



ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

1- INFORMAÇÕES GERAIS

1.1 Identificação do processo e solicitante

Secretaria Requisitante
Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba
Número do processo
107/209209/2023

1.2 Equipe de planejamento responsável pela elaboração do ETP

Responsável	Cargo/ Função	Matrícula/ Nomeação
Adriano Sarreta	Enfermeiro	Mat. 10.394
Mirian Morais	Assessora de Auditoria em Saúde	Mat. 55.413/Decreto nº 3.976/2023
Eunice Cristina Peres Simões	Diretoria de Regulação e Auditoria	Mat. 34875-9/Decreto nº 3.877/2023
Lorrayne Palhares Minguim	Analista de Auditoria, Regulação e Fiscalização da Saúde	Mat. 53.462-5
Luisa Alves Rodrigues da Cunha	Analista de Auditoria, Regulação e Fiscalização da Saúde	Mat. 36.297

1.3 – Objeto

O presente estudo técnico preliminar objetiva analisar, dentre as diretrizes da governança pública, o gerenciamento do Hospital Regional José Alencar no Município de Uberaba, notadamente acerca da viabilidade da administração pela própria Secretaria Municipal de Saúde ou através de um modelo de gestão compartilhada.

1.4 – Diretrizes que nortearão este ETP

- Lei Federal nº 8080/90 (Lei Orgânica do SUS)
- Lei nº 8.027 de 12 de abril de 1990
- Lei nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993
- Lei Complementar Municipal nº 392/2008

- Lei nº 14.133 de 1 de abril de 2021
- Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017
- Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017
- Instrução Normativa nº. 002, de 21 de outubro de 2022
- Lei Federal nº. 10.520, de 17 de julho de 2002
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

2– DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL

2.1 Descrição do problema a ser resolvido ou da necessidade apresentada

2.1.1. Rede SUS

A assistência aos usuários é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como toda a linha de cuidado, desde a atenção primária até os procedimentos mais complexos, de forma organizada e hierarquizada. Os serviços de saúde compõem o rol de garantias constitucionais e estão intimamente ligados à dignidade da pessoa humana.

O SUS é dividido em regiões assistenciais, que devem se ajustar, de forma a atender as demandas locais, regionais e até nacionais, garantindo a integralidade da assistência a todos os brasileiros. Tendo o Município de Uberaba a gestão plena dos recursos da saúde, e, sendo sede da Macrorregião do Triângulo do Sul e da Microrregião de Uberaba.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados. Nesta linha, cabe transcrever o que dispõe os Art. 196 e 197 da Carta Magna:

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

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle,

devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Também consoante a Constituição Federal, cabe frisar que o dever de prestar serviços de saúde compete ao Município, contando com o apoio técnico e financeiro do respectivo Estado e União:

Art. 30. Compete aos Municípios:

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

Tabela 1 - Competências e Atribuições do SUS por ente da federação

Sistema Único de Saúde (SUS)				
Competência	Conjunta	União	Estado	Município
Fundamento Legal	Art. 15	Art. 16.	Art. 17	Art. 18
Exemplos de Atribuições:	I - Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde; II - Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde; III - Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais; VIII - Elaboração e atualização periódica do plano de saúde; X - Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde; XVIII - Promover a articulação da política e dos planos de saúde; (...)	XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional; XVII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; (...)	I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde; II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS); III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde; (...)	I - Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde; II - Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual; (...)

Observa-se que a atuação do SUS se dá em vários níveis de governança, desde o atendimento local, passando pelo municipal, microrregional, macrorregional, interestadual, nacional, transfronteiriço, até chegar a uma escala global, sendo esta governança do sistema interfederativa, colaborativa, participativa e em rede.

A necessidade desta descentralização fica patente ao considerar que a República Federativa do Brasil é formada pela União, vinte e seis estados, um Distrito Federal e cinco mil quinhentos e setenta municípios, sendo o Estado de Minas Gerais o segundo estado mais populoso do Brasil, tendo 19.597.330 pessoas, distribuídas em 853 municípios e uma área de 35.548,37 km.

Colaciona-se trecho de Relatório de Auditoria do Tribunal de Contas da União:

53. Nos termos estritos da Constituição de 1988, a prestação dos serviços de saúde compete aos municípios (art. 30, inciso VII). Entretanto, o atendimento integral da saúde de uma pessoa frequentemente requer cuidados de alta complexidade e de alto

custo, não disponíveis na maior parte dos municípios brasileiros. De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dos 5.570 municípios brasileiros existentes em 2014, 44,1% têm até 10 mil habitantes e 69% têm população inferior a 20 mil habitantes. Segundo dados do Ministério da Saúde consolidados no Tabnet/Datasus, 41,5% dos municípios não registraram nenhuma internação no próprio território em 2014, 80% de todas as internações foram realizadas em 571 municípios (pouco mais de 10% do total) e 80% dos gastos totais com internações foram realizados em 195 municípios (3,5% do total).

54. Porém, não só os municípios têm sido gestores da prestação dos serviços de saúde. A União mantém em sua estrutura alguns estabelecimentos hospitalares, a exemplo de hospitais federais no Rio de Janeiro, do Grupo Hospitalar Conceição no Rio Grande do Sul e de hospitais universitários em todo o Brasil. Por sua vez, os estados também gerem estabelecimentos de saúde, preponderantemente nas ações hospitalares, sendo responsáveis por 6,8% do total de estabelecimentos, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (consulta realizada em 9/2/2015). Considerando somente os hospitais, 11,3% são geridos pelos estados e 13% têm gestão dupla (estadual e municipal). Por fim, dados de produção de internações de 2014 demonstram que 42,3% delas ocorreram em estabelecimentos de gestão estadual, correspondendo a 42,5% do valor total de gastos com internações (Tabnet/Datasus).

55. Esses dados ilustram que os serviços de saúde de maior custo acabam por se concentrar em poucos municípios, em geral os de maior porte e com maior capacidade técnico-financeira. A existência de demanda espontânea por serviços de saúde oferecidos fora do município de residência do paciente demonstra a necessidade de regulação de acesso, de orientação de fluxos e de pactuação intergovernamental.

56. Embora a Constituição estabeleça que os municípios sejam autônomos e competentes para prestar os serviços de saúde, não se pode exigir que cada município seja autossuficiente para a prestação integral da atenção à saúde da respectiva população, devido às desigualdades locais. É indispensável a organização dos serviços de saúde em redes e em regiões de saúde, de modo a otimizar o uso dos recursos por municípios próximos e possibilitar a integralidade no atendimento dos cidadãos de cada região. Essa lógica impõe que haja cooperação entre os entes federativos dos três níveis de governo, sobretudo no âmbito financeiro, uma vez que seria insustentável para alguns municípios arcar com todo o ônus dos gastos de saúde de pacientes oriundos de municípios que são incapazes de oferecer a integralidade dos serviços de saúde.

57. O SUS foi estruturado pela Constituição enquanto rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, cuja organização deve seguir as diretrizes da descentralização, do atendimento integral e da participação comunitária (art. 198, incisos I, II e III). Em cumprimento ao princípio da regionalização, foram instituídas as regiões de saúde, conceituadas no Decreto 7.508/2011 da seguinte forma:

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I – Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; (...).

58. Atualmente, existem 438 regiões de saúde no Brasil, sendo 45 na região Norte, 133 na região Nordeste, 39 na região Centro-Oeste, 153 na região Sudeste e 68 na região Sul, conforme informação disponível no portal do Ministério da Saúde. As regiões de saúde têm passado por rearranjos desde 2007, quando totalizavam 304 em apenas treze estados.

59. As estratégias que buscam organizar a pactuação intergovernamental podem ser compreendidas como acordos entre os gestores dos três níveis de governo para

implementar diversos programas de saúde, de modo a tornar possível o aporte suficiente de recursos e o compartilhamento da capacidade instalada entre os diferentes entes, com o objetivo de prover atendimento integral de saúde à população brasileira.

60. Pactuar responsabilidades é um processo inerente ao funcionamento do sistema público de saúde, com os objetivos de organizar, delimitar, medir e monitorar as ações realizadas pelo poder público nas três esferas federativas. Portanto, fragilidades na definição das responsabilidades de cada ente, na coordenação quanto à atuação de cada um e na gestão dos riscos envolvidos podem comprometer o alcance dos objetivos. Nesse ponto, compreende-se o quão importante se mostra a governança nesse processo.

Além disso, a lei nº 8080/90, permite que o SUS recorra aos serviços ofertados pela iniciativa privada quando suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área. Dessa forma, ausente o serviço no setor público, poderá haver contratação de entidades privadas, dentre as quais as entidades filantrópicas e as sem finalidade lucrativa terão preferência em relação às exclusivamente privadas.

Outra situação que pode ocorrer, e que vem aumentando cada vez mais, é a transferência do gerenciamento para entidades privadas qualificadas como Organizações Sociais, Organizações de Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, ou mediante Parcerias Público-Privadas. Aliás, a contratação por meio de contrato de gestão pelo Poder Público já foi objeto de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI 1.923), ocasião em que o STF ratificou sua constitucionalidade.

Importante mencionar que, a utilização de contratos de gestão é opção discricionária do governante, e os agentes privados não substituirão as instituições públicas, já que o Estado continua como responsável constitucional pela garantia da prestação de serviços, para que os cidadãos tenham seus direitos atendidos com qualidade e eficiência.

2.1.2. Atenção à Saúde

O Ministério da Saúde efetuou o desenho da rede pública de saúde, chamada de Rede de Atenção à Saúde (RAS), partindo-se da Atenção Básica, e, caso essa não seja suficiente para

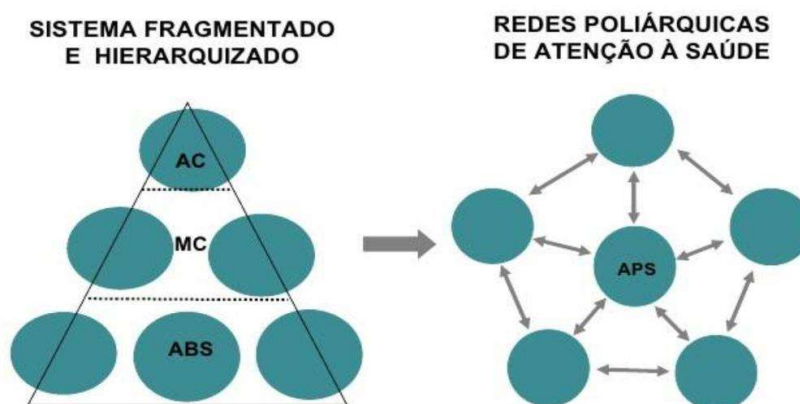
resolver a questão, com posterior encaminhamento para Atenção Especializada (atenção secundária à saúde) e, se for o caso, para o setor terciário (de maior densidade tecnológica).

