórios podem ser utilizados para atingir o objetivo final, entretanto, esse objetivo pode não ser o mais adequado para a sociedade. Os hospitais podem acelerar a alta dos pacientes para atender novos e aumentar a arrecadação, e isso é um meio para atingir o objetivo de equilibrar melhor as contas. Porém, deve-se ter o cuidado para que esse objetivo não prejudique o objetivo principal dos hospitais, que é oferecer um tratamento de qualidade que permita a alta dos pacientes em plenas condições de saúde, o que pode levar um tempo maior.

É importante salientar que a FHEMIG, por ser uma organização pública, deve observar os princípios que regem os orçamentos públicos, dentre os quais está o princípio do equilíbrio – ou seja, tentar equilibrar receitas e despesas, como orienta a Lei de Diretrizes Orçamentárias, reforçada pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Entretanto, esse aumento pode

tornar-se mais efetivo por meio da ampliação do número de leitos, o que tem sido feito, ainda que lentamente em alguns hospitais.

Apesar do aumento do número de leitos nos CTI/UTI, a *taxa de mortalidade* dessa área no Hospital João XXIII e do Hospital Alberto Cavalcanti aumentou. Neste último, a variação foi pequena, mas no primeiro houve um aumento de cerca de 10% nos últimos dois anos. Conforme relatado pela Diretoria Assistencial, o Hospital João XXIII pode receber pacientes em estados fatais, e isso levaria a um aumento da *taxa de mortalidade*. Como esse aumento súbito ocorreu apenas nos últimos dois anos abrangidos por esta pesquisa, não se pode dizer ao certo se isso caracteriza uma ineficiência do hospital ou se retrata fatos eventuais.

De qualquer maneira, pode-se afirmar que os indicadores hospitalares são instrumentos valiosos para o monitoramento da qualidade do atendimento dos hospitais. Por meio dos indicadores, é possível avaliar objetivamente se a qualidade do atendimento melhorou, manteve-se estável ou piorou. Vale ressaltar que a análise quantitativa das variações dos indicadores não é suficiente para fazer inferências sobre o desempenho dos hospitais, mas funciona como um alerta para que investigações sejam feitas *in loco*. Um aumento da *taxa de mortalidade*, por exemplo, pode estar relacionada tanto à ineficácia do hospital quanto ao aumento de número de pacientes com quadros clínicos irreversíveis. Entretanto, um aumento ou um índice acima do normal por períodos longos sugerem problemas nos hospitais.

Por fim, a pesquisa realizada na FHEMIG constatou que existe uma relação direta entre o seu orçamento e os resultados medidos pelos indicadores hospitalares. Ao longo do período analisado, o orçamento foi executado de modo a promover o desenvolvimento da Fundação por meio de vários investimentos. Constataram-se nesse mesmo período melhores resultados, como os medidos pela *taxa de eficácia terapêutica* e pela *taxa de ocupação*

hospitalar, que aumentaram. Porém, a *taxa de reinternação* aumentou e não houve redução da *taxa de mortalidade*. Pode se afirmar que essa relação é fraca, devido à presença de outros fatores que interferem na qualidade do atendimento, como o cuidado médico.

As decisões sobre como investir os recursos disponíveis da Fundação foram baseadas no planejamento orçamentário. Entretanto, mesmo que as decisões sejam tomadas buscando obter melhores resultados, elas podem ser tomadas de diversas formas. Na FHEMIG, pela análise realizada, pode-se afirmar que foram tomadas decisões satisfatórias por parte da Direção no período abrangido por esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. 1997. *Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica*. Saúde e Sociedade 5(2).
- ANDRADE, Luiz A.G. *Orçamento e política – Considerações sobre o quadro brasileiro atual*. In: *Análise e Conjuntura*. Belo Horizonte, jan/abr. 1986.
- AZEVEDO, CS. *Gestão hospitalar: a visão dos diretores de hospitais públicos do município do Rio de Janeiro*. RAP – Revista de Administração Pública, 29 (3), julho a setembro 1995.
- BANFIELD, E. *Ends and means in planning in Faludi*. A reader in planning theory. Oxford: Pergamon Press, 1973.
- BARKER, R. *Financial performance measurement: not a total solution*. Management Decision. Vol. 33, n.2, 1995.
- BERWICK, DM; GODFREY, AB; ROESSNER J. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. Makron Books, São Paulo, 1994.
- BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil, de cinco de outubro de 1988.
- BRASIL, Emenda Constitucional 19/98 de cinco de junho. Dispõe sobre a Gestão Pública.
- BRASIL, Lei Complementar 101/2000 de quatro de maio. Lei de Responsabilidade Fiscal.
- BRASIL, Lei 4.320/64 de dezessete de março. Dispõe sobre o Orçamento Público.
- BRASIL, Lei 27/2002 de oito de novembro. Dispõe sobre a Gestão Hospitalar.
- BRIGHAM, E. F., GAPENSKI, L. C., EHRHARDT, M. C. *Administração Financeira – Teoria e Prática*. Atlas, São Paulo, 2001
- BROOK, R.H., McGLYNN, E.A. 1991. *Maintaining quality of care*. In E Ginnzberg, Health Services Research Key to Health Policy. Haward University Press, Cambridge, MA.
- BRUNS, Jr. William J. *Performance measurement, evaluation, and incentives*. Boston: Harvard Business School Press, 1992.
- BRYMAN, A, *Research methods and organization studies*. Londres: Unwyn Hyman, 1989.

- CHANDLER, A D. *Strategy and Structure*. Massachusetts: MIT Press, 1976.
- CHIAVENATO, I. *Teoria Geral da Administração*. 6ª. edição. Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- CRUZ, Flavio. VICCARI JUNIOR, Adauto. *Lei de responsabilidade fiscal comentada: Lei Complementar n. 101, de quatro de maio de 2000*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2002
- ECCLES, R. G. *The Performance Manifesto*. Harvard Business Review. Janeiro-Fevereiro1991.
- ESTEVES, M. G. *Organizações Hospitalares e o Controle do Trabalho Profissional*, Dissertação de Mestrado da Universidade Estadual de Londrina, 2005.
- FALK, J.A. *Gestão de Custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicações*, São Paulo: Atlas 2001.
- FROST, Bob. *Measuring performance*. Ohio: Fairway Press, 1998.
- GIACOMONI, James. *Orçamento público*. 14. ed. rev. e atual. São Paulo: Atlas, 2007
- GIAMBIAGI, Fábio; ALÉM, Ana Cláudia; *Finanças Públicas – Teoria e Prática no Brasil*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- GONÇALVES, Carlos Alberto; MEIRELLES, Anthero de Moraes. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2004
- GUERREIRO RAMOS, A. *Administração e contexto brasileiro*. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: FGV, 1983.
- GUERREIRO RAMOS, A. *A Nova Ciência das Organizações: Uma Reconceituação da Riqueza das Nações*. Rio de Janeiro: FGV, 1981.
- GUIMARÃES BRASIL, Haroldo. *Processo Decisório e a Questão Orçamentária: Uma analogia*. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro: Jul/Set. 1993.
- GURGEL, GD; VIEIRA, MMF. *Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 2, Rio de Janeiro, 2002.
- HARBOUR, Jerry L. *The basics of performance measurement*. New York: Quality Resources, 1997.

HAIR, JF; ANDERSON, R; TATHAM, R; BLACK, W. *Análise Multivariada de Dados*, 5a edição, Bookman, São Paulo, 2005.

IEZZONI, L. 1994. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Health Administration Press, Ann Arbor, MI.

JONES, S. *Choosing action research: a rationale*. In: Mangham, I. L. *Organization analysis and development*. Chichester: John Wiley, 1987.

KAHN, K.L. 1988. *Interpreting hospital mortality data: how can we proceed?* JAMA 260(24).

KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P. *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

KERLINGER, FN. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais*, EDUSP, São Paulo, 1980.

KONDO, S.; BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. *Transparência e responsabilização no setor público: fazendo acontecer*. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002.

LINDBLOM, C. *The science of muddling through*. In: *Public Administration Review*, 2a edição, Chicago, 1972.

MACHADO JUNIOR, J.; REIS, H. C. *A lei 4.320 comentada*. 27. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: IBAM, 1996.

MARCH, J.; SIMON H. *Teoria das Organizações*. Rio de Janeiro: FGV, 1972.

MASKELL, Brian H. *Making the numbers count: the accountant as change agent on the world class team*. Portland: Productivity Press, 1996.

MATIAS PEREIRA, José. *Finanças públicas: a política orçamentária no Brasil*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006

MEDICI AC. Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde, In SF Piola, SM Vianna (orgs.). *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da Saúde*. IPEA, Brasília, 1995.

MEZOMO JC. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Universidade de Guarulhos, São Paulo, 1994.

MIRANDA, Luiz Carlos e SILVA, José Dionísio Gomes da. *Medição de desempenho*. In: SCHIMIDT, Paulo (org.). *Controladoria: agregando valor para a empresa*. Porto Alegre: Bookman, 2002.

MINTZBERG H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 1995.

