

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS**  
**Escola de Administração – EA**  
**Curso de Especialização em Gestão em Saúde – UAB/CAPES**



**HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EM PELOTAS: a visão dos  
administradores em relação à contratualização dos hospitais**

**Maria Cristina do Amarilho Maich**

**PORTO ALEGRE**

**2012**

**Maria Cristina do Amarilho Maich**

**HOSPITAIS FILANTRÓPICOS EM PELOTAS: a visão dos  
administradores em relação à contratualização dos hospitais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Escola de Administração da Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul, como requisito  
parcial para obtenção do título de especialista  
em Gestão em Saúde.

Orientador: Pedro de Almeida Costa

Tutor: Liége Adamski

**PORTO ALEGRE**

**2012**

Dedico este trabalho a todos que de alguma forma me auxiliaram ou me acompanharam nesta etapa de minha vida

## Resumo

A proposta desta pesquisa baseia-se na análise da gestão dos hospitais filantrópicos na cidade de Pelotas no Rio Grande do Sul, focando nos convênios realizados com a União e a gestão financeira destas instituições. Através da metodologia foram estudados quatro hospitais filantrópicos da cidade de Pelotas, responsáveis pelo atendimento da população pelo Sistema Único de Saúde. A pesquisa caracterizou-se por uma abordagem do tipo qualitativa, exploratória e descritiva, realizada no local de trabalho dos gestores dos hospitais. Participaram deste estudo os administradores com entrevistas agendadas conforme a disponibilidade e horários, respondendo as questões norteadoras do trabalho. Os resultados foram analisados e organizados de acordo com as questões formuladas e teve como objetivo compreender a relação entre os tipos de pagamentos e o percentual de receita dos hospitais que é proveniente do SUS, identificando possibilidades de negociação quanto aos repasses dos SUS pela gestão municipal e apontar alternativas de melhorias para a gestão financeira dos recursos dos SUS nesses hospitais. O trabalho mostrou-nos a necessidade dos hospitais filantrópicos terem aderido ao Programa de Reestruturação e Contratualização como forma de melhorar a sua forma de gestão.

Palavras chaves: Contratualização, Filantropia

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>1. REVISÃO TEÓRICA</b>	<b>12</b>
1.1. HOSPITAIS FILANTRÓPICOS	12
1.2. REESTRUTURAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS FILANTRÓPICOS NO SUS	14
1.3. CONTRATOS DE GESTÃO	21
<b>2. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA/ METODOLOGIA</b>	<b>24</b>
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	24
2.2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	25
2.3. ANÁLISE DOS DADOS	26
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>37</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>40</b>
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTAS	41

## **Introdução**

Existem quatro hospitais filantrópicos na cidade de Pelotas, a Santa Casa de Pelotas, a Beneficência Portuguesa, o Hospital Espírita e o Hospital São Francisco de Paula.

A crise que acomete os hospitais filantrópicos atualmente por falta da correção das tabelas do SUS torna difícil o funcionamento dessas entidades. Mesmo os hospitais filantrópicos trabalharem sem o objetivo de obtenção de lucro, há a necessidade de provir recursos para a viabilização de suas atividades.

Os hospitais filantrópicos tem responsabilidade social, junto com o Poder Público, com seus direitos e seus deveres, contribuindo para uma sociedade saudável, mas ao mesmo tempo tem a necessidade de sobreviver readequando-se frente às novas políticas de saúde.

Portela (2004), diz que o setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País, constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da saúde suplementar.

Ao longo dos anos o estado brasileiro reconheceu a existência de entidades filantrópicas, regulamentando seus fins sociais e a cooperação financeira, através de isenções de impostos, em particular os previdenciários.

Com a Constituição de 1988, a isenção da contribuição previdenciária às entidades classificadas como filantrópicas, manteve-se. Várias normatizações infraconstitucionais seguiram-se regulamentando as ações para a obtenção de certificação de entidades de fins filantrópicos, contudo, apesar da edição da Lei Orgânica da Assistência Social continuou o impasse para qualificar estas organizações.

Mais recentemente o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, assinou, durante a cerimônia de abertura do XXI Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, ocorrido em 17 de agosto de 2011, a reformulação da Portaria 3355, que traz novas regras para a certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (CEBAS) que prestam serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Há a necessidade de se rever os conceitos de filantropia, especificamente em saúde de modo a perceber como estas instituições são gerenciadas.

No decorrer do curso de gestão em saúde, ao verificar as formas de gestão, foi verificado diferentes modelos e que através do Contrato de Gestão há a viabilidade de uma nova modalidade de pagamento ao hospital, por orçamentação global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados.

Desde modo, diante dessas reflexões surgiu a seguinte questão de pesquisa:

***Qual a real situação dos quatro hospitais filantrópicos da cidade em relação aos recursos oriundos do SUS?***

Como objetivos norteadores desta pesquisa de acordo com a definição do problema foram identificar de que maneira os hospitais filantrópicos da cidade de Pelotas tem sobrevivido frente as dificuldades de repasses de verbas do SUS oriundas da gestão municipal, descrever como é feito o pagamento dos honorários do SUS aos hospitais filantrópicos, levantar o percentual de receita dos hospitais que é proveniente do SUS e apontar alternativas de melhorias para a gestão financeira dos recursos do SUS nesses hospitais.

A finalidade de se investigar a situação dos hospitais filantrópicos da cidade se dá pela importância destes na cidade de Pelotas e por serem os quatro hospitais maiores e que dão a assistência de saúde à população assistidas pelo SUS e também pelos planos de saúde.

Objetivou, também, compreender a relação entre os tipos de pagamentos e levantar o percentual de receita dos hospitais que é proveniente do SUS, identificando possibilidades de negociação quanto aos repasses do SUS pela gestão municipal e apontar alternativas de melhorias para a gestão financeira dos recursos do SUS nesses hospitais. Este estudo foi caracterizado por uma abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória.

## **1. Revisão Teórica**

Na construção deste capítulo teve como propósito discorrer sobre a situação dos hospitais filantrópicos, apresentando como se dá a filantropia dos hospitais e de que forma são feitos os repasses do SUS.

### **1.1. Hospitais filantrópicos**

A assistência hospitalar à população brasileira, desde o início da colonização, era oferecida basicamente pelas Santas Casas e pela filantropia em geral. Os hospitais têm uma história muito mais longa, mas até o século XIX eram em sua maior parte geridos por organizações de caridade e, muitas vezes, pouco mais do que um refúgio para os órfãos, para os deficientes físicos, ou simplesmente para os pobres.

Para Kuschnir (2010) os primeiros sistemas de proteção social foram a família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas. Esses mecanismos de proteção permaneceram até as intervenções das categorias profissionais e do Estado.

