

CONSÓRCIO PEZCO - TPF - SOUZA OKAWA

ESCOPO E1.4 | PRODUTO 1.4.1

HRMS | DEMANDA E PNC



BID-T4199-P001-T1 PPP HOSPITAIS MS

CONSULTORIA DE APOIO NO DIAGNÓSTICO E NA
ESTRUTURAÇÃO DO PROJETO PPP DE HOSPITAIS
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

SÃO PAULO, 14 DE NOVEMBRO DE 2024



SUMÁRIO DE CONTEÚDO

SUMÁRIO DE CONTEÚDO	2
LISTA DE TABELAS	5
LISTA DE FIGURAS	6
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	8
SUMÁRIO EXECUTIVO	17
I. INTRODUÇÃO: SOBRE ESTE PRODUTO	20
I.1 POSIÇÃO DO PRODUTO NO CONTEXTO DO PROJETO	20
I.2 ATENDIMENTO AO TERMO DE REFERÊNCIA	21
II. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO.....	24
II.1 DESCRIÇÃO DO HOSPITAL.....	24
II.1.1 DESAFIOS E LIMITAÇÕES	24
III. ESTIMATIVAS DE ATENDIMENTO DO FUTURO HRMS.....	26
III.1 ESTATÍSTICA E ANÁLISE DE ATENDIMENTO DO HRMS.....	26
III.1.1 METODOLOGIA E FONTES DE DADOS.....	26
III.1.2 INDICADORES	26
III.1.2.1 CAPACIDADE INSTALADA.....	26
III.1.2.2 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR.....	29
III.1.2.3 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA - TMP	30
III.1.2.4 ROTATIVIDADE DE PACIENTES (OU GIRO DE LEITOS).....	31
III.1.2.5 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	32
III.1.2.6 ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO	33
III.2 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DO HRMS	34
III.2.1 TAXA DE OCUPAÇÃO.....	34
III.2.2 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA	36
III.2.3 ROTATIVIDADE OU GIRO DE LEITOS	37
III.2.4 TAXA DE MORTALIDADE	37
III.3 HRMS: ANÁLISE DE DESEMPENHO	38
IV. PROJEÇÕES FUTURAS DE DEMANDA ASSISTENCIAL.....	41

IV.1 CENÁRIO DEMOGRÁFICO	41
IV.1.1 CENÁRIO DEMOGRÁFICO NACIONAL.....	41
IV.1.2 CENÁRIO DEMOGRÁFICO ESTADUAL.....	41
IV.1.2.1 PIRÂMIDE ETÁRIA	43
IV.1.2.2 CONCLUSÃO.....	45
IV.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	46
IV.2.1 MORBIMORTALIDADE	46
IV.2.2 MORTALIDADE INFANTIL.....	47
IV.2.3 MORTALIDADE MATERNA	47
IV.2.4 INCIDÊNCIA DE CÂNCER.....	48
IV.3 MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE.....	50
IV.3.1 MORBIDADE.....	51
IV.3.2 MORTALIDADE.....	52
IV.4 PLANEJAMENTO ESTADUAL PARA O HRMS	54
IV.5 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024-2027 E O HRMS	58
IV.6 CONCLUSÃO.....	59
IV.6.1 REALIDADE DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	59
IV.6.2 TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS	59
IV.6.3 PROJEÇÕES FUTURAS	59
IV.6.4 COMPARAÇÃO COM O BRASIL	60
IV.6.5 PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES HOSPITALARES	60
IV.6.6 ATENÇÃO À NATALIDADE.....	60
IV.6.7 QUADRO EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	60
IV.6.8 PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO.....	60
IV.6.9 RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO	61
IV.6.10 ANÁLISE DA VOCAÇÃO HOSPITALAR E PACTUAÇÕES REGIONAIS.....	61
IV.6.11 REDE DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE.....	61
IV.6.12 IMPORTÂNCIA DO PANORAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES.....	61
IV.6.13 SOBRECARGA E TENDÊNCIAS DE CRESCIMENTO	62

IV.6.14 NECESSIDADE DE EXPANSÃO	62
IV.6.15 RESUMO DA INDICAÇÃO	62
V. CONSOLIDAÇÃO DA ANÁLISE DE DEMANDA	63
V.1 PRONTO SOCORRO	66
V.2 AMBULATÓRIO	67
V.3 RADIOTERAPIA	68
V.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR	69
V.5 DAY CLINIC	69
VI. DIRETRIZES PARA O PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXO – RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA E REUNIÕES.....	83
1 OBJETIVO DO CAPÍTULO	83
2 METODOLOGIA	83
3 ATAS E ACHADOS DAS VISITAS TÉCNICAS	84
3.1 REUNIÃO 25/JULHO/2024	84
3.2 VISITA AO HOSPITAL 25/JULHO/2024	85
3.3 REUNIÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA 29/JULHO/2024.....	89
3.4 ENTREVISTA TELEFÔNICA 30/JULHO/2024	90
3.5 VIDEOCONFERÊNCIA 31/JULHO/2024	92
3.6 REUNIÃO SECRETÁRIO DA SAÚDE MS 05/AGOSTO/2024.....	94
3.7 VISITA AO HOSPITAL 05 E 06/AGOSTO/2024	100
3.8 REUNIÃO DO COMITÊ ESTRATÉGICO DE 19/AGOSTO/2024.....	107

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PRODUTOS, PESOS E PRAZOS	20
TABELA 2 – ATENDIMENTO AO TERMO DE REFERÊNCIA	23
TABELA 3 – HRMS: CAPACIDADE INSTALADA: EMERGÊNCIA	26
TABELA 4 – HRMS: LEITOS	26
TABELA 5 – HRMS: CAPACIDADE INSTALADA	28
TABELA 6 – HRMS: HABILITAÇÃO	28
TABELA 7 – TAXA DE OCUPAÇÃO POR CLÍNICAS	35
TABELA 8 – INDICADORES HOSPITALARES CLÍNICAS MÉDICAS E CLÍNICAS CIRÚRGICAS	38
TABELA 9 – INDICADORES HOSPITALARES MATERNO-INFANTIS	39
TABELA 10 – INDICADORES PRONTO SOCORRO E AMBULATÓRIO	39
TABELA 11 – INDICADORES DE CENTRO CIRÚRGICO.....	40
TABELA 12 – CENÁRIO DEMOGRÁFICO DE MATO GROSSO DO SUL	41
TABELA 13 – PROJEÇÃO DA TAXA DE FECUNDIDADE REGIÃO CENTRO-OESTE	43
TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL – MS – 1970/2022.....	45
TABELA 15 – NÚMERO DE ÓBITOS MS – (2018-2022)	46
TABELA 16 – TAXA MORTALIDADE INFANTIL MS E BRASIL (2019-2021).....	47
TABELA 17 – ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS DE CÂNCER	48
TABELA 18 – INTERNAÇÃO SUS MACRORREGIÃO CAMPO GRANDE (2018-20220)	52
TABELA 19 – PERFIL DE MORTALIDADE POR CAUSA E FAIXA ETÁRIA MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE (2018-2021).....	53
TABELA 20 – DESEMPENHO HOSPITALAR ANOS 2022 E 2023.....	58
TABELA 21 – METAS SELECIONADAS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024-2027	59
TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS ATUAL X NOVA CONFIGURAÇÃO	65
TABELA 23 – PAM ADULTO E INFANTIL – ATUAL E PLANEJADO	67
TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DE SALAS DE AMBULATÓRIO	67
TABELA 25 – RESUMO DA CONFIGURAÇÃO ATUAL X PLANEJADA	67
TABELA 26 – VISITAS TÉCNICAS E REUNIÕES DE TRABALHO.....	83

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – TAXA DE OCUPAÇÃO HRMS.....	30
FIGURA 2 – HRMS: TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA.....	31
FIGURA 3 – HRMS: ROTATIVIDADE DE PACIENTES	32
FIGURA 4 – HRMS: TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL	33
FIGURA 5 – HRMS: ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO.....	33
FIGURA 6 – HRMS: TAXA DE OCUPAÇÃO POR CLÍNICA.....	34
FIGURA 7 – PROJEÇÃO POPULAÇÃO MS – 2018-2060	42
FIGURA 8 – PROJEÇÃO POPULAÇÃO ACIMA DE 64 ANOS MS – IBGE 2019	42
FIGURA 9 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO EM MS, 2022 – IBGE 2023	44
FIGURA 10 – PIRÂMIDE ETÁRIA MS (2020 E 2060)	44
FIGURA 11 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM) MS E BRASIL (2017-2021)	48
FIGURA 12 – MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE	51
FIGURA 13 – PREMISSAS PARA ELABORAÇÃO DE CENÁRIOS.....	64
FIGURA 14 – IMAGEM DA SALA VERMELHA PRONTO SOCORRO HRMS EM 29/7/2024.....	86
FIGURA 15 – IMAGENS DAS ENFERMARIAS COM DUAS CAMAS.....	87
FIGURA 16 – IMAGEM DO 8º ANDAR APÓS REFORMA.....	87
FIGURA 17 - IMAGEM DO 8º ANDAR APÓS REFORMA	88
FIGURA 18 – IMAGENS DA ÁREA EXTERNA DO HOSPITAL	89
FIGURA 19 – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – HRMS	93
FIGURA 20 - GRADE DE REFERÊNCIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ONCOLOGIA HRMS.....	93
FIGURA 21 – CENÁRIO ATUAL.....	95
FIGURA 22 – SUMÁRIO SOBRE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA	96
FIGURA 23 – REPRESENTAÇÃO DO CENÁRIO DO TERMO DE REFERÊNCIA	98
FIGURA 24 – REPRESENTAÇÃO DO CENÁRIO ATUAL.....	98
FIGURA 25 – REPRESENTAÇÃO DO CENÁRIO COMBINADO.....	99
FIGURA 26 – VISITA TÉCNICA AO HRMS REALIZADA NO DIA 05 DE AGOSTO DE 2024	100
FIGURA 27 – OBRA DA RADIOLOGIA.....	102
FIGURA 28 – ANFITEATRO/ AUDITÓRIO	103

FIGURA 29 – ALMOXARIFADO	104
FIGURA 30 - LOCAL DESTINADO AO RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES E COMUNS	105
FIGURA 31 – SETORIZAÇÃO BLOCO 01	107
FIGURA 32 – INDICADORES ASSISTENCIAIS (RADAR).....	108
FIGURA 33 – CENÁRIO DEMOGRÁFICO DA MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	109
FIGURA 34 – CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE	109
FIGURA 35 – PRINCIPAIS ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO HRMS	110
FIGURA 36 – PREMISSAS PARA ELABORAÇÃO DE CENÁRIOS.....	110
FIGURA 37 – CENÁRIO PROJETADO	111
FIGURA 38 – PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DE LEITOS	111
FIGURA 39 – PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO PRONTO SOCORRO	112
FIGURA 40 – PROPOSTA PARA O AMBULATÓRIO	112
FIGURA 41 – DEFINIÇÃO DO INCREMENTO TECNOLÓGICO.....	113

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACL	Ambiente de Contratação Livre de energia elétrica
AF	Assistência Farmacêutica do SUS
AGEMS	Agência Estadual de Regulação de Serviços Públicos de Mato Grosso do Sul
AGESUL	Agência Estadual de Gestão de Empreendimentos de Mato Grosso do Sul
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> , Estados Unidos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
APM	Associação Paulista de Medicina (entidade do terceiro setor)
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Anotação de Responsabilidade Técnica
ASG	Ambiental, Social, Governança (ver ESG)
ASIS	Análise da situação de saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde (classificação de despesas)
ASSISTIR	Programa de Incentivos Hospitalares do Mato Grosso do Sul
Assomasul	Associação dos Municípios de Mato Grosso do Sul
AVC	Acidente Vascular Cerebral
B3	Brasil, Bolsa, Balcão (bolsa de valores, antiga BM&F Bovespa)
BB	Bata Branca
BC	Bata Cinza
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM&FBOVESPA	Vide B3
BMS	<i>Building Management System</i> (Sistema de Gestão Predial)
BRL	Reais brasileiros (moeda)
BSC	<i>Balanced Scorecard</i> , ferramenta de gestão estratégica de organizações
BTS	<i>Built to suit</i> (locação sob demanda)
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAFBE	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica (SES-MS)
CAFE	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada
CAGR	<i>Compound Annual Growth Rate</i> (Taxa de Crescimento Anual Composta)
CAPAG	Capacidade de Pagamento (classificação da STN-Brasil)
CAPEX	<i>Capital Expenditures</i> (despesas de capital)