MUSGRAVE, Richard A. *Teoria das finanças públicas*. São Paulo: Atlas, 1974

NOGUEIRA R.P. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NORUSIS, M. J. *SPSS 9.0 Guide to data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1999.

OECD - Organization for Economic Cooperation and Development 1995. *Directions in health care policy*. Health policies studies no. 7. Paris.

OLIVEIRA, D. P. R. *Planejamento Estratégico*. 22ª. Edição, São Paulo: Atlas, 2006.

OLIVEIRA, L. M. *Controladoria. Conceitos e Aplicações*. São Paulo: Futura, 1998.

OMS 1994. *Contribuições sobre a gestão da qualidade em educação médica*. Série Desenvolvimento de recursos humanos n. 7. Brasília, DF.

OTA - Office of Technology Assessment 1988. *Hospital Mortality Rates*, p. 71-98. In *Quality of Medical Care - Information for Consumers*, OTA - H-386. Congress of the United States: Office of Technology Assessment. Washington D.C.

PEDONE, L. *Formulação, implementação e avaliação de políticas públicas*. Brasília: Funcep, 1986.

PERROW, C. *Análise Organizacional: um enfoque sociológico*. São Paulo: Atlas, 1972.

POAGE, James L. *Designing performance measures for knowledge organizations*. Ivey Business Journal. March/April, 2002.

POPPER, K. *A lógica das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Tempo e Presença, 1978.

PORTELA, JAS. *A globalização e a questão do direito à saúde*. REAH – Revista Eletrônica de Administração Hospitalar, vol. 1, n. 3, maio a agosto 2005.

RAMOS, Naimar M. *Planejamento e política financeira do governo*. Brasília: Esaf, 1982.

REZENDE, F. *O orçamento público e a transição do poder*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

ROESCH, S. M. A, *Projetos de Estágio e de Pesquisa em Administração*, 2ª edição, São Paulo: Atlas, 1999.

SANCHES, Osvaldo M. *A participação do Poder Legislativo na análise e aprovação do orçamento*. Revista de Informação Legislativa. Brasília, 33(131): 64, jul/set 1996

SCHIESARI, L.M.C. *Cenário da acreditação hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SHELDON, T. 1998. *Promoting health care quality: what role performance indicators?* Quality in Health Care 7 (Suppl.): S45-S50.

SIMON, Herbert. *O Comportamento Administrativo*. Rio de Janeiro: FGV, 1965.

TAVARES, M.C. *Planejamento Estratégico*. São Paulo: Harbra, 1991.

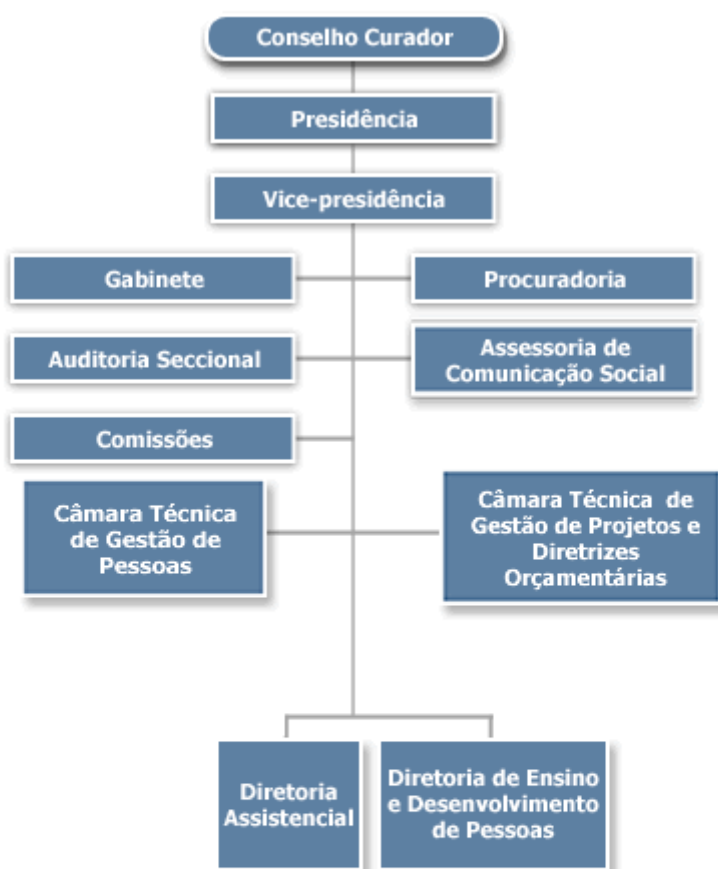
TRAVASSOS, C; NORONHA, J. C; MARTINS, M. *Mortalidade Hospitalar como Indicador de Qualidade: Uma Revisão*, Ciência & Saúde Coletiva, vol.4 no.2, Rio de Janeiro: 1999.

VERGARA, S.C. *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. 5ª edição, São Paulo: Atlas, 2004.

WILLIAMS, Kathy. *New developments in performance management*. Strategic Finance. April, 2002.

YIN, RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª edição, Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO I – ORGANOGRAMA



ANEXO II

Especialidade – Urgência e Emergência

- V1 – Taxa de ocupação hospitalar
- V2 – Taxa de mortalidade geral
- V3 – Taxa de eficácia terapêutica
- V4 – Taxa de reinternação hospitalar
- V5 – Taxa de mortalidade do CTI/UTI

Especialidade – Hospitais Gerais

- V6 – Taxa de ocupação hospitalar
- V7 – Taxa de mortalidade geral
- V8 – Taxa de eficácia terapêutica
- V9 – Taxa de reinternação hospitalar
- V10 – Taxa de mortalidade do CTI/UTI

Especialidade – Infectologia

- V11 – Taxa de ocupação hospitalar
- V12 – Taxa de mortalidade geral
- V13 – Taxa de eficácia terapêutica
- V14 – Taxa de reinternação hospitalar
- V15 – Taxa de mortalidade do CTI/UTI

Especialidade – Oncologia

- V16 – Taxa de ocupação hospitalar
- V17 – Taxa de mortalidade geral
- V18 – Taxa de eficácia terapêutica
- V19 – Taxa de reinternação hospitalar
- V20 – Taxa de mortalidade do CTI/UTI

Especialidade – Maternidade

- V21 – Taxa de ocupação hospitalar
- V22 – Taxa de mortalidade geral
- V23 – Taxa de eficácia terapêutica
- V24 – Taxa de reinternação hospitalar
- V25 – Taxa de mortalidade do CTI/UTI

Especialidade – Reabilitação e Fisioterapia

- V26 – Taxa de ocupação hospitalar
- V27 – Taxa de mortalidade geral
- V28 – Taxa de eficácia terapêutica
- V29 – Taxa de reinternação hospitalar

Especialidade – Saúde mental

- V30 – Taxa de ocupação hospitalar
- V31 – Taxa de mortalidade geral
- V32 – Taxa de eficácia terapêutica
- V33 – Taxa de reinternação hospitalar

Especialidade – Sanatórios

- V34 – Taxa de ocupação hospitalar
- V35 – Taxa de mortalidade geral
- V36 – Taxa de eficácia terapêutica
- V37 – Taxa de reinternação hospitalar

ANEXO III – A REDE ASSISTENCIAL DA FHEMIG

Hospital de Pronto-Socorro João XXIII – HPS

O Hospital de Pronto-Socorro João XXIII - HPS, localizado no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte, foi fundado em 1973. A unidade foi criada para atender a grande demanda da capital, na época. O Hospital Maria Amélia Lins, até então única unidade de atendimento emergência, já não conseguia atender o grande número de pacientes vindos da capital e Região Metropolitana. O HPS pertencia a Fundação Estadual de Assistência Médico de Urgências - Feamur e, em 1977, foi incorporado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais–FHEMIG.

O Pronto Socorro atua como centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco de morte.

Missão

Atuar como centro de referência e excelência no atendimento a pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas de risco iminente de morte, garantindo uma assistência digna de qualidade, com ética, respeito, dedicação para toda a população que demandar os serviços do Hospital João XXIII.

Visão

Manter o Hospital João XXIII como Centro de Excelência no êxito dos seus resultados propostos na sua missão.

Valores

Qualidade, Ética, Respeito, Honestidade, Competência, Dedicção, Solidez, Confiabilidade, Atuação em equipe, Satisfação do usuário.

Perfil Assistencial

- **ESPECIALIDADES:** Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, Otorrinolaringologia, Medicina Intensiva, Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Oftalmologia, CTI e UTI.
- **SERVIÇOS:**
Referência no atendimento ao politrauma, grandes queimados, intoxicações graves e situações clínicas ou cirúrgicas que envolvam risco iminente de vida.

Centro Geral de Pediatria

O Hospital Infantil João Paulo II é a nova denominação do Centro Geral de Pediatria, conforme alteração inserta no Decreto 44.466, artigo 21, item I, letra d, de 16/02/2007. O Centro Geral de Pediatria foi institucionalizado pela portaria SUPEGE/FHEMIG de número 193, de 01-04-82, sucedendo ao Centro Hospitalar de Doenças Transmissíveis / CHDT, criado pelo Decreto Executivo Estadual, número 14.021, de 05-11-71.