Bernardes (2010) refere que a história dos hospitais filantrópicos no Brasil, a Home Page da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB nos indica que a primeira foi fundada em 1543 na cidade de Santos, em São Paulo. Uma vez criadas, passaram a se dedicar ao atendimento aos enfermos e, em alguns casos, em mais de uma direção, ou seja, no amparo à velhice, à criança, aos hansenianos, à educação entre outras. Somam, hoje, mais de duas mil e quinhentas em todo o território nacional. São responsáveis por cerca de 50% dos leitos hospitalares existentes no País, muitas vezes constituindo-se em Centros Regionais de Referência e Excelência Médica. Há que se destacar, ainda, o papel histórico que essas instituições cumpriram e cumprem na formação de Recursos Humanos para a saúde, a começar pela criação das primeiras Escolas de Medicina e de Enfermagem. Desnecessário enumerar, uma a uma, todas aquelas que têm contribuído para o desenvolvimento da ciência médica e outras, mantendo hospitais-escolas, residência médica, ou mesmo campo de estágio e aplicação dos conhecimentos

adquiridos. Só no estado do Rio Grande do Sul são mais de 250 Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, com base em dados da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul. (CMB, 2009; FEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS DO RS, 2009)

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, o Brasil conta com 3.594 hospitais filantrópicos, que representam um total de 44% de unidades hospitalares do SUS (8.539), disponibilizando mais de 123 mil leitos para o SUS – 34% do total de leitos SUS existentes no país (359.705) Fonte: DATASUS/CNES/2011.

Percebe-se que assim como em qualquer entidade beneficente e de assistência, os hospitais filantrópicos são ligados a uma mantenedora, composta de uma sociedade de cunho religioso ou não, que elege um conselho de administração e uma diretoria para gerir as atividades organizacionais. Difere de uma empresa de personalidade privada, pois não existe uma continuidade de comando, pois os diretores, provedores ou presidentes são eleitos pela sociedade e que, para esta função, não podem perceber remuneração ou vantagem, seja ela financeira ou não.

A diretoria, em geral, nomeia um administrador, que pode ser participante da sociedade ou um gerente contratado, com a devida experiência e embasamento teórico para cumprir suas funções, ocorrendo casos, ainda, em que empresas de consultoria são chamadas para assumir a gestão técnica administrativa e financeira. Cabe também a diretoria nomear um médico para a diretoria clínica do hospital, que pode ser por indicação dos médicos do corpo clínico ou por escolha política da própria diretoria. Este médico tem a função de ser o responsável técnico do hospital e ser o elo entre a organização e os médicos, que em sua maioria são profissionais autônomos, não possuindo vínculo empregatício e hierárquico com a organização.

Desde modo nota-se que a o processo gerencial das entidades filantrópicas sofrem influência de diversos atores, entre eles o próprio médico que por não possuir vínculos empregatícios, acabam tendo grande influência, inclusive no movimento financeiro dos hospitais, pois deles dependem a movimentação, desde as internações e os procedimentos realizados

## 1.2. Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria MS/GM N° 1.721, de 21 de setembro de 2005) com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, organização e financiamento por que passam essas instituições brasileiras. Estrategicamente foram definidas duas etapas: Adesão e Contratualização. A utilização das diretrizes desenhadas pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos pode contribuir para mudanças dos modelos de gestão e de financiamento deste segmento do SUS.

De julho de 1994 até agosto de 2011, a realidade da tabela do SUS teve impacto financeiro médio de 57,30% de reajuste nos hospitais. Em igual período, a inflação medida pelo IGMP da Fundação Getúlio Vargas foi de 577,85% e a inflação média do setor hospitalar, 503,54%. Em 2010, o déficit dos hospitais filantrópicos ficou em R\$ 310 milhões. Para Oswaldo Balparda/ Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul a situação não é de agora, porém vem se agravando com a elevação de custos, descontinuidade de cronogramas de repasses dos ínfimos recursos, somadas a real falta de perspectiva para o enfrentamento dos maiores déficits relacionados à assistência de média e baixa complexidade.

Segundo Neto (2007, p. 34), mais da metade dos municípios brasileiros depende de uma instituição filantrópica para ter acesso à assistência hospitalar. Grande parte dessas instituições depende do financiamento público através do Sistema Único de Saúde (SUS), que reembolsa cerca de 60% dos gastos efetivos que o hospital tem com um paciente internado por esse convênio.

Grande parte do setor filantrópico brasileiro apresenta um índice baixo de desenvolvimento gerencial. Segundo Lima et al. (2004 p. 1), 83% dos hospitais conveniados pelo SUS, com menos de 599 leitos, foram classificados como incipientes em questões relacionadas com a sua gerência.

Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão subordinado ao Ministério de Assistência e Promoção Social. O CEAS é uma

exigência para a obtenção de diversas isenções fiscais e tributárias, passíveis de serem auferidas pelas filantrópicas. Várias condições são exigidas para a concessão do CEAS. Em particular, para os hospitais, destacam-se duas exigências alternativas: a oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS .

Publicado no Diário Oficial da União de 5 de novembro de 2010, a Portaria 3.355, do Ministério da Saúde, do então ministro JOSÉ GOMES TEMPORÃO que dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde - CEBAS – Saúde diz:

Na portaria no Art.1º vem regulamentar o processo de concessão e de renovação do Certificado das Entidades de Assistência Social na área da saúde, para pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social com a finalidade de prestação de serviço na área da saúde que atendam ao disposto na Lei nº12.101 de 27 de novembro de 2009, no Decreto nº7.237 de 20 de julho de 2010 e nesta Portaria. No Parágrafo único desta portaria o Certificado concedido terá validade de 3 (três anos), permitida sua renovação por iguais períodos. No Art. 2º diz que compete à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS) a condução do processo de concessão e renovação da Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde. E no § 1º e § 2º o processo de certificação será desenvolvido pelo Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social - DCEBAS-Saúde no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS), e a emissão do Certificado, bem como sua renovação dar-se-á por ato próprio do Secretário de Atenção à Saúde.

Durante a realização do XXI Congresso Nacional das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, a reformulação da Portaria 3355, em seu discurso o Ministro da Saúde Padilha afirmou que a assinatura da Portaria simplifica e torna mais claras as regras para a certificação e renovação do certificado de filantropia. Uma das principais mudanças ressaltadas pelo ministro é considerar para cálculo os leitos utilizados pelo SUS. “Diálises e ambulatórios, entre outros, não podem

ser excluídos do cálculo do certificado de filantropia. Esta decisão terá um impacto importante nas instituições”.

Segundo Padilha, atendimentos que compreendam as redes prioritárias do SUS – Rede de Urgência e Emergência (Saúde Toda Hora), Oncologia, Rede Cegonha (de atendimento materno e infantil) e atendimento a usuários de álcool e drogas – terão peso maior na composição do percentual mínimo para a obtenção/renovação do certificado. A caracterização da gratuidade, pela nova Portaria, também se modifica. Não fica mais restrita à assistência, mas passa a abranger o apoio ao ensino, a promoção à saúde, e as casas de apoio a Oncologia, acolhimento de pacientes de álcool e drogas e acolhimento materno.

O dispositivo formaliza o critério de atendimento, de pelo menos 60%, ao SUS para que as entidades obtenham ou renovem a certificação de filantrópicas. A renovação ocorre a cada três anos. O atendimento ambulatorial pelo SUS agora pode compor até 10% desse percentual nas entidades filantrópicas em geral. Esse é um reconhecimento do Ministério da Saúde ao novo perfil de atendimento da saúde pública.