Trata-se, portanto, de uma estratégia com vistas a proporcionar atendimento integral e direcionado às necessidades populacionais, partindo-se do segmento menos complexo, que é a Atenção Básica de Saúde, para o de maior complexidade, que é o setor terciário. Para tanto, o Ministério da Saúde, socorrendo-se da permissão contida no artigo 16 da lei nº 8080/90, promove a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal (inciso XV), estabelecendo a criação e funcionamento da RAS.

A Atenção Básica, por sua vez, consiste no “conjunto de ações individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (Portaria MS/GM nº 2.436 de 21 de setembro de 2017).

Dessa forma, estabeleceu-se que a entrada do usuário na rede de saúde deverá ocorrer preferencialmente por meio da Atenção Básica, que desenvolve ações consideradas menos dispendiosas. Por isso, em tese, ela deveria suprir a maior parte da demanda de saúde da população. Somente haverá a referência do usuário aos outros níveis de atendimento se este se mostrar inadequado ou insuficiente, cabendo às Secretarias Municipais de Saúde a criação de condições para que o usuário necessitado pudesse usufruir de serviços especializados ambulatoriais e/ou hospitalares, nos termos preconizados pelo Ministério da Saúde, conforme ilustram as figuras abaixo:

Figura 1 e 2 - Sistema fragmentado e hierarquizado e Redes poliárquicas de atenção à saúde.



FONTE: MENDES (2011)

A inserção de Hospitais Filantrópicos e de Ensino na rede do SUS - com definição do perfil assistencial e da missão institucional, observando, a hierarquização e o sistema de referência e contrarreferência, bem como a sua participação junto às políticas prioritárias do SUS - é uma ação de co responsabilidade ao gestor local do SUS.

Vale reconhecer o caráter público (não estatal) e estratégico para o SUS que o desempenham os hospitais filantrópicos e de ensino no território brasileiro, na oferta da assistência de média e alta complexidade. Para a realidade da gestão plena em saúde do município de Uberaba/MG, faz se necessária uma análise da rede hospitalar complementar para assegurar oferta assistencial.

Entre as instituições hospitalares para a prestação de serviços SUS para Uberaba cita-se, o Hospital de Clínicas/UFTM que é um hospital geral, que atende 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul do Estado de Minas Gerais como único hospital que oferece atendimento de alta complexidade (com exceção da oncologia), 100% pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Recebe, ainda, pacientes de outras regiões de MG e de diversos estados brasileiros. Responde ainda por 73% de toda a média da macrorregião. Quanto à estrutura, o Hospital possui 302 leitos ativos, sendo 20 de UTI infantil, 10 de UTI adulto e 10 de UTI coronariano, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto Socorro conta com 32 leitos. O HC/UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória, Ambulatório de Especialidades,

Ambulatório de Pediatria, Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios.* (Fonte: PMS 2022-2025 - Disponível em: https://portal.uberaba.mg.gov.br/secretaria_outros_servicos_pagina/93/1.)

O Hospital Mário Palmério que é caracterizado como hospital geral de ensino, com oferta assistência hospitalar de média e alta complexidade, atende diversas especialidades, possui leitos de Unidade de Terapia Intensiva e pronto-atendimento e possui natureza jurídica de entidade sem fins lucrativos. Integrado à Rede Municipal de Saúde, o Hospital mantém 38 (trinta e oito) ambulatórios de especialidades, com consultas agendadas pelo Sistema Fila Eletrônica e disponibiliza 60% dos leitos para o Sistema Único de Saúde. (Fonte: PMS 2022-2025 - Disponível em: https://portal.uberaba.mg.gov.br/secretaria_outros_servicos_pagina/93/1.)

Hospital Dr. Hélio Angotti é um hospital especializado e estratégico para atendimento oncológico na região. É uma entidade beneficente sem fins lucrativos. Dos 94 leitos totais que o hospital possui, 68 estão destinados ao atendimento do SUS e oito leitos são de UTI adulto em funcionamento. O atendimento prestado é de média e alta complexidade. (Fonte: PMS 2022-2025 - Disponível em: https://portal.uberaba.mg.gov.br/secretaria_outros_servicos_pagina/93/1.)

Hospital Beneficência Portuguesa que é um hospital geral, de natureza privada filantrópico sem fins lucrativos, cujo atendimento ambulatorial e hospitalar é de média complexidade. É referência em atendimento de cuidados prolongados para os munícipes de Uberaba, sendo disponibilizado para o SUS no mínimo 60% do atendimento.

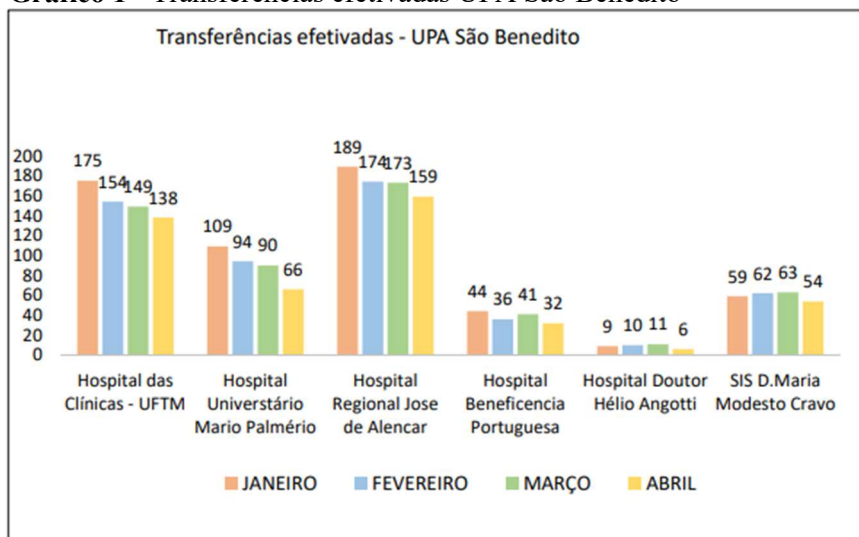
Hospital da Criança que presta serviços médicos hospitalares e ambulatoriais nas especialidades clínicas e cirúrgica, além do pronto atendimento (demanda espontânea - 24 horas), no âmbito do SUS, voltado para menores de 14 anos.

E o Hospital Regional José Alencar (HRJA), de natureza pública, que segundo o CNES, enquadra-se como hospital geral de média complexidade, atendendo média complexidade hospitalar e ambulatorial, objeto deste Estudo Técnico Preliminar. O HRJA foi inaugurado em 2017, e em meio aos outros Hospitais existentes, e é fundamental que ele seja compatível com a rede atual e possa harmonizar o SUS em similitude com os outros hospitais.

Devido ao aumento da atenção hospitalar, o Hospital Regional tem potencial para absorver os serviços demandados de média complexidade e conseqüentemente ajudar a exaurir os atendimentos de instituições diversas.

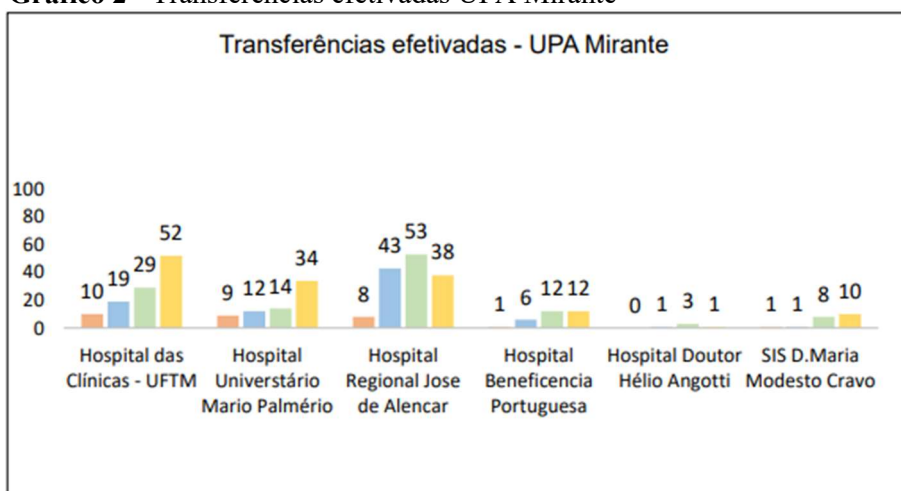
Tal como, pode ser observada nos gráficos relativos às transferências efetivadas da UPA São Benedito e UPA Mirante, abaixo, disponibilizados pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR, que trabalha juntamente com a Central de Regulação Municipal fornecendo informações sobre os usuários que estão nas UPAs aguardando internação, sugerir Vaga Zero, bem como articulando e implementando todo processo de transferência de usuários nas Unidades de Pronto Atendimento na cidade de Uberaba/ MG.

Gráfico 1 - Transferências efetivadas UPA São Benedito



Fonte: NIR UPA

Gráfico 2 - Transferências efetivadas UPA Mirante



Fonte: NIR UPA

A inserção do Hospital Regional na rede do SUS, se justifica, para complementar a quantidade de leitos hospitalares e a necessidade de atendimento de toda a macrorregião. Além disso, como sua atuação volta-se ao atendimento de média complexidade ambulatorial e hospitalar, tal medida tende a desafogar o HC/UFTM para prestar preferencialmente serviços de alta complexidade.

2.1.3. Macrorregião Triângulo Sul

No tocante ao Estado de Minas Gerais, consta do Plano Diretor de Regionalização (PDR/SUS-MG), cujo Ajuste /2019 foi aprovado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº. 3013, de 23 de outubro de 2019 o aumento de treze para catorze macrorregiões, com dezoito polos macros.

Figura 3 - Macrorregiões do Estado de Minas Gerais, após ajuste em 2019.