O CHDT pertencia à Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR) e era formado por dois hospitais contíguos, conjugados técnica e administrativamente: o Hospital Cícero Ferreira (para isolamento, em 1911) e o Hospital Sávio Nunes (Serviço de Emergência da Gastroenterite, em 1961).

Instituída pela Lei Estadual de número 7.088, de 03-10-77, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais / FHEMIG foi o resultado da associação entre a Fundação Estadual de Assistência de Urgência (FEAMUR), Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (FEAL) e a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica.

Em 1982, o CHDT transferiu seus pacientes adultos para o Hospital Maria Amélia Lins, da FHEMIG o qual, posteriormente, os transferiu para o Hospital Eduardo de Menezes. Em 01 de abril de 1982, passou a se chamar Centro Geral de Pediatria.

Vários serviços foram implementados ao longo de sua existência:

- Raiva Humana (suporte ao Centro de Saúde Carlos Chagas) em 1981;
- Residência Médica de Pediatria em 1976;
- Ambulatório de Consultas Programadas/ UCAS em 1981;
- Terapia de Reidratação Oral em 1981;
- Centro de Atenção aos Desnutridos/ CADS em 1984;
- Acompanhamento do paciente pelos familiares em tempo integral;
- Programa de Inaloterapia Ambulatorial em 1994;
- CTI Infantil em 1996;
- Hospital-Dia aos portadores de AIDS em 1999;
- CGP Domiciliar em 2000;
- Serviço de Endoscopia em 2001;
- Programa de Ampliação Transitória da Assistência em 2002;
- Programa de Assistência aos portadores de Distrofia Muscular/Vent-lar CGP em 2002;
- Programa de Assistência aos portadores de Fibrose Cística em 2003.
- Credenciamento como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação em 2005;
- Programa de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco em 2007.

Missão

Assistir com qualidade e de forma humanizada às crianças referenciadas pelas Macrorregiões do Estado de Minas Gerais e dos municípios que compõem a Microrregião de Belo Horizonte, instituindo-se como referência ambulatorial e de internação, nas ações de média e alta

complexidade pactuadas entre gerenciadores e gestores do Sistema Único de Saúde. Assumir a responsabilidade assistencial dos programas especiais do Governo, em relação à Pediatria, e ainda constituir-se como Hospital de Ensino para os Ministérios da Saúde e da Educação.

Visão

Modelo hospitalar de excelência em:

- Assistência Pediátrica
- Ensino e Pesquisa
- Gerência de Riscos à saúde e ao Meio Ambiente
- Humanização

Valores

- Qualidade dos serviços oferecidos
- Valorização das pessoas
- Ética nas Relações
- Organização por padrões
- Responsabilidade com o Meio Ambiente
- Responsabilidade Fiscal

Perfil Assistencial

- Centro de Referência Ambulatorial e Hospitalar Infante-Juvenil para as macrorregiões do Estado de Minas Gerais e para os municípios que compõem a microrregião de Belo Horizonte em:
 - Urgência e Emergência em Pediatria Geral;
 - Urgência e Emergência em Doenças Infecto-Contagiosas e Parasitárias;
 - Pneumologia;
 - Neurologia;
 - Gastroenterologia e Nutrição;
 - Cardiologia;
 - Dermatologia;
 - Nefrologia;
 - Endocrinologia e Genética Médica;
 - Assistência ao neonato de alto risco;
 - Programas especiais como: Distrofia Muscular e outras doenças neuromusculares, Fibrose Cística, Mucopolissacaridoses, Drepanocitose, Assistência Domiciliar ao paciente "internado" e Tuberculose Pulmonar;
 - Endoscopia Digestiva e Respiratória.

Hospital Maria Amélia Lins

O Hospital Maria Amélia Lins - HMAL, localizado no bairro Santa Efigênia em Belo Horizonte, foi inaugurado em 1947.

Ao iniciar suas atividades, o HMAL tinha por missão atuar como pronto-socorro e Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. Com a construção do HPS, em 1973, a unidade, que pertencia a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência - Feamur, passou por uma mudança no foco de atendimento e se transformou em uma policlínica. Logo em seguida, foi transformado em hospital geral, vindo a integrar a Fhemig.

Em 1989, começou a buscar sua identidade própria, mesmo ano em que o Hospital João XXIII transferiu os serviços eletivos de cirurgia buco-maxilo-facial e de cirurgia e fisioterapia de traumas dos membros superiores para a unidade. Cinco anos depois, o serviço de ortopedia e traumatologia programada também foi transferido do HPS para o Hospital Maria Amélia Lins.

Atualmente, o hospital conta com especialistas nas áreas de coluna, ombro, quadril, joelho e cirurgia da mão. Realiza cirurgias vídeo artroscópicas, de fixadores externos, próteses. A unidade investe nas áreas de ensino e pesquisa. Em 1997, foi criada a Residência Médica em Ortopedia, credenciada pelo Ministério da Educação e Cultura e Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e recentemente foi credenciada a residência em Cirurgia da Mão.

Missão

Hospital de referência, ensino e pesquisa, especializado no tratamento cirúrgico eletivo, de alta complexidade, de patologias decorrentes de traumas, nas áreas de ortopedia e Buco-Maxilo Facial.

Visão

Busca constante da humanização do Hospital com aumento do nível de satisfação da clientela e melhoria das condições de trabalho dos servidores, afim de alcançar a excelência na prestação de serviços de saúde.

Perfil Assistencial

- Atendimento eletivo em trauma ortopédico de média e alta complexidade em todas as suas subespecialidades ortopédicas. Atendimento eletivo em truma buco maxilo facial.
- Clínicas de apoio: neurocirurgião, clínica médica, cirurgia vascular, urologia, fisioterapia, proctologia, cirurgia geral, anestesiologia, infectologia, psiquiatria, oftalmologia.
- Serviços de apoio: enfermagem, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, terapia de mão, serviço social, radiologia e serviços administrativos.

Hospital Cristiano Machado

O Hospital Cristiano Machado, localizado no bairro Roças Grandes, em Sabará, região metropolitana de Belo Horizonte, foi fundado em 1944 com o nome de Sanatório Roça Grande. Na época, sua missão era atender ao paciente portador de hanseníase. Pertencia a FEAL (Fundação Estadual de Assistência Leprocomial) até 1977, quando passou a integrar à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG.

Integrado a Fhemig, acentuam-se as modificações na assistência do Sanatório. No início da década de 80 tem início a transformação de sanatório para hospital.

Atualmente, o Hospital Cristiano Machado é a retaguarda do Hospital João XXIII para casos crônicos neurológicos e ortopédicos que necessite de longa permanência.

Missão

Atender a pacientes críticos, incluindo em ventilação mecânica, provenientes do HJXXIII ou de outras unidades assistenciais da Rede FHEMIG e manter o atendimento aos pacientes asilares que foram acometidos da hanseníase e que se encontram sob responsabilidade do HCM, através de uma gestão transparente, responsável, participativa e eficiente, respeitando as diretrizes do SUS.

Visão

Constituir-se como Unidade de reabilitação, visando a recuperação e reinserção social de pacientes sob cuidados prolongados, vítimas de grandes traumas e agravos.

Constituir-se em uma unidade de referência em pequenas e médias cirurgias da Rede FHEMIG e da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Propor ações assistenciais inovadoras nos cuidados com pacientes que precisem de reabilitação.

Perfil Assistencial

Especialidades: Clínica Médica, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia, Terapia Nutricional e Serviço Social.

Serviços: Internação de pacientes crônicos (feminino e masculino) sob cuidados prolongados e referenciados; atenção à hanseníase; ambulatório de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Dermatologia (consultas e procedimentos agendados no hospital)

Casa de Saúde São Francisco de Assis

O Sanatório São Francisco de Assis, unidade hospitalar da FHEMIG, foi fundado em 23 de março de 1943. Teve como objetivo atender e isolar especificamente pacientes hansenianos das regiões Oeste e Sudoeste de Minas Gerais, e Sul de Goiás, complementando as ações em saúde da colônia Santa Isabel de Betim, Minas Gerais.

Atende, trata e abriga 295 ex-pacientes com Hanseníase, objetivo definido há sessenta anos, quando o confinamento dos doentes de lepra foi a opção na tentativa de controle da epidemia. Porém, com o advento da poliquimioterapia, a Hanseníase passou a ser uma patologia curável e de tratamento ambulatorial.

Em 2007, o Sanatório São Francisco de Assis, passa a se chamar Casa de Saúde São Francisco de Assis, com perspectivas de mudanças, almejando se tornar um hospital de referência regional em reabilitação e atenção ao idoso, proporcionando um atendimento de qualidade diferenciada dentro do novo papel a ser desempenhado perante o SUS e a SOCIEDADE.

Na atualidade o hospital possui capacidade institucional para 295 leitos hospitalares, sendo 60 leitos de pacientes crônicos nas enfermarias, 175 leitos de pacientes crônicos nos pavilhões, casas geminadas e comunidade, e 60 leitos de clínica médica. A comunidade que se formou em torno do hospital abriga 513 moradores, entre pacientes ex-hansenianos e, seus familiares.