A seguir a transcrição da Portaria N. 3.024, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2011, assinada pelo ministro Alexandre Padilha onde institui incentivo financeiro destinado aos estabelecimentos hospitalares que se caracterizem como entidades beneficentes de assistência social na área da saúde e que prestam 100% (cem por cento) dos seus serviços de saúde exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Incentivo 100% SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e  
Considerando o disposto no caput do art. 198 da Constituição, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS);  
Considerando o disposto nos incisos I, II e IX do art. 7º da Lei No-8.080, de 19 de setembro de 1990, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram SUS são desenvolvidos de acordo com os princípios da universalidade do acesso, da integralidade de assistência e da descentralização político-administrativa com

direção única em cada esfera de governo; Considerando o Decreto No- 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei No- 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; Considerando a Portaria No- 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS; Considerando a Portaria No- 3.123/GM/MS, de 7 de dezembro de 2006, que homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS;

Considerando a Portaria No- 1.703/GM/MS, de 17 de agosto de 2004, que destina recurso de incentivo à contractualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências; Considerando a necessidade de fortalecimento do SUS; e Considerando a importância da participação do setor filantrópico no SUS e nas estratégias de ampliação do acesso dos usuários às ações e serviços de saúde, especialmente como pontos de atenção estratégicos nas redes prioritárias de atenção à saúde, resolve:

Art. 1º Fica instituído incentivo financeiro destinado aos estabelecimentos hospitalares que se caracterizem como entidades beneficentes de assistência social na área da saúde e que prestem 100% (cem por cento) dos seus serviços de saúde exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Incentivo 100% SUS).

§ 1º Excepcionalmente, após análise e aprovação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), poderão aderir ao Programa de que trata o caput estabelecimentos hospitalares que: I - prestem 100% (cem por cento) dos seus atendimentos hospitalares exclusivamente no âmbito do SUS; e II - prestem pelo menos 80% (oitenta por cento) dos seus atendimentos ambulatoriais exclusivamente no âmbito do SUS.

§ 2º No caso do inciso II do § 1º deste artigo, os 20% (vinte por cento) de atendimentos ambulatoriais restantes prestados no âmbito do setor privado devem ocorrer em função do estabelecimento ser o único prestador de serviços de saúde dentro de sua tipologia no Município.

Art. 2º O estabelecimento hospitalar que aderir ao Incentivo 100%

SUS fará jus a incentivo financeiro mensal equivalente a 20% (vinte por cento) do valor mensal da produção de média complexidade contratualizada.

Art. 3º Para adesão ao Incentivo 100% SUS, os estabelecimentos hospitalares que se caracterizem como entidades beneficentes de assistência social na área de saúde deverão destinar 100% (cem por cento) dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares ao SUS e ser participantes:

I - do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, de que trata a Portaria No- 1.721/GM/MS, de 21 de setembro de 2005; ou  
II - do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados, de que trata Portaria No- 1.703/GM/MS, de 17 de agosto de 2004.

Art. 4º O estabelecimento hospitalar que se enquadrar nos requisitos do art. 3º desta Portaria poderá solicitar, a qualquer tempo, ao gestor local o encaminhamento da solicitação ao Ministério da Saúde para inclusão no Incentivo 100% SUS.

Art. 5º A solicitação para a inclusão do estabelecimento hospitalar no Incentivo 100% SUS será encaminhada pelo gestor municipal, estadual ou distrital à Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar, do Departamento e Atenção Especializada, da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOSP/DAE/SAS/MS), acompanhada dos seguintes documentos:

I- declaração do gestor local, atestando o cumprimento do requisito da prestação de atendimento 100% (cem por cento) exclusivamente ao SUS, conforme dispõe o art. 3º desta Portaria; e

II - comunicação formal da solicitação à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou ao Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal.

Art. 6º Após a aprovação pelo Ministério da Saúde da adesão do estabelecimento hospitalar ao Incentivo 100% SUS, o gestor local providenciará Termo Aditivo ao contrato/convênio celebrado com o respectivo estabelecimento hospitalar com adição dos recursos estabelecidos nesta Portaria.

Parágrafo único. Uma cópia do instrumento de contratualização com o respectivo aditivo contratual será encaminhada pelo gestor local à CGHOSP/DAE/SAS/MS.

Art. 7º A SAS/MS publicará portaria específica de adesão do

estabelecimento hospitalar ao Incentivo 100% SUS. Parágrafo único. A portaria específica referida no caput estabelecerá o valor dos recursos financeiros de incentivo que serão incorporados aos Tetos de Média e Alta Complexidade dos Municípios, Estados e Distrito Federal, com efeitos financeiros a partir do mês de publicação da portaria.

Art. 8º Os estabelecimentos hospitalares que aderirem ao Incentivo 100% SUS deverão manter os requisitos de adesão e, além disso, demonstrar o cumprimento dos seguintes critérios de qualidade em até 6 (seis) meses a contar do início do repasse dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde:

- I - adoção de protocolos clínicos, assistenciais e de procedimentos administrativos;

- II - implantação de Acolhimento com Classificação de Risco, quando contar com Porta de Entrada Hospitalar de Urgência, e/ou implantação de padrão de boas práticas de segurança e qualidade para o atendimento de gestantes previsto na Estratégia Rede Cegonha, conforme Portaria No- 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, quando possuir maternidade ou outras unidades de cuidado obstétrico e neonatal;

- III - organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal (diarista), utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe;

- IV - implantação de mecanismos de gestão da clínica visando à qualificação do cuidado e eficiência de leitos, a reorganização dos fluxos e processos de trabalho e a implantação de equipe de referência para responsabilização e acompanhamento dos casos;

- V - desenvolvimento de atividades de educação permanente para as equipes, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

- VI - monitoramento mensal das Taxas de Ocupação e Média de Permanência nas enfermarias de clínica médica, leitos de longa permanência e Unidades de Terapia Intensiva, quando couber; e

- VII - 100% dos serviços regulados pelo gestor local, por meio das Centrais de Regulação ou mecanismos locais de regulação.

Parágrafo único. O não cumprimento de qualquer dos critérios estabelecidos neste artigo no prazo estabelecido no caput implicará a suspensão do repasse do incentivo financeiro estabelecido nesta Portaria.

Art. 9º O monitoramento e avaliação dos requisitos e critérios estabelecidos nesta Portaria serão realizados por meio de:

I - consulta mensal ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para avaliação da destinação dos leitos e dos demais serviços ofertados, além de acompanhamento da produção ambulatorial e hospitalar ao SUS;

II - articulação do monitoramento com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de suas bases de dados;

III - declaração semestral do gestor estadual, municipal ou distrital de que a entidade presta efetivamente 100% (cem por cento) dos seus serviços ambulatoriais e hospitalares exclusivamente ao SUS;

IV - visitas in loco pelos gestores locais ou pelo Ministério da Saúde, quando necessário; e

V - atuação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Art. 10. O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para a transferência, regular e automática, dos recursos aos Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e Distrital. Parágrafo único. Em caso de eventual reajuste do Incentivo à Contratualização (IAC) ou da Tabela de Procedimentos SUS, o aporte adicional será obrigatoriamente adicionado ao contrato/convênio firmado com o estabelecimento hospitalar por meio de aditivo.