CAPM	<i>Capital Asset Pricing Model</i> (modelo de precificação de ativos de capital)
CAUC	Sistema de Informações sobre Requisitos Fiscais
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBS	Contribuição sobre Bens e Serviços (criada pela Reforma Tributária)
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>United States Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas (atenção secundária)
CERAC	Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CES-MS	Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul
CESP-MS	Coordenadoria de Emergências em Saúde Pública
CET-MS	Central Estadual de Transplantes de Mato Grosso do Sul
CFTV	Circuito fechado de televisão
CGAFME	Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos
CGE-MS	Controladoria-Geral do Estado de Mato Grosso do Sul
CGLAB	Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CGP	Conselho Gestor de Parcerias
CGPPP	Conselho Gestor do PROPPP-MS
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIAN/CES	Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição
CIB-MS	Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso do Sul (secretários municipais)
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEPCSS/CES	Comissão Intersectorial de Educação Permanente em Saúde para Controle Social SUS
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Saúde
CIPESUS/CES	Comissão Intersectorial da Política de Promoção de Equidade no SUS
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISMu/CES	Comissão Intersectorial de Saúde das Mulheres
CIST/CES	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador do CES
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CJUR-SES	Coordenadoria Jurídica da PGE na SES
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho, regime trabalhista
CMAC	Comissão Municipal de Acompanhamento da Contratualização, Corumbá-MS
CME	Central de Material e Esterilização
CME	Comitê de Monitoramento de Eventos
CMMS	Sistema de Gestão de Manutenção Computadorizada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

COAP	Contrato Organizativo das Ações Públicas da Saúde
COMEFA	Comissão Estadual de Farmacoterapia de Mato Grosso do Sul
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORE	Complexo Regulador Estadual
COSEMS/MS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i> – Doença Coronavírus 2019
CPN	Centro de Parto Normal
CQH	Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (da APM)
CREA	Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
CSP	Comparador do Setor Público (ver PSC)
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CV	Cobertura vacinal
DANT	Doenças e agravos não transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DCL	Dívida Consolidada Líquida
DGPSUS	Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS
DML	Depósito de Material de Limpeza
DOE	Diário Oficial Eletrônico
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DRC	Doenças Renais Crônicas
DRE	Demonstrativo de Resultado do Exercício
EAP	Estrutura Analítica de Projeto
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
EBITDA	Lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECG	Eletrocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
EIV	Estudo de Impacto de Vizinhança
EMBI+	<i>Emerging Markets Bond Index Plus</i> , índices do Banco JPMorgan Chase
EPE-SEGOV	Escritório de Parcerias Estratégicas da SEGOV
ERP	<i>Enterprise Resource Planning</i> (sistema de gestão empresarial)
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESG	<i>Environmental, Social Governance</i> (ver ASG)
ESP	Evento de Saúde Pública
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
ESP-MS	Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser

ETSUS-MS	Escola Técnica do SUS Prof. ^a Ena de Araújo Galvão
EVTEA	Estudo de Viabilidade Técnica, Econômica e Ambiental
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCPMS	Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul
FEGAP (MS)	Fundo Estadual Garantidor de Parcerias
FESA, FES-MS	Fundo Especial de Saúde do Estado de Mato Grosso Sul
FGP (MS)	Fundo Garantidor de Parcerias
FIEMS	Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso do Sul
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNSAU	Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul
FUSUS/MS	Fórum Permanente dos Usuários do SUS de Mato Grosso do Sul
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GAR	Gestação de Alto Risco
GM	Gabinete do Ministro da Saúde
HAIs	<i>Healthcare-Associated Infections</i>
HCAA	Hospital de Câncer de Campo Grande – Alfredo Abrão
Hemosul	Rede de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul
HEURO	Hospital de Urgências e Emergências de Rondônia
HIG	Hospital Infantojuvenil de Guarulhos
HIS	<i>Hospital Information System</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMDCC	Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro
HRC	Hospital Regional de Corumbá
HRCLMT, HRTL	Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, em Três Lagoas-MS
HRD	Hospital Regional de Dourados
HRMS	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, em Campo Grande-MS
HSL	Hospital Sírio-Libanês
Humap-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da UFMS
HU-UFGD	Hospital Universitário da Grande Dourados
HVAC	<i>Heating, ventilation, air conditioning</i> (aquecimento, ventilação, ar-condicionado)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBS	Imposto sobre Bens e Serviços (criado pela Reforma Tributária)
ICMS	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação

ICOM	Instituto Couto Maia
IMS	<i>Inventory Management System</i> (Sistema de Gestão de Estoques)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IoT	<i>Internet of things</i> (Internet das coisas)
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Iphan	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVA	Imposto que incide sobre o valor adicionado
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
LACEN-MS	Laboratório Central de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul
LME	Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar no. 101/2000)
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
Mat/Med	Materiais de consumo hospitalares e medicamentos
MDF	Manual de Demonstrativos Fiscais da STN
MEF	Modelo econômico-financeiro
Mercosul	Mercado Comum do Sul (processo de integração regional)
MIE	Matriz de interlocutores da estruturação
MP-MS	Ministério Público do Mato Grosso do Sul
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
MS	Unidade da Federação: Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBR	Norma brasileira (ABNT)
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , Reino Unido
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde da OMS
OPEX	<i>Operating expenses</i> , despesas operacionais
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS	Organizações Sociais da área da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i> (compartilhamento de imagens)
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
PAMAC	Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade
PBA	Projeto Básico de Arquitetura
PDA	Plano Diretor de Atenção à Saúde nas macrorregiões do Mato Grosso do Sul
PDO	Plano Diretor de Obras
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PES	Plano Estadual de Saúde
PEZCO	Empresa de consultoria econômica brasileira
PGE-MS	Procuradoria-Geral do Estado do Mato Grosso do Sul
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMBOK	<i>Project Management Body of Knowledge</i>
PMO	<i>Project Management Office</i> , ou escritório/gerente de projeto
PMSI	Programa MS de Integridade
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNC	Programa de Necessidades Consolidado
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PPA	Plano Plurianual (instrumento de planejamento orçamentário estadual)
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde
PPP	Parceria Público-Privada
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
PRC	Programa Remédio em Casa
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROPPP-MS	Programa Estadual de Parceria Público-Privada do Mato Grosso do Sul
Prosseguir	Programa de Saúde e Segurança na Economia
PS	Pronto-Socorro
PSC	<i>Public Sector Comparator</i> (vide CSP)
PSP	Participação do setor privado
Qualisus-Rede	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RADAR	Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

RAS	Redes de Atenção à Saúde (arranjos organizativos de ações e serviços de saúde)
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RCL	Receita Corrente Líquida
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA
RDC-50	Resolução ANVISA no. 50 de 21 de fevereiro de 2002
RDC-7	Resolução ANVISA no. 7 de 24 de fevereiro de 2010
ReConecTAR	Rede de Conexão Trabalho com Alegria e Resiliência
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAVEH	Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RFID	<i>Radio-frequency identification</i> (identificação por radiofrequência)
RGF	Relatório de Gestão Fiscal (relatório da LRF)
RHP	Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RIS	<i>Radiology Information System</i> (gestão de centro de imagem)
RME	Recibo de Dispensação do Medicamento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária (relatório da LRF)
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAD-MS	Secretaria de Administração
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística (prontuários)
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANESUL	Empresa de Saneamento de Mato Grosso do Sul
SCRUM	<i>Sprint, Cycle, Review, Update e Meeting</i> (metodologia)
SEAD-MS	Secretaria de Estado de Assistência Social e dos Direitos Humanos
SEC-MS	Secretaria da Cidadania
SED-MS	Secretaria do Estado de Educação
SEFAZ-MS	Secretaria de Estado de Fazenda
SEGOV-MS	Secretaria de Estado de Governo e Gestão Estratégica
SEILOG-MS	Secretaria de Estado de Infraestrutura e Logística
SEJUSP-MS	Secretaria de Justiça e Segurança Pública
Selic	Taxa de juros do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia
SEMADESC-MS	Secretaria de Estado de Meio ambiente, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação
SES/MS	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

SESAU-CG	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SETDIG-MS	Secretaria-Executiva de Transformação Digital
SETESC-MS	Secretaria de Estado de Turismo, Esporte e Cultura
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SICONFI	Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro
SIDH	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAPI	Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISLAB	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMD	Sistema de Mensuração de Desempenho
SMS	Secretarias municipais de saúde
SMS-Corumbá	Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS
SMS-Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS
SMS-TL	Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas-MS
SNT	Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde
SOLURB	CG SOLURB Soluções Ambientais - SPE Ltda, concessionária de Campo Grande-MS
SOUZAOKAWA	Souzaokawa Advogados, escritório de advocacia
SPE	Sociedade de Propósito Específico
Squad	Pequeno grupo de trabalho multidisciplinar
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador de dados
TCE-MS	Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul
TdR	Termo de Referência
TFD	Benefício de Tratamento Fora de Domicílio (intermunicipal, interestadual)
TFT	Taxa de Fecundidade Total
TI	Tecnologia de Informação
TIC	Tecnologias de Informação e de Comunicação
TIR	Taxa Interna de Retorno
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMP	Tempo Médio de Permanência
TPF	TPF Engenharia, empresa de engenharia consultiva
TRS	Serviço de Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde (atenção primária)

UCINCA	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UCINCO	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCO	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UOM	Unidade Odontológica Móvel (atenção primária)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento (atenção secundária)
USF	Unidade de Saúde da Família (atenção primária)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VfM	Value-for-Money
VI	Verificador Independente
VISA	Vigilância Sanitária
VPL	Valor Presente Líquido
WACC	Weighted Average Cost of Capital (Custo Médio Ponderado de Capital)
WHO	<i>World Health Organization</i> (ver OMS)

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este Sumário Executivo destaca os pontos mais relevantes do Relatório. Os principais pontos são:

1. Este relatório é parte do **Escopo 1.4 (Levantamento da demanda assistencial e Programa de Necessidades Consolidado)** e apresenta o **Produto P1.4.1 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I.**
2. O relatório abrange os estudos de demanda assistencial e o dimensionamento de leitos hospitalares, incluindo suas especificações. A análise é fundamentada em informações estatísticas fornecidas pelo Estado do Mato Grosso do Sul, entrevistas com gestores do hospital e visita presencial. Considera projeções demográficas e epidemiológicas, além de avaliar a existência de filas de espera para procedimentos eletivos não emergenciais. O objetivo é fornecer um diagnóstico preciso que possa subsidiar a estruturação da rede hospitalar, assegurando que as decisões de planejamento atendam às necessidades identificadas.
3. O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) foi inaugurado em 1997 e está localizado em Campo Grande, a capital do estado. Trata-se de uma instituição pública estadual vinculada à Fundação Serviços de Saúde (FUNSAU). Com uma área total de aproximadamente 90 mil m², sendo 32 mil m² de área construída, o hospital é distribuído em 10 pavimentos e possui uma capacidade atual de 362 leitos.
4. O HRMS opera 24 horas por dia, com portas abertas para atendimentos de urgência e emergência. Atende a macrorregião de Campo Grande, que inclui 34 municípios e uma população de cerca de 1,5 milhões de pessoas, de acordo com dados do IBGE de 2022. Atualmente, cerca de 70% dos atendimentos são provenientes do município de Campo Grande, enquanto 90% são oriundos da região metropolitana da cidade.
5. Atualmente há 353 leitos em operação. Existem 9 leitos bloqueados, que correspondem à unidade de UTI localizada no subsolo. O espaço originalmente destinado a esses leitos está sendo utilizado para hemodiálise, enquanto as obras de reforma da área ainda não foram concluídas. Existem 46 especialidades médicas no HRMS, que atende as seguintes linhas de cuidados: Cardiovascular; Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Materno-Infantil; Nefro-Urológica; Oncológica; e Paciente Crítico (100% SUS). Tem como missão *“Ofertar serviços em média e alta complexidade, centrado em ações integradas e humanizadas, promovendo ensino e pesquisa.”*

6. O HRMS enfrenta diversos desafios e limitações que impactam diretamente a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. As principais dificuldades identificadas dizem respeito à infraestrutura obsoleta (sistema de climatização e elevadores, manutenção predial e equipamentos), superlotação, falta de equipamentos modernos, custo operacional elevado com peso de 27% do pessoal administrativo, uso de prontuários físicos e necessidade de modernização abrangente.
7. Para avaliar a produção atual do hospital foi utilizada uma metodologia sistemática baseada em dados estatísticos e indicadores-chave de desempenho (*Key Performance Indicators - KPIs*). Foram utilizadas fontes fornecidas pelo Governo do MS (RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados), dados do DATASUS e informações obtidas por meio de entrevistas e visitas *in loco*. Outrossim, foi realizado um breve comparativo com *benchmarks* nacionais do SUS e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.
8. A análise dos indicadores hospitalares disponibilizados pela FUNSAU permitiu avaliar a eficiência e a sobrecarga suportada pelo HRMS. De maneira geral, o hospital demonstra um bom desempenho, utilizando de forma eficiente a infraestrutura disponível. Entretanto, o hospital enfrenta superlotação em algumas áreas de atendimento, causada pela sobrecarga dos serviços. A boa performance nos indicadores de tempo de permanência e rotatividade, quando analisados em conjunto com a elevada taxa de ocupação, indica que o hospital já alcança o melhor resultado possível com a infraestrutura existente. Portanto, para aumentar a capacidade de atendimento será necessário ampliar a oferta de leitos e, principalmente, a infraestrutura do pronto-socorro.
9. As projeções futuras de demanda assistencial, com base nas projeções demográficas e epidemiológicas do estado do Mato Grosso do Sul, mostram um cenário similar em comparação com as projeções para o Brasil como um todo. No caso específico de Mato Grosso do Sul, a transição demográfica reflete as tendências nacionais, mas com particularidades regionais. O estado apresenta uma taxa de crescimento populacional superior à média nacional, e a estrutura etária tem mostrado um aumento na proporção de adultos e idosos. As projeções indicam que a população de MS continuará a envelhecer, exigindo adaptações nas políticas de saúde, previdência e assistência social, com vistas ao atendimento das necessidades de uma população mais idosa. Ademais, a taxa de fecundidade em MS tem diminuído ao longo da última década, posicionando o estado no quinto lugar no *ranking* nacional em 2022. A análise conjunta da taxa de fecundidade e da taxa de envelhecimento é essencial para projetar as necessidades sanitárias futuras com maior precisão. A mudança na distribuição espacial da população, com uma crescente urbanização e uma diminuição da população rural, também destaca a

essencialidade de políticas adaptadas às novas realidades demográficas e socioeconômicas do estado.