Fonte: SES-MG (2019)

Dentre estas, enfatiza-se a Macrorregião de Saúde do Triângulo do Sul, composta por 27 (vinte e sete) municípios, distribuídos em três microrregiões de saúde distintas, à qual o Município de Uberaba, objeto da presente pesquisa, pertence:

Quadro 1 - Macrorregião de Saúde do Triângulo do Sul – composição

Macrorregião de Saúde do Triângulo do Sul		
Microrregião de Araxá	Microrregião de Frutal	Microrregião de Uberaba
<ul style="list-style-type: none"> ● Araxá ● Campos Altos ● Ibiá ● Pedrinópolis ● Perdizes ● Pratinha ● Santa Juliana ● Tapira 	<ul style="list-style-type: none"> ● Carneirinho ● Comendador Gomes ● Fronteira ● Frutal ● Itapagipe ● Iturama ● Limeira do Oeste ● Pirajuba ● Planura ● São Francisco de Sales ● União de Minas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Água Comprida ● Campo Florido ● Conceição das Alagoas ● Conquista ● Delta ● Sacramento ● Uberaba ● Veríssimo ●

Fonte: Elaborado pela equipe técnica (2022)

O Município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, tem uma população estimada de 340.277 pessoas (IBGE em 2021), sendo de Gestão Plena no Sistema Municipal, habilitada pela Portaria nº. 3061, de 24/06/1998, e sede da Macrorregião de Saúde do Triângulo do Sul e da microrregião de Saúde de Uberaba.

Dentro desta estrutura descentralizada e em rede, compete ao município de Uberaba a prestação de serviços e saúde aos seus munícipes, assim como atuar em conjunto com os municípios que compõe a sua microrregião e macrorregião de saúde, bem como com o Estado de Minas Gerais, por intermédio de sua Superintendência Regional de Saúde e o Governo Federal, a fim de traçar Políticas Públicas de Saúde, utilizando-se as ferramentas da Governança Pública, de forma contínua e com a participação da comunidade.

Nesse sentido o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) enfatiza a essencialidade da gestão e planejamento no SUS para a governança:

Ao longo dos trinta anos do Sistema Único de Saúde, o planejamento, as responsabilidades de cada ente da federação, a gestão e os conceitos de governança têm sido muito discutidos e apresentam uma evolução permanente. Gestão e planejamento no SUS são essenciais para sua governança, indissociáveis e singulares por suas características federativas e de participação na comunidade.

Insta destacar que a aplicação das diretrizes de Governança Pública do SUS já foi objeto de análise por parte do Tribunal de Contas da União, conforme se observa dos Acórdão 2888/2015 e Acórdão nº. 1130/2017, ambos do Pleno do TCU, devendo os municípios, por intermédio de suas Secretarias Municipais de Saúde, balizar a formulação e execução de políticas públicas, conforme as referidas diretrizes, em prol do cidadão.

O Município de Uberaba foi habilitado em 1988 em Gestão Plena de Sistemas de Saúde, tendo autonomia na gestão de sua rede de atenção. Em setembro de 2007 o Município assumiu as responsabilidades do Pacto pela Saúde, que é um conjunto de reformas institucionais pactuados entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão.

Sua implementação se deu por meio da adesão dos municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão - TCG, que foram analisadas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite de Minas Gerais - CIB/SUS/MG e em 27/11/2008 foi publicada a portaria Ministerial n.º 2.868 da homologação do município ao TCG na Comissão Intergestores Tripartite - CIT. Anualmente as responsabilidades assumidas no Termo de Compromisso de Gestão são revisadas.

2.1.4. Hospital Regional

O Hospital Regional José Alencar (HRJA), inscrito no CNPJ sob o n.º 25.452.301/002201 e no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o n.º 9.141.839 é um estabelecimento hospitalar destinado exclusivamente ao atendimento de pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o perfil assistencial é moldado conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de manter o equilíbrio da rede.

Localizado na Rua Doutor Edelweiss Teixeira, n.º 101, Bairro Mercês, no Município de Uberaba - Minas Gerais, o HRJA é responsável pelo atendimento de pacientes oriundos de toda a Macrorregião do Triângulo Sul, que conta com aproximadamente 806.172 habitantes e compreende 26 (vinte e seis) municípios, além do município-sede no qual está situado.

O Hospital apresenta a forma de construção multi bloco em alvenaria com 02 pavimentos, sendo o pavimento térreo composto por 5 (cinco) blocos, e o subsolo onde estão instalados as áreas técnicas e um estacionamento. O pavimento térreo é composto pelos setores A, B, C e D. No subsolo estão instaladas a área técnica e área para estacionamento, assim divididos:

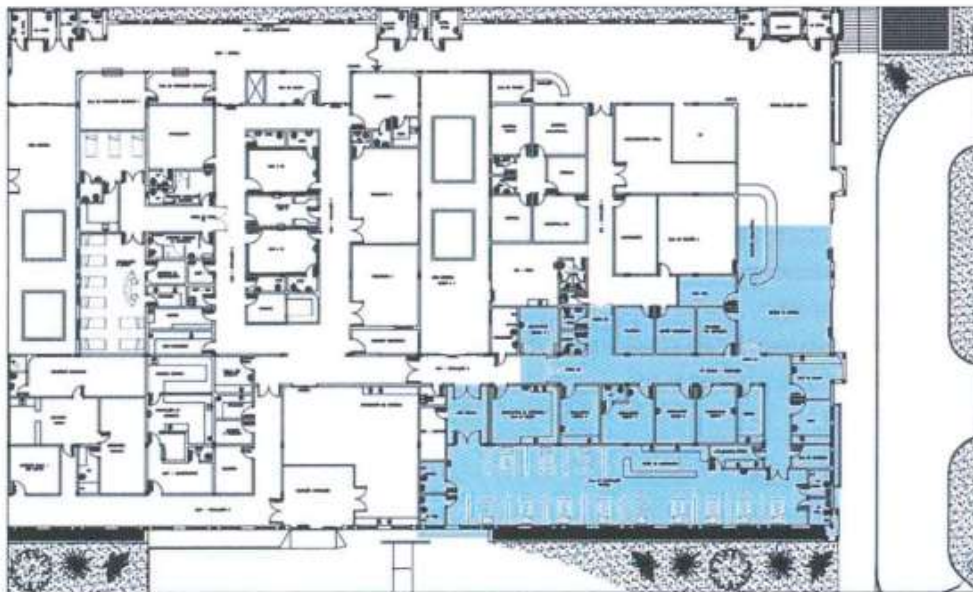
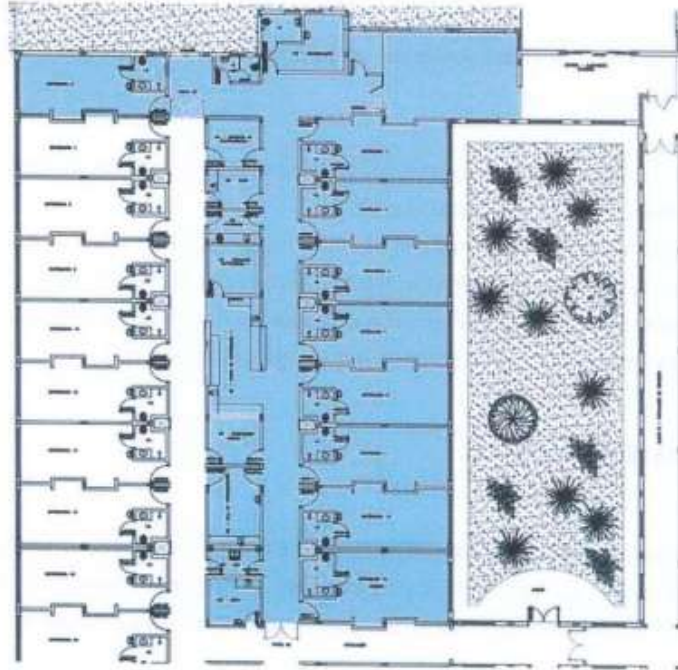
Tabela 1 - Descrição/ Área HRJA :

Descrição	Área
Terreno	18.469,89 m ²
Hospital	10.215,52 m*
Estacionamento	2.677,51m'
Calçada interna	877,31m

Área para tanque de gases	250,00m ²
Pátio de serviços	820,88m ²
Jardim	3.629,07m ²
Subsolo	4.629,06m ²
Galeria de manutenção	1.572,43m*
Depósito de resíduos	45,04m ²
Subestação	36,36m ²
Depósito de gás	7,00m ²

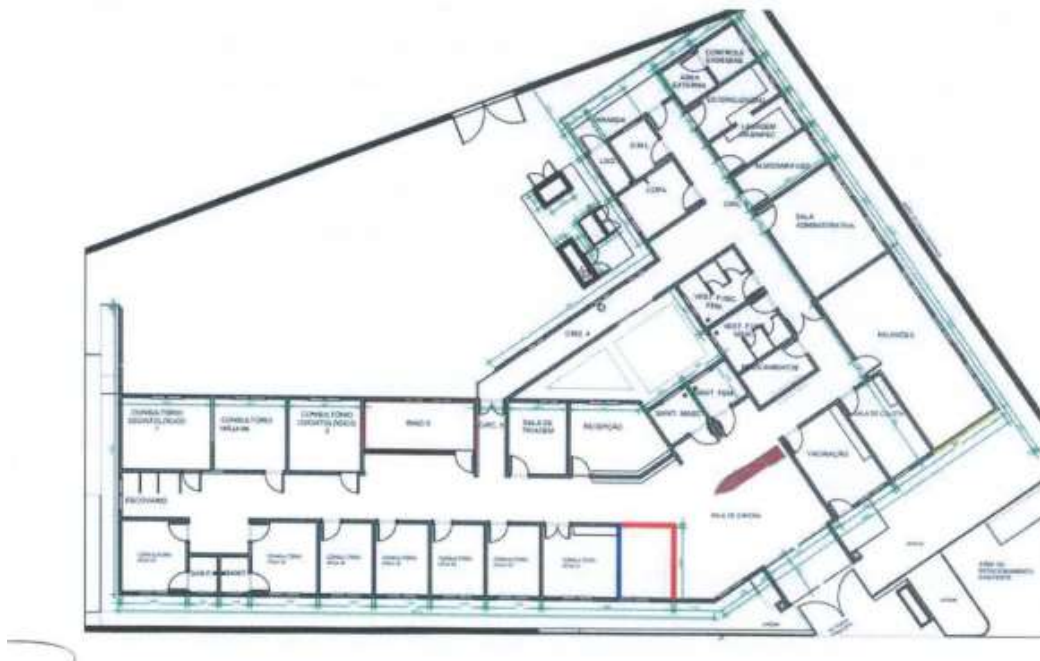


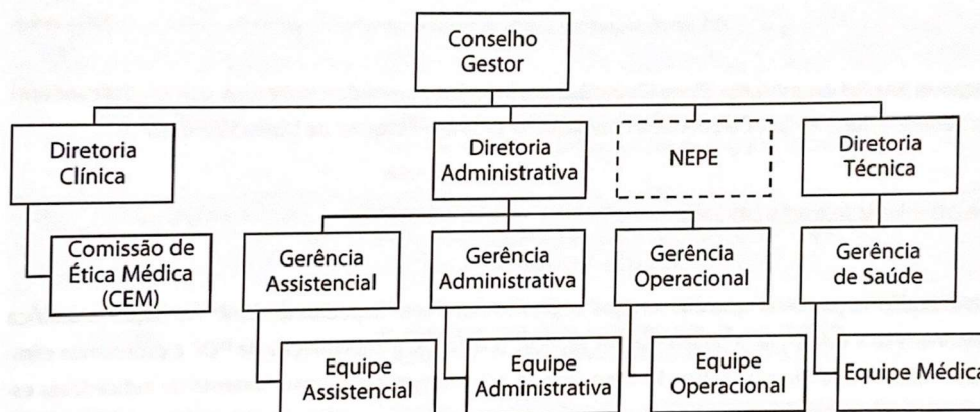
O serviço de **pronto atendimento pediátrico** será realizado no seguinte local:



O serviço de **internação pediátrica** será realizado em **Clínica Pediátrica**, dispostas no seguinte local:

E para a possibilidade de implantação dos serviços foi necessário realocar os ambulatórios do Hospital Regional José de Alencar para o edifício correspondente à Unidade de Saúde Roberto Árabe Abdanur:



ORGANOGRAMA INSTITUCIONAL SIMPLIFICADO


Nas ações de desenvolvimento do complexo hospitalar definidos no início de suas atividades em 2017 para seu pleno funcionamento e para que pudesse ocorrer a diminuição da falta de leitos existentes na época, foi prevista a execução em 03 (três) fases, sendo a primeira fase composta por ativação de 55 leitos, divididos em 35 leitos de clínica médica, 10 de clínica cirúrgica e 10 de UTI adulto, além de 01 Centro Cirúrgico com 03 salas de cirurgia e ambulatório especializado para avaliação pré e pós-operatório, e as demais fases, conforme as necessidades e viabilidade de financiamento das ações para ampliação de sua capacidade plena, conforme visualizado abaixo:

ETAPA II, 2ª fase será composta pela seguinte estrutura: Total de 90 leitos para internação distribuídos conforme perfil:

Unidade	Nº de leitos
Clínica Médica e Cirúrgica	70
UTI Adulto	20
TOTAL	90
Centro Cirúrgico	04 salas

ETAPA III, 3ª fase será composta pela seguinte estrutura: Total de 151 leitos para internação distribuídos conforme perfil:

Unidade	Nº de leitos
Clínica Médica e Cirúrgica	121
UTI Adulto	30
TOTAL	151
Centro Cirúrgico	09 salas

Atualmente, o HRJA operacionaliza com um total de 146 (cento e quarenta e seis) leitos, sendo o quantitativo de leitos, colaboradores e corpo clínico dispostos da seguinte maneira:

Tabela 2 - Quantitativos leitos/colaboradores/corpo clínico:

	HRJA	Trauma/COT	Pediatria	Total
Quantidade de leitos	121	18 (observação e estabilização)	25 CP, sendo 1 de isolamento + 12 de observação	146
Corpo de Colaboradores	567	68	113	748
Corpo Clínico/ Dia (plantões)	35	6	7	48

Importante esclarecer que estes 146 leitos contemplam, os 121 leitos que já se encontram em atividade e os 25 referentes ao serviço de pediatria recém iniciados e que estão em fase final de estruturação técnica e operacional, com previsão de início em até 30 dias. Os leitos de observação e estabilização não entram na contagem.

Logo após, houve a necessidade de ampliação dos serviços prestados, considerando que havia uma demanda reprimida de atendimentos ambulatoriais (consultas e exames) da rede da SMS, além da necessidade de abertura do COT/Trauma, a fim de desafogar estes atendimentos de média complexidade, para que o Hospital de Clínicas da UFTM pudesse ter condições de aumentar a demanda de alta complexidade.

E mais recentemente, considerando o alto índice de demanda no único Hospital para atendimento pediátrico, houve a necessidade de ampliação deste serviço dentro do Hospital Regional

O serviço de Pronto Atendimento Pediátrico compreende a assistência em modelo de porta aberta a pacientes com idade inferior a 14 anos e com quadro agudo. Os pacientes passarão por triagem (segundo Protocolo de Manchester) e, após, por consulta médica. Se necessário, poderão ser alocados em leitos de observação pediátrica por período de, no máximo, 24 horas.

Por conseguinte, o serviço de Internação Pediátrica (Clínica Pediátrica) alcança a assistência a pacientes com idade inferior a 14 anos que necessitem de estabilização clínica em tempo superior a 24 horas e que estejam dentro do perfil assistencial de média complexidade do HRJA.

Importante mencionar que, tanto os atendimentos da parte pediátrica, quanto os do COT, são apenas para atendimento da Microrregião Uberaba.

Sendo assim, hoje o Hospital Regional possui perfil assistencial de média complexidade e seus serviços prestados contemplam: internação em Clínica Médica, Cirúrgica e UTI Adulto Tipo II, Cirurgias de média complexidade (Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral do Trato Digestivo e Urologia), Diagnóstico por Imagem (Ultrassom, Tomografia, Raios-X, Colonoscopia e Endoscopia), Métodos Gráficos (Eletrocardiograma, Mapa, Holter e Teste Ergométrico), atendimento ambulatorial (Ortopedia, Cardiologia, Hematologia, Urologia, Cirurgia Geral, Anestesiologia e Egressos de Clínica Médica), atendimento ao Trauma/Urgência (excetuados politrauma, fratura exposta e especialidades e Centro de Ortopedia e Traumatologia (COT), acrescido dos serviços de pronto atendimento pediátrico e de internação pediátrica.

Ressalta-se que a instituição é um ponto de atenção do sistema de saúde, parte integrante e indispensável da estruturação médico-social e sanitária, cuja função básica consiste em proporcionar assistência médica integral, constituindo-se, também, em centro de educação, capacitação de pessoal e pesquisa. O hospital também foi referência para atendimento em COVID-19 no momento pandêmico, realizando no momento alguns atendimentos conforme necessidade, e em condições normais realiza atendimentos em clínica médica e cirúrgica, todos referenciados via sistema de regulação. Além disso, oferece também atendimento ambulatorial e de apoio diagnóstico.

Hodiernamente, mediante Termo de Convênio, o valor estimado a ser repassado para a Instituição perfaz a quantia total de R\$ 6.876.174,90 (seis milhões, oitocentos e setenta e seis mil cento e setenta e quatro reais e noventa centavos) conforme quadro abaixo:

Tabela 3 - Unidade/ Leitos/ Valor (SEU e FUNEPU):

Unidade	Leitos	SEU	FUNEPU	Total (R\$)
UTI, clínica médica e cirúrgica	30 (UTI), 48 (CC) e 43 (CM)	R\$ 3.661.370,35	R\$ 1.583.354,38	R\$ 5.244.724,73
Trauma/Urgência e COT	7 (estabilização), 11 (observação)	R\$ 386.315,40	R\$ 329.120,00	R\$ 715.435,40
Pronto Atendimento e clínica pediátrica	12 (observação) 25 (CP) *sendo 01 (um) destes isolamentos.	R\$ 415.702,27	R\$ 500.312,50	R\$ 698.132,27
VALOR TOTAL		R\$ 4.463.388,02	R\$2.194.904,38	R\$ 6.876.174,90

2.1.5. Gestão compartilhada

Desde sua fundação, o HRJA está sob gestão de pessoas jurídicas diversas do município. Na eventualidade da execução dos serviços ser feita diretamente pela SMS, talvez haveria maior facilidade de identificação dos encaminhamentos e contra encaminhamentos dos usuários dentro da Rede Assistencial, já que poderia ser utilizado um sistema de informação único e municipal, capaz de registrar todo o histórico de atendimentos dos pacientes, assim como todas as necessidades em saúde identificadas pelo médico assistente.

Esse prontuário único poderia minimizar solicitações de exames e atendimentos em duplicidade, não onerando, pois os cofres públicos desnecessariamente, assim como permitia que toda a Rede de Atenção à Saúde pudesse acompanhar o paciente em sua integralidade, de forma a garantir a continuidade da assistência. Entretanto, esse sistema unificado ainda não é uma realidade para o Município.

Paralelamente a falta de informatização de dados dos usuários, deve-se mencionar os morosos trâmites inerentes ao direito administrativo no que tange a contratação de servidores, aliado a superlotação dos serviços de emergência e falta de leitos hospitalares, é que a SMS, na busca da garantia de cobertura assistencial para sua população e sua microrregional, socorreu-

se de uma prática de gestão compartilhada em ampla ascensão desde 1998: contrato de gestão com Organizações Sociais.

Com a implantação do modelo gerencial (Bresser-Pereira) na década de 1990, notadamente a partir da Emenda Constitucional nº. 19/98, houve uma maior aproximação do primeiro setor com o terceiro setor, buscando mais eficiência, sobretudo, na prestação dos serviços públicos prestados aos cidadãos. No mesmo ano foi promulgada a Lei nº 9637/1998 que autorizava a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais (OS) e, no ano seguinte a Lei nº. 9790/99, versando sobre as Organizações Sociais Civis de Interesse Público (OSCIP).

A Lei nº 9637/1998 promoveu ainda o acréscimo de uma nova hipótese de dispensa de licitação (art. 24, XXIV), autorizando-a “para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão”.

O Município de Uberaba, buscando uma gestão mais eficiente e capaz de prestar serviços públicos com mais qualidade, aumentando sua capacidade de resposta em relação aos problemas práticos narrados alhures, promulgou a Lei Municipal nº 11.840/2014 que “autoriza o Poder Executivo a qualificar e/ou contratar Organizações Sociais, e contém outras providências”.

Colacionamos o que dispõe o art. 2º da referida Lei:

Art. 2º. A qualificação e/ou contratação de que trata o art. 1º desta Lei, somente se dá mediante processo licitatório, em conformidade com a Lei nº. 8.666/93”.

Cumpre-nos enfatizar que à época o TCU já se posicionava favoravelmente à aplicação deste modelo de gestão compartilhada, através de contratos de gestão firmados com Organizações Sociais (Acórdão TCU 3239/2013).