Art. 11. Os recursos financeiros correspondentes à concessão do Incentivo 100% SUS são oriundos das dotações orçamentárias consignadas ao Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de

Trabalho 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade, dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 12. Em caso de suspensão ou interrupção do repasse dos recursos do Incentivo 100% SUS por parte do gestor local para os estabelecimentos de saúde beneficiados por esta Portaria, o Ministério da Saúde suspenderá a transferência desses valores ao Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

### 1.3. Contratos de gestão

Existe uma forma talvez de melhorar as formas de gestão dos hospitais filantrópicos da cidade de Pelotas, que seria através dos contratos de gestão. Para Barbosa e Carvalho (2010) a prática aprimorada com base no contrato de gestão entre gestores e dirigentes de serviços, no caso hospitais, constitui-se em elemento essencial a compor qualquer novo modelo. No âmbito federal é realidade na rede hospitalar de ensino e também já presente em dezenas de hospitais filantrópicos espalhados em todo o país.

Um contrato deve ser compreendido como instrumento e práticas de pactuação de objetivos institucionais entre o ente executor das ações de saúde – o hospital – e o mantenedor institucional – o gestor do sistema.

Contrato de Gestão é o instrumento próprio da administração pública a ser utilizado para a contratação de serviços e o estabelecimento de compromissos entre um ente público (supervisor ou controlador) e outra organização com finalidades públicas (embora possa ser de natureza pública estatal ou mesmo privada que atue em atividades de interesse público), vinculada e descentralizada. O contrato de gestão estipula metas de produção e qualidade para um período ao ente contratado, com o correspondente valor a ser repassado pelo ente contratado, além de diversas outras atribuições e dos mecanismos de acompanhamento do mesmo, incluindo possibilidades de ajustes, etc.

Também para Barbosa e Carvalho (2010), o objeto do contrato deve ser especificado de acordo com dimensões e eixos norteadores da ação institucional, que compreendem o conjunto das atividades realizadas pelo hospital, a partir de suas possibilidades, tecnologias, cultura, mas no interesse maior do sistema de atenção e que naturalmente requerem financiamento correspondente. O contrato, finalmente, viabiliza uma nova modalidade de pagamento ao hospital, por orçamentação global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados.

Sobre contrato de gestão, Barbosa e Carvalho (2010, p. 101) considera em documento específico – (apud Brasil 1995b) – sobre contrato de gestão, o ministério traça os compromissos institucionais e de apoio à modernização da gestão, definindo as seguintes medidas para o realinhamento estratégico-estrutural: redefinição de sua missão, identificação precisa de produtos e clientes,

objetivos e metas claramente definidos, definição de estrutura organizacional e tecnologia a serem utilizadas, além do desenvolvimento de metodologias na área de planejamento, avaliação de desempenho, informatização, recursos humanos, custos e regulamentação específica para investimentos.

Segundo Barbosa e Carvalho (apud Lima 1996) define o contrato de gestão como instrumento gerencial originado da administração por objetivos (APO) ou administração sistêmica por objetivos e resultados. E também (apud André 1993), o contrato consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir à participação maior e à corresponsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas. Em contrapartida, a administração central concede à local maior autonomia gerencial, liberando-a do controle dos meios, que passa a ser realizado sobre os resultados alcançados.

Para atender às demandas do processo assistencial e gerencial, faz-se necessário que se implante um modelo de gestão atual, a fim de otimizar o processo gerencial hospitalar, que é visto hoje como uma empresa (BURMESTER et al, 2007).

Outra forma de gestão seria no investimento na gestão de custos, pois tais avanços mudariam o ambiente das empresas, incluindo as empresas hospitalares, fazendo surgir a necessidade de um gerenciamento também inovador, sistematizado, oferecendo instrumentos para tomada de decisões, pois não basta a modernização através da tecnologia, se não houver planejamento e estratégias, facilitando a tomada de decisão. Assim, o sucesso da competitividade de um hospital ou de qualquer outra empresa depende fundamentalmente da gestão estratégica, que inclui a contabilidade de custos (DIENG et al, 2007). Um exemplo de gestão de custos ocorreu no Hospital /Adventista Silvestre, situado no Rio de Janeiro, onde foi implantado o Sistema Integrado de Custos, para tal foi utilizado o sistema de custos por absorção e rateio e para os custos dos procedimentos e Sistema de Custos por atividades (ABC).

Tem como objetivos a contabilidade de custos, inventariar os produtos fabricados e vendidos, planejar e controlar as atividades empresariais e servir como instrumento para a tomada de decisão. A implantação e o

acompanhamento dos custos é a única forma pela qual os hospitais podem ter bases sólidas para negociar os preços de seus serviços.

As organizações hospitalares têm buscado seus processos de gestão, aumentando a competitividade, através da eficiência e redução de custos, metas cada vez mais buscadas pelos administradores hospitalares. Vale ressaltar que a redução de custos deve ser feita sem que qualidade dos serviços prestados seja perdida (CHERUBIN; SANTOS, 2002).

## **2. Procedimentos de pesquisa/ Metodologia**

### **2.1. Caracterização do estudo**

Este estudo foi caracterizado por uma abordagem qualitativa do tipo descritiva, exploratória.

Segundo Minayo(1998) a pesquisa qualitativa responde as questões particulares que não pode ser quantificada, trabalhando com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, aprofundando-se no universo das relações humanas e suas ações.

O estudo foi descritivo porque procurou descrever com exatidão os fatos, fenômenos de determinada realidade, exigindo do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja estudar. (LEOPARDI, 2001).

Assim, tratou-se de uma pesquisa descritiva, pois procurou expor as características de um determinado fenômeno em que seu objetivo foi relatar a forma como os hospitais filantrópicos da cidade recebem o repasse das verbas dos SUS.

Objetiva, também, compreender a relação entre os tipos de pagamentos e levantar o percentual de receita dos hospitais que é proveniente do SUS, identificando possibilidades de negociação quanto aos repasses dos SUS pela gestão municipal e apontar alternativas de melhorias para a gestão financeira dos recursos dos SUS nesses hospitais.

Tratou-se de um estudo exploratório, pois segundo Triviños (2007) este tipo de abordagem permite ao investigador ampliar sua experiência com relação a determinado problema.

Quanto aos meios, pode-se classificar esta pesquisa como bibliográfica para a fundamentação teórica do trabalho, em sites da internet e pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica constitui o ato de ler, selecionar, fichar, organizar e arquivar tópicos de interesse para a pesquisa em pauta. Consiste em apresentar e comentar o que outros autores escreveram sobre o tema, enfatizando as diferenças ou semelhanças que existem entre os conceitos (Roverly, 2000).

Já a pesquisa de campo é a investigação empírica que deve ser realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para

explicá-lo, podendo incluir entrevistas, aplicação de questionários, testes e observação participante ou não (Vergara 1997).