10. O perfil epidemiológico, como indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população, desempenha um papel crucial na compreensão das características epidemiológicas das regiões de saúde do estado. Nesse sentido, a análise contextual do perfil epidemiológico apresentado no relatório permite identificar situações de maior risco, fornecendo ideias valiosas para a implementação de medidas de controle ou eliminação desses riscos.
11. Considerando os dados demográficos e epidemiológicos, aliados à distribuição de responsabilidades entre os hospitais da macrorregião de Campo Grande e à potencialidade que o HRMS apresenta com seus especialistas médicos, a indicação é clara: é necessário ampliar vagas e capacidade de atendimento nas áreas de cardiologia, clínica médica, terapia intensiva de adultos, UTI neonatal, clínica cirúrgica e, principalmente, readequar as dimensões do pronto-socorro.
12. A análise detalhada da demanda e a subsequente proposta de expansão do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul refletem um planejamento estratégico robusto, que visa atender às necessidades emergentes da população local. A reforma do prédio atual e a construção de um novo edifício moderno são passos fundamentais para ampliar a oferta de serviços e melhorar a qualidade do atendimento. A superlotação atual, especialmente nas áreas de pronto-socorro e UTI, evidencia a urgência dessa expansão. A nova configuração proposta, que inclui a criação de leitos adicionais em áreas críticas como oncologia, UTI neonatal e cuidados paliativos, é uma resposta direta às demandas identificadas pelos indicadores hospitalares e projeções demográficas.
13. Além disso, a transição demográfica e o envelhecimento da população do estado de Mato Grosso do Sul reforçam a necessidade de um planejamento de saúde que contemple essas mudanças. A expansão das áreas de cardiologia, clínica médica e oncologia é essencial para atender às principais causas de mortalidade, que estão diretamente relacionadas ao envelhecimento. A proposta de PPP, que inclui a responsabilidade da concessionária pela reforma, construção e operação dos novos blocos, garante uma abordagem integrada e eficiente para a modernização do complexo hospitalar. Com a aprovação das autoridades estaduais, o projeto avança para uma fase de implementação que promete transformar significativamente a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços prestados à população.
14. O relatório apresenta anexo com detalhes das visitas técnicas, reuniões e entrevistas realizadas pelos consultores, abordando os aspectos de infraestrutura e assistenciais do HRMS.

I. INTRODUÇÃO: SOBRE ESTE PRODUTO

Este relatório é parte do contrato BID referente ao projeto RG-T4199-P001-T1 – Consultoria de apoio no diagnóstico e na estruturação do Projeto PPP de hospitais que compõem a rede hospitalar do Estado do Mato Grosso do Sul, na modalidade de Concessão Administrativa. O relatório foi elaborado pelo **Consórcio Pezco – TPF – Souzaokawa** sob coordenação de **Ricardo Tardelli**.

I.1 POSIÇÃO DO PRODUTO NO CONTEXTO DO PROJETO

A tabela a seguir identifica a posição do produto no contexto do projeto. Este Relatório está identificado na tabela em negrito:

TABELA 1 – PRODUTOS, PESOS E PRAZOS

FASE	ESCOPO	DESCRIÇÃO DO ESCOPO	PRODUTO	PRAZO
F0 E F1.1	E0.1	Modelo de implementação do projeto	Plano de implementação do projeto	15 dias a partir da assinatura
	E0.2	Proposta de Governança do projeto	Plano de Governança do projeto	
	E1.1	Levantamento da situação técnico-operacional	Diagnóstico da Situação Técnico Operacional	
F1.2 E F2	E1.3	Levantamento situação jurídico-institucional	Relatório de Diagnóstico Jurídico Institucional	Até 3 meses a partir da última entrega prevista para a fase anterior
	E1.4	Levantamento da demanda assistencial e Programa de Necessidades Consolidado	Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO da REDE HOSPITALAR: P1.4.1 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I P1.4.2 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE II P1.4.3 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO dos Hospitais Regionais de Três Lagoas, Dourados e Corumbá	
	E1.5	Levantamento da situação atual dos serviços médico-hospitalares	Relatório de Diagnóstico dos Serviços Hospitalares	
	E1.6	Elaboração de diretrizes para o escopo em termos das atividades de responsabilidade do setor privado e das unidades hospitalares objeto do contrato de PPP	Relatório de Diretrizes Operacionais e Escopo da PPP	
	E1.10	Plano de comunicação e engajamento	Plano de Comunicação	

FASE	ESCOPO	DESCRIÇÃO DO ESCOPO	PRODUTO	PRAZO
	E1.11	Plano de gestão do contrato	Manual de Gestão do Contrato	
	E2.1	Proposição de diretrizes operacionais	Relatório de Diretrizes Operacionais da PPP	
	E2.2	Estudos de engenharia	Relatório de Estudos de Engenharia	
	E2.3	Estudos socioambientais	Relatório de Estudos Socioambientais	
	E2.4	Modelagem de serviços, resultados e indicadores	Relatório de Indicadores e Resultados	
	E2.5	Desenvolvimento do plano de negócios referencial	Plano de Negócio Referencial (Relatório e planilha de MEF)	
	E2.6	Análise Value for Money e determinação de impactos fiscais do PROJETO	Relatório de Análise Value for Money	
	E2.7	Modelagem jurídico-institucional	Relatório de Modelagem Jurídico-Institucional	
	E2.8	Apoio à consolidação dos documentos licitatórios	Conjunto de documentos necessários a licitação	
	E2.9	Ações de comunicação	Relatório de iniciativas de comunicação	
F3	E3.1	Suporte à condução de consulta e audiência pública	Relatório de Consolidação das Contribuições Recebidas e Minuta de Respostas	Até 2 meses a partir da última entrega prevista para a fase anterior
	E3.2	Suporte à condução de ROADSHOW	Relatório de Roadshow	
	E3.3	Revisão de estudos e minutas	Relatório Final da Modelagem (produto final da Fase 3)	
F4	E4.1	Suporte ao procedimento licitatório	Relatório de Licitação	Entre 3 e 6 meses após a entrega prevista para a fase anterior
	E4.2	Suporte à contratação	Contrato de Concessão para assinatura	

Obs.: elaboração do Consórcio Pezco-TPF-Souzaokawa, baseada no Termo de Referência

Este relatório é parte do **Escopo 1.4 (Levantamento da demanda assistencial e Programa de Necessidades Consolidado)** e apresenta o **Produto P1.4.1 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I.**

I.2 ATENDIMENTO AO TERMO DE REFERÊNCIA

Este produto atende ao Termo de Referência nos seguintes aspectos:

“O Escopo consiste na análise da demanda assistencial das unidades hospitalares que irão compor a REDE HOSPITALAR, de forma a subsidiar as decisões de estruturação associadas ao dimensionamento e caracterização do PROJETO e deverá contemplar a realização das seguintes atividades:

Escopo 1.4: Levantamento da demanda assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO

a. A análise da demanda por serviços de saúde na área de influência da REDE HOSPITALAR que deverá ser realizada, tendo como base, as informações estatísticas fornecidas pelo ESTADO, tais como:

- *Estatísticas e/ou estimativa de atendimento das unidades hospitalares que irão compor a REDE HOSPITALAR;*
- *Projeções futuras na demanda assistencial com base nas projeções demográficas e epidemiológicas;*
- *Existência de filas de espera para atendimento de pacientes em procedimentos eletivos não emergenciais, decorrentes de deficiências na capacidade e produtividade de atendimento atualmente disponível, se assim couber;*
- *Modalidades de operação BATA BRANCA e BATA CINZA.*

b. Elaboração das diretrizes para a definição das atividades de responsabilidade do concessionário e seus requisitos conforme parâmetros definidos pelo Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: RDC-50 da ANVISA.

O PRODUTO do Escopo será o Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO da REDE HOSPITALAR que será subdividido em três entregas:

Produto 1.4.1 - Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I

- *Abrangendo os estudos de demanda e dimensionamento de leitos hospitalares e suas especificações.”*

O relatório em questão refere-se especificamente ao tópico 1.4.1, intitulado "Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e Programa de Necessidades Consolidado do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – Parte I". Este documento abrange detalhadamente os estudos de demanda assistencial e o dimensionamento de leitos hospitalares, incluindo suas especificações. A análise é fundamentada em informações estatísticas fornecidas pelo Estado do Mato Grosso do Sul, entrevistas com gestores do hospital e visita presencial. Considera projeções demográficas e epidemiológicas, além de avaliar a existência de filas de espera para procedimentos eletivos não emergenciais.

O objetivo é fornecer um diagnóstico preciso que possa subsidiar a estruturação da rede hospitalar, assegurando que as decisões de planejamento atendam às necessidades identificadas.

Adiante correlacionamos as seções deste relatório que atendem aos itens do Termo de Referência.

TABELA 2 – ATENDIMENTO AO TERMO DE REFERÊNCIA

Item do Termo de Referência	Seções do relatório
<i>a. A análise da demanda por serviços de saúde na área de influência da REDE HOSPITALAR que deverá ser realizada, tendo como base, as informações estatísticas fornecidas pelo ESTADO, tais como:</i> • <i>Estatísticas e/ou estimativa de atendimento das unidades hospitalares que irão compor a REDE HOSPITALAR;</i> • <i>Projeções futuras na demanda assistencial com base nas projeções demográficas e epidemiológicas;</i> • <i>Existência de filas de espera para atendimento de pacientes em procedimentos eletivos não emergenciais, decorrentes de deficiências na capacidade e produtividade de atendimento atualmente disponível, se assim couber;</i> • <i>Modalidades de operação BATA BRANCA e BATA CINZA.</i>	Atendido nas Seções II a V deste relatório
<i>b. Elaboração das diretrizes para a definição das atividades de responsabilidade do concessionário e seus requisitos conforme parâmetros definidos pelo Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: RDC-50 da ANVISA.</i>	Atendido na Seção VI deste relatório

II. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROJETO

Esta seção apresenta elementos do contexto do projeto, com uma visão geral dos principais desafios e limitações encontradas.

II.1 DESCRIÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) foi inaugurado em 1997 e está localizado em Campo Grande, a capital do estado. Trata-se de uma instituição pública estadual vinculada à Fundação Serviços de Saúde (FUNSAU). Com uma área total de aproximadamente 90 mil m² e 32 mil m² de área construída, o hospital é distribuído em 10 pavimentos e possui uma capacidade de 362 leitos, oferecendo 46 especialidades médicas.

O HRMS opera 24 horas por dia, com portas abertas para atendimentos de urgência e emergência. Atende a macrorregião de Campo Grande, que inclui 34 municípios e uma população de cerca de 1,5 milhões de pessoas, de acordo com dados do IBGE de 2022. Atualmente, cerca 70% dos atendimentos são provenientes do município de Campo Grande, enquanto 90% são originários da região metropolitana da cidade.

O hospital oferece diversas linhas de cuidado, incluindo cardiovascular, clínica cirúrgica, clínica médica, materno-infantil, nefro-urológica, oncológica e cuidados para pacientes críticos.

II.1.1 DESAFIOS E LIMITAÇÕES

O HRMS enfrenta diversos desafios e limitações que impactam diretamente a qualidade e a eficiência dos serviços prestados. Abaixo estão identificadas as principais dificuldades:

- **Infraestrutura obsoleta:**
 - **Sistema de Climatização e Elevadores:** há problemas recorrentes com o sistema de climatização e os elevadores do hospital, o que compromete o conforto e a segurança dos pacientes e funcionários.
 - **Manutenção Predial e de Equipamentos:** a manutenção predial e de equipamentos hospitalares é um ponto crítico. A dificuldade na aquisição de materiais de reforma e de equipamentos hospitalares adequados às necessidades do hospital agrava a situação. Além disso, a presença de equipamentos de marcas diferentes dificulta a gestão de contratos de manutenção.
- **Superlotação:** o HRMS atende uma vasta macrorregião, cobrindo 34 municípios e uma população de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes. Essa alta

demanda resulta em superlotação frequente, o que sobrecarrega a capacidade de atendimento do hospital e afeta a qualidade dos serviços prestados.