Além de tratar o hanseniano, conta com serviços de prevenção e reabilitação das incapacidades físicas e psíquicas causadas pela doença. Dispõe também de internações em clínica médica, presta serviços ambulatoriais nas áreas de pequenas cirurgias, oftalmologia, ginecologia, ortopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, odontologia, sapataria ortopédica, eletrocardiografia, radiologia, patologia clínica.

Missão

Prestar atendimento hospitalar na microrregião de Bambuí, com ênfase em cirurgia ortopédica e reabilitação, mantendo seu compromisso de atenção integral às pessoas atingidas pela hanseníase.

Visão

- Tornar-se hospital de referência regional em ortopedia e reabilitação;
- Tornar-se pioneiro na assistência e pesquisa em reabilitação e atenção ao idoso.

Perfil Assistencial

ESPECIALIDADES DISPONÍVEIS: Ginecologia, ortopedia, otorrino, cirurgia ginecológica, cirurgia ortopédica e cirurgia de otorrino, clínica médica, hansenologia, serviço de nutrição, oftalmologia, odontologia, reabilitação física, composta de: fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional e sapataria especializada em calçados ortopédicos.

Serviço de apoio

- Diretoria Hospitalar, composta de: Núcleo de Ensino e Pesquisa, NEP e comissões.
- Gerencia assistencial com as seguintes unidades: Comissões, Serviço de apoio ao paciente, unidade de pacientes externos e internação, unidade de apoio diagnóstico e terapêutica.
- Gerencia Administrativa composta de: Planejamento e finanças, serviço de manutenção e patrimônio, serviço de hotelaria, serviço de suprimentos e serviço de pessoal, coordenadorias e apoio administrativo.

Sapataria Ortopédica

Atende à cidade de Bambuí e várias cidades da região, com infra-estrutura adequada e pessoal especializado para atender, com eficácia, seus pacientes na confecção de calçados ortopédicos, prótese e órteses simples e palmilhas ortopédicas. Aliada à reabilitação, a sapataria oferece um trabalho diferenciado aos pacientes portadores de deformidades em consequência da hanseníase e outras patologias.

Serviços de Reabilitação

Funciona em um prédio anexo ao hospital em uma área de 548 m², com uma ampla estrutura física que se divide em 06 (seis) salas para atendimento da equipe multidisciplinar e um ginásio terapêutico. São oferecidos atendimentos em fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, possibilitando a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, otimizando as políticas de saúde pública da região. No mesmo prédio funciona ainda o serviço de oftalmologia, odontologia e também um amplo auditório para palestras e cursos, que conta com equipamentos de multimídia, som e TV.

Complexo Cirúrgico

Recém inaugurado, atende cirurgias de pequena e média complexidade, nas áreas de ortopedia, ginecologia e otorrino, com modernas instalações e uma enfermaria de pós-cirúrgico com 20 leitos, com sistema de chamada de leitos, mobiliário novo, posto de enfermagem informatizado.

Casa de Saúde Santa Isabel

A Casa de Saúde Santa Isabel foi fundada através da Lei de 22 de Setembro de 1921. O Governo desapropriou o título de utilidade pública, os terrenos mananciais e benfeitores da Fazenda do Motta, no município de Santa Quitéria, a 40 Km de Belo Horizonte, servida pelas estradas de Ferro Central do Brasil e Rede Mineira de Viação, pela via de chegada das Estações Carlos Chagas, em Mário Campos. No dia 12 de outubro de 1931 foi lançada a Pedra Fundamental da Colônia Santa Isabel e em 23 de Dezembro foi Inaugurada a Casa de Saúde Santa Isabel, com a chegada dos primeiros internos. Na época, foi considerada como modelo de leprosário, com grandes pavilhões, onde os internos eram divididos por sexo e faixa etária.

Assim como nas prisões, eram mantidos sob constante vigilância. Os pavilhões eram coordenados por freiras e as regras de convivência eram rígidas, com punição para aqueles que ousavam infringir tais regras. Com o objetivo de impedir a fuga dos internos, havia moeda própria e guaritas com correntes nos limites do Sanatório. A saída de pacientes, bem como a entrada de visitantes, só era permitida com autorização da administração, na época, Intendência.

Em 1937, Santa Isabel chegou a abrigar cerca de 3.886 pacientes; as condições da época levaram muitos deles ao suicídio. O esporte e a Cultura tiveram papel importante, destacando o Coral Os Tangarás de Santa Isabel e os clubes de futebol que fizeram parte da história do povo izabelino. A vida Cultural na Casa de Saúde Santa Isabel era muito intensa, sendo que grande maioria girava em torno do Cine Teatro Glória, do Clube recreativo e do Salão de jogos no Cine Teatro Glória. Havia sessões de Cinema, festivais de teatros, bailes aos sábados e domingos. Esses eventos eram animados pelo grupo de jazz formados por internos da própria Colônia Santa Isabel. No salão de jogos eram promovidos bingos e jogos, envolvendo toda a comunidade.

Somente em 1965, foi permitido que os pacientes deixassem a instituição, mas a maioria permaneceu interna já que tinha consciência que não seria aceita fora dos limites da Colônia.

Já a Casa de Saúde Santa Isabel iniciou seus trabalhos de prevenção de incapacidades em Hanseníase somente em 22 de agosto de 1988, com uma fisioterapeuta e uma terapeuta ocupacional prestando serviço em consultório ambulatorial. No ano de 1992 houve ampliação do quadro de funcionários, possibilitando a ampliação do serviço de Reabilitação, que funcionou inicialmente no antigo Pavilhão Mário Campos. Devido a um incêndio em 1998 o serviço foi transferido, provisoriamente, para o segundo andar da Unidade Assistencial Gustavo Capanema, onde permaneceu funcionando até outubro de 2005, quando foi transferido para a realização da reforma do prédio.

A Casa de Saúde Santa Isabel oferece os seguintes serviços:

- Ambulatório de Especialidades: clínica médica, cardiologia, ginecologia, odontologia, nutrição, serviço social, psicologia
- Centro de Tratamento de Lesões "João Batista da Costa": hansenologia, dermatologia, ortopedia, oftalmologia, cirurgia ambulatorial,
- Setor de Reabilitação: Espaço físico totalmente reformado na Unidade Assistencial

Gustavo Capanema e mudança programada até o final de 2007. A Equipe será composta por 04 fisioterapeutas, 03 terapeutas ocupacionais, 01 fonoaudióloga e 03 técnicos de Enfermagem. A Sapataria está também incluída neste setor;

- Serviço de Apoio: Serviço de Esterilização de Materiais, Laboratório, Farmácia, Serviço de RX, Eletrocardiograma, Rouparia, Manutenção, Serviço de Nutrição e Dietética;

- Hospital Dr. Orestes Diniz: com capacidade para 12 leitos de Clínica Médica para internação e Pronto Atendimento com 10 leitos diferenciados para Clínica Médica e Pediatria;

- Unidade Assistencial Gustavo Capanema com 73 leitos. Atualmente com ocupação de 22 femininos e 37 masculinos: - Lares Abrigados com 31 leitos; atualmente 16 femininos e 12 masculinos.

A Casa de Saúde Santa Izabel está localizada em Betim e faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba: Betim, Bonfim, Brumadinho, Crucilândia, Esmeraldas, Florestal, Igarapé, Juatuba, Mateus Leme, Mário campos, Piedade dos Gerais, Rio Manso, São Joaquim de Bicas e Sarzedo.

Missão

Prestar assistência integral, humanizada e de qualidade aos usuários do SUS priorizando os atingidos pela Hanseníase.

Visão

Tornar a unidade reconhecida como Modelo de Humanização e referência em Reabilitação dos pacientes atingidos pela Hanseníase. Revitalização e preservação do Patrimônio Histórico.

Casa de Saúde Santa Fé

A Casa de Saúde Santa Fé, inaugurado em 1942 em Três Corações, no Sul do Estado de Minas Gerais - dista 8km do centro da cidade e 290 km de Belo Horizonte. Inicialmente teve a finalidade de abrigar e cuidar de pessoas portadoras de hanseníase, assim foi fiel por vários anos.

Com o avanço tecnológico e estudos acerca da anseníase, novas perspectivas abriram-se ao destino dos hospitais-colônia, uma vez que o tratamento passou a ser ambulatorial. Desde então, várias reformas foram sendo sistematizadas a fim de se criar serviços abertos à população do município e região.

Com a inauguração do Centro de Reabilitação Física (CRF) da Casa de Saúde Santa Fé em 09/03/2006, cerca de 750 mil pessoas, de 50 municípios referenciados que fazem parte da Macrorregião Sul, terão acesso garantido ao atendimento especializado. A obra possui 1.289 metros quadrados e é o resultado de um investimento de R\$ 1.222.000,00 provenientes do Tesouro Estadual.