## **2.2. Instrumento de coleta de dados**

O estudo foi realizado nos quatro hospitais de Pelotas, na Santa Casa de Pelotas, a Beneficência Portuguesa, o Hospital Espírita e o Hospital São Francisco de Paula.

Foi agendado um horário com os administradores de cada hospital para a realização de entrevista, onde será apresentado e entregue o termo de consentimento livre e esclarecido ( Apêndice B)

O sigilo e o anonimato foram assegurados a todos os sujeitos desta pesquisa, para isso, os mesmos serão identificados através das iniciais dos nomes. Os hospitais serão denominados como Hospital A., Hospital B, Hospital C e Hospital D, conforme a ordem das entrevistas.

Na entrevista utilizou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado com questões norteadoras como instrumento para obtenção dos dados. (Apêndice A).

Segundo Triviños(1995), a entrevista semi-estruturada valoriza a presença do entrevistador e também proporciona ao informante alcançar a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a entrevista, a investigação. O informante tem a oportunidade de participar na relação do conteúdo do estudo, pois segue espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo entrevistador.

Três das entrevistas foram gravadas, já que de acordo com Haguette (1992), este é um processo que promove uma interação social entre o entrevistador e o entrevistado. E uma foi somente oral, pois não houve a permissão para o uso do gravador.

As entrevistas foram individuais, em um ambiente determinado pelos administradores dos hospitais, com duração de até, no máximo, trinta minutos, pois segundo Triviños(1995), é preciso estabelecer o tempo de duração da

entrevista para que o entrevistador possa planejar seu tempo, respeitando as atividades do entrevistado.

### 2.3. Análise dos dados

Os dados coletados através das entrevistas foram transcritos e analisados e, posteriormente, comparados com a literatura e organizados em forma de temas.

De acordo com Minayo (1998) em uma pesquisa qualitativa a análise temática se encaminha para a presença de determinados temas ligados a uma afirmação a respeito de um determinado assunto, podendo ser apresentado através de uma palavra, frase ou resumo.

Ao serem entrevistados os administradores das quatro entidades filantrópicas da cidade todos responderam as questões norteadoras de modo claro, esclarecendo como é feito os pagamentos aos hospitais e como está a real situação.

O primeiro hospital visitado trata-se de um hospital geral de ensino ligado a Universidade Católica- Hospital A, o segundo hospital visitado trata-se de um Hospital Psiquiátrico- Hospital B, o terceiro é um Hospital de grande porte- Hospital C e por último trata-se também de um hospital geral de grande porte Hospital D.

Atualmente o pagamento aos hospitais de Pelotas é feito através de contrato financeiro assinado entre SUS e hospital através de um Contrato de Gestão onde o pagamento é feito mensalmente através do faturamento do mês e é pago geralmente no quinto dia útil do mês subsequente. É feito um contrato financeiro com o hospital, onde as ações de média complexidade são pré-pagos e os de alta complexidade são pós-pagos. Conforme observa-se na resposta dos administradores A, B e D .

(...) no atendimento Sus hoje, nós recebemos mensalmente o faturamento do mês se recebe no quinto dia útil do mês subsequente , muito ágil e a forma de pagamento é feito pela gestão plena e contratualizado. Hoje o nosso recebimento é feito por dois modelos toda média complexidade é contratualizado, nós fazemos o contrato anual com o gestor, o valor específico por mês e todo dia quinto dia útil do mês nós recebemos este valor independente de produção ou não, a

produção é avaliada na secretaria e vai se trabalhando a recuperação e quando se faz menos a gente se propôs a fazer o que foi proposto na meta e quando se faz a mais é revisto para que não se faça muito a mais, no nosso caso aqui sempre temos um faturamento muito a mais, por exemplo o que estamos faturando hoje aqui é faturamento do mês passado, porque tenho ali um mês de faturamento que se buscar documentação, acertar AIHs, etc , mas o faturamento SUS é muito regular ele, é aquém do custo . Além disso, no SUS quando se trabalha, quando se presta atendimento de alta complexidade ele é por procedimento, então eu faturei e recebo normalmente no dia 25 do mês subsequente, por exemplo, tudo que for neurocirurgia, tudo que for nefrologia, tudo que for tratamento de AIDS de alta complexidade, tudo que for vascular, este procedimento fica fora da contratualização, e isto funciona para todos os hospitais. Dentro do SUS tem duas formas de cobrança: uma da média que é para o contrato e a outra pela alta que é por procedimentos. O contrato se faz todos os anos, agora mesmo, o contrato deve ser renovado em abril e a secretaria já começou todo o trâmite, aí a secretaria vê toda a demanda reprimida, as necessidades do município, aí eles vêm para a gente ver se consegue aumentar certos procedimentos. Hoje por exemplo, eles me ligaram perguntando se poderiam aumentar o eletroencefalograma. Então vai se negociando quantos procedimentos podem ser feitos (Administrador do Hospital A).

O pagamento do SUS é realizado através do gestor municipal que é a secretaria da saúde, eles recebem o dinheiro do Ministério da Saúde e repassam aos hospitais. (Administrador do Hospital B).

O SUS paga uma tabela defasada em torno 40 a 50% do que o hospital gasta com o paciente. É feito um contrato financeiro com o hospital, onde as ações de média complexidade são pré-pagos e os de alta complexidade são pós-pagos. O pagamento é feito de acordo com a tabela SUS. Diz que: o Ministério da Saúde é quem paga os procedimentos de alta e média complexidade, através da gestão municipal. Os valores de tabela são inferiores aos gastos dos hospitais. Existe uma comissão de avaliação da contratualização, onde avalia as ações realizadas. (Administrador do Hospital D)

A Secretaria da Saúde Municipal também tem envolvimento da seguinte forma, realizando a contratualização e realizando o repasse das verbas oriundas do Ministério da Saúde e repassadas aos hospitais através da gestão municipal, como diz o Administrador B, onde diz:

O pagamento do SUS é realizado através do gestor municipal que é a secretaria da saúde, eles recebem o dinheiro do Ministério da Saúde e repassam aos hospitais.

O pagamento é feito dentro do prazo, os procedimentos de média complexidade são pagos até o quinto dia útil do mês e os procedimentos de alta complexidade são pagos no vigésimo quinto dia do mês subsequente como mostra o relato do administrador A.

No entanto, há diferenças entre o sistema de pagamento ao hospital A e B demonstradas pelas respostas do Administrador A e B e a seguir, talvez pela especificidade de cada instituição.

O paciente passa pelo nosso serviço de urgência. Ele é avaliado se não é um caso de internação ele vai para o CAPS e se é um caso de internação ele interna, aí é emitido uma AIH, ele fica internado um determinado tempo e quando ele tem alta, se entra no sistema do DATASUS, é informado ao governo todas as informações é gerado no sistema os valores, que é emitido uma nota de empenho mandamos para o gestor municipal e ele nos repassa o dinheiro. Quanto a contratualização o nosso contrato com o gestor municipal estava desatualizado 11 anos, agora no dia 30 de novembro de 2011 depois de inúmeras negociações com a secretária Arita Bergmann chamou o hospital em junho, onde foi tratado o assunto da contratualização onde assinamos o contrato no dia 26 de novembro de 2011. Não havia interesse das outras gestões de assinar conosco, então nós estávamos irregulares perante ao Ministério da Saúde pois o último contrato era de 2001 da **CEBAS - Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social** que estava vigente até então. Aí a secretária chamou e começou a negociar aumentando o teto do ambulatório, aumentaram o teto das AIHs e depois então foi feito a contratualização em Nov de 2011. (Administrador do Hospital B).