Ressalte-se, ainda que, em 2015, o acréscimo da hipótese de dispensa de licitação (art. 24, XXIV) para contratação de Organizações foi objeto de uma Ação Direta de

Inconstitucionalidade (ADI 1923/2015), onde o STF modula o entendimento do art. 24, XXIV, decidindo pela validade da prestação de serviços públicos não exclusivos por organizações sociais em parceria com o poder público, desde que a celebração do convênio com tais entidades seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, em observância aos princípios constitucionais que regem a Administração Pública, insculpidos no caput do art. 37.

O TCU, no processo TC 023.410/2016-7, ao tratar a referida decisão enfatiza:

11. O Ministro Gilmar Mendes, em voto-vista, asseverou que a Lei 9.637/1998 instituiu um programa de publicização de atividades e serviços não exclusivos do Estado, transferindo-os para a gestão desburocratizada a cargo de entidades de caráter privado e, portanto, submetendo-os a um regime mais flexível, dinâmico e eficiente. Ressaltou que a busca da eficiência dos resultados, mediante a flexibilização de procedimentos, justifica a implementação de um regime especial, regido por regras que respondem a racionalidades próprias do direito público e do direito privado. Registrou, ademais, que esse modelo de gestão pública tem sido adotado por diversos Estados Membros.

Demonstradas suas dificuldades concretas impostas pelos próprios trâmites da administração pública, sendo sua a obrigação de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde (art. 18 da Lei Orgânica do SUS), a equipe da Secretaria de Saúde, buscando uma solução que garantisse a qualidade no atendimento identificou um caso de convênio existente entre o município de Belo Horizonte/MG com a UFMG/ FUNDEP, com posicionamento favorável do TCEMG (Auditoria nº. 911782/2015).

A gestão compartilhada entre a SMS e a SEU/FUNEPU buscou a tomada de decisões rápidas e aptas a responder de forma mais célere e eficiente tanto o preenchimento do quadro de pessoal, deficitário na Covid-19 pela alta demanda do mercado e pela falta da própria equipe acometida pela doença, quanto pelas constantes mudanças do perfil assistencial e da aquisição de materiais/insumos e serviços, evitando, sem dúvidas, melhor assistência e menos óbitos.

Importante mencionar também a possibilidade de participação complementar disposta na Portaria de Consolidação nº 01:

Art. 130. Nas hipóteses em que a oferta de ações e serviços de saúde públicos próprios forem insuficientes e comprovada a impossibilidade de ampliação para garantir a cobertura assistencial à população de um determinado território, o gestor competente poderá recorrer aos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada. (Origem: PRT MS/GM 2567/2016, Art. 3º)

No mesmo sentido legisla a Lei Orgânica do SUS:

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Conforme decidido pelo STF, no âmbito da ADI 1923, caso os estados e municípios decidam transferir o gerenciamento das unidades públicas de saúde para entidades privadas, por meio da contratação de organizações sociais, deve ser realizado estudo prévio detalhado que fundamente que a transferência do gerenciamento dos serviços de saúde a organizações sociais mostra-se a melhor opção, bem como devem ser utilizados os devidos critérios técnicos e objetivos ao longo das diferentes etapas, além de buscar ampliar a participação do controle social no processo, tanto no planejamento quanto na fiscalização das contratações, conforme Acórdãos 3.239/2013 e 352/2016, ambos do Plenário desta Corte de Contas.

Ademais, o Ministério da Saúde regulou a relação do SUS com os prestadores de serviços de saúde privados por meio da Portaria MS/GM 1.034/2010, alterada pela Portaria MS/GM 3.114/2010, e definiu que os entes públicos poderiam complementar a oferta com serviços privados de assistência à saúde, desde que comprovada a necessidade de complementação dos serviços públicos de saúde, e haja a impossibilidade de ampliação de tais serviços.

Destaca-se que o Município de Uberaba esgotou as vias próprias, culminando em uma inviabilidade técnica e que o presente estudo objetifica-se um modelo de gestão compartilhada tendo por analogia os contratos de gestão firmados com Organizações Sociais - OS.

3 – ALINHAMENTO ENTRE A CONTRATAÇÃO E O PLANEJAMENTO DA ADMINISTRAÇÃO

A Administração Pública tem o dever de planejar, através de instrumentos próprios, de curto e médio prazo, dos quais cite-se o Plano Plurianual (art. 165, §1º CF/88), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 165, §2º CF/88), a Lei Orçamentária Anual (art. 165, §5º CF/88) e o Estudo Técnico Preliminar (art. 18, *caput* e §1º, da Lei nº. 14.1333/2021).

No tocante ao Direito à Saúde, a Constituição Federal de 05 de outubro de 1988 incluiu inovações decorrentes dos movimentos sanitaristas que a antecederam, inclusive a própria criação do Sistema Único de Saúde, garantindo, a participação popular (art. 198, III, CF/88).

A Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece que o PPA, a LDO e a LOA deverão obedecer às suas diretrizes (art. 30), enfatizando que “caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades (§4º do art. 30).

Enfatiza a necessidade de ser formulado um Plano de Saúde, que poderão, inclusive, constituir condição para repasses de recursos públicos

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano de Saúde. (grifos nossos)

A Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, traz inúmeras diretrizes para as ações e serviços de saúde em todo território nacional, sendo regulamentada pelo Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa”, prevendo:

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa. (grifos nossos)

Seguindo as supramencionadas diretrizes foi editada a Portaria nº. 2135, de 25 de setembro de 2013, que “Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Art. 3º O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.

§ 1º **O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção.**

§ 2º O Plano de Saúde observará os prazos do PPA, conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados.

§ 3º A elaboração do Plano de Saúde será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando: (grifos nossos)

O Município de Uberaba tem buscado um maior planejamento de suas ações, especialmente em relação aos processos licitatórios. Dentre as ações promovidas enfatizamos a alteração do software integrado; adequação à nova Lei de Licitações e Contratos (Lei nº. 14.133/2021); estudos visando a adequação da estrutura organizacional da Prefeitura, com o fortalecimento do planejamento com um órgão central na Secretaria de Administração, visando a elaboração do Plano Anual de Contratações; dentre outras.

Partindo deste contexto, nota-se que compete ao município de Uberaba promover o planejamento e assistência dos serviços da rede do SUS para seus munícipes, bem como para a população referenciada, de forma, inclusive, a antever necessidades futuras, em prol do atendimento ao cidadão.

4 – DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA POTENCIAL CONTRATAÇÃO

Com o propósito de executar a gestão de forma eficiente, universal, integral, equânime e com economicidade, deverá a futura instituição parceira ou Empresa Especializada estar ciente dos serviços que serão geridos, bem como as dependências físicas, a contratação dos

profissionais, a aquisição de insumos e medicamentos, a realização de exames, e demais responsabilidades que compete ao Hospital Regional José Alencar - HRJA, em observância ao Termo de Referência e legislações vigentes aplicáveis.

A previsão de início das atividades assistenciais é 18/08/2023 e previsão de encerramento será de 60 (sessenta) meses, prorrogáveis por até 60 (sessenta) meses, conforme legislação vigente.

E para que os serviços sejam executados, será necessário que a responsável pela execução cumpra as seguintes ações, não se limitando as mesmas:

- a) garantir a oferta de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico aos usuários do SUS, conforme orientação da gestão municipal;
- b) ser Hospital Geral para adultos, com abrangência regional ou municípios conveniados, para procedimentos de média complexidade em regime de urgência/emergência (referenciada) e eletivos pelo complexo regulador municipal;
- c) Prestar atendimento clínico a crianças com abrangência microrregional;
- d) Prestar atendimento com abrangência microrregional para atendimentos de ortopedia e COT, de forma regulada pelo complexo regulador municipal;
- e) disponibilizar no mínimo 30% (trinta por cento) dos atendimentos para os municípios da macrorregião Triângulo Sul ou municípios conveniados;
- f) atender a demanda reprimida por leitos de internação de média complexidade em especialidades clínicas, cirúrgicas e de UTI adulto, como retaguarda das Unidades de Pronto Atendimento, direcionada via Complexo de Regulação do município de Uberaba;
- g) oferecer e ampliar a oferta de serviços, atendendo as necessidades de cirurgias eletivas, negociadas e referenciadas via Diretoria/Complexo de Regulação municipal;
- h) obedecer a regras e critérios para utilização de hemocomponentes e hemoderivados, definidos junto ao Hemominas e conforme normativas do Ministério da Saúde e instrumento contratual vigente;

- i) garantir e apoiar o ensino, a pesquisa e a extensão ao ensino-aprendizagem e a formação de pessoas no campo da saúde pública, para todas instituições que demonstrarem interesse na utilização do campo de trabalho;
- j) desempenhar papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com excelência, solidariedade, integrando e articulando com todos os pontos da RAS;
- k) desempenhar uma gestão moderna e participativa comprometida com as políticas dos SUS e com zelo pelo bem Público;
- l) criar um Conselho Gestor onde será definido e aprovado as diretrizes, regras, investimentos e o acompanhamento da execução orçamentária, com participação de membros 8 membros
- m) fazer valer na íntegra as normas e regulamentações do SUS;
- n) orientar e garantir o cumprimento sobre os direitos e deveres dos usuários previstos em leis;
- o) manter um Corpo Clínico especializado e adequado às especificidades e complexidades do serviço, com comprovada formação e titularidade através de certificados e os devidos registros no Conselho Regional de Medicina (CRM-MG), em regime 24/7 (24 horas / 07 dias da semana);
- p) garantir um quadro de pessoal qualificado e em número suficiente, seguindo as normas e legislação vigente de forma contínua 24hs/07 dias da semana;
- q) garantir a segurança dos colaboradores e usuários através de normativas, procedimentos e ações regulamentados;
- r) garantir a identificação de todos os usuários, colaboradores, prestadores de serviço através de identificação feita com crachás e uniformes nas dependências do complexo;
- s) implementar e divulgar através de capacitações comprovadas, protocolos clínicos, assistenciais, de apoio e administrativos;
- t) realizar mapeamento e implantar fluxos e processos assistenciais, administrativos e gerenciais, articulados a todos atores envolvidos na Rede de Atenção à Saúde da macrorregião Triângulo Sul;
- u) padronização de materiais e medicamentos;
- v) sistematizar as notificações de eventos adversos;

- w) realizar auditorias internas (assistenciais e administrativas);
- x) implantar e acompanhar os indicadores de qualidade, qualitativos e quantitativos;
- y) manter programas de controle de qualidade interno e de proficiência;
- z) garantir os serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT com realização de exames laboratoriais, raio-x, ultrassonografia, tomografia, ecodoppler, eletrocardiografia, endoscopia e colonoscopia tanto em âmbito ambulatorial quanto hospitalar;
- aa) oferecer e ampliar a oferta de serviços, atendendo as necessidades de exames e consultas, negociadas e referenciadas via Diretoria de Regulação municipal/Central de Marcação de Agendamentos.