- **Falta de Equipamentos Modernos:** a ausência de equipamentos modernos é uma limitação significativa para o HRMS. O hospital necessita de investimentos substanciais tanto em obras quanto na aquisição de novos equipamentos. Estima-se que os valores necessários para esses investimentos estejam na ordem de R\$ 174 milhões, conforme dados extraídos do Relatório de Escopo 1.1 Diagnóstico da Situação Técnico Operacional.
- **Custo Operacional Elevado:** o custo operacional anual do HRMS é bastante elevado, totalizando R\$ 1.269 mil por leito, sendo R\$ 958 mil destinados a serviços assistenciais e R\$ 311 mil a serviços não assistenciais, conforme dados extraídos do Relatório de Escopo 1.1 Diagnóstico da Situação Técnico Operacional. Um fator que contribui significativamente para esse alto custo é o gasto com profissionais administrativos, que representa 27% do custo total de serviços não assistenciais, ou seja, um valor consideravelmente superior ao apresentado costumeiramente em outras unidades hospitalares, conforme dados extraídos do Relatório de Escopo 1.1 Diagnóstico da Situação Técnico Operacional.
- **Prontuários Físicos:** o uso de prontuários físicos no HRMS gera um alto custo de processamento e armazenamento, da ordem de R\$ 2,38 milhões/ano, conforme dados extraídos do Relatório de Escopo 1.1 Diagnóstico da Situação Técnico Operacional.
- **A migração completa para o formato de prontuários digitais** está em análise no hospital, mas ainda não foi implementada, o que limita a eficiência administrativa e a qualidade do atendimento.
- **Necessidade de Modernização:** o HRMS precisa de uma modernização abrangente, que inclui a construção de um novo edifício com capacidade ampliada, conforme planejado em futuras parcerias público-privadas. Essa modernização é essencial para melhorar a infraestrutura, reduzir a superlotação, atualizar os equipamentos e otimizar os custos operacionais, garantindo assim um atendimento de qualidade à população.

Em resumo, o HRMS enfrenta desafios significativos relacionados à infraestrutura obsoleta, superlotação, falta de equipamentos modernos, altos custos operacionais e a necessidade de modernizar seus processos administrativos.

III. ESTIMATIVAS DE ATENDIMENTO DO FUTURO HRMS

III.1 ESTATÍSTICA E ANÁLISE DE ATENDIMENTO DO HRMS

III.1.1 METODOLOGIA E FONTES DE DADOS

Para avaliar a produção atual do hospital é importante adotar uma metodologia sistemática baseada em dados estatísticos e indicadores-chave de desempenho (*Key Performance Indicators - KPIs*). Utilizaremos fontes fornecidas pelo Governo do MS (RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados), dados do DATASUS e informações obtidas por meio de entrevistas e visitas *in loco*.

O período considerado para a análise levará em conta a disponibilidade e atualidade dos dados, refletindo a produtividade mais recente.

Será realizado um breve comparativo com *benchmarks* nacionais do SUS e parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

III.1.2 INDICADORES

Segue a relação dos indicadores escolhidos, acompanhados de uma breve explicação sobre sua importância. Vale ressaltar que o critério de seleção dos KPIs segue uma lógica de relevância e alinhamento com os principais aspectos a serem considerados.

III.1.2.1 CAPACIDADE INSTALADA

Segundo o Termo de Referência disponibilizado, o prédio do novo hospital terá a mesma capacidade das instalações atuais, com acréscimo do número de leitos para atender uma demanda futura. Para efeito de referência, os dados da capacidade atual e de habilitação do HRMS são apresentados nas tabelas a seguir.

TABELA 3 – HRMS: CAPACIDADE INSTALADA: EMERGÊNCIA

CAPACIDADE INSTALADA	QUANTIDADE
Consultórios Médicos	04
Sala de Reanimação	02
Salas de Observação para Internação c/ 81 leitos	08

Fonte: Elaboração Grupo Consultor

TABELA 4 – HRMS: LEITOS

CAPACIDADE INSTALADA	QUANTIDADE
UTI pediátrica – tipo II	8
UTI neonatal – tipo II	10
UTI coronariana tipo II (UCO)	10
UTI adulto – tipo II	47

CAPACIDADE INSTALADA	QUANTIDADE
Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional	20
Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru	05
Leitos Críticos	100
Especialidade – Cirúrgico	
Torácica	04
Plástica	02
Otorrinolaringologia	01
Ortopedia traumatologia	02
Oncologia	12
Neurocirurgia	02
Nefrologia Urologia	04
Ginecologia	06
Gastroenterologia	02
Endocrinologia	01
Cirurgia Geral	22
Cardiologia	06
Buco Maxilo Facial	02
Leitos Cirúrgicos	66
Especialidade- Clínico	
Pneumologia	06
Oncologia	20
Neurologia	10
Nefro Urologia	09
Hematologia	16
Geriatria	02
Dermatologia	02
Clínica Geral	44
Cardiologia	26
Aids	02
Leitos Clínicos	137
Obstétrico	
Obstetrícia Clínica	14
Obstetrícia Cirúrgica	16
Leitos Obstétricos	30
Outras Especialidades	14
Psiquiatria	12

CAPACIDADE INSTALADA	QUANTIDADE
Pneumologia Sanitária	02
Pediátrico	
Pediatria Clínica	24
Pediatria Cirúrgica	06
Leitos Pediátricos	30
TOTAL	377

Fonte: Elaboração Grupo Consultor

TABELA 5 – HRMS: CAPACIDADE INSTALADA

CAPACIDADE INSTALADA	QUANTIDADE
Salas de Pequenas Cirurgias	02
Ambulatório	
Consultórios Ambulatoriais	26
Sala de Cirurgia Ambulatorial	01
Centro Cirúrgico	
Salas Cirúrgicas	10
Salas de Parto e curetagem	05

Fonte: Elaboração Grupo Consultor

TABELA 6 – HRMS: HABILITAÇÃO

ITEM
Unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional enteral e parenteral
Enteral e parenteral
UTI II adulto
UTI II pediátrica
UTI coronariana tipo II
Unidade de terapia intensiva neonatal tipo II – UTIN II
Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional (UCINCO)
Unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (UCINCA)
Videocirurgias
Vasectomia e laqueadura
UNACONS com serviço de oncologia pediátrica
Atenção especializada em DRC com dialise peritoneal
Atenção especializada em DRC com hemodiálise
Atenção hospitalar de referência a gestação de alto risco tipo II (GAR II)
Hospital amigo da criança

ITEM
Serviço hospitalar para tratamento AIDS
Qualisus cárdio nível D
Laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista.
Cirurgia vascular
Cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista
Unidade de assistência de alta complexidade cardiovascular
Unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave

Fonte: Elaboração Grupo Consultor

III.1.2.2 TAXA DE OCUPAÇÃO HOSPITALAR

Definição: Percentual de leitos ocupados em relação ao total de leitos disponíveis.

Importância: Avalia a utilização da capacidade instalada do hospital.

1. Cálculo da Taxa de Ocupação Hospitalar: A taxa de ocupação hospitalar é calculada dividindo o número de pacientes atendidos no dia pela quantidade de leitos disponíveis nesse mesmo dia:

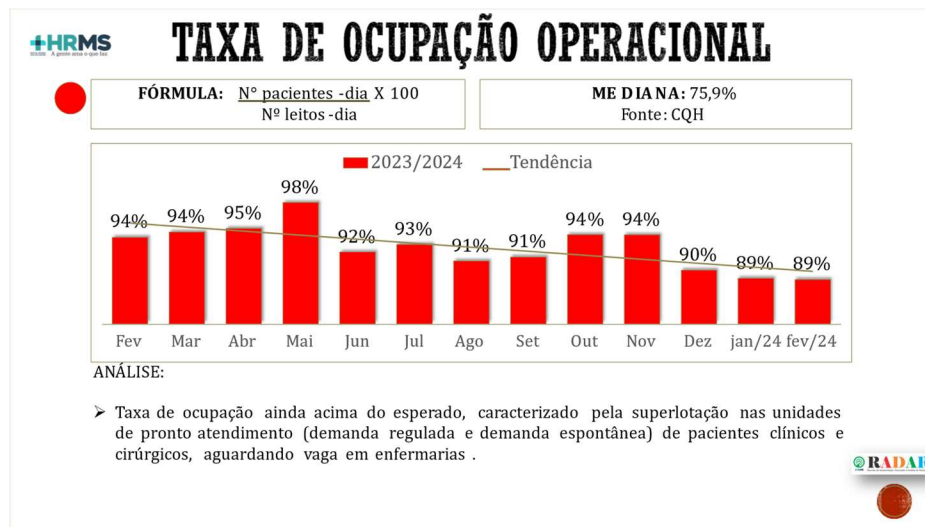
$$\text{Taxa de Ocupação} = \text{N}^{\circ} \text{ de pacientes internados (dia)} / \text{N}^{\circ} \text{ leitos disponíveis (dia)} \times 100\%$$

2. Recomendação de Taxa de Ocupação: Recomenda-se uma taxa de ocupação entre 75% e 85%¹. Uma taxa de ocupação acima do preconizado está relacionada com aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial. Por outro lado, uma taxa de ocupação abaixo de 75% indica baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital¹.

Resultado HRMS:

¹ Conforme documento ANS (2012).

FIGURA 1 – TAXA DE OCUPAÇÃO HRMS



Fonte: FUNSAU – RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

III.1.2.3 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA - TMP

Definição: Média de dias que os pacientes permanecem internados.

Importância: Indica a eficiência no tratamento e a rotatividade dos leitos

O Tempo Médio de Permanência Hospitalar é um indicador clássico de desempenho hospitalar que avalia o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital (ANS, 2012). Este indicador está relacionado a boas práticas clínicas e à gestão eficiente do leito operacional (ANS, 2012).

A fórmula para calcular o Tempo Médio de Permanência Hospitalar é:

$$TMP = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia no período}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas no período}}$$

Onde:

Número de pacientes-dia é a somatória de pacientes-dia do hospital no período de um mês (ANS, 2012).

Pacientes-dia é uma unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar (ANS, 2012).

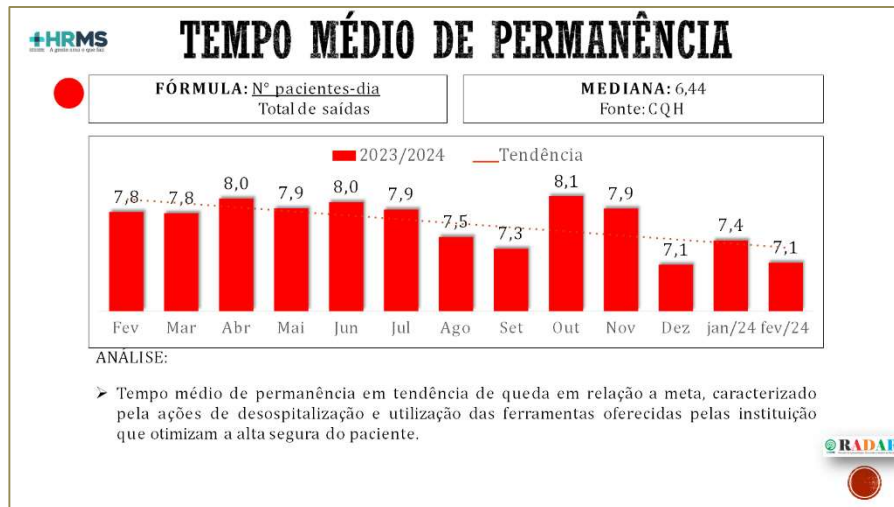
Número de saídas é a somatória das altas, transferências externas e óbitos do hospital no período de um mês (ANS, 2012).

Em hospitais de agudos a média de permanência tende a variar entre 3 e 5 dias. Alguns hospitais gerais do SUS, sem atividade de ensino, possuem média de permanência geral entre 3,5 e 6,4 dias².

² Conforme documento ANS (2013).

Resultado HRMS:

FIGURA 2 – HRMS: TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA



Fonte: FUNSAU - RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

III.1.2.4 ROTATIVIDADE DE PACIENTES (OU GIRO DE LEITOS)

Definição: Indica o número de pacientes que podem ocupar um leito durante determinado período.

Importância: Permite avaliar a utilização mais eficiente dos leitos

A fórmula de cálculo é:

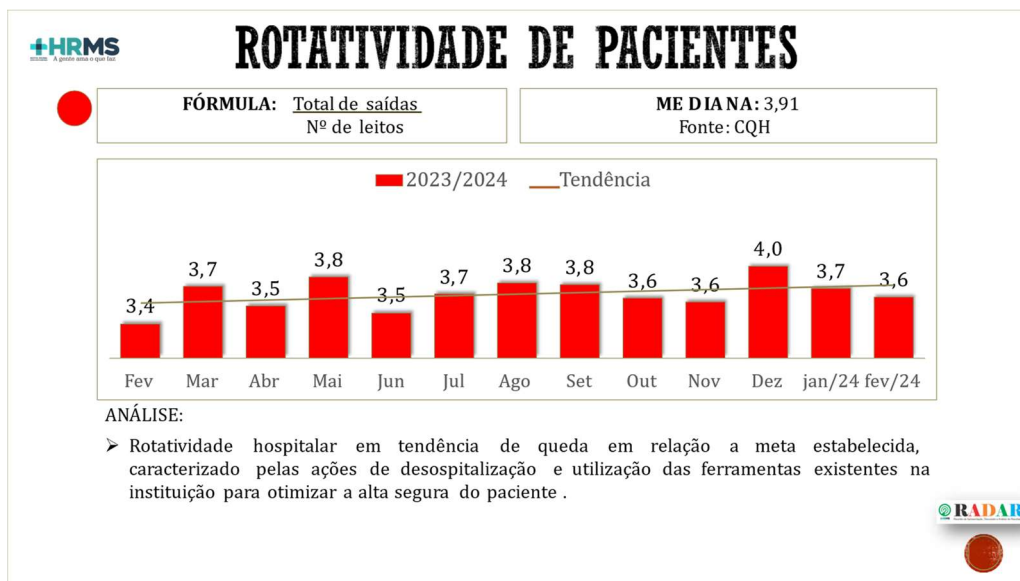
Rotatividade (ou giro) de leitos = Número de pacientes saídos (altas + óbitos + transferências) no mês/ Número de leitos no mês

O parâmetro do Programa CQH³, entidade ligada à Associação Médica Brasileira, indica como referência de Rotatividade de Pacientes o índice de 3,91. Esse número significa que um leito hospitalar será ocupado por 3,91 pacientes/mês.

