



GESTÃO PÚBLICA EFICIENTE EM UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE: aspectos financeiros, planejamentos, responsabilidades e práticas de êxito

Cintia Pereira Ferreira¹

Maria Carlota Rezende de Coelho²

Resumo: O presente artigo discute sobre a gestão em saúde no serviço de hemodiálise no Hospital Estadual Dório Silva (HEDS), e objetiva apresentar sua evolução histórica, ideológica, financeira, e dar uma dimensão da política que garante o direito a saúde. Optou-se por uma abordagem qualitativa, em um estudo exploratório, descritivo de análise de dados, com fonte na legislação e literaturas. Os resultados apontam que o acesso ao serviço, e os aspectos financeiros ultrapassaram as expectativas dos gestores. Conclui-se que os índices de eficiência do HEDS evoluíram a partir do fortalecimento do bem público, com uma gestão democrática e participativa.

Palavras-chave: Gestão Hospitalar, Direito à Saúde, Democracia, Saúde Pública, Planejamento Financeiro.

Abstract: This article discusses about the health management in hemodialysis service in State Hospital Dório Silva (HEDS), and aims to present its historical evolution, ideological, financial, and give a dimension of policy that guarantees the right to health. We opted for a qualitative approach in an exploratory and descriptive data analysis, with a source in law and literature. The results show that access to the service, and financial aspects surpassed the expectations of managers. We conclude that the efficiency indices of HEDS evolved from the strengthening of the public good, with a democratic and participatory management.

Keywords: Hospital Management, Health Rights, Democracy, Public Health, Financial Planning

¹ Estudante de Pós-Graduação. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. E-mail: cintiaferreira@saude.es.gov.br

² Doutora. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).



1. INTRODUÇÃO

O êxito de um país está diretamente relacionado ao processo de desenvolvimento que advém das ações do Estado em toda sua diversidade e complexidade, contudo quando parte do processo falha, o todo padece.

Com a Constituição Federal de 1988 (CF88) inaugurou-se um novo momento político-institucional no Brasil ao reafirmar o Estado democrático e definir uma política de proteção social abrangente. Reconheceu-se a saúde como direito social de cidadania e com isso a inscreveu no rol de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade voltados para assegurar a nova ordem social, cujos objetivos primordiais são o bem-estar e a justiça social. A busca pela manutenção do conjunto de direitos sociais, conseqüentemente, dos direitos a saúde pela CF88 visa gerar valor de igualdade entre as pessoas, oferecendo serviços de saúde e suas variáveis a todos os cidadãos.

Com a finalidade de realizar um balanço entre a política, o planejamento e a gestão de um serviço público de saúde, o presente artigo pretende oferecer uma oportunidade para reflexão do desenvolvimento de um modelo prático, com enfoque na assistência de qualidade, com índices que apontam uma postura diferenciada de economia financeira aos cofres públicos estaduais, no serviço prestado aos pacientes assistidos no Hospital Estadual Dório Silva (HEDS), localizado no município de Serra – ES, que necessitam de procedimentos hemodialíticos a beira leito, desde o último trimestre do ano 2009.

É fato notório que o padrão de saúde no Brasil sofreu transformações significativas no decorrer dos últimos vinte anos, tanto do ponto de vista jurídico-institucional como da execução das ações e dos serviços. A forma de gestão de serviços públicos no país é extremamente controlada, centralizada e burocratizada, e não foi diferente com a organização do HEDS, que desde a década de 1970, quando o âmbito nacional foi marcado pela construção da Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST), sua criação no município de Serra vigorava entre os itens negociados como condição para vinda da CST para o ES.

Entretanto, a construção do HEDS só teve início em 1983, e efetivamente começou a prestar serviços à população em 1988, o extenso processo de construção do hospital situou-se no bojo do desenvolvimento industrial e no contexto da evolução dos movimentos sociais no país. E naquela conjuntura, os profissionais convocados para início das atividades se depararam com uma infraestrutura hospitalar inadequada, já que grande



parte dos equipamentos disponíveis no hospital foi importada da Alemanha, dificultando o entendimento dos técnicos na operacionalização do maquinário. Além disto, o prazo de validade da garantia de alguns equipamentos havia expirado e outros já estavam ultrapassados ou inadequados para uso. Neste cenário, coube então, aos profissionais da primeira convocação do concurso o planejamento e estruturação hospitalar – compra de material permanente e de consumo, adequação de recursos humanos, rotinas de trabalho e capacitação dos recém-contratados, além da estruturação dos serviços de apoio como lavanderia, limpeza, dentre outros (COELHO, 2007).