5 - PROSPECÇÃO DE SOLUÇÕES

5.1. Levantamento de mercado

5.1.1. Gestão ampla pelo próprio município de Uberaba/SMS

Para o sucesso desse modelo de gestão, deverá o Município implementar e fazer cumprir todas as disposições contidas neste ETP, devendo considerar que servidor público é a pessoa legalmente investida em cargo ou em emprego público na administração direta, nas autarquias ou nas fundações públicas (art. 1º, Lei nº 8.027/1990), e que somente servidores concursados ou oriundos de processo seletivo especial (art. 1º da Lei nº 8.745/1993), poderão desenvolver atividades técnicas e que sua jornada máxima de trabalho é de 40h semanais, respeitado o limite diário mínimo de 6h e máximo de 8h.

Também, que gozam os servidores públicos, diferentemente dos trabalhadores privados, de benefícios como gozo de férias-prêmio, licenças para tratamento de doença em pessoa da família, para prestação de serviço militar obrigatório fora do Município, para atividade política, para exercício de mandato classista, para acompanhamento do cônjuge ou companheiro militar, para tratar de interesses particulares (LIP's) (art. 106, Lei Complementar Municipal nº

392/2008), ou afastamentos para servir em outro órgão ou entidade, para o exercício de mandato eletivo e para estudo ou missão no exterior (art. 127, LC nº 392/2008).

Assim, caberá ao município realizar ainda:

- a) Concurso público para provimento dos cargos técnicos da equipe clínica multidisciplinar especializada conforme perfil assistencial hospitalar e ambulatorial, em número suficiente para cumprir tanto as exigências e necessidades, conforme regulamentação e normas existentes, bem como a demanda do atendimento referenciado, de modo ininterrupto, e ainda integrarem as diferentes comissões exigidas;
- b) Manter sempre, à disposição, um número suficiente de servidores da equipe técnica multidisciplinar, para substituição de eventuais faltas justificadas ou injustificadas de outros membros da escala de plantão de 24h ininterruptas;
- c) Concurso público para provimento dos cargos administrativos inerentes à gestão administrativa do HRJA como administrador de empresas, contador, engenheiros, recepcionistas/atendentes, estoquistas, serviços gerais, zeladoria, dentre outros;
- d) Instituir uma Comissão de Contratação com número de servidores ágeis para atender célere do fluxo de demandas ordinárias e extraordinárias de compras de produtos e serviços para manutenção dos serviços de necessários e de urgência e emergência;
- e) Realizar certame para contratação de prestadores de serviços para realização de exames de análises clínicas, laudos radiológicos como raio-x, tomografia computadorizada e ultrassonografia, lavanderia hospitalar, nutrição e dietética hospitalar, dentre outros dispostos no TR, ou implementar e manter ativo os serviços por meio de realização de concursos para provimentos dos profissionais necessários em cada área;

- f) Realizar certame para adquirir equipamentos, bem como para contratação das empresas especializadas em manutenção e reparação, para implementação dos demais serviços descritos no TR;
- g) Realizar certame para contratação de empresas de manutenção dos diversos serviços prestados;
- h) Realizar certame para adquirir insumos e medicamentos, para implementação dos demais serviços descritos neste no TR;
- i) Padronizar na Comissão de Farmácia Terapêutica do município os medicamentos e âmbito hospitalar para aquisição dos mesmos.
- j) Fazer prever na Lei de Diretrizes Orçamentárias e Planos Plurianuais dotações orçamentárias para compra de produtos e serviços para manutenção;

Ademais, o município de Uberaba nunca exerceu a condição de administrador direto de serviços hospitalares, por não possuir corpo técnico especializado (tecnicamente inviável).

5.1.2. Gestão compartilhada entre o município/SMS e empresa parceira

Considerando que a empresa parceira será uma pessoa de direito privado sem fins lucrativos, não será necessário realizar concurso público e sim processo seletivo para contratação de empregados que irão atuar nos serviços objeto do contrato de gestão, bem como a aquisição de produtos e serviços será mais célere, ainda que respeitados os ditames da administração pública.

Ressalta-se, pela importância, que a maior vantagem das empresas privadas é a possibilidade de contratação ágil de pessoas qualificadas para substituição de eventuais faltas

ou sobrecargas nas escalas, seja pessoa física quanto jurídica, em que qualquer desassistência pode ter relação direta com agravamento do quadro de saúde do usuário, ou mesmo sua morte.

Também, no que tange aos processos de aquisição de insumos e serviços, por as interessadas possuírem pessoal disponível para aquisição de bens ou serviços, há maior agilidade na elaboração dos documentos necessários ao processo licitatório, os quais as devem, também, respeitar a legislação vigente e produzindo ao final, agilidade e fluxo para atendimento das urgências e emergências.

Importante destacar, que no modelo de gestão compartilhada cabe ao Município/SMS a fiscalização e monitoramento da execução do serviço, tanto visando a autonomia sobre os processos, quanto a prestação de contas do uso do dinheiro público.

5.2. Estimativa do valor da contratação

Inicialmente deve ser enfatizado que o financiamento do SUS é tripartite, ou seja, parte das despesas são custeadas com recursos federais, estaduais e federais. O Município tem a obrigação de prestar os serviços de assistência de saúde à população, com a cooperação técnica e financeira do estado e da União (art. 30 da CRFB/88), assim também a inteligência dos art. 15 a 18 da Lei Federal nº 8080/90 (Lei Orgânica do SUS), que dispõem sobre a organização, direção, gestão, atribuições e competências de forma descentralizada, aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Ministério da Saúde traz instrumentos regulamentadores próprios, através de Portarias de Consolidação, sendo que os recursos federais constituem a maior parte do financiamento. Seu custeio/financiamento está subdividido entre os Entes da Administração Pública Direta, competindo 50% (cinquenta por cento) à União, 25% (vinte e cinco por cento) ao Estado de Minas Gerais e 25% (vinte e cinco por cento) aos Municípios da Macrorregião do Triângulo Sul, sendo que, destes 25% sob responsabilidade dos Municípios, devem ser repassados o valor de R\$ 2,24 per capita referente a sua população.

Embora a previsão de custo do Hospital seja de R\$ 8,9677 per capita, o valor atual

repassado pela união representa 28,70%, a do estado 1,23%, as dos 26 municípios pactuados 1,20% e Uberaba 68,87% do total.

O repasse em questão, será composto de uma parte fixa (90%) e outra variável (10%). O recebimento da parte variável está condicionado ao cumprimento de metas de desempenho, e a avaliação do desempenho será definida por metas e estratégias (eficiência e crescimento satisfatório) e metas relacionadas à qualidade da atenção hospitalar (situação atual e o desejado) constantes no Termo de Referência. O cumprimento das metas, podendo o Hospital sofrer sanção pecuniária, conforme a Portaria Ministerial nº 3.410/2013.

O repasse da parte fixa será realizado através de transferências mensais, de forma automática e independente de qualquer avaliação prévia, enquanto o da parte variável estará condicionado à avaliação da CAC - Comissão de Acompanhamento da Contratualização.

A Administração Pública, seguindo as diretrizes estabelecidas na Lei nº. 4.320/64, está sujeita a algumas etapas da formulação e pagamento da despesa, devendo seguir a ordem: empenho; emissão de ordem de serviço/ fornecimento; prestação de serviços/ entrega; liquidação e pagamento.

Por conseguinte, salienta-se, que o valor total apresentado para estimativa do valor repassado ao Hospital Regional José Alencar, será a importância de R\$7.229.545,27 (sete milhões, duzentos e vinte e nove mil, quinhentos e quarenta e cinco reais e vinte e sete centavos) mensais consoante detalhamento no respectivo Termo de Referência.

6 - DETALHAMENTO DA SOLUÇÃO ESCOLHIDA

6.1. Descrição da solução como um todo

Para melhor interpretação das vantagens e desvantagens, é apresentado um demonstrativo:

SOLUÇÕES	VANTAGENS (PONTOS FORTES)	DESVANTAGENS (RISCOS, LIMITAÇÕES, PROBLEMAS)
----------	------------------------------	--

A - Gestão exclusiva pelo Município/SMS	<ul style="list-style-type: none">● Controle direto sobre as políticas, operações e tomada de decisões;● Maior adaptabilidade às necessidades e demandas locais;● Tende a priorizar os interesses e necessidades específicas da comunidade atendida pelo hospital;● Maior alinhamento com as políticas de saúde municipais;● A ausência de estruturas hierárquicas complexas pode permitir uma tomada de decisão mais ágil, possibilitando a rápida implementação de mudanças e melhorias necessárias.	<ul style="list-style-type: none">● Demora nos trâmites para contratação de recursos humanos, bem como em todos os processos licitatórios;● Dificuldade na manutenção efetiva do quadro de funcionários;● Dificuldade na contratação de serviços especializados de suporte para atendimento nas 24h (lavanderia, nutrição, suprimentos de gases medicinais, manutenção de equipamentos);● Dificuldade na aquisição de insumos e medicamentos para manter as unidades abastecidas em tempo hábil;● Falta de parâmetros norteadores da execução direta, visto que este tipo de serviço nunca foi executado pelo município.
B - Gestão Compartilhada	<ul style="list-style-type: none">● Celeridade nos processos de compras;● Desburocratização na contratação e gestão de pessoas;● Maior autonomia na celebração de contratos com prestadores de serviços;● Alinhamento conjunto para o desenvolvimento das funções administrativas (planejamento, organização, direção controle) de programas e projetos, definindo processos e procedimentos específicos para cada ação;● Transparência no acompanhamento diário nos processos de trabalho;● Compartilhamento nas tomadas de decisões;● Melhor controle e fiscalização por parte da SMS.	<ul style="list-style-type: none">● Desafios de comunicação, alinhamento de interesses e decisões mais demoradas.● Possíveis conflitos de interesse, dependendo da natureza das parcerias e acordos estabelecidos.

Nas duas situações, observamos que a gestão compartilhada entre a SMS e uma instituição privada torna as decisões mais rápidas e aptas a responder de forma célere e eficiente, tanto o preenchimento do quadro de pessoal quanto da aquisição de materiais/insumos e serviços, ocasionando sem dúvidas, melhor assistência e menos desgastados pelos usuários.