Histórico

- 1942 • Inauguração da Colônia Santa Fé em Três Corações, em área de 5 milhões de m², com o objetivo de internar pacientes com Hanseníase. Chegou a possuir aproximadamente 1.000 moradores/pacientes, os quais eram responsáveis pela manutenção da unidade.
- 1977 • Incorporação à Rede FHEMIG como Sanatório Santa Fé.
- 1987 • Realização do primeiro concurso público para contratação de funcionários
- 1995 • Implantação do esquema de Poliquimioterapia (PQT) no tratamento da Hanseníase
- 1999 • Origem do Projeto de Regionalização do SSFé.
- 2003 • Início da construção do novo Centro de Reabilitação Física
- 2005 • Credenciamento do Centro de Reabilitação Física de Nível Intermediário
• Elaboração do Plano Diretor 2005/2008
- 2006 • Inauguração do novo Centro de Reabilitação Física (março/2006)
- 2007 • Alterada denominação para Casa de Saúde Santa Fé.
• Realização do I Seminário Estadual das Ex-Colônias de Minas Gerais

Missão

Prestar atendimento humanizado, diferenciado e de qualidade dentro dos princípios do SUS, buscando permanentemente excelência técnica, reinserção do indivíduo na sociedade e melhoria da qualidade de vida.

Visão

Ser referência macro-regional na reabilitação física e referência regional na assistência hospitalar, ambulatorial especializada, no diagnóstico e tratamento da Hanseníase e na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde.

Perfil Assistencial

- **Hospital geral de 120 leitos** (20 de agudos e 100 asilares de crônicos).
 - **ESPECIALIDADES:** Hansenologia, Pneumologia, Dermatologia, Ginecologia, Pediatria, Odontologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Reabilitação Física e Prevenção de incapacidades, Geriatria, Angiologia, Gastroenterologia, Urologia e Pequenas Cirurgias.
- Atendimento geral à população da cidade e região.

- **SERVIÇOS:**
Internação: Clínica Médica, Angiologia, Ortopedia (adulto).
Ambulatório: Dermatologia Sanitária, Pneumologia, Ginecologia, Cardiologia, Odontologia, Ortopedia, Reabilitação Física e Prevenção de Incapacidade (para adultos, por procura direta), Gastroenterologia, Angiologia e Urologia.
- **Centro de Reabilitação Física de nível intermediário**
Atendimento de até 100 pacientes/dia e 1.500 procedimentos/mês

Casa de Saúde Padre Damião

A Casa de Saúde Padre Damião - SPD, localizado na Rodovia Ubá - Juiz de Fora km 06 no município de Ubá a 392 km de Belo Horizonte, foi criado em 1945, sendo chamado no início de Leprosário Padre Damião, uma homenagem ao belga Joseph de Veuster, nome de batismo do Padre Damião. O SPD era vinculado a FEAL (Fundação Estadual de Assistência Leprocomanal) e passou para a FHEMIG em 1977, ano da criação da FUNDAÇÃO.

Quando foi inaugurada, a casa de saúde tinha a missão de prestar assistência aos hansenianos em regime de segregação social, de acordo com as diretrizes da época. Hoje o SPD é um centro de referência em atendimento a hanseníase e presta serviço de saúde aos usuários do SUS da microrregião de Ubá, através da regionalização da Unidade, com qualidade, humanização, resolutividade, garantindo a reabilitação e satisfação a nível de complexidade secundária. Além disso, é uma unidade regionalizada de referência em fisioterapia e reabilitação, com prevenção de incapacidades, com assistência em geriatria, pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

Missão

Prestar serviço de saúde aos usuários do SUS da microrregião de Ubá, através da regionalização da Unidade, com qualidade, humanização, resolutividade, garantindo a reabilitação e satisfação em nível de complexidade secundária e terciária.

Visão

Ser uma unidade regionalizada de referência em fisioterapia e reabilitação, com prevenção de incapacidades, focada na hanseníase, com assistência em geriatria, ampliando e melhorando à assistência do SUS, em curto espaço de tempo.

Perfil Assistencial

- Atendimento ambulatorial e hospitalar ao portador e ex-portador de Hanseníase.
- Internação; Clínica Médica dia e noite.
- **ESPECIALIDADES:** Hanseníase, Dermatologia, Clínica Médica, Ortopedia, Ginecologia, Pediatria, Odontologia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Fisioterapia, Nutrologia, Angiologia, Psicologia, Nutrição, Infectologia.

- **SERVIÇOS:**
 Internação em Clínica Médica, Angiologia, Ortopedia e Psiquiatria (Hospital de apoio ao CAPS).
 Ambulatório de Dermatologia , Clínica Médica, Ortopedia, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia, Otorrinolaringologia;
 Psicologia, Odontologia, Fisioterapia e prevenção de incapacidades (para pacientes adultos, por procura direta e/ou referenciado).

Hospital Regional Antônio Dias

O Hospital Regional Antônio Dias - HRAD, localizado no Centro de Patos de Minas, a 400 km de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1930. Na década de 60 o hospital passa a ser administrado pela Secretaria de Estado da Saúde/MG. De 1975 até outubro de 1977, é administrado pela Fundação Ezequiel Dias e a partir desta data torna-se uma unidade da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

O Hospital Regional tinha caráter assistencial, servia de clausura para as irmãs que atendiam crianças órfãs, pessoas carentes, e toda sorte de excluídos sociais. As irmãs de caridade recebiam também, um grande número de doentes mentais, que ali eram atendidos por falta de uma instituição mais adequada na região. Na década de 80 são construídos os pavilhões de psiquiatria e de isolamento e a Associação de Amigos do Hospital, formada pelos Produtores Rurais de Patos de Minas, constrói o Pronto Atendimento.

O Hospital passou por reformas físicas e assistenciais e atualmente presta atendimento com assistência integral e humanizada em urgência/emergência, serviços de diagnose, internações, procedimentos cirúrgicos eletivos referenciados, de forma regionalizada e hierarquizados, garantindo acessibilidade e segurança na assistência aos usuários do SUS.

Missão

Prestar atendimento integral e humanizado em urgência/emergência, internações nas áreas de clínica médica; especialidades cirúrgicas; serviços de diagnose, maternidade e cuidado a neonatos críticos referenciados, de forma regionalizada e hierarquizada, garantindo acessibilidade e segurança na assistência aos usuários do SUS.

Visão

Constituir-se centro de referência regional com capacidade de resposta pronta e efetiva na assistência médico-hospitalar, segundo os princípios de universalidade e equidade.

Perfil Assistencial

- Atendimento dia e noite. Ambulatório, internação.
- **ESPECIALIDADES:** Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria, Ortopedia, Neurologia, Cirurgia Plástica e Geral, Odontologia e

- Doenças Infecto-contagiosas.
- **SERVIÇOS:**
Internação: Clínica Médica e Clínica Pediátrica. Ambulatório: Ginecologia, Obstetrícia, Psiquiatria, Neurologia, Doenças Infecto-Contagiosas e Odontologia. Atendimento das urgências e emergências: Cirurgia Geral e Ortopedia.

Hospital Júlia Kubitschek

O Hospital Júlia Kubitschek - HJK, localizado na região do Barreiro de Cima em Belo Horizonte, foi inaugurado em 1958 e a princípio foi destinado ao tratamento de Tuberculose. A sua localização e a extensão de seu terreno se justificam pela importância que tinha na época a pureza do ar no tratamento desta moléstia.

A constatação da ocorrência de outras doenças em pacientes em tratamento no hospital gerou o atendimento a outras patologias pulmonares, ampliando a especialização do HJK na Clínica Pneumológica.

Em 1967, com a unificação dos Institutos de Previdência, o HJK passa a ser vinculado ao INAMPS e, posteriormente, à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais.

No final dos anos 80, o hospital foi reformado e reequipado e passou a funcionar com Hospital Geral de abrangência regional, apesar disso, mantém a referência em Tisiopneumologia e em Cirurgia Torácica.

Missão

Atuar como referência de urgência e hospitalar à população da região na qual está inserido e referência estadual para as doenças pulmonares em nível ambulatorial e hospitalar, assim como servir de espaço de aprendizado e aprimoramento de recursos humanos do setor saúde dentro dos princípios do SUS de equidade, universalidade e integralidade e da Administração Pública de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, comprometido com valores éticos de humanização e de gestão participativa buscando a qualidade e a segurança da assistência prestada ao usuário.

Visão

Integração às políticas estaduais e municipais de saúde dentro dos marcos legais estabelecidos, buscando a excelência dos serviços prestados dentro dos preceitos estruturais, científicos, tecnológicos e administrativos socialmente pactuados como de qualidade, voltado a satisfação do usuário e integração da comunidade hospitalar.

Perfil Assistencial

- Hospital Público Regional com prestação de assistência hospitalar nas clínicas médica, cirúrgica, gineco-obstetrícia, neonatologia, pneumologia-tisiologia, cirurgia

- torácica e plástica.
- Atendimento de urgência em pediatria, clínica médica, cirurgia geral e gineco-obstetria.
- Serviço integral ao paciente com patologias respiratórias em nível ambulatorial incluindo atendimento médico e propedêutica avançada.
- Atenção integral aos pacientes com doenças complexas – fibrose cística, hipertensão pulmonar, tuberculose multiresistente e mioneuropatias dependentes de ventilação mecânica integrando a rede estadual de atenção às doenças complexas.
- Serviço de atenção integral à criança e adolescente.