Resultado HRMS:

³ Conforme documento CQH (2022).

FIGURA 3 – HRMS: ROTATIVIDADE DE PACIENTES



Fonte: FUNSAU - RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

III.1.2.5 TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL

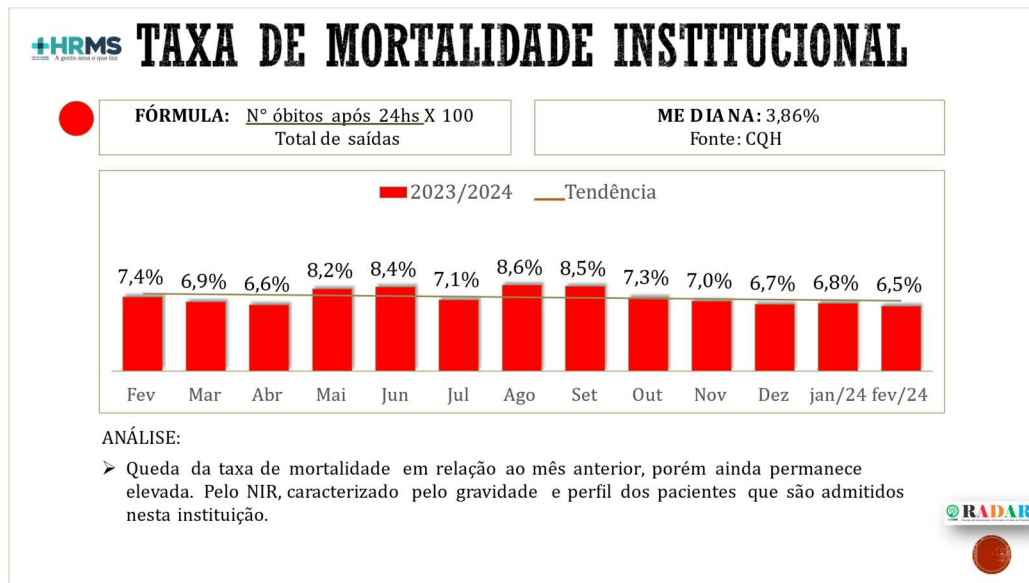
Definição: mede a porcentagem de óbitos de pacientes que permaneceram no hospital por mais de 24 horas em relação ao número de saídas num determinado período.

Importância: o indicador permite avaliar a qualidade do hospital, as condições sociais da região, a gravidade dos casos e avaliação dos índices básicos de desenvolvimento humano.

O parâmetro CQH estabelece a mediana de 3,86%.

Resultado do HRMS:

FIGURA 4 – HRMS: TAXA DE MORTALIDADE INSTITUCIONAL



Fonte: FUNSAU - RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

III.1.2.6 ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO

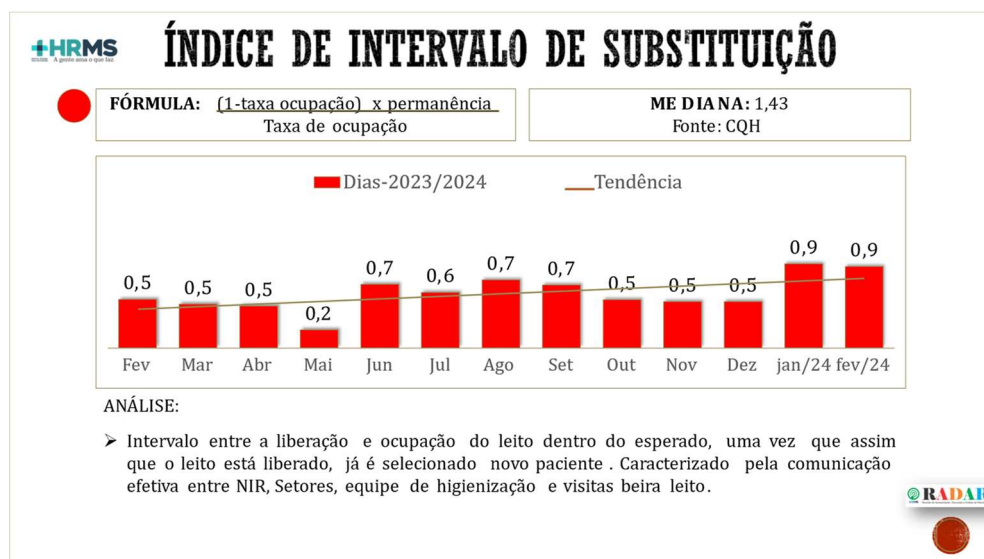
Definição: mede o tempo entre a liberação do leito e sua ocupação subsequente

Importância: Caracteriza o grau de organização do hospital e a necessidade de utilização do leito.

O parâmetro CQH estabelece 1,43 dia.

Resultado do HRMS

FIGURA 5 – HRMS: ÍNDICE DE INTERVALO DE SUBSTITUIÇÃO



Fonte: FUNSAU - RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

III.2 AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DO HRMS

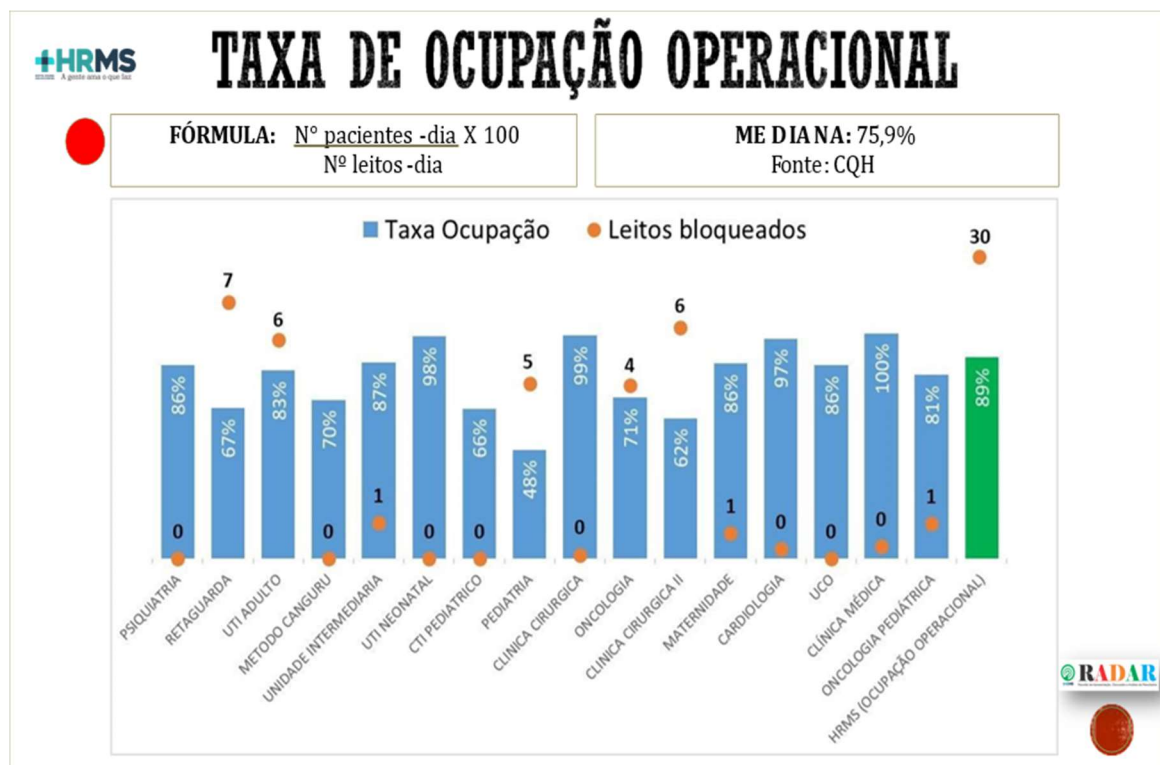
A avaliação dos indicadores de desempenho do HRMS em relação aos parâmetros de qualidade estabelecidos é importante para conhecer a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Este estudo visa comparar esses indicadores para uma análise inicial do desempenho da unidade, identificando o grau de sobrecarga e os pontos críticos que necessitam de atenção. Compreender essas métricas permite realizar um planejamento estratégico mais eficaz, oferecer as bases necessárias para o dimensionamento do novo hospital, além de assegurar a sustentabilidade do hospital a longo prazo.

III.2.1 TAXA DE OCUPAÇÃO

A taxa de ocupação hospitalar no período de fevereiro de 2023 a fevereiro de 2024 apresentou uma média de 92,61%, significativamente acima dos 85% recomendados pelo parâmetro da CQH. Esse dado indica uma superlotação no hospital, provavelmente decorrente da alta demanda nas unidades de pronto atendimento.

A Taxa de Ocupação foi variável segundo o local de internação do paciente, com algumas alas superlotadas e outras com subutilização.

FIGURA 6 – HRMS: TAXA DE OCUPAÇÃO POR CLÍNICA



Fonte: FUNSAU - RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

Uma análise preliminar dos dados de Taxa de Ocupação por clínicas mostra:

TABELA 7 – TAXA DE OCUPAÇÃO POR CLÍNICAS

FAIXA DA TAXA DE OCUPAÇÃO	CLÍNICAS
Taxa de Ocupação abaixo do recomendado (Abaixo de 70%)	• Retaguarda • CTI Pediátrico • Pediatria • Clínica Cirúrgica II
Taxa de Ocupação recomendada (Entre 70 e 85%)	• Método Canguru • Oncologia • UTI Adulto • Oncologia Pediátrica
Taxa de Ocupação acima do recomendado (Acima de 85%)	• Psiquiatria • Unidade Intermediária • UTI Neonatal • Clínica Cirúrgica • Maternidade • Cardiologia • UCO • Clínica Médica

Fonte: FUNSAU – RADAR – Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados. Referência mês de fevereiro de 2024.

Dentre as clínicas que apresentam superlotação, quatro delas se destacam: UTI neonatal, Clínica Cirúrgica, Cardiologia e Clínica Médica. Todas apresentam taxas de ocupação entre 97% e 100%.

Uma taxa de ocupação hospitalar acima de 95% pode acarretar diversos problemas que impactam a qualidade do atendimento e a eficiência operacional do hospital, a saber:

- Aumento do risco de infecções hospitalares: devido à maior densidade de pacientes e à sobrecarga dos sistemas de controle de infecções (CDC, 2024).
- Redução na qualidade do atendimento: a superlotação pode resultar em tempos de espera mais longos, menor tempo de interação entre pacientes e profissionais de saúde, e maior probabilidade de erros médicos (WHO, 2023).
- Sobrecarga dos profissionais de saúde: profissionais de saúde podem enfrentar níveis elevados de estresse e esgotamento, o que pode comprometer a qualidade do atendimento prestado e aumentar a rotatividade de pessoal (Khullar, 2023).
- Impacto negativo na gestão de recursos: a superlotação pode dificultar a gestão eficiente dos recursos hospitalares, incluindo leitos, equipamentos e medicamentos, levando a um uso ineficiente e possivelmente ao esgotamento de suprimentos essenciais (NICE Guideline NG94, 2018).
- Atrasos em procedimentos e cirurgias: altas taxas de ocupação podem resultar em atrasos para procedimentos eletivos e cirurgias, o que pode agravar as

condições dos pacientes e aumentar os custos de tratamento a longo prazo (Iacobucci, 2021).

- Dificuldade em manter padrões de segurança: a superlotação pode dificultar a manutenção de padrões de segurança, como a adesão a protocolos de higiene e a realização de rondas de segurança (AHRQ, 2024).

Esses problemas destacam a importância de se monitorar e gerenciar adequadamente a taxa de ocupação hospitalar para assegurar a qualidade do atendimento e a segurança dos pacientes.

A análise das áreas com maior superlotação no HRMS destaca a influência do envelhecimento populacional na demanda por serviços de saúde. As clínicas de Cardiologia, UCO, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Psiquiatria e Unidade Intermediária enfrentam superlotação em grande parte devido ao aumento de pacientes idosos com condições crônicas e complexas. A UTI Neonatal, por outro lado, é uma exceção, com sua superlotação que pode ser atribuída a outros fatores como assistência ao pré-natal e parto. Compreender essas dinâmicas é essencial para o planejamento eficiente de recursos para o novo hospital.