Atualmente o município de Uberaba, mantém vigente convênio para gestão de serviços de saúde com duas instituições locais, que desenvolvem um papel satisfatório perante a população e ao governo, conforme demonstrado inclusive na pesquisa de satisfação do Hospital.

Figura 3 - Serviço de Ouvidoria do Hospital Regional José Alencar

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO JANEIRO A ABRIL 2023				
Equipe	Acima das Expectativas	Expectativas Atendidas	Abaixo das Expectativas	Expectativas não Atendidas
Enfermagem	94,81%	3,12%	1,15%	0,98%
Equipe Médica	95,72%	3,18%	0,45%	0,64%
Equipe Multi	96,61%	3,38%	0,00%	0,00%
Zeladoria	94,94%	3,42%	1,12%	0,50%
Nutrição	96,44%	2,66%	0,75%	0,13%
Recepção	95,95%	2,81%	0,33%	0,89%
Engenharias e Infra	95,50%	3,92%	0,61%	0,46%
Média	95,86%	3,23%	0,54%	0,44%

Fonte: 1º RDQA de 2023/SMS

As ferramentas de gestão utilizadas são divergentes, mas ambas contam com participação ativa da Secretaria Municipal de Saúde para definição e execução de ações gerenciais e assistenciais.

Nestes quase 06 (seis) anos de funcionamento do HRJA no modelo de Gestão Compartilhada, foram observados inúmeros benefícios aos usuários do SUS como qualidade da prestação do serviço e do atendimento, agilidade na aquisição de remédios, insumos e equipamentos, e na contratação dos profissionais, seja por meio de pessoa jurídica ou física, além da facilidade de substituição de pessoal. Também não houve desassistência, nem greve, afetando a continuidade dos serviços.

Inclusive em 2019, o Hospital Regional foi avaliado por Instituição Acreditadora Credenciada - nos termos do Manual Brasileiro de Acreditação, versão 2018 - havendo recebido Certificado de Nível I - Acreditado junto à Organização Nacional de Acreditação (ONA) e, no mês de julho de 2021, visita de upgrade passando ao Nível II - Acreditado Pleno. A acreditação plena foi mantida nas visitas de manutenção, realizadas em abril e novembro de 2022, e atesta que a instituição segue rígidos protocolos de segurança e qualidade, visando sempre o melhor atendimento a todos.

Além disso, o hospital recebeu, em 2020 e em 2021, certificados atestando a classificação de alta conformidade na Avaliação de Práticas de Segurança do Paciente pela Coordenação de Segurança do Paciente e Controle de Infecções do Estado de Minas Gerais.

Assim, sugerimos a busca pela contratação de uma parceira, através de contrato de gestão efetivo e delimitado de responsabilidades e deveres de ambas as partes.

6.1.1 Justificativa da presente solução

Demonstrada a inviabilidade da execução direta dos serviços pelo Município de Uberaba-MG, e a vantajosidade de uma gestão compartilhada, em que o gerenciamento dos serviços é feito por uma instituição parceira, passa-se a analisar os modelos possíveis para a formalização desta gestão compartilhada:

a) Manutenção do Modelo Atual: Convênio Direto entre Uberaba e SEU/ UFTM/ FUNEPU

O modelo atualmente empregado no Município de Uberaba para a gestão do Hospital Regional José Alencar - HRJA, é através de um Termo de Convênio envolvendo a Sociedade Educacional Uberabense - SEU e a UFTM/FUNEPU.

Formalização

No tocante à formalização (jurídica), entendemos que os pressupostos continuam sendo os mesmos delimitados pelo TCEMG para o caso BH/UFMG/FUNDEB e no Parecer nº. 015/2017 para o caso Uberaba SEU/UFTM/ FUNEPU.

Para esse modelo, faz-se necessária a existência de uma relação jurídica entre a UFTM e FUNEPU que, inexistindo, inviabiliza a celebração do Termo de Convênio.

Além disso, ambas as partes SEU e FUNEPU/UFTM devem estar de acordo com essa relação e continuidade da parceria, sendo que em ofício a UFTM se mantém favorável, contudo a SEU não possui interesse na continuidade do modelo atual.

Critério custo-benefício

Em relação ao critério custo-benefício, nota-se que o presente modelo não é o mais viável, além de não ter uma ampliação da disputa, em virtude principalmente da insegurança jurídica supramencionada, o Município de Uberaba não pode ficar suscetível a oscilações de terceiros.

Conclusão

Diante da mitigação da segurança jurídica decorrente da eventual manutenção da relação UFTM/ FUNEPU, inviabilizando a celebração do convênio ou a sua posterior manutenção, e como não há interesse mútuo entre as partes, entendemos que este modelo não é o mais vantajoso para a Administração Pública.

b) Contrato de Gestão com uma Organização Social

Formalização

Do ponto de vista jurídico, vislumbra-se este modelo como o mais seguro a ser adotado, notadamente pelas decisões proferidas pelo STF (ADI 1923/2015) e Tribunal de Contas da União (TC 023.410/2016-7) e da sua ampla utilização prática em cidades como São Paulo/SP e Ribeirão Preto/SP.

Um exemplo de sucesso é o caso do Município de Uberlândia/MG, onde toda a atenção básica, pronto atendimento e hospital municipal são gerenciados por Organizações Sociais, divididas em zonas de saúde: Centro-Norte, Oeste, Sul e Este.

Enfatizamos que o Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia, acompanhado dos promotores da saúde e patrimônio público de Uberlândia/MG, apresentaram o referido modelo para a atual gestão, bem como para os promotores de Uberaba, presidente do Conselho Municipal de Saúde de Uberaba e representantes da Câmara Municipal de Uberaba.

Via de regra, a formalização de quase todos os outros casos é através de Chamada Pública, fundamentada no art. 37 da CF/88 e na ADI 1923/2015 do STF. No caso do Município de Uberaba, a Lei local (Lei nº. 11840/2014) exigiu que a contratação deveria se dar mediante processo licitatório, como ocorre também no município de Divinópolis.

Conforme a Lei Municipal nº. 11840/2014, aliada às disposições da Lei nº. 14.133/2021 (nova lei de licitações e contratos), a licitação deverá ocorrer na modalidade concorrência, com critério de julgamento de técnica e preço. Este critério é utilizado em todos os casos, tendo em vista a supremacia da técnica em relação ao preço, para garantir a melhor contratação para o município.

Cumpre-nos enfatizar, entretanto, que este modelo mitiga a ampla disputa entre todas as instituições sem fins lucrativos, ao passo que somente admite instituições que sejam qualificadas como Organização Social.

Conclusão

O presente modelo se mostra o mais seguro, do ponto de vista jurídico, capaz de garantir uma contratação de qualidade, com um menor preço, desde que bem delimitados os critérios objetivos de julgamento por técnica e preço, tendo como desvantagem a mitigação do número de instituições sem fins lucrativos aptas à participação do processo, e, com isso, à busca da proposta mais vantajosa para a Administração Pública.

c) Contratação de instituição/ empresa especializada mediante concorrência ampla

Formalização

Salvo melhor juízo em contrário, este modelo não se mostra adequado ao tipo de contratação/ parceria para gerenciamento de unidades. Embora a formalização do processo deva ocorrer também por concorrência, com critério de julgamento de técnica e preço, por não ser exclusivo para Organizações Sociais (onde se firmam contratos de gestão – anexo do edital), o seu resultado é a celebração de um termo de contrato administrativo, cuja natureza prevê o lucro.

Enquanto o convênio e o contrato de gestão (que o STF já sinalizou ter a natureza jurídica de convênio) os valores repassados ficam adstritos à execução dos serviços de gerenciamento das unidades, vedada a cobrança de taxa de administração, dentre outros, os contratos administrativos versam sobre situações negociais, auferindo lucro.

Em diversos levantamentos realizados, não se vislumbrou nenhum caso em que esse modelo fosse adotado.

Conclusão

Desta forma, muito embora a formalização seja similar àquela das Organizações Sociais, com uma possível amplitude de disputa, o objeto final do processo é a celebração de um contrato administrativo (cuja natureza prevê o lucro), cuja natureza é incompatível com a almejada, seja convênio ou contrato de gestão, que possuem uma natureza de convergência de atuação, em prol do serviço público de saúde e o próprio cidadão.

d) Chamamento público de instituições filantrópicas para a celebração do Termo de Convênio

Formalização

Foi identificado o uso desse modelo no Estado de São Paulo, que consiste na realização de uma chamada pública, exclusiva para instituições sem fins lucrativos, para a celebração de Termo de Convênio.

A fundamentação empregada em seus editais é o art. 184 da Lei nº. 14.133/21, que prevê a aplicação da Lei de Licitações, no que couber, aos convênios. Neste modelo, todas as instituições sem fins lucrativos podem participar do processo de chamamento público, ampliando o rol de instituições aptas a participarem da disputa.

Neste formato, a chamada pública deve, assim como no caso das Organizações Sociais, primar pela observância do art. 37 da Constituição Federal de 1988, dentro de critérios objetivos de seleção. Assim como nos demais modelos, é salutar para a escolha da melhor opção, uma associação do critério de julgamento técnico e preço, de forma a selecionar instituições de fato capazes de prestar um serviço de qualidade ao cidadão.

Conclusão

Neste modelo o instrumento de pactuação é o Convênio, que guarda em sua essência a convergência de interesses em prol do atendimento ao cidadão, no qual os recursos financeiros

disponibilizados para a instituição devem permanecer em conta específica, podendo ser gastos somente com o gerenciamento do Hospital, afastadas as taxas de administração ou o lucro.

A principal vantagem deste modelo é a ampliação de instituições aptas a participarem do chamamento público, e, conseqüentemente, as chances de pactuar um convênio com maior qualidade técnica, transparência e clareza e menor custo.

6.4. Resultados pretendidos

Espera-se que a conveniada possa ofertar aos munícipes de Uberaba e da Macrorregião uma assistência de qualidade, com prestação gratuita de serviços de atenção à saúde aos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em regime hospitalar, ambulatorial, apoio diagnósticos e terapêuticos; em caráter eletivo e de urgência/emergência(referenciado); de média complexidade; hospital geral; destinado a usuário acima de 14 anos, com abrangência regional- RAS Triângulo Sul. Além do atendimento de COT/Trauma adulto e atendimento de porta aberta pediátrico (abaixo de 14 anos), com abrangência microrregional.

Espera-se ainda que a prestação de serviços da instituição parceira apresente bons resultados no que tange aos aspectos de gestão, protocolos de atendimentos, fluxo do atendimento dos pacientes, processos de segurança e acompanhamento de indicadores. Da mesma forma, busca-se atingir critérios como: cumprir com padrões de qualidade e segurança; possuir padrões de gestão integrada; e demais critérios no intuito de que o hospital continue com a acreditação da ONA - Organização Nacional de Acreditação.