Em relação a segunda questão de qual é a receita do hospital que é proveniente do SUS, ficou evidenciado pelas respostas de todos administradores que o percentual de receitas provenientes do SUS é em torno de 60%, conforme previsto na Portaria 3355, e é demonstrado nas respostas a seguir:

Ele varia ano a ano, em 2000 o percentual era de 95% de receita dos SUS, e de lá para cá estamos estudando uma maneira de aumentar o percentual de receita dos convênios, sempre lembrando que nós não reduzimos as internações SUS, pelo contrário, nós aumentamos a quantidade SUS, nós aumentamos a quantidade de leitos, por exemplo, nós tínhamos 90% dos leitos cedidos aos SUS, nós começamos a construir novas alas, aumentando o número de leitos, e hoje nós estamos com a proporção de 70% dos leitos SUS e 30% dos leitos convênios. O que exige a filantropia é 60%, mas o que exige o hospital de ensino é 70%. Então o que estamos fazendo em cima disso, estamos trazendo o mais próximo possível dos 30% dos convênios que é um número que as federações tem trabalhado, que se gente conseguir isto a gente consegue um equilíbrio. Tem um estudo das federações que dizem que a cada \$100 reais gastos, o SUS pagam 60. Isto significa dizer que temos que buscar os outros 40 reais nos convênios. Isto na prática é muito verdade, no ano de 2011, nós vamos ser autossustentável, nós vamos ter receita igual a despesa um pouquinho além, talvez uns cem mil reais, que não vão ser para investir, por que temos muitas dívidas, mas no operacional nós vamos conseguir ser superavitários neste ano de 2011, isto numa história do hospital de prejuízos de anos, então qual é a nossa receita hoje de SUS 70% e 30% convênios, isto hoje porque historicamente nós sempre tivemos muito mais que isto. (Administrador do Hospital A).

O nosso é de 80%, 60% é o que a gente tem que oferecer, a gente oferece mais. Nós temos 200 leitos, nós oferecemos 80% da capacidade para o SUS mais do que a filantropia exige. O Grosso da nossa receita vem do SUS, a folha de pagamento é paga com o dinheiro do SUS, recebemos em torno de 240 mil do SUS e o restante é dos convênios e particulares o que nos ajuda a sair do vermelho. O nosso custo com o paciente SUS é 91 a diária e nós recebemos do governo 49,70 reais e o resto é coberto com os convênios (Administrador do Hospital B).

Percebe-se que todas as entidades cumprem o que é exigido pela filantropia, 60% de atendimento SUS.

Em relação à terceira pergunta de como é feito o pagamento do SUS pela gestão municipal ficou claro que através dos Contratos de Gestão os pagamentos estão sendo realizados de forma efetiva e pontual, como é dito pela fala dos administradores.

O pagamento é feito mensalmente, é passado o empenho para o gestor municipal e dias depois eles depositam o dinheiro, nada fica pendente. Só ficavam AIHs pendentes com glosas. Nós não temos glosas, mas as glosas são situações normais o que ocorrem normalmente com hospitais de alta complexidade.

(Administrador do Hospital A).

É uma contratualização, a secretaria de saúde ela compra serviços do hospital, agente produz em cima daqueles valores contratualizados, é feito uma contratualização anual, o pagamento é feito no início do mês, até o terceiro dia eles pagam. O pagamento é feito antecipado e tudo que é excedido é negociado, como é chamado de extra-teto. (Administrador do Hospital C).

O hospital D discorda da pontualidade, onde diz:

O gestor municipal recebe do governo federal e este dinheiro serve para pagar os hospitais. O pagamento não costuma ser feito até o quinto dia útil do mês.

Em relação à quarta questão onde é perguntado sobre qual é a sugestão para melhorar as formas de pagamentos dos SUS para os hospitais, os administradores sugerem uma forma de pagamento através de orçamentação.

(...) eu não teria nenhuma sugestão para melhorar a forma. A forma como está sendo paga está excelente. Nós saímos daquela época em que demorava três, quatro para receber. A forma está bem, o que não tá bom ainda nos SUS eu diria que é o valor pago por procedimento, tabelas, embora a tendência dos SUS seja a extinção total da tabela, muito provavelmente seja isto, este é o caminho que o SUS tem dado para todo um movimento dos SUS tem sido desta forma, a contratualização vem dizendo que a gente pactua um valor e nós temos que produzir X procedimentos, o honorário médico não tem mexido faz tempo. Eu tenho a impressão que a tendência será a orçamentação, Se tiver uma

sugestão para dar, cada hospital deveria dar a sua orçamentação discutir esta orçamentação com o gestor público e o gestor público pagar. Eu não vejo porque não ser desta forma, estou com olhar acadêmico, focado numa concepção da igreja católica que nós existimos para ensinar e nós existimos para ajudar a comunidade. Nós não existimos para ganhar dinheiro, o que é o fundamento de todos os hospitais filantrópicos que tem por aí, que é diferente do hospital privado que visa lucro. Como os demais hospitais da cidade, nós existimos para apoiar o SUS. Estes hospitais só existiram porque não tinha governo que prestasse saúde. Uma sugestão para sair das tabelas seria orçamentar todos os hospitais. Pois sendo orçamentado os hospitais tem que otimizar mais os seus recursos, de alguma forma tem que organizar mais os seus recursos. Pois com as tabelas tendem a fazer mais para receber mais pelas tabelas, caindo a qualidade do atendimento. A sugestão para melhorar o SUS eu acho que precisávamos melhor gestão dos recursos verbas, melhorar os indicadores tanto assistenciais, quanto a rotatividade de leitos quanto de tempo de permanência. Incentivar produtividade. Os indicadores existem porém não são utilizados para nada. A nova portaria da rede de urgência e emergência prevê que uma redução no tempo de permanência em troca de melhor remuneração as diárias. É preciso ser monitorado pelos gestores, o gestor tem que remunerar melhor. Tem que cobrar mais. ( Administrador Hospital A).