III.2.2 TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA

O Tempo Médio de permanência hospitalar no período de fevereiro de 2023 a fevereiro de 2024 apresentou uma média de 7,67 dias, acima dos 6,44 dias recomendados pelo parâmetro da CQH.

O tempo médio de permanência hospitalar (TMP) é uma métrica muito útil na gestão de saúde, pois reflete a eficiência do atendimento hospitalar e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Uma estadia hospitalar mais curta pode indicar que os procedimentos médicos e cirúrgicos são realizados de maneira eficiente, resultando em alta precoce do paciente. Além disso, o TMP pode ser um indicador de disponibilidade de recursos, pois um tempo de permanência mais longo pode significar deficiência de recursos hospitalares, seja na área de diagnósticos ou em recursos terapêuticos.

Cada dia adicional de internação aumenta os custos operacionais do hospital. Estudos mostram que a permanência prolongada pode não estar associada a melhores desfechos clínicos, mas sim a uma gestão inadequada dos cuidados (Al-Amin *et al*, 2016). Um TMP elevado pode estar associado a um aumento no risco de infecções hospitalares e outras complicações, comprometendo a qualidade do atendimento (Hassan *et al*, 2010). Por outro lado, um TMP muito curto não é necessariamente positivo, porque pode indicar alta precoce, o que leva a readmissões, complicações pós-operatórias e, em última análise, a resultados de saúde piores para o paciente. Portanto, é importante que os hospitais monitorem e gerenciem seu TMP para garantir

que ele esteja em um nível que maximize a eficiência e a qualidade do atendimento ao paciente (Davis *et al*, 2012).

III.2.3 ROTATIVIDADE OU GIRO DE LEITOS

A rotatividade de leitos hospitalares é um indicador de eficiência do uso dos leitos disponíveis e a capacidade do hospital de atender novos pacientes. Este indicador é calculado pela relação entre o número de altas hospitalares e o número de leitos disponíveis em um determinado período. Em outras palavras, mede o número de pacientes que ocupam o leito no período de um mês. Portanto, quanto menor o tempo de permanência, maior será a rotatividade. Alta rotatividade indica que os leitos estão sendo utilizados de forma eficaz, permitindo que o hospital atenda a um maior número de pacientes com os mesmos recursos (Smith, Doe e Brown, 2017).

A rotatividade de leitos também está ligada à gestão eficiente dos recursos hospitalares. Leitos ocupados por longos períodos podem indicar problemas na alta hospitalar ou na gestão dos cuidados pós-alta, enquanto uma alta rotatividade pode sinalizar uma gestão eficaz e uma boa coordenação dos cuidados (Williams, Green e Johnson, 2018).

O indicador alcançado pelo HRMS está dentro do recomendável.

III.2.4 TAXA DE MORTALIDADE

A taxa de mortalidade institucional hospitalar é um indicador crítico de qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde. Ela é definida como a proporção de pacientes que falecem durante a internação hospitalar, em relação ao total de admissões em um determinado período. Este indicador fornece informações valiosas sobre a eficácia dos tratamentos e a qualidade dos cuidados oferecidos pelo hospital (Jha *et al*, 2009).

A taxa de mortalidade hospitalar é um reflexo direto da qualidade do atendimento prestado. Baixas taxas de mortalidade geralmente indicam que o hospital está fornecendo cuidados eficazes e seguros, enquanto taxas elevadas podem sinalizar problemas na qualidade dos cuidados ou na gestão clínica, frequentemente utilizado para avaliar o desempenho de hospitais e sistemas de saúde. Ele permite comparações entre diferentes instituições e pode identificar áreas que necessitam de melhorias (Werner, Bradlow e Asch (2010).

O indicador de mortalidade do hospital está ligeiramente acima do recomendável.

III.3 HRMS: ANÁLISE DE DESEMPENHO

A análise dos indicadores hospitalares disponibilizados pela FUNSAU permite avaliar a eficiência e a sobrecarga enfrentada pelo HRMS. De maneira geral, o hospital demonstra um bom desempenho, utilizando de forma eficiente a infraestrutura disponível.

Ao observarmos os indicadores de taxa de ocupação, notamos que algumas clínicas apresentam números extremamente elevados. As clínicas médica, cirúrgica, UTI adulto, cardiologia e unidade coronariana registram taxas de ocupação acima de 95%. Situação semelhante é observada nas áreas de UTI pediátrica, UTI neonatal e unidade semi-intensiva neonatal.

A ocupação extraordinariamente elevada das áreas de observação do pronto-socorro também chama atenção. Dividindo as áreas de observação em sala vermelha/amarela, e sala azul/verde, verificamos uma taxa de ocupação acima de 200%. Esse número indica que o hospital precisou abrir leitos extras para acomodar a alta demanda. A superlotação também ocorre na área de pediatria do pronto-socorro, especialmente na sala vermelha/amarela.

Outros indicadores, como tempo de permanência, rotatividade de leitos e mortalidade institucional, estão alinhados com os parâmetros mais utilizados pela Associação Médica Brasileira (CQH). A avaliação desses parâmetros revela que o desempenho do hospital é satisfatório, ou seja, o hospital oferece assistência médica dentro do esperado.

O cenário apresentado revela que, apesar do bom desempenho, o hospital enfrenta superlotação nas áreas de atendimento mencionadas. É importante notar que a boa performance nos indicadores de tempo de permanência e rotatividade, quando analisados em conjunto com a taxa de ocupação, indica que o hospital já alcança o melhor resultado possível com a infraestrutura existente. Portanto, para aumentar a capacidade de atendimento, será necessário ampliar a oferta de leitos e, principalmente, a infraestrutura do pronto-socorro.

TABELA 8 – INDICADORES HOSPITALARES CLÍNICAS MÉDICAS E CLÍNICAS CIRÚRGICAS

	Taxa Ocupação (%)		Tempo Permanência (dias)		Rotatividade (pacientes)		Mortalidade (%)	
	CQH	HRMS	CQH	HRMS	CQH	HRMS	CQH	HRMS
Clínica médica	85	99	9	8,15	3	3	13	12
Clínica Cirúrgica 4ºB	85	97,3	5	5,2	6	5,46	2	1,53

	Taxa Ocupação (%)		Tempo Permanência (dias)		Rotatividade (pacientes)		Mortalidade (%)	
	CQH	HRMS	CQH	HRMS	CQH	HRMS	CQH	HRMS
Clínica Cirúrgica 5ºB*	85	94	5	4	6	9,38	1	0,92
UTI Adulto	85	95,5	9	8,5	3	3,3	24	30
Psiquiatria	85	74,76	15	13	2	1,76	0	0
Cardiologia	85	99	5	5,69	6	5,46	0	1,76
UCO	85	99	5	6,38	6	5	6	8,2

Indicadores do período de fevereiro de 2023 a fevereiro de 2024.

*5ºB apresentou redução da Taxa de Ocupação a partir de outubro/2023 por redução do quadro de servidores.

Fonte: FUNSAU – RADAR – Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados. Elaboração Pezco Economics.

TABELA 9 – INDICADORES HOSPITALARES MATERNO-INFANTIS

	Taxa Ocupação (%)		Tempo Permanência (dias)		Rotatividade (pacientes)		Mortalidade (%)	
	CQH	HRMS	CQH	HRMS	CQH	HRMS	CQH	HRMS
Maternidade	85	87,15	3	2,7	9	10	0	0
Pediatria	85	83	5	5,7	4	4	0	0
CTI Pediátrico	85	90	9	12,5	2,3	2,3	14	12
UTI Neo	85	95,5	12	13	2,38	2,38	11	7,76
UCINCO	85	93	10	11,3	2,5	2,5	0	0
UCINCA	85	70,6	6	6	3,7	3,7	0	0

Indicadores do período de fevereiro de 2023 a fevereiro de 2024.

Fonte: FUNSAU – RADAR – Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados. Elaboração Pezco Economics.

TABELA 10 – INDICADORES PRONTO SOCORRO E AMBULATÓRIO

	Taxa Ocupação (%)	
	CQH	HRMS
Sala Vermelha/Amarela PAM - ADULTO	90	202
Sala Azul/Verde PAM – ADULTO	90	235
Sala Vermelha/Amarela PAM – PEDIATRIA	90	94,6
Sala Azul/Verde PAM – PEDIATRIA	90	71,5

	Taxa Ocupação (%)	
	CQH	HRMS
Número de atendimentos PAM	Meta: 2.000	2.375
Número de atendimentos Ambulatório	Meta: 6.000	5.541

Indicadores do período de fevereiro de 2023 a fevereiro de 2024.

Fonte: FUNSAU – RADAR – Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados. Elaboração Pezco Economics.

TABELA 11 – INDICADORES DE CENTRO CIRÚRGICO

CENTRO CIRÚRGICO	Taxa Ocupação (%)	
	Meta	HRMS
Número de Cirurgias	500	412
Taxa de Suspensão Extra-Paciente	8%	6%
Taxa de Mortalidade Cirúrgica	2%	3%
Taxa de Utilização de Salas	60%	55%

Indicadores do período de fevereiro de 2023 a fevereiro de 2024.

Fonte: FUNSAU – RADAR – Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados. Elaboração Pezco Economics.

Os **destaques em evidência** nas tabelas acima revelam Taxas de Ocupação significativamente superiores ao nível ideal. Os outros indicadores estão muito próximos dos parâmetros recomendados. O quadro indica que há pouco espaço para melhorias significativas de eficiência e que a superlotação é causada pela sobrecarga dos serviços.

IV. PROJEÇÕES FUTURAS DE DEMANDA ASSISTENCIAL

Esta seção discute as projeções futuras de demanda assistencial com base nas projeções demográficas e epidemiológicas do estado do Mato Grosso do Sul, em comparação com as projeções para o Brasil como um todo.

IV.1 CENÁRIO DEMOGRÁFICO

A transição demográfica é um fenômeno que descreve a mudança nas taxas de natalidade e mortalidade de uma população ao longo do tempo. No Brasil, essa transição tem sido marcada por uma significativa redução nas taxas de mortalidade e natalidade, resultando em uma mudança na estrutura etária da população.

IV.1.1 CENÁRIO DEMOGRÁFICO NACIONAL

No início do século XX o Brasil apresentava altas taxas de natalidade e mortalidade, características de uma população jovem. No entanto, a partir da década de 1940, o País começou a experimentar uma redução nas taxas de mortalidade devido a melhorias nas condições de vida, avanços na medicina e políticas de saúde pública. Posteriormente, nas décadas de 1960 e 1970, a taxa de natalidade também começou a declinar, influenciada por fatores como a urbanização, maior acesso à educação e métodos contraceptivos, e mudanças nos papéis de gênero.

Atualmente, o Brasil está em uma fase avançada da transição demográfica, com uma população que envelhece rapidamente. Isso traz desafios significativos para as políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde, previdência social e mercado de trabalho.

IV.1.2 CENÁRIO DEMOGRÁFICO ESTADUAL

O estado de Mato Grosso do Sul reflete em grande parte as tendências observadas no cenário nacional, mas com algumas particularidades regionais. O ritmo menor de crescimento acompanha a tendência nacional. Mesmo assim, o Mato Grosso do Sul tem a 7ª maior taxa de crescimento médio anual dos estados brasileiros, com 0,99% de avanço, enquanto a média brasileira foi de 0,52%.

TABELA 12 – CENÁRIO DEMOGRÁFICO DE MATO GROSSO DO SUL

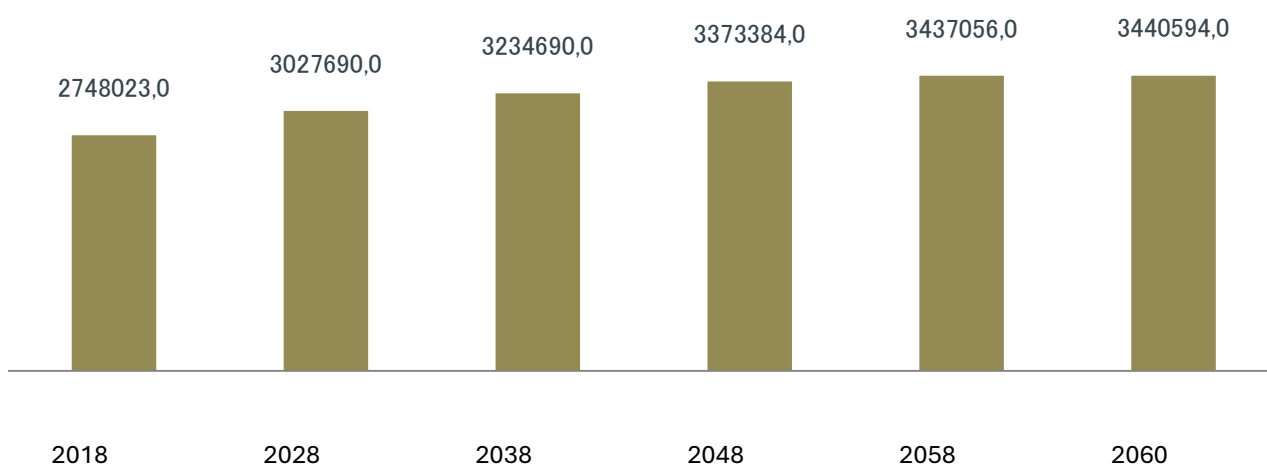
TEMPO	DESCRIÇÃO
PASSADO	Historicamente, o estado do Mato Grosso do Sul apresentava uma estrutura etária jovem, com altas taxas de natalidade e mortalidade. A população era predominantemente rural, e os serviços de saúde eram menos acessíveis.
PRESENTE	Atualmente, o MS apresenta uma taxa de natalidade em declínio e uma expectativa de vida crescente. A população está se tornando cada vez mais urbana, e os serviços de

TEMPO	DESCRIÇÃO
	saúde têm melhorado significativamente. A estrutura etária já mostra um aumento na proporção de adultos e idosos.
FUTURO	As projeções indicam que o MS continuará a envelhecer, com um aumento significativo na proporção de idosos. Isso exigirá adaptações nas políticas de saúde, previdência e assistência social para atender às necessidades de uma população mais velha.