Hospital João Penido

O Hospital Regional Dr. João Penido - HRPJ, localizado no bairro Grama, em Juiz de Fora, a 255 km de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1950.

Inicialmente era um sanatório e a missão era a de tratar os doentes que sofriam de tuberculose. Em 1977, o Ministério da Saúde propôs política hospitalar, redefinindo o perfil assistencial de seus hospitais. Surgiam novos tratamentos para tuberculose que não justificava mais a permanência dos pacientes em hospitais, surgindo a assistência ambulatorial para os doentes.

Em outubro de 1977, o hospital, que pertencia à Secretaria de Estado de Minas Gerais, passou a ser administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Com essa transferência o hospital deixou de ser exclusivo para a tuberculose, passando a Hospital Geral.

Missão

Atualmente o HRPJ presta atendimento a pacientes de clínica médica, pediatria, cirurgia de baixa e média complexidade, doenças parasitárias e fisiologia, tratamento intensivo para adulto e pediatria.

Visão

Ser um Hospital de referência macrorregional no atendimento aos usuários, reconhecido pela prestação de serviços.

Perfil Assistencial: Hospital Geral

Especialidades Médicas: Angiologia, Cardiologia, Cardiologia Infantil, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Tórax, Clínica Médica, Dermatologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Infectologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Psiquiatria, Pneumologia / Tisiologia, Proctologia, Urologia.

Perfil Assistencial: Hospital Geral

Serviços de Imagem: Raio X, Ultrassom, RED, Colostograma, Urografia excretora; Serviço de Cardiologia: Ecocardiogramas, Testes Ergonômicos, Eletrocardiograma; Pronto Atendimento, Laboratório, Alas Feminina, Masculina, Tisiologia, Pediatria, UTI's Neonatal e Pediátrica, Lactário, Unidade Transfusional, CCIH, CTI Adulto, Centro Cirúrgico, CME, Centro de Reabilitação e a ser inaugurada, a Maternidade para Gestante de Alto Risco, além do Serviço de Apoio: Departamentos de Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Terapia Ocupacional.

Centro Psiquiátrico de Barbacena

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena - CHPB, localizado na Praça Presidente Eurico Gaspar em Barbacena - a 262 km de Belo Horizonte, foi inaugurado em 1903. Primeiro Hospital Psiquiátrico público de Minas Gerais, trabalhava na assistência aos Alienados do Estado, onde antes funcionava um Sanatório particular para tratamento de tuberculose.

O CHPB, pertencia à FEAP (Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica) e passou a pertencer a FHEMIG, em 1977 com a criação da Fundação. Em 1911, a instituição tornou-se um Hospital-colônia, onde o trabalho era considerado a principal forma de terapia. Na década de 80, ocorreram mudanças com a reestruturação física e a humanização, iniciadas com objetivo máximo de reintegrar o paciente ao convívio social. Foram criadas estruturas alternativas como: internações de curto prazo - Ambulatórios, Hospital-dia, Centros de convivência, Oficinas Terapêuticas e Módulos Residenciais.

Na década de 90 houve a efetivação/concretização dos serviços alternativos, projetos de atenção global à saúde com o início da construção do Hospital Geral e projetos culturais como Museu da Loucura. A partir do ano de 2000, com a desospitalização mais crescente e o empenho para finalizar as obras do Hospital Geral Regional e área de pronto atendimento, cria-se de fato um novo rumo para o CHPB ganhando mais força ainda com a elaboração de seu planejamento estratégico construído em conjunto com a comunidade hospitalar que passa a traçar os rumos e ações a serem desenvolvidos para a continuação dos projetos de humanização e desospitalização e caminhos para estabelecer parcerias para a consecução do Hospital Geral Regional.

Missão

Prestar assistência à saúde, com qualidade, que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação.

Visão

- Tornar-se centro formador de recursos humanos para a saúde, com ênfase na pesquisa e aprimoramento dos processos;
- Ser interlocutor permanente da comunidade quanto às suas necessidades em

- atendimento de saúde;
- Trabalhar para que o Hospital seja uma organização pública resolutiva, referência do SUS na região de Barbacena; para isso, busca um gerenciamento pela qualidade, a fim de atingir a excelência no atendimento;
- Trabalhar para a continuidade do processo de desospitalização de pacientes crônicos, conforme preconizam as portarias da reforma psiquiátrica, diminuindo gradativamente os leitos asilares.

Perfil Assistencial

- **INTERNAÇÃO:**
Atendimento psiquiátrico de urgência dia e noite.
- **SERVIÇOS:**
Atendimento a usuários de longa permanência portadores de sofrimento mental
Atendimento a usuários em crise portadores de sofrimento mental
Atendimento a usuários de álcool e drogas em regime de Hospital-Dia
Oficinas Terapêuticas .

Hospital Galba Velloso

O Hospital Galba Velloso - HGV, localizado no bairro Gameleira, em Belo Horizonte, foi inaugurado em 1961. Inicialmente, prestava assistência somente para pacientes psiquiátricos. Em 1969, o HGV passou a integrar a recém criada Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica (FEAP). Com a criação da Fhemig, em 1977, a unidade foi incorporada pela Fundação.

A unidade psiquiátrica tem como missão atender a clientela acima de 18 anos, portadora de transtorno mental, em situação de crise, considerando as diretrizes das Reforma Psiquiátrica.

Missão

O Hospital Galba Velloso é um hospital público pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Possui duas unidades assistenciais alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), às diretrizes da Política Nacional de Humanização e voltadas para qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

A unidade psiquiátrica tem como missão atender a clientela acima de 18 anos, portadora de transtorno mental, em situação de crise, considerando as diretrizes das Reforma Psiquiátrica. Através do trabalho de equipes multidisciplinares e de dispositivos terapêuticos diversos, possibilita o acolhimento e o tratamento do sujeito em crise até a sua estabilização psíquica assim como a articulação da continuidade do tratamento na rede de atenção à Saúde Mental do município, da região metropolitana e de demais cidades do Estado de Minas Gerais, possibilitando a este sujeito o restabelecimento de seus laços sociais.

Visão

Consolidar a prestação de serviços nas áreas de saúde mental, mediante a modernização do processo de gestão hospitalar (incorporando a participação dos servidores e ampliando o controle social) visando à melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do SUS.

Perfil Assistencial

- Atendimento Psiquiátrico de Urgência Dia e Noite. Internação.
- ESPECIALIDADES:
Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.
- SERVIÇOS:
Atendimento Psiquiátrico de Urgência para pacientes adultos, de ambos os sexos.
Internação.

Centro Mineiro de Toxicomania

O Centro Mineiro de Toxicomania - CMT, localizado no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte, foi inaugurado em 1983 com o nome de Unidade de Reintegração Social - URS.

O serviço foi transferido da Secretaria de Segurança Pública para a Secretaria de Saúde, funcionando no Hospital Maria Amélia Lins da FHEMIG. Em 1985, a URS passou a funcionar em sede própria, recebendo o nome de Centro de Reintegração Social (CRS). No ano seguinte, o serviço passou a se chamar Centro Mineiro de Toxicomania (CMT). Um dos primeiros serviços públicos de saúde destinados ao tratamento de alcoólatras e toxicômanos.

O Centro é reconhecido como referência e excelência na área de toxicomania, foi também cadastrado, junto ao Ministério da Saúde, como Centro de Atenção Psicossocial - álcool/drogas (CAPS ad), serviço que oferece assistência ambulatorial em saúde mental para pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em 2003, o CMT foi vinculado à Sub-Secretaria Antidrogas da Secretaria do Estado de Desenvolvimento Social e Esportes/MG.

Atualmente o CMT tem a missão de prestar, com qualidade e ética, assistência médica e atenção psicossocial a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Missão

Prestar, com qualidade e ética, assistência médica e atenção psicossocial a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em nível de complexidade secundário, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Visão

Constituir-se um modelo de excelência na prestação de serviços de saúde e atenção psicossocial a pessoas dependentes ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas, tendo como foco: o aprimoramento da área assistencial, a incorporação de modernas técnicas de gestão e a formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde - SUS.

Perfil Assistencial

- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad II: Serviço que oferece assistência ambulatorial em saúde mental para pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas

- Orientação e atendimento à família. Leitos de desintoxicação de curta permanência para os casos graves de alcoolismo e ingestão de drogas.

- MODALIDADES DE ATENDIMENTO DO CAPS:

Intensivo: destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem de acompanhamento diário.

Semi-Intensivo: destinado aos pacientes que necessitem de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico e que não precisam comparecer diariamente no CAPS.

Não Intensivo: destinado aos pacientes que necessitem de uma frequência menor, de acordo com o quadro clínico apresentado.

- ESPECIALIDADES:
Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Medicina Clínica e Enfermagem.