Deste modo ao fazer um breve resgate histórico evidencia-se que os enfrentamentos com relação à estruturação, planejamento, financiamento, responsabilidades e práticas acompanham desde os primórdios o HEDS. As expressivas situações passadas não foram suficientes para impedir a viabilização do direito à saúde de forma eficiente por gestores com idoneidade pública. Logo os procedimentos metodológicos que norteiam este artigo possuem um caráter descritivo–exploratório, tendo como fonte secundária a literatura pertinente à temática, e a consulta de artigos acadêmicos, contudo as fontes primárias foram os registros históricos documentais da evolução do serviço de hemodiálise no HEDS desde os primeiros apontamentos de aquisição de processos hemodialíticos nominais – por paciente – no ano de 2006, posteriormente com a contratação de empresas para a realização do serviço nas dependências do hospital – coletivamente sob orientação médica – e por fim a consolidação da realização terapêutica de forma integral pela equipe do hospital.

Portanto este artigo tem a pretensão de abordar sobre a trajetória do serviço de hemodiálise a beira leito no HEDS, e considerar os avanços no cuidado, a ampliação dos vínculos entre a equipe técnica de saúde com o paciente, e a promoção da qualidade da assistência, bem como a melhoria do acompanhamento terapêutico, com uma significativa otimização do intervalo de tempo entre a indicação clínica e a terapêutica, bem como a redução de custos à gestão pública local. Abordar tal contexto é se posicionar em sentido oposto à concessão, terceirização ou ao contrato de gestão em serviços públicos que vêm acompanhado da justificativa maçante, que a finalidade de tais implementações é se combater a morosidade em serviços de caráter público, sendo fundamental à criação de mecanismos para melhorar o atendimento. Contudo a audaciosa experiência do serviço de hemodiálise do HEDS demonstra que a regressão do processo de terceirização para a retomada da gestão pública em um serviço de alta complexidade baseia-se em três pilares:



no interesse do administrador público em planejar e gerenciar o serviço que lhe foi direcionado; na execução com qualidade dos serviços; e com finalidade de redução dos gastos públicos.

2. MARCO LEGAL E IDEOLÓGICO DO SERVIÇO DE HEMODIÁLISE DO HEDS

Toda construção deve apresentar uma base fundamentada para alicerçar sua edificação, com o serviço de hemodiálise do HEDS não foi diferente, em atenção aos conceitos da CF88 e na afirmação de que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, Art.196).

Em conjunto com a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde (MS) que objetiva “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde”, norteados por valores como a autonomia, o protagonismo dos sujeitos e a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão é uma constante (BRASIL, 2004). Frente a este preceito, e segundo Noronha, Lima e Machado (2008), é essencial enfatizar a preocupação com o bem-estar, a igualdade e a justiça social, através do exercício dos direitos sociais pelo poder público que deve ser o parâmetro para organizar os cenários de modo a manter uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes de receitas de impostos e contribuições sociais, dos orçamentos da União, de estados e municípios.

Com a finalidade de integralizar o cuidado a saúde, e estabelecer uma condição clínica de garantia ao tratamento adequado aos pacientes hospitalizados no HEDS com quadro clínico de Insuficiência Renal (IR) que é a perda da capacidade dos rins de realizar suas funções, percebeu-se que dentre as terapias de substituição da função renal, destaca-se a hemodiálise (HD), sendo que esse procedimento tem uma duração média entre 3-5 horas. Como o estado geral dos pacientes do HEDS que necessitam de HD é grave, em sua maioria, a remoção para uma clínica ou outra unidade hospitalar não é recomendado, daí a busca do corpo Diretivo do hospital, em conjunto com o corpo clínico, por mecanismos para suprir as necessidades terapêuticas dentro das dependências do hospital.



2.1 Planejamentos e aspectos financeiros

Os primeiros registros de contratação de serviço de hemodiálise para pacientes hospitalizados no HEDS datam do ano de 2006, em que estes apresentavam quadro de grandes queimados; com histórico de trauma amplo; em uso de medicação que limita a perfusão renal; hemorragias extensas; pacientes com choque séptico, dentre outras comorbidades desenvolveram Insuficiência Renal Aguda (IRA) e em casos mais graves Insuficiência Renal Crônica (IRC) e necessitavam do tratamento hemodialítico para melhorar as dosagens dos substratos orgânicos e promover uma melhora no quadro geral.