O Município de Uberaba pretende, com o presente modelo de gestão compartilhada, que os serviços sejam realizados por meio de uma instituição parceira para que haja maior maleabilidade jurídica para solucionar problemas costumeiros diversos com pessoal, aquisição de insumos e medicamentos essenciais para a manutenção do HRJA; que a Secretaria de Saúde consiga ampliar sua capacidade de formulação de políticas públicas e que otimize o controle e fiscalização dos serviços gerenciados de forma a garantir maior transparência e controle dos gastos públicos, oferecendo à população um melhor serviço assistencial de saúde.

6.5. Justificativa para o parcelamento ou não da contratação

O parcelamento da contratação não seria uma solução viável. O direito à saúde e sua integralidade estão previstos na Constituição Federal. Essa última, está diretamente ligada ao cuidado interdisciplinar, com vistas ao aumento da resolubilidade altamente benéfica ao usuário do SUS e ao próprio sistema de saúde. Logo, repartir as diversas especialidades médicas a pessoas jurídicas diversas poderá comprometer o atendimento integral, posto que o ser humano terá suas necessidades fragmentadas, deixando de ser visto e tratado em sua globalidade como ser holístico.

A integralidade há de ser vista como boa prática clínica. “Uma prática clínica baseada nas melhores evidências científicas, pautada nas necessidades do sujeito, faz parte do escopo desse sentido. Incluem-se pressupostos e racionalização das tomadas de decisão, não intervir quando não é necessário, escolher a intervenção singularizada, cooperada com outros profissionais e, sobretudo, negociada com os sujeitos, sem abrir mão da ontologia das doenças.

Uma boa prática clínica requer conhecimentos sobre a doença, sobre os aspectos biológicos, mas, como visto, não se pode limitar a este tipo de prática, caso em que a integralidade não estará presente”. (disponível em <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8tH7ktMLYjTxKQyqMJsQPMm/?lang=pt>)

6.6. Contratações correlatas e/ou interdependentes

Não se aplica, uma vez que o interessante será a contratação de uma pessoa jurídica única e que seja capaz de fazer todo o gerenciamento das especialidades médicas que serão ofertadas no HRJA, como forma de se assegurar a integralidade do atendimento, nos moldes do item acima.

6.7. Resultados pretendidos

Espera-se que a prestação de serviços da instituição parceira apresente bons resultados no que tange aos aspectos de gestão, protocolos de atendimentos, fluxo do atendimento dos

pacientes, processos de segurança e acompanhamento de indicadores. Da mesma forma, buscase atingir critérios como: cumprir com padrões de qualidade e segurança e possuir padrões de gestão integrada.

Pretende-se com a presente medida, ao passo que o gerenciamento dos serviços são realizados por uma instituição parceira, maior maleabilidade jurídica para solucionar problemas com pessoal, aquisição de insumos e medicamentos essenciais para a manutenção do Hospital Regional José Alencar.

Por fim, que Secretaria Municipal de Saúde consiga ampliar sua capacidade de formulação de políticas públicas, controle e fiscalização dos serviços gerenciados, de forma que garanta maior transparência e controle dos gastos públicos.

6.8. Providências a serem adotadas

Fazem-se necessárias várias medidas:

- a) Avaliação e adequação de regras e fluxos em relação à fiscalização e gestão de contratos referentes ao HRJA, ante às inovações trazidas pela Lei nº. 14133/2021 e as peculiaridades desse tipo de serviço. Sendo que, a definição de servidores para a fiscalização e a gestão contratual será a critério do gestor. Cabe ressaltar que, o fiscal e o gestor de contrato/convênio podem requisitar apoio técnico, jurídico e financeiro, aos setores competentes, visando subsidiar e fundamentar ações, primando sempre pelo melhor interesse do cidadão;
- b) *Ad cautelam*, a abertura de processos de contratação, via ata de registro de preços, de empresas para eventual fornecimento de medicamentos, insumos, dentre outros essenciais ao funcionamento do Hospital, para o caso de desassistência por parte da atual prestadora de serviços. Embora se trate de uma questão não esperada, diante do princípio da capacidade de resposta e pela natureza da prestação (urgência e emergência), a Administração deverá estar apta a suplementar eventuais falhas da prestação em prol do cidadão, implicando à atual conveniente as punições previstas na

legislação.

6.9. Possíveis impactos ambientais

Não existem relevantes impactos ambientais, haja vista que os serviços já estão sendo prestados, há vários anos, segundo as diretrizes do SUS e das normas da Vigilância Sanitária, contudo a empresa parceira deverá, ao longo da execução de todo o objeto de gestão compartilhada, observar os seguintes requisitos ambientais:

- a) Critérios de sustentabilidade estão de acordo com o Art. 5º da Lei nº. 14.133//21, assim como as disposições do Decreto-Lei nº 4.657, de 4 de setembro de 1942; no Art. 4º, incisos I, III, VI, Art. 5º do Decreto nº. 7.746, de 5 de junho de 2012; Art. 5º do Decreto nº. 7.404, de 23 de dezembro de 2010; Incisos II, III, do Art. 5º da Instrução Normativa SLTI/MPOG nº. 01, de 19 de janeiro de 2010; Lei nº. 12.305, de 2 de agosto de 2010; Art. 225 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e subsidiariamente a Lei nº. 9.985, de 18 de julho de 2000;
- b) Práticas de sustentabilidade ambiental na execução dos serviços, conforme previsto na Lei nº 14.133/21 e Instrução Normativa nº 01 de 19/01/2010/SLTI/MPOG; Em atendimento às normas constantes na Instrução Normativa nº 01/2010/SLTI/MPOG, as licitantes deverão ofertar preferencialmente embalagens que sejam constituídos, no todo ou em parte, por material reciclado, atóxico, biodegradável, conforme ABNT NBR – 15448-1 e 15448-2, com origem ambientalmente regular dos recursos naturais utilizados nos bens, serviços e obras e cujo processo de fabricação observe os requisitos ambientais para obtenção de certificação do Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial – INMETRO com produtos sustentáveis ou de menor impacto ambiental em relação aos seus similares;
- c) Os materiais ofertados devem ser produzidos por fabricantes comprometidos

com o meio ambiente, que mantenham programa continuado de sustentabilidade ambiental, e que além de se enquadrarem no disposto nos itens anteriores, comprovam que cumprem a legislação ambiental pertinente ao objeto da licitação;

- d) Oferecer produtos acondicionados, preferencialmente, em embalagem individual adequada, com o menor volume possível, que utilize materiais recicláveis, de forma a garantir a máxima proteção durante o transporte e o armazenamento;
- e) Optar, quando possível, por produtos constituídos por materiais naturais.

7 – DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE

Esta equipe de planejamento declara **VIÁVEL** esta contratação com base no presente Estudo Técnico Preliminar.

Os serviços de saúde compõem o rol das garantias constitucionais e estão intimamente ligados à dignidade da pessoa humana, como dispõe os artigos 196 e 197 da Carta Magna. A execução da prestação de serviço, para fins de atendimento à população, cuja demanda vem se tornando crescente e o quadro de profissional insuficiente na Secretaria Municipal de Saúde, compete ao município o dever de garantir os serviços com amparo nos princípios norteadores da Administração pública, cuja solução vá ao encontro do interesse público.

Conforme vastamente exposto, foi possível concluir que a Gestão Compartilhada dos serviços do Hospital Regional José Alencar é mais eficaz em comparação a execução direta dos serviços exclusivamente pela SMS, e também a que melhor atende ao interesse público, tendo em vista seu menor risco de desassistência, tanto por falta de servidores, quanto de produtos e serviços para prestação continuada do HRJA, diante dos mecanismos menos burocráticos aos quais as instituições privadas, sem fins lucrativos, estão vinculados.

Ao passo que o gerenciamento dos serviços passa a ser executado por instituição parceira, o Município de Uberaba possui maiores condições de qualificar a análise e

planejamento da política pública e o fortalecimento da fiscalização, garantindo maior transparência na gestão dos gastos públicos associada à uma melhor prestação de serviços ao cidadão.

Existem alguns modelos de gerenciamento que podem ser adotados pela Prefeitura Municipal de Uberaba, conforme posicionamentos do Supremo Tribunal Federal e Tribunal de Contas da União, em relação às Organizações Sociais; Tribunal de Contas de Minas Gerais em relação à celebração de convênio direto entre Município de Uberaba e SEU/UFTM/FUNEP, caso subsista esta última vinculação; Chamada Pública exclusiva para instituições sem fins lucrativos para a celebração de convênio, nos moldes do Estado de São Paulo.

Por fim, conclui-se que o melhor modelo a ser utilizado para o gerenciamento do Hospital Regional José Alencar do Município de Uberaba-MG é através de Chamamento Público, exclusivo para instituições privadas sem fins lucrativos, visando a celebração de Termo de Convênio.

Conforme exposto anteriormente, neste modelo, além das mesmas garantias contidas nos contratos de gestão firmados com as Organizações Sociais, esse modelo amplia o rol de instituições aptas a participarem da disputa, podendo ensejar em uma contratação ainda mais vantajosa para a Administração Pública, com melhor qualidade e menor custo.

8 – CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU E PRAZO DE SIGILO

Não há qualquer necessidade de sigilo em relação aos atos praticados no processo correspondente.

Uberaba-MG, 22 de dezembro de 2023.

Responsável	
Adriano Sarreta	
Mirian Morais	
Eunice Cristina Peres Simões	
Lorrayne Palhares Minguim	
Luisa Alves Rodrigues da Cunha	



Assinado digitalmente por VALDILENE ROCHA COSTA ALVES, Data: 18/03/24 16:21

Assinado digitalmente por LUISA ALVES RODRIGUES DA CUNHA, Data: 06/02/24 17:45

Assinado digitalmente por ADRIANO SARRETA, Data: 25/01/24 17:39

Assinado digitalmente por LORRAYNE PALHARES MINGUIM, Data: 25/01/24 15:40

Assinado digitalmente por MIRIAN DE MORAIS, Data: 25/01/24 09:17

Assinado digitalmente por EUNICE CRISTINA PERES SIMOES, Data: 25/01/24 09:03

Código: 1844c6ae-c514-477f-8203-cd22a340d843

Av. Dom Luiz Maria de Santana, 141 – CEP 38061-080 – (34) 3318-2000 – www.uberaba.mg.gov.br