- SERVIÇOS:
Atendimento aos usuários de álcool e/ou drogas (adolescentes e adultos).

Oficinas Terapêuticas.

Ambulatório: Psiquiatria, Psicologia, Terapia Ocupacional e Clínica Médica.

Acolhimento

É a porta de entrada da instituição para os novos casos e os que regressam ao serviço. Tem capacidade para receber cerca de 12 novos casos por dia. Na primeira entrevista do acolhimento são avaliados: a intensidade da relação estabelecida entre o sujeito e a droga/álcool; os comprometimentos psíquicos e orgânicos, os danos sociais envolvidos, tais como o rompimento com os laços familiares, trabalho e escola. Após a avaliação do acolhimento, os pacientes poderão ser encaminhados de acordo com cada caso para os diferentes dispositivos institucionais, ou se necessário, para outras instituições.

DISPOSITIVOS INSTITUCIONAIS:

Permanência-Dia: Indicada para casos que necessitam de cuidados intensivos e semi-intensivos. Os pacientes podem estar presentes no CAPS no turno da manhã, no turno da tarde, ou em ambos os turnos conforme a necessidade de cada caso.

Leito de Repouso e Desintoxicação: O paciente será indicado para esse dispositivo após avaliação pela clínica geral e/ou clínica psiquiátrica.

Oficinas terapêuticas: Acontecem diariamente na parte da manhã e tarde. São coordenadas por um artista plástico (modelagem e pintura), estagiários de psicologia e profissionais.

Grupo de acolhimento de acompanhantes: Destinado aos familiares e acompanhantes com o objetivo de apresentar a instituição, esclarecer o seu funcionamento, e orientá-los quanto aos possíveis encaminhamentos que poderão ser sugeridos aos pacientes. Acontece diariamente no mesmo horário do acolhimento.

Grupo de Orientação familiar: Destinado a familiares que buscam orientar-se e informar-se sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas.

Consultas individuais: Psicologia, psiquiatria e clínica geral.

Centro Psicopedagógico

O Centro Psíquico da Adolescência e da Infância - CEPAI, localizado no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte, passa a se chamar assim em 2007, por um ato da presidência da FHEMIG, em consonância a uma solicitação do corpo clínico, uma vez que o nome Centro Psicopedagógico não correspondia à sua missão assistencial de referência em Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

O nome Centro Psicopedagógico teve o seu marco histórico e político assistencial em 1980, com a fusão da Unidade de Psicopedagogia ao Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil. Este estreitamento da Psiquiatria e das dificuldades de aprendizagem se manteve até meados dos anos 90.

A instituição, durante quase quatro décadas passou por inúmeras transformações de direcionamento clínico e assistencial, motivadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, pela diversidade de profissionais da Saúde Mental e conseqüente multiplicidade de intervenções e alternativas no tratamento psiquiátrico de crianças e adolescentes.

O Centro Psíquico da Adolescência e da Infância é referência no Estado de Minas Gerais e no Município de Belo Horizonte na Atenção em Saúde Mental da Criança e do Adolescente, para os casos de maior complexidade, bem como, Centro de excelência de referência nacional na formação de profissionais da rede SUS.

Missão

Prestar serviço de assistência em saúde mental à população de 0 a 18 anos incompletos, em níveis de complexidade secundário e terciário, integrado ao SUS.

Visão

Manter-se como modelo de excelência na prestação de serviços na saúde mental da criança e adolescente, focando a prestação de serviços com elevado padrão de qualidade e segurança; incorporação de modernas técnicas de gestão, realização de pesquisa e formação de recursos humanos para o sistema de saúde.

Perfil Assistencial

- Serviço de Urgência em Psiquiatria.
- Serviço de Atendimento à Crise: Psiquiatria, Neurologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Fonoaudiologia, e Fisioterapia.
- Dispositivos de tratamento: Alojamento Conjunto, Leito-Crise, Permanência-Dia, Oficina Terapêutica, Ambulatório e Lar Abrigado.

Instituto Raul Soares

O Instituto Raul Soares - IRS, localizado no bairro Santa Efigênia, em Belo Horizonte, foi inaugurado em setembro de 1922. Inicialmente, o Instituto era vinculado à Secretaria do Interior, passando a ser subordinado à Secretaria de Segurança Pública em 1927. Pretendia ser modelo para tratamento e pesquisas na área de saúde mental.

Na década de 60, implantou o primeiro ambulatório público do Estado para atendimento a pacientes que haviam saído da unidade e aqueles que não demandassem internação criando nova alternativa terapêutica. Durante alguns anos esteve ligado a Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica (FEAP), e quando é vinculado à Rede FHEMIG, em 1977, o IRS absorve novidades da terapêutica psicanalítica, principalmente após a transferência da Residência de Psiquiatria para o hospital. Em 1984, inaugurou o primeiro Hospital-Dia da Rede Pública e em 1992 o Centro de Convivência Arthur Bispo. Em janeiro de 2005, o Instituto Raul Soares foi certificado como Hospital de Ensino, sendo reconhecido como instituição de ensino e pesquisa, consoantes com orientações da referida certificação.

O Instituto Raul Soares (IRS) passa a executar atividades de ensino e pesquisa em serviço de assistência aos portadores de sofrimento mental, em regime de urgência e emergência, ambulatorial e de internação de curta permanência no contexto do SUS, participando do polo de educação permanente da região macrocentro do Estado de Minas Gerais.

Missão

Prestar assistência psiquiátrica hospitalar aos usuários do SUS no Estado de Minas Gerais; desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde mental no nível de graduação, especialização e pós-graduação. Promover programas de inclusão social em psiquiatria.

Visão

Transformar o IRS em centro de referência e excelência em ensino, pesquisa e assistência aos portadores de transtornos mentais.

Recuperar o patrimônio arquitetônico e paisagístico do hospital, de forma a transmitir apreço e respeito aos pacientes, além de integrá-lo como área de preservação histórico-ambiental do município.

Tornar-se um hospital moderno, arrojado, equipado com sofisticação tecnológica necessária para torná-lo resolutivo e eficiente.

Perfil Assistencial

- Atendimento de Assistência, Ensino e Pesquisa
- Psiquiátrico de Urgência - dia e noite.
- Ambulatório da residência de psiquiatria: das 8h às 17h.

ESPECIALIDADES: Psiquiatria de adulto, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.

- Ambulatório de psiquiatria FORENSE.
- Programa de inclusão social em parceria com a ONG - Ata Cidadania.

Hospital Alberto Cavalcanti

O Hospital Alberto Cavalcanti - HAC fica no bairro Padre Eustáquio, em Belo Horizonte, e foi inaugurado em 1936 com o nome de Sanatório Minas Gerais. Sua missão na época era tratar os pacientes de tuberculose.

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários - IRPB adquiriu o sanatório em 1947, que passou a se chamar Sanaminas. Nome que ficou conhecido em todo país até 1956. Nos quatro anos seguintes a unidade ficou fechada para reforma reabrindo em 1960 com o nome de Sanatório Alberto Cavalcanti, o mais moderno centro para tratamento da tuberculose no país. Antes de integrar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig, o hospital pertenceu ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e em seguida ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - Inamps.

Hoje o Alberto Cavalcanti é um hospital geral de porte médio, com serviço de mastologia,

cirurgia geral e especialidades como, clínica médica, oncologia, serviço de urgência e ambulatorial.

Missão

Prestar assistência com qualidade e universalidade, nos âmbitos hospitalar, ambulatorial e domiciliar, nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, endoscopia, oncologia, urologia e saúde da mulher, disponibilizando para tal os recursos mais modernos de atuação.

Visão

Desenvolver metodologias específicas para atendimento de excelência na prestação de serviços de saúde nas áreas envolvidas na missão institucional.

Perfil Assistencial

- Pronto Atendimento a Pequenas Urgências dia e noite em Clínica Médica, Pequenas Cirurgias, Pediatria - Ambulatório - Internação
- ESPECIALIDADES: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Urologia, Ginecologia Cirúrgica, Oncologia, Mastologia, Quimioterapia, Cardiologia, Cirurgia Torácica, Proctologia e Angiologia.
- Ambulatório: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Urologia, Ginecologia Cirúrgica, Oncologia, Mastologia, Quimioterapia, Cirurgia Torácica e Proctologia (para adultos).

Hospital Eduardo de Menezes

O Hospital Eduardo de Menezes - HEM, localizado no bairro Bom Sucesso, em Belo Horizonte, foi inaugurado em 1954 com o nome de Sanatório do Estado de Minas Gerais. Antes de integrar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, em 1977, a unidade pertencia à Secretaria Estadual de Saúde.

No início da década de 80, o Sanatório se transforma em Hospital Eduardo de Menezes com atendimento para clínica médica e tisiopneumologia (doenças pulmonares). Com o início da epidemia de AIDS, na década de 80, o HEM abriu leitos para pacientes portadores da doença e pouco tempo depois tornou referência para AIDS e outras doenças infecto-contagiosas.