Foi neste contexto que em 2006, através de um contrato de ações suplementares entre o HEDS e uma empresa especializada para prestação de serviço de HD a beira leito teve início. As obrigações da contratada eram desde atender os pacientes com dignidade e respeito garantindo o padrão do serviço disponibilizado, realizar o serviço contratado em qualquer dia – inclusive sábados, domingos e feriados – com atendimento de vinte e quatro horas, contudo havia um prazo de 02 (duas) horas, previsto em edital, para início da HD a partir da solicitação telefônica por parte do hospital. Nesta modalidade contratual a empresa era responsável por fornecer todos os recursos humanos necessários (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem especialista em nefrologia), materiais de consumo (kit de HD) e maquinário (equipamentos de HD e a osmose reversa portátil).

Para realizar este serviço o valor estipulado em contrato por sessão de HD era de R\$880,00 (oitocentos e oitenta reais), sendo que o contrato de 2006 previa o quantitativo anual de 300 (trezentas) sessões. Após o término deste, foi realizado um segundo contrato, no ano de 2008, sendo o valor por sessão mantido, mas o quantitativo anual estendeu-se para 720 (setecentos e vinte) sessões, sendo finalizado no 2º trimestre de 2009.

A partir de uma avaliação do serviço contratado para atender os pacientes do HEDS, o aumento expressivo do número de sessões anuais de HD e a qualidade do tempo-resposta da realização dos tratamentos dialíticos, a Direção Clínica e Administrativa, em conjunto com o corpo clínico (médicos intensivistas e nefrologistas, e enfermeiras do HEDS), em junho de 2009, vislumbrou-se a possibilidade de uma nova modalidade de contrato, mais eficiente e menos oneroso. De forma experimental, através de um contrato por Dispensa de Licitação com vigência de 180 (cento e oitenta) dias seria adquirido 600 (seiscentos) kits de HD – 01 dializador biocompatível, 01 conjunto de linhas de sangue (venosa e arterial), e os respectivos isoladores de pressão, 01 conjunto de 02 (dois)



concentrados (01 básico e 01 ácido), e ácido peracético a 3,5% na quantidade suficiente para esterilização do equipamento de HD – e a empresa que fornecesse os kits também deveria disponibilizar 01 (uma) máquina de HD e 01 (uma) máquina de osmose reversa portátil que atendesse as características do hospital, sendo que a equipe técnica (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas) seria de responsabilidade do hospital. Ao lançar em edital essa proposta algumas instituições apresentaram diversos orçamentos, sendo que o menor valor orçado foi de R\$320,00 (trezentos e vinte reais), incluindo o kit e as máquinas por 06 (seis) meses.

A emancipação do serviço de HD a beira leito constituído por funcionários do HEDS com recursos financeiros e equipamentos próprios, foi proposto pelo olhar de cidadãos que estavam numa posição de gestores públicos que acompanharam e compreenderam a evolução do sistema e conseguiram adquirir tamanho conhecimento que possibilitou instituir, com coragem e convicção, um serviço que é complexo, contínuo e dinâmico.

2.2 Segredos e impasses para a eficiência da gestão pública

No caso da promoção em saúde, à construção dos serviços através de processos, permeados pelos apoios administrativos e logísticos, potencializam resultados mais eficientes. Segundo Andrade (2001), cabe ao poder público, nos termos da lei, a regulamentação, a fiscalização e o controle dos serviços em saúde.

Em atenção a tal preceito o serviço de HD do HEDS se constrói no auge da discussão entre os gestores públicos e as pressões de instituições privadas sobre a busca do mecanismo mais adequado para execução do serviço. Os critérios marcantes para a escolha de uma gestão pública dos recursos e serviços de HD perpassaram desde análises dos prestadores, no intervalo de 2006 a 2009; quanto ao perfil dos pacientes atendidos pela unidade hospitalar, já que a literatura específica traz indicadores de constante crescimento a respeito de pacientes em centros de tratamento como UTI com quadro de IRA e IRC.