Fonte: elaboração do Consórcio

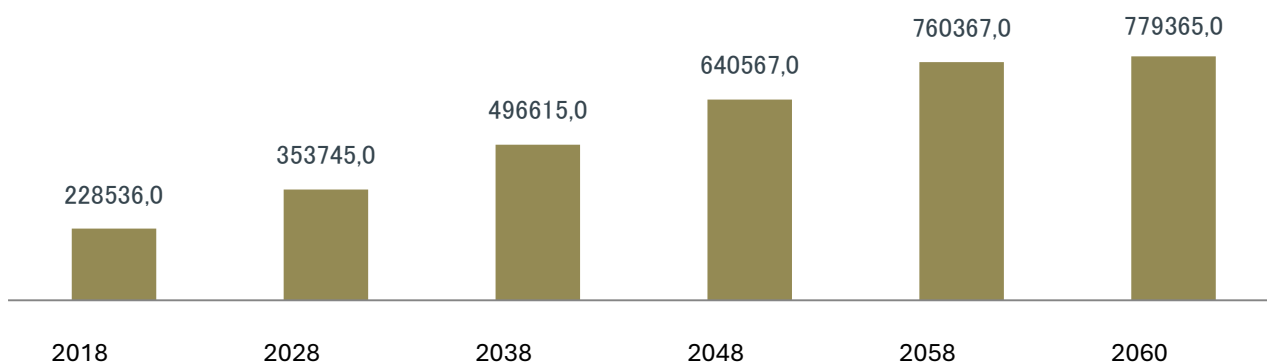
A seguir, o gráfico apresenta a projeção da população no período de 2018-2060:

FIGURA 7 – PROJEÇÃO POPULAÇÃO MS – 2018-2060



Fonte: IBGE, 2023.

FIGURA 8 – PROJEÇÃO POPULAÇÃO ACIMA DE 64 ANOS MS – IBGE 2019



Fonte: IBGE, 2019.

A Taxa de Fecundidade é outro indicador demográfico que deve ser vislumbrado em conjunto com a Taxa de Envelhecimento da população. A análise conjunta dos dois indicadores permite projetar com mais precisão as necessidades sanitárias futuras.

A taxa de fecundidade é uma medida demográfica que indica o número médio de filhos que uma mulher teria ao longo de sua vida reprodutiva (geralmente considerada dos 15

aos 49 anos), se ela estivesse sujeita às taxas de fecundidade específicas por idade observadas em um determinado período ou ano.

Segundo o IBGE, o envelhecimento do padrão da fecundidade é determinado pelo aumento na quantidade de mulheres que engravidam entre 30 e 39 anos e pela redução da participação de mulheres entre 15 e 24 anos na fecundidade em todas as grandes regiões do país.

A taxa de fecundidade total no estado de Mato Grosso do Sul vem reduzindo ao longo da última década, entretanto ocupava o 5º lugar no ranking nacional em 2022.

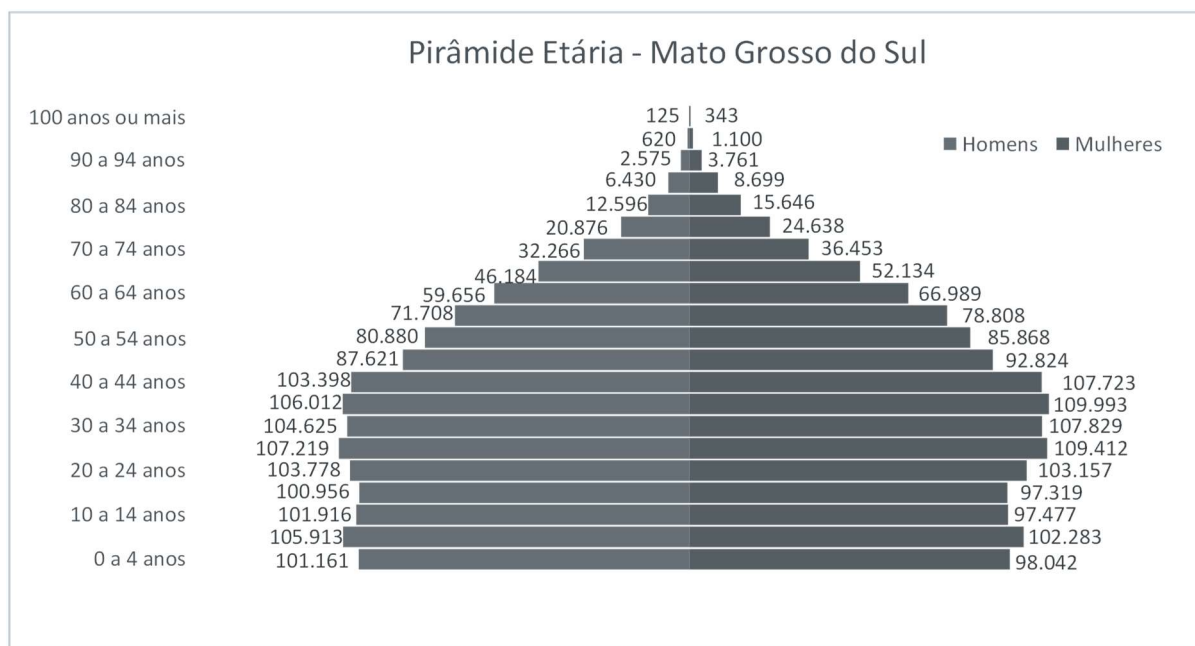
TABELA 13 – PROJEÇÃO DA TAXA DE FECUNDIDADE REGIÃO CENTRO-OESTE

	2016	2017	2018	2019	2022	Ranking Nacional
Região Centro-Oeste	1,75	1,81	1,83	1,79	1,71	2º
Mato Grosso do Sul	1,90	2,01	1,99	1,97	1,86	5º
Mato Grosso	1,88	2,01	2,07	2,07	2,01	2º
Goiás	1,66	1,69	1,71	1,66	1,60	18º
Distrito Federal	1,64	1,68	1,66	1,59	1,47	27º

Fonte: DataSUS

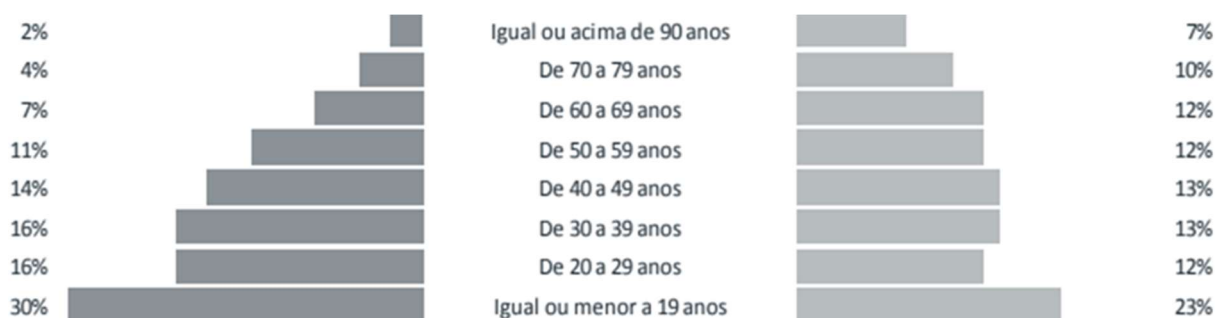
IV.1.2.1 PIRÂMIDE ETÁRIA

Além do crescimento populacional, é importante analisar a pirâmide etária do estado. Em 2022, a população ativa, composta pela população com 15 anos ou mais, correspondeu a 78% dos habitantes (2,150 milhões de pessoas). Assim como ocorre em outros estados brasileiros, a configuração da pirâmide etária se modificará até 2060, com notória perda de participação das faixas etárias mais jovens e aumento da participação de faixas etárias mais velhas, como é possível ver na figura abaixo (PES-MS 2024-2027).

FIGURA 9 – PIRÂMIDE ETÁRIA DA POPULAÇÃO EM MS, 2022 – IBGE 2023

Fonte: reprodução de PES-MS 2024-2027, informações IBGE.

O envelhecimento dos habitantes também pode ser percebido pelo aumento da participação das faixas etárias com 60 anos ou mais, que atualmente representam 13% do contingente total, mas que, em 2060, constituirão quase 29% dos habitantes.

FIGURA 10 – PIRÂMIDE ETÁRIA MS (2020 E 2060)

Fonte: reprodução de PES-MS 2024-2027, informações IBGE e elaboração EPL.

Isto significa que de cada 20 sul-mato-grossenses, três têm 60 anos ou mais. São 391.091 mil pessoas idosas residindo no Estado, equivalente a 14,19% da população total. Essa parcela populacional cresce em velocidade três vezes maior que a média do restante da população (PES-MS 2024-2027).

Durante as últimas quatro décadas, o estado de Mato Grosso do Sul passou por importantes transformações socioeconômicas, que vão de uma estrutura produtiva de fornecedor de matéria-prima para o centro industrial brasileiro (São Paulo), para uma economia voltada ao mercado externo. Nesse processo, os movimentos populacionais

e a distribuição espacial foram se consolidando, com diferentes intensidades, que definiram um estado mais urbanizado, mas que ainda tem importante representatividade da população rural.

No âmbito geral, a concentração da população rural foi diminuindo entre o período de 1970 e 2010, consolidando em torno de 15% correspondente à população urbana, sendo que os municípios que permaneceram com concentração populacional urbana baixa são pequenos, jovens e têm suas economias dependentes do agronegócio (PES-MS 2024-2027).

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL – MS – 1970/2022

Ano	Pop. Urbana	(%)	Pop. Rural	(%)	Pop. Total
1970	451.692	45,25	546.468	54,75	998.160
1980	919.256	67,11	450.513	32,89	1.369.769
1991	1.414.447	79,45	365.926	20,55	1.780.373
2000	1.747.106	84,08	330.895	15,92	2.078.001
2010	2.097.238	85,64	351.786	14,36	2.449.024
2022	2.368.274	85,90	388.739	14,10	2.757.013

Fonte: PES-MS 2024-2027, com informações do IBGE, 2023.

A distribuição da população sul-mato-grossense é marcada de um lado pela concentração na Capital, em Dourados e Três Lagoas, cidades do Estado que ultrapassaram a marca de 100 mil habitantes e, por outro, pela dispersão desta população. Quarenta e sete municípios têm população residente inferior a 20.000 pessoas, esses municípios somam uma área total de 140.984,94 km², significando 39,47% da área territorial do Estado.

IV.1.2.2 CONCLUSÃO

A transição demográfica no Brasil, e especificamente no estado de Mato Grosso do Sul (MS), tem sido marcada por mudanças significativas nas taxas de natalidade e mortalidade ao longo das últimas décadas. No início do século XX, tanto o Brasil quanto o MS apresentavam altas taxas de natalidade e mortalidade, refletindo uma população jovem e predominantemente rural. No entanto, a partir da década de 1940, melhorias nas condições de vida, avanços na medicina e políticas de saúde pública começaram a reduzir as taxas de mortalidade. Posteriormente, nas décadas de 1960 e 1970, a taxa de natalidade começou a declinar devido à urbanização, maior acesso à educação e métodos contraceptivos, além de mudanças nos papéis de gênero. Atualmente, o Brasil e o MS estão em uma fase avançada dessa transição, com uma população que envelhece rapidamente, o que traz desafios significativos para as políticas públicas nas áreas de saúde, previdência social e mercado de trabalho.

No caso específico de Mato Grosso do Sul, a transição demográfica reflete as tendências nacionais, mas com particularidades regionais. O estado apresenta uma taxa de crescimento populacional superior à média nacional, e a estrutura etária tem mostrado um aumento na proporção de adultos e idosos. As projeções indicam que a população de MS continuará a envelhecer, exigindo adaptações nas políticas de saúde, previdência e assistência social para atender às necessidades de uma população mais velha. Ademais, a taxa de fecundidade em MS tem diminuído ao longo da última década, posicionando o estado no quinto lugar no *ranking* nacional em 2022. A análise conjunta da taxa de fecundidade e da taxa de envelhecimento é essencial para projetar as necessidades sanitárias futuras com maior precisão. A mudança na distribuição espacial da população, com uma crescente urbanização e uma diminuição da população rural, destaca a necessidade de políticas adaptadas às novas realidades demográficas e socioeconômicas do estado.