Atualmente, o hospital presta assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária, atuando também na pesquisa, formação e capacitação profissional. O ambulatório do hospital desempenha importante papel fazendo parte do Programa de Integração Adequada dos Portadores de DST/HIVAIDS do Ministério da Saúde como Serviço de

Assistência Especializada (SAE).

Missão

Prestar assistência especializada em dermatologia e infectologia, atuando também na pesquisa, formação e capacitação profissional.

Visão

Ser referência nacional na assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária e ser reconhecido pela excelência na prestação de serviços.

Serviços Prestados

ESPECIALIDADES:

Atendimento hospitalar e ambulatorial em doenças infecto-contagiosas, especialmente Tuberculose, AIDS e Dermatologia. Treinamento de profissionais e pesquisas em AIDS.

SERVIÇOS:

Atendimento hospitalar e ambulatorial de adultos com doenças infecto-contagiosas (doenças sexualmente transmissíveis), Tisiopneumologia e Dermatologia.

CTI de infectologia para adultos.

Centro de Orientação e Apoio Sorológico (CTA) Centro de Testagem anônima e gratuita para AIDS.

Hospital/dia para Tuberculose, doenças infecto-parasitárias (DIP) e Leishmaniose.

Internação domiciliar para Tuberculose, AIDS e outras DIPs (pacientes desospitalizados; abordagem para adesão ao tratamento).

Cirurgia geral para adultos (ambulatório e internação: procura direta). Internações devem ser feitas mediante contato prévio do médico que requisitar a vaga com o médico plantonista.

Maternidade Odete Valadares

A Maternidade Odete Valadares - MOV, localizada no bairro Prado, em Belo Horizonte, foi inaugurada em 1955. Desde sua fundação até os anos 80 a MOV foi exclusivamente uma "Casa de Parto". De 1956 a 1971, esteve ligada a Santa Casa de Misericórdia. De 1971 a 1976, a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência - FEAMUR passou a manter a Maternidade e seu caráter filantrópico. Em 1977, integrava a Legião Brasileira de Assistência Social - LBA passando depois para o Inamps e, em 1991, para a Fhemig.

Em 1980, a Maternidade funcionou como um Pronto Socorro Obstétrico - Ginecológico, com demanda principalmente em gravidez de alto risco, levando à criação do ambulatório

de pré-natal, ginecologia e planejamento familiar. Em 1986, a MOV torna-se referência em gestação de alto risco e inaugura o Banco de Leite Humano, referência no Estado, tendo como objetivo o incentivo ao aleitamento materno e a redução da mortalidade infantil.

Atualmente, a MOV continua prestando assistência integral à saúde da mulher e ao neonato, funcionando também como Hospital Escola, oferecendo oportunidades de capacitação e aprimoramento para profissionais da área de saúde.

Missão

Prestar assistência integral à saúde da mulher e ao neonato, também funcionando como Hospital Escola, oferecendo oportunidades de capacitação e aprimoramento para profissionais da área de saúde.

Visão

Tornar-se Centro de Excelência em ginecologia e gestação de alto risco.

Perfil Assistencial

- **ESPECIALIDADES:**
Ginecologia/Obstetrícia, Neonatologia, Mastologia, Pré Natal de Alto Risco, Propedêutica de patologias do colo uterino, Sexologia, Oncologia, Planejamento Familiar, Climatério, Fertilidade, Terapia Ocupacional, Fisioterapia pediátrica, Fonoaudiologia pediátrica (apoio aos recém-nascidos que recebem alta da MOV), Neurologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Pediatria Oftalmológica, Uroginecologia, Oncologia, Endocrinologia (apoio ao pré-natal), Psicologia, C M Risco Cirúrgico, Cardiologia Pediátrica (apoio aos recém-nascidos que recebem alta da MOV), Serviço Social, Pré-Natal, Laparoscopia, Nutricionista, Pronto Atendimento, Bloco Obstétrico/Admissão, Alojamento P. Atendimento, Alto Risco, Bloco Cirúrgico, Vídeo Laparoscopia, Berçário.
- **SERVIÇOS:**
Ambulatório: atendimento do pré-natal normal e de alto risco, Mastologia, Ginecologia, propedêutica do câncer de colo de útero.
- **INTERNAÇÃO:**
Obstetrícia/alojamento conjunto, Ginecologia, Neonatologia, UTI Neonatal. Banco de Leite Humano.

APÊNDICE – CLASSIFICAÇÃO DE INVESTIMENTOS

Conforme Brigham *et al.* (2001), para certos tipos de projetos de investimentos uma análise relativamente detalhada pode ser necessária; para outros, devem ser utilizados procedimentos simples. De acordo com isso, as empresas geralmente categorizam os projetos e então os analisam em cada categoria de forma ligeiramente diferente.

- **Reposição - manutenção do negócio:** Categoria que consiste em gastos para a substituição de equipamentos desgastados durante sua vida útil ou danificados. Projetos de substituição são necessários caso a empresa queira continuar operando. Os únicos pontos em questão aqui são se essa operação deve continuar e se a empresa deve continuar utilizando o mesmo processo de produção. As respostas são geralmente afirmativas, portanto, as decisões de manutenção são normalmente tomadas sem um processo de decisão elaborado.
- **Reposição - redução de custos:** Essa categoria inclui os gastos para a substituição de equipamentos funcionais, porém obsoletos. O propósito aqui é de diminuir os custos de fabricação, materiais, e outros custos tais como a eletricidade. Essas decisões, muitas vezes, são arbitrárias, e geralmente é necessária uma análise razoavelmente detalhada.
- **Expansão de produtos e mercados existentes:** Os gastos para aumentar a produção de produtos e prestação de serviços, ou para expandir o número de lojas ou distribuidoras em mercados já existentes, estão incluídos nessa categoria. Essas decisões são mais complexas, pois exigem uma previsão explícita do crescimento na demanda. Os erros são mais prováveis, portanto é necessária uma análise mais

detalhada. Além disso, a decisão de prosseguir ou não prosseguir, é tomada em um nível mais alto dentro da empresa.

- **Expansão para novos produtos ou mercados:** Esses são investimentos para a produção de um novo produto ou para a expansão em uma área geográfica que não está sendo servida. Esses projetos envolvem decisões estratégicas que podem alterar a natureza fundamental da empresa, a eles geralmente exigem o investimento de grandes somas de dinheiro com retorno demorado. Invariavelmente, é necessária uma análise detalhada, e a decisão final é tomada no topo da hierarquia – pelo conselho de administração como parte do plano estratégico da empresa.
- **Projetos de segurança e/ou ambientais:** Os desembolsos necessários para cumprir determinações do governo, acordos trabalhistas, ou termos de apólices de seguro estão nessa categoria. Esses gastos são denominados investimentos obrigatórios, e geralmente envolvem projetos que não produzem receita. O modo como são manejados depende de seu tamanho, sendo os menores tratados de forma similar aos projetos da primeira categoria descritos anteriormente.
- **Pesquisa e desenvolvimento:** Para muitas empresas, pesquisa e desenvolvimento constitui o maior e mais importante tipo de investimento de capital. Apesar desses investimentos poderem, conceitualmente, ser analisados da mesma forma que os investimentos em ativos tangíveis, os fluxos de caixa que eles produzem são geralmente muito incertos para que seja feita uma análise padrão. O que acontece, geralmente, é que os gestores pensam em termos de desconto de fluxo de caixa subjetivos para os investimentos em pesquisa e desenvolvimento, e então destinam

certa quantia de dinheiro para conduzir pesquisas em determinado projeto ou conjunto de projetos. Pelo fato dos resultados em pesquisa e desenvolvimento serem quase sempre altamente incertos, e como a continuação do financiamento de um projeto depende de resultados em estágios precoces, uma análise do tipo árvores de decisões é geralmente utilizada.

Em geral, cálculos relativamente simples e somente alguns documentos são necessários para decisões de reposição, especialmente investimentos do tipo manutenção em fábricas lucrativas. Uma análise mais detalhada é necessária para reposições por redução de custos, para expansão de linhas de produção existentes, e especialmente para investimentos em novos produtos ou áreas. Além disso, dentro de cada categoria os projetos são separados conforme seus valores.

Os investimentos maiores exigem análises cada vez mais detalhadas e aprovação em níveis mais altos dentro da empresa. Assim, enquanto o gestor de uma fábrica pode ter a autoridade de aprovar desembolsos até um certo limite tendo por base uma análise pouca sofisticada, é o conselho de administração que deve aprovar decisões que envolvem as quantias mais significativas para a empresa ou expansões para novos produtos ou mercados. Geralmente, faltam dados concretos para decisões que envolvem novos produtos, portanto o bom julgamento, em oposição a dados contábeis detalhados, é especialmente importante.

Do mesmo modo, decisões que envolvem grandes valores são tomadas pela área estratégica das organizações representada por sua diretoria, presidência e conselhos. Entretanto, não existem fórmulas para decidir quais são os melhores investimentos em determinadas circunstâncias, ou seja, o processo decisório muitas vezes envolve questões

econômicas, políticas, sociais e éticas, e prioriza a racionalidade conforme se pode perceber pelas teorias que procuram explicar a tomada de decisão.