Contudo foram os indicadores financeiros que preponderaram na discussão para a escolha da gestão pública, pois a economia de recursos financeiros ultrapassou as expectativas dos gestores. Analisando o intervalo de janeiro a dezembro de 2012, foram realizadas 1.410 (um mil quatrocentos e dez) sessões de HD em pacientes do HEDS com



recursos próprios, se esse quantitativo estivesse nas modalidades do primeiro e segundo contrato, 2006 e 2008, sendo o valor por sessão de HD R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) o Estado teria repassado a contratada um valor de R\$1.240.800,00 (um milhão duzentos e quarenta mil e oitocentos reais), se o serviço permanecesse nas características da terceira contratação onde cada kit custava R\$320,00 (trezentos e vinte reais) o valor pago a contratada seria de R\$451.200,00 (quatrocentos e cinquenta e um mil e duzentos reais). Entretanto assim que o HEDS assumiu o compromisso de adquirir os kits através de processos licitatórios com a participação de diversos fornecedores; e extraiu de seu próprio quadro de funcionários os servidores capacitados para trabalhar com HD; comprou três máquinas de HD e três máquinas de osmose reversa portátil, o valor do kit adquirido foi de R\$265,00 (duzentos e sessenta e cinco reais).

Portanto o valor gasto com os insumos necessários para dialisar os pacientes, com a prestação do serviço integral pela equipe do HEDS, no período de 2012 foi de R\$373.650,00 (trezentos e setenta e três mil seiscentos e cinquenta reais), uma redução de aproximadamente 20% (vinte por cento) comparada à terceira contratação e de 230% (duzentos e trinta por cento) comparado a primeira e segunda contratação. Além da garantia de uma melhor assistência por não ter perda de tempo com deslocamento de profissionais e maquinários externos ao hospital, e com a manutenção da qualidade nas aquisições dos materiais do kit, pois as compras são realizadas através de processos licitatórios que além da transparência política, abrem precedentes para ampliar a qualidade terapêutica, houve uma considerável melhora no acompanhamento dos pacientes com IR, uma vez que a equipe do serviço de HD pertence ao corpo clínico do hospital e consegue acompanhar o processo terapêutico nas diversas fases – pré, durante e pós HD.

3. CONCLUSÃO

Fleury (1997) afirma que "não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei", por conseguinte o êxito obtido no serviço de HD do HEDS, nas configurações atuais, é uma conquista singular no Estado, visto que há outras unidades hospitalares que possuem pacientes com quadro clínico semelhante que necessitam do tratamento dialítico internamente, porém lhes faltam condições ou mesmo interesse por parte dos gestores para a promoção de um serviço com tantas particularidades.



Logo o presente artigo pretende destacar, mesmo em meio a indagações sobre as fragilidades e morosidades da gestão pública e as promessas de redenção e flexibilização através das concessões privadas, que é possível planejar, executar e avaliar um serviço de integral responsabilidade pública. Frente às conquistas descritas é fundamental ressaltar que este é um processo muito recente, que está ainda em construção e aprimoramento, já que a cada novo conflito e dificuldade, há uma nova oportunidade de planejar. Contudo é inegável a emancipação deste processo de trabalho, pois a máquina pública quando bem gerida traz promoção à saúde do paciente e otimização aos cofres públicos, além de situar o próprio cidadão dentro da máquina pública como aquele que colabora para a dinâmica de sucesso de um trabalho.

Em suma, acredita-se que a saúde pode dar certo no Brasil. Os instrumentos estão à disposição dos governantes, é necessário dar prioridade a esse campo gerencial. Caso contrário, se dará continuidade a uma gestão inconsequente, com mortes desnecessárias.

Partindo do pressuposto de que há instrumentos gerenciais públicos de caráter falho, ineficiente e burocratizado, não basta apenas vontade política e recursos para se implementar uma verdadeira revolução na saúde, necessita-se de instrumentos institucionais suficientes para uma atuação positiva do Estado em relação ao cidadão na construção de uma saúde melhor.

E, o modelo proposto retrata uma evolução na terapêutica, na dinâmica da prestação de serviço, pois combina qualidade com segurança. Mesmo que existam necessidades a serem alcançadas no serviço de HD do HEDS, quando confrontado aos índices anteriores, o presente momento se caracteriza por um grande avanço.



4. REFERÊNCIAS

ANDRADE, LOM. A regulamentação do SUS. In: **SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 29-31.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha-Equipe de referência e apoio matricial**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Brasília: Editora MS; 2004.

COELHO, MCR. **Jornada de trinta horas para enfermeiros: o caso do Hospital Doutor Dório Silva**. Subsídios para a história da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2007.

FLEURY, S (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Lemos Editorial, São Paulo, 1997.

NORONHA, JC; LIMA, LD; MACHADO, CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.