No nosso caso seria uma revisão das diárias pagas, aumentando o valor, pois as diárias são muito baixas. O governo sabe quanto é gasto com cada paciente, pois o nosso hospital é aberto a auditoria e desta forma eles sabem o que é gasto com cada paciente, mas o governo não tem interesse nenhum em fazer o pagamento por orçamentação. No ano passado os hospitais se mobilizaram através das federações das santas casas, é uma instituição fora de série, tem que ver o que nos ajudam eles servem de mediadores entre nós e o governo. ( Administrador Hospital B)

Foi perguntado se com esses valores pagos os hospitais conseguem sobreviver, e a resposta foi que sim, pois a responsabilidade social é muito grande. Mesmo não visando lucro tem que se preocupar em visar lucro para

poder dar melhor atendimento ao paciente, melhorar a hotelaria, melhores condições de atendimento. Fica claro na fala do administrador do Hospital C

Nesta gestão atual da secretaria da saúde acho que não tem nada para melhorar a forma como estão pagando está perfeito. Antigamente tinham as glosas, atrasos nos pagamentos, hoje não, é pago até o terceiro dia. Nós estamos conseguindo trabalhar, claro existem as dificuldades, mas em vista do que tinha antes com atraso de pagamentos, etc, hoje não se trabalha mais assim com a contratualização vai se receber para produzir. Trabalha-se sempre acima do teto, pois a demanda é maior. Trabalha-se sempre em prol da comunidade. As dificuldades sofridas pela população para ter serviços de internação, cirurgias são regulados pela central de leitos. O hospital não é mais dono do leito.

#### Para o administrador do Hospital D

O pagamento do SUS é pago todos os meses, com alguns atrasos. Uma sugestão seria manter o equilíbrio financeiro entre os contratos; pagar o que é gasto e mais um percentual em cima do custo, acabar com a tabela do pacote, repartir melhor os recursos entre o público e o privado. A saúde pública só funciona bem, quando todos os atores trabalharem em equipe (gestores, conselho municipal, administradores e usuários). Atualmente falta parceria entre os hospitais. O pagamento não é repartido de forma igual.

Durante as entrevistas pode-se confirmar conforme Barbosa e Carvalho (2010) que a prática aprimorada com base no contrato de gestão entre gestores e dirigentes de serviços, no caso hospitais, constitui-se em elemento essencial a compor qualquer novo modelo. No âmbito federal é realidade na rede hospitalar de ensino e também já presente em dezenas de hospitais filantrópicos espalhados em todo o país. Pode-se perceber através da fala dos administradores que a contratualização dos hospitais filantrópicos funciona de modo a suprir as necessidades atuais, com o pagamento em dia dos contratos, com alguns atrasos conforme a fala do administrador D.

Também para Barbosa e Carvalho (2010), o objeto do contrato deve ser especificado de acordo com dimensões e eixos norteadores da ação institucional,

que compreendem o conjunto das atividades realizadas pelo hospital, a partir de suas possibilidades, tecnologias, cultura, mas no interesse maior do sistema de atenção e que naturalmente requerem financiamento correspondente. É confirmado na fala de todos os administradores que o contrato, finalmente, viabiliza uma nova modalidade de pagamento ao hospital, por orçamentação global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados.

Barbosa e Carvalho (2010), dizem que fazer gestão significa, em essência, ter foco em resultados, considerando objetivos e metas pré-estabelecidas. Fazemos gestão em função de expectativas de um futuro melhor em relação ao presente. Fazemos gestão por que é preciso transformar a realidade, as condições materiais, as imateriais e as simbólicas. Queremos um mundo diferente, pois a sociedade se move e pretendemos que seja na direção de melhores condições de vida, em todos os campos da vida. Através da fala de todos os administradores foi percebido que a preocupação das entidades filantrópicas é atender a comunidade sem a preocupação com os lucros, pois a responsabilidade social é muito grande. Mesmo sem visar lucro o administrador do Hospital B diz que:

Mesmo não visando lucro tem que se preocupar em visar lucro para poder dar melhor atendimento ao paciente, melhorar a hotelaria, melhores condições de atendimento, [...].

O Estado brasileiro não possui ainda todas as condições para cumprir e fazer cumprir com todos os compromissos assumidos pelo SUS. Esta afirmação é confirmada com a fala do administrador E.T. onde diz que:

Os Hospitais Filantrópicos hoje são aquilo que o governo não consegue fazer, saúde é um direito de todos e um dever do estado, então os hospitais filantrópicos hoje fazem tudo que o governo não consegue fazer.

Diante da proposta do estudo ficou claro que através dos contratos de gestão, foi uma alternativa saudável para suprir as necessidades dessas entidades que trabalham em prol da comunidade.

Além disso, como forma de melhorar os contratos de gestão seria através de uma orçamentação das despesas dos hospitais, sendo esta resposta identificada pela fala do administrador do Hospital A, no exposto a seguir:

Uma sugestão para sair das tabelas seria orçamentar todos os hospitais. Pois sendo orçamentado os hospitais tem que otimizar mais os seus recursos, de alguma forma tem que organizar mais os seus recursos. Pois com as tabelas tendem a fazer mais para receber mais pelas tabelas, caindo a qualidade do atendimento. Parece-me que estes conceitos de tabela tendem a terminar, é a minha visão. (...) parece-me que este conceito de contratualização tende a se ampliar, eu imagino que no futuro nós vamos ser orçamentados.

## Considerações finais

Com a realização deste trabalho foi possível compreender a partir da análise e discussão dos dados que a situação dos hospitais filantrópicos mudou para melhor através dos contratos de gestão, que viabilizam o seu funcionamento.

Percebeu-se que O Sistema Único de Saúde, por não possuir estrutura hospitalar própria suficiente para responder à demanda total de atendimento, este sistema compra mais de 70% da capacidade instalada dos hospitais filantrópicos na cidade. Assim, deles dependem à população para o atendimento e fica clara a importância dessas instituições no sistema de saúde vigente.

Ficou explícito que para um funcionamento adequado dessas instituições dependem muito do poder público, pelo repasse adequado das verbas em dia, pela forma de negociação com os hospitais e principalmente com o bom relacionamento com a secretaria de saúde do município que atualmente tem atuado de modo a suprir as necessidades e negociar abertamente com os gestores.

Alguns relatam mostraram que ainda este processo de Contrato de Gestão tende a melhorar, se adequando as reais necessidades da população e as possibilidades de cada hospital.

Pode-se perceber a importância do pagamento em dia para a sobrevivência dos hospitais filantrópicos.

Durante as entrevistas, uma das constatações foi que todos os administradores das entidades filantrópicas tinham conhecimento da existência dos contratos de gestão, e todos já trabalham de modo adequado com a adesão e contratualização. Sendo que com atual gestão da secretaria de saúde do município houve melhorias nos contratos e até atualização de um hospital que estava com o certificado de filantropia desatualizado desde 2001. Certificado este que devem ser renovados a cada três anos.

Com esta pesquisa foi possível ver que as entidades filantrópicas têm conseguido se adequar e sobreviver com as verbas oriundas do SUS e que algumas melhorias ainda são possíveis.

As quatro entidades consultadas disponibilizam leitos de SUS a várias cidades da zona sul, por se tratarem de centros de referências.

Uma das dificuldades encontradas para a realização deste trabalho pode ser a questão de planejamento e a realização da pesquisa, como a interpretação dos dados. Também a dificuldade de agendamento das entrevistas com os gestores das instituições e o próprio sentimento dos entrevistados.

Como sugestão para novas pesquisas fica a possibilidade de confrontar as opiniões dos gestores das entidades filantrópicas com o setor da administração pública responsável pelo pagamento aos hospitais.

## Referências

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Organização e funcionamento do SUS**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES:UAB, 2010.