IV.2 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

O perfil epidemiológico, como indicador observacional das condições de vida, do processo saúde-doença e do estágio de desenvolvimento da população, desempenha um papel crucial na compreensão das características epidemiológicas das regiões de saúde do estado. Nesse contexto, a análise contextual do perfil epidemiológico apresentado a seguir permite identificar situações de maior risco, fornecendo ideias valiosas para a implementação de medidas de controle ou eliminação desses riscos mapeados.

IV.2.1 MORBIMORTALIDADE

Para a análise das informações sobre as tendências de morbimortalidade no estado de Mato Grosso do Sul, as bases de dados utilizadas tiveram como referência o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do DATASUS/ Ministério da Saúde, relativas aos períodos de 2019 a 2023.

TABELA 15 – NÚMERO DE ÓBITOS MS – (2018-2022)

Ano de ocorrência	Mato Grosso do Sul
2018	16.591
2019	16.802
2020	19.034
2021	25.033
2022	20.417

Fonte: Tabwin, 2023

IV.2.2 MORTALIDADE INFANTIL

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é um importante indicador de saúde e das condições socioeconômicas da população. É por meio da referida taxa que se estima o risco de morte dos nascidos vivos antes de completar um ano de vida. A TMI é calculada dividindo-se o número de óbitos de menores de um ano pelo número de nascidos vivos no mesmo município e período, multiplicado por 1000. A taxa é subdividida em três componentes: neonatal precoce, que compreende óbitos ocorridos até 6 dias de vida, neonatal tardio, de 7 a 27 dias, e pós-neonatal, de 28 a 364 dias. Vale salientar que o componente neonatal precoce e pós neonatal responde por 80% da mortalidade infantil no Estado.

TABELA 16 – TAXA MORTALIDADE INFANTIL MS E BRASIL (2019-2021)

MORTALIDADE	2016		2019		2021	
	MS	BR	MS	BR	MS	BR
Infantil	13,03	12,72	11,22	12,39	10,68	11,90
Neonatal precoce	6,31	6,66	5,66	6,46	4,85	6,26
Neonatal tardio	1,95	2,14	1,67	2,14	2,07	2,13
Pós-neonatal	4,76	3,92	3,89	3,79	3,76	3,51

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS). Dados atualizados até 20/12/2023

A taxa de mortalidade infantil no estado se mantém menor do que a nacional a partir de 2019, no entanto observa-se um aumento no estado no subgrupo pós-neonatal em relação ao Brasil durante todo o período.

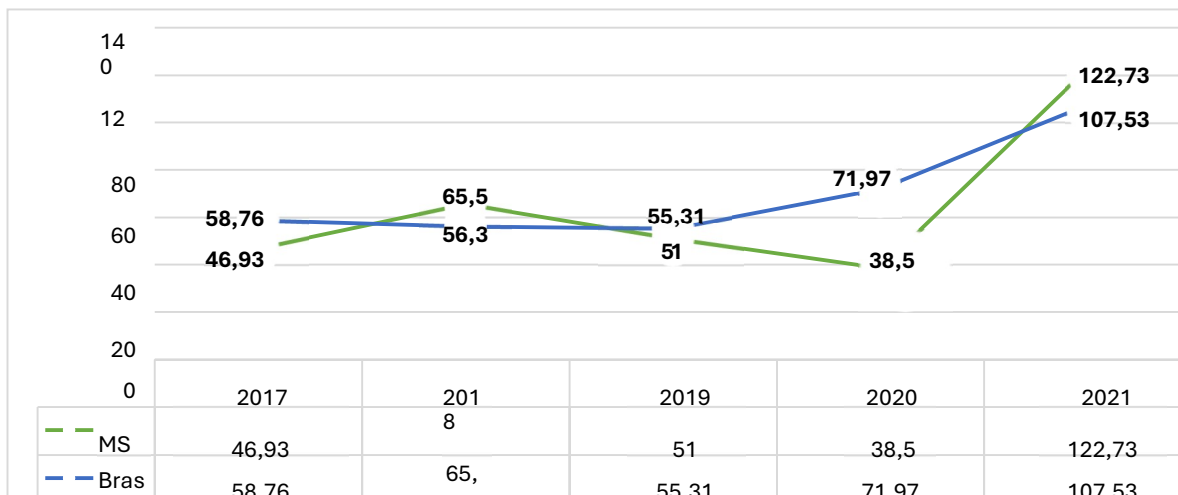
IV.2.3 MORTALIDADE MATERNA

A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde, como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um dos principais indicadores que refletem a qualidade da assistência à saúde da mulher. Esses dados são essenciais para compreender como a desigualdade e outros condicionantes e determinantes de saúde afetam o bem-estar social. Esse cálculo é utilizado para determinar o nível de óbitos maternos. Para obter esse indicador, divide-se o número de óbitos maternos pelo total de nascidos vivos em um determinado local e ano, multiplicando-se o resultado por 100.000.

A figura abaixo demonstra a RMM no período de 2017 a 2021, com aumento significativo no último ano em razão da COVID-19. As principais causas de óbitos maternos foram hipertensão arterial e hemorragia.

FIGURA 11 – RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM) MS E BRASIL (2017-2021)



Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) e Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr). Dados atualizados até 21/12/2023.

IV.2.4 INCIDÊNCIA DE CÂNCER

Os Registros de Câncer de Base Populacional – RCBP têm por objetivo conhecer o número de casos novos (incidência) de câncer, sua distribuição e tendência temporal na população pertencente à área geográfica de sua cobertura. As informações produzidas subsidiam estudos epidemiológicos para identificação de populações de risco e permitem medir a eficácia de programas de prevenção e controle do câncer.

A seguir, apresentamos as estimativas de Mato Grosso do Sul, para o ano de 2023, das taxas brutas e ajustadas a de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, conforme o sexo e localização primária, de acordo com os dados do INCA.

TABELA 17 – ESTIMATIVA DE CASOS NOVOS DE CÂNCER

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	HOMENS			MULHERES			TOTAL		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada
Mama feminina	-	-	-	910	62,22	47,10	910	62,22	47,10
Próstata	1.230	85,86	58,71	-	-	-	1.230	85,86	58,71
Cólon e reto	310	21,90	20,52	290	19,62	14,33	600	20,75	18,32

LOCALIZAÇÃO PRIMÁRIA NEOPLASIA MALIGNA	ESTIMATIVA DOS CASOS NOVOS								
	HOMENS			MULHERES			TOTAL		
	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada	Casos	Taxa Bruta	Taxa ajustada
Traqueia, brônquio e pulmão	280	19,38	15,03	200	13,66	10,36	480	16,50	11,42
Estômago	190	13,15	10,28	100	7,07	5,55	290	10,08	7,31
Colo do útero	-	-	-	320	21,71	17,73	320	21,71	17,73
Glândula tireoide	20	1,67	1,67	170	11,57	8,92	190	6,67	4,91
Cavidade oral	130	8,82	7,19	50	3,66	2,77	180	6,22	4,73
Linfoma não Hodgkin	90	6,06	5,49	70	4,46	3,54	160	5,25	4,46
Leucemias	70	5,19	4,75	80	5,58	4,84	150	5,38	4,78
Sistema nervoso central	80	5,69	5,19	70	4,58	3,87	150	5,13	4,51
Bexiga	80	5,45	3,78	40	2,82	2,10	120	4,12	2,87
Esôfago	150	10,47	8,48	50	3,11	2,52	200	6,76	5,29
Pâncreas	80	5,68	5,07	70	4,95	3,81	150	5,31	4,36
Fígado	80	5,36	4,95	70	4,58	3,69	150	4,97	4,27
Pele melanoma	50	3,68	3,23	30	2,36	1,77	80	3,02	2,71
Corpo do útero	-	-	-	110	7,58	6,23	110	7,58	6,23
Laringe	120	8,06	6,73	20	1,31	1,09	140	4,66	3,76
Ovário	-	-	-	100	6,98	5,07	100	6,98	5,07
Linfoma de Hodgkin	20	1,36	1,24	**	0,86	0,80	30	1,11	0,99
Outras localizações	610	42,84	34,17	440	29,84	23,59	1.050	36,28	28,11
Todas as neoplasias, exceto pela não melanoma	3.590	250,11	208,83	3.200	218,99	173,22	6.790	234,41	190,31
Pele melanoma não	1.210	84,08	-	1.850	126,90	-	3.060	105,68	-
Todas as neoplasias	4.800	334,41	-	5.050	345,60	-	9.850	340,05	-

Fonte: tabela do PES-MS 2024-2027, informações INCA, 2023.

IV.3 MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE

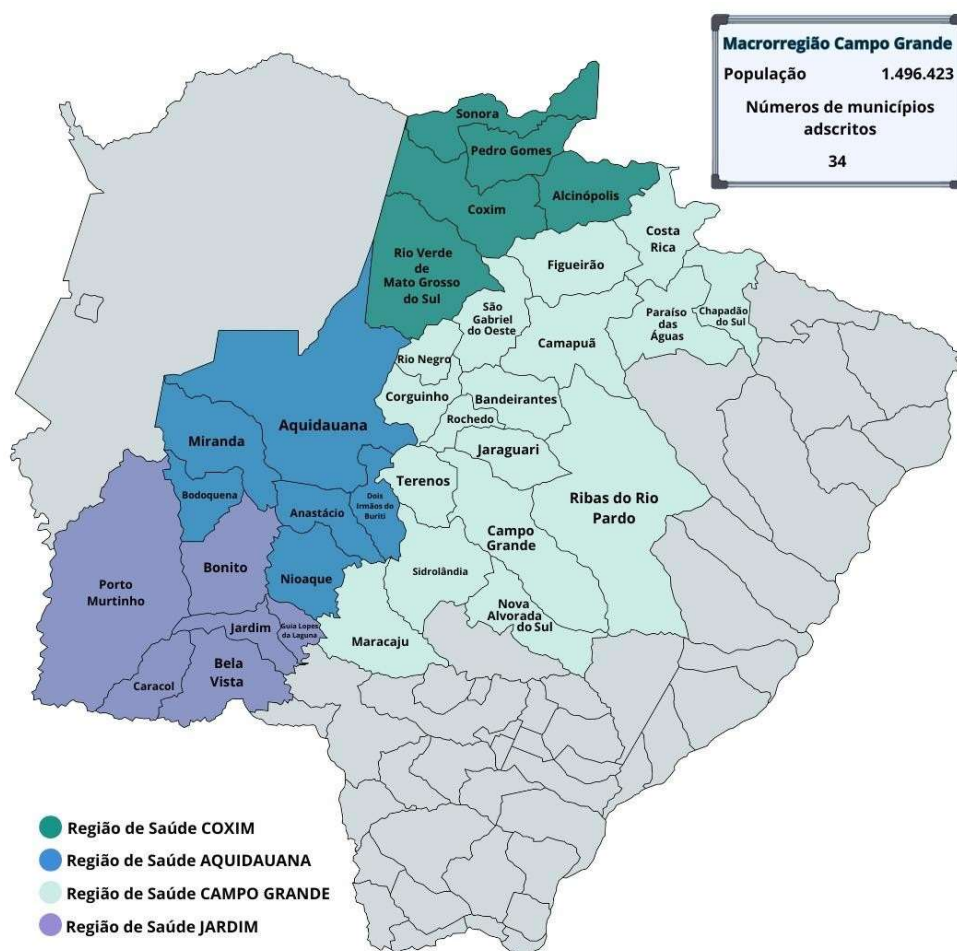
A Macrorregião de Campo Grande é composta por 34 municípios divididos em 04 regiões de saúde, e detém o maior contingente populacional do Estado, com 1.496.423 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE – 2022.

Ocupando uma extensão territorial de 177.600,68 km², a Região de Saúde de Campo Grande tem uma densidade demográfica de 8,42 hab./km², onde 93,0% da sua população vive na área urbana, com destaque para a urbanização observada no município de Campo Grande, que é de 98,66%, segundo dados do último censo, contra 85,64% da média do Estado.

A Região tem como principal polo econômico o Município de Campo Grande, maior centro industrial, comercial e de serviços do Estado. O setor industrial vem se expandindo principalmente nos setores de alimentos, confecções, álcool combustível e metalmeccânico, com destaque para os municípios de Campo Grande, Sidrolândia e Nova Alvorada do Sul.

Esta região é polarizadora da estrutura de comércio e serviços dentro do Estado, concentrando os estabelecimentos comerciais de Mato Grosso do Sul. Na área de saúde é detentora de mais da metade dos leitos hospitalares existentes. A rede de serviços bancários também tem grande parte de seu atendimento localizado na macrorregião de Campo Grande, onde se localizam os principais recursos econômicos do Estado.

A Macrorregião, no período entre 2010 a 2022, obteve um crescimento populacional de 11,91%, representando, em valores absolutos, um acréscimo de nº 159.297 pessoas.

FIGURA 12 – MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE

Fonte: reprodução do PES 2024-2027, dados da SES/MS, 2023.

IV.3.1 MORBIDADE

Entende-se por Morbidade as causas de internação SUS na região.

Gravidez, parto e puerpério foram as maiores causas de morbidade hospitalar, com um total de 97.709 registros, o que corresponde a 26% do total das internações, sendo verificada uma maior incidência nas faixas etárias entre 20 a 29 anos.

As internações referentes a