Brasil. Decreto no 4.327, de 8 de agosto de 2002. Aprova critérios para concessão do certificado de filantropia para os hospitais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2002; 9 ag

BURMESTER, H.; PEREIRA, J. & SCARPI, M.J. *Modelo de Gestão para organizações de saúde*. RAS, São Paulo, vol. 9, n. 37, p. 125-32, out./dez. 2007.

CHERUBIN, N.A. & SANTOS, N.A.A.P. *Administração Hospitalar: Fundamentos*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2002.

**CONASS**. Disponível em:

[http://www.portalconass.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=279:ci-n-471-publicada-pt-gm-n-3024-que-institui-incentivo-financeiro-destinado-aos-estabelecimentos-hospitalares-que-se-caracterizam-como-entidades-beneficentes-de-assistencia-social-na-area-da-saude-e-que-prestam-100-dos-seus-servicos-de-saude-exclusiv&catid=6:conass-informa&Itemid=14](http://www.portalconass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=279:ci-n-471-publicada-pt-gm-n-3024-que-institui-incentivo-financeiro-destinado-aos-estabelecimentos-hospitalares-que-se-caracterizam-como-entidades-beneficentes-de-assistencia-social-na-area-da-saude-e-que-prestam-100-dos-seus-servicos-de-saude-exclusiv&catid=6:conass-informa&Itemid=14). Acesso em : 18 fev 2012.

DIENG, M.; ARAÚJO, A.O.; DINIZ, J.A.; DINIZ, M.A.A. & SANTOS, D.P. **Gestão Estratégica de Custos Aplicada à Atividade Hoteleira: Um Estudo Empírico nos Hotéis de Médio e Grande Porte da Grande Recife**. In: 3º Congresso da USP de Iniciação Científica em Contabilidade, 2007. São Paulo: USP, 2007.

**Gerenciamento de Hospitais Filantrópicos: Confronto entre a Técnica Médica, o Poder Político e a Administração Hospitalar**. Disponível em:

[http://www.aedb.br/seget/artigos10/237\\_Gerenciamento%20de%20Hospitais%20Filantropicos%20-%20SEGET.pdf](http://www.aedb.br/seget/artigos10/237_Gerenciamento%20de%20Hospitais%20Filantropicos%20-%20SEGET.pdf). Acesso em : 12 jan2012.

**Hospitais Filantrópicos.** Disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36276&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36276&janela=1).

Acesso em: 12 jan2012.

LEOPARDI, M.T. ET AL. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria:

Pallotti, 2001.

LIMA, S. M. L ; BARBOSA, Pedro Ribeiro ; PORTELA, Margareth C ; UGÁ, Maria  
Alícia ; VASCONCELLOS, Miguel Murat ; GERSCHMAN, Silvia Victoria.

**Caracterização gerencial de hospitais filantrópicos no Brasil.** Cadernos de  
Saúde Pública (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, 2004.

**Metodologia.** Disponível em:

[http://www2.dbd.pucrio.br/pergamum/tesesabertas/0310791\\_05\\_cap\\_03.pdf](http://www2.dbd.pucrio.br/pergamum/tesesabertas/0310791_05_cap_03.pdf)>

Acesso em:08 dez.11.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em  
saúde. 5 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

**Ministro da Saúde assina Portaria com novas regras para certificação das  
filantrópicas.** Disponível em:

[http://cmb.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=512:ministro-da-saude-  
assina-portaria-com-novas-regras-para-certificacao-das-filantropicas&catid=3&Itemid=100569](http://cmb.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=512:ministro-da-saude-<br/>assina-portaria-com-novas-regras-para-certificacao-das-filantropicas&catid=3&Itemid=100569).

>Acesso em : 23 nov. 11.

NETO, Gonzalo Vecina. A crise das Santas Casas. Notícias Hospitalares, São  
Paulo, 53, p 34, maio/junho/julho de 2007.

**PORTARIA Nº 3.355, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2010.** Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3355\\_04\\_11\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3355_04_11_2010.html).

Acesso em: 11 dez.11.

PORTELA, Margareth C. et al. Caracterização assistencial de hospitais  
filantrópicos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-  
818, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n6/09.pdf>>.

Acesso em: 29 nov. 11.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

Representantes de hospitais filantrópicos buscam recursos. Disponível em: <http://www.diariopopular.com.br/site/content/noticias/detalhe.php?id=6&noticia=40536>. Acesso em: 10/12/2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

## Apêndice

## **Apêndice A- Roteiro de entrevistas**

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL CURSO DE GESTÃO EM SAÚDE**

**Autor: Maria Cristina do Amarilho Maich**

#### **Roteiro de pesquisa**

1- Dados de identificação

Nome da entidade:

Nome do administrador:

Nome do entrevistado:

2- Questões norteadoras:

- a) Atualmente como é feito o pagamento aos hospitais?
- b) Qual o percentual de receita do hospital que é proveniente do SUS?
- c) Como é feito o pagamento do SUS pela gestão municipal?
- d) Qual é a sua sugestão para melhorar as formas de pagamentos dos SUS para os hospitais?

**APÊNDICE B- Consentimento livre e esclarecido**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**Autora:** Maria Cristina do Amarilho Maich

Contato: [cristinamaich@gmail.com](mailto:cristinamaich@gmail.com)

Pelotas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Pretendo desenvolver uma pesquisa com o objetivo de Identificar as dificuldades enfrentadas pelos hospitais filantrópicos em relação ao recebimento dos honorários dos SUS realizado pela gestão municipal, levantar como é feito o pagamento dos SUS aos hospitais filantrópicos e o percentual de receita dos hospitais que é proveniente do SUS, identificando as possibilidades de negociação quanto aos repasses dos SUS pela gestão municipal e apontar alternativas de melhorias para a gestão financeira dos recursos dos SUS nesses hospitais.

Para isso, gostaria de convidá-lo a participar desta pesquisa, relatando sua opinião a respeito das questões solicitadas através de entrevista semi-estruturada e gravada. Estas informações serão compiladas juntamente com os demais participantes e os resultados obtidos colocados a disposição dos mesmos.

A coleta de dados será realizado pela Maria Cristina do Amarilho Maich, sob orientação do prof Pedro de Almeida Costa e co-orientação da tutora Liége Adamski dos Santos, no período de fevereiro de 2012 no local de trabalho dos sujeitos, em dia e horário previamente acordados entre sujeito e pesquisadora.

Pelo presente consentimento livre e esclarecido, declaro que fui esclarecido, de forma clara e detalhado, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e benefícios do presente projeto de pesquisa. Da mesma forma, concedo a autora da pesquisa o direito de expressar as informações contidas na mesma, para divulgação dos resultados em trabalhos científicos.

Fui igualmente informado:

-da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento referente a pesquisa;

-da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, deixar de participar do estudo, sem que isto me traga prejuízo algum;

Da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações.

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar dessa pesquisa. Estou ciente de que as informações por mim fornecidas serão utilizadas de forma segura.

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora

Em caso de dúvidas, logo abaixo se encontram os telefones para possíveis esclarecimentos: Telefone da pesquisadora: (53) 33214556; (53) 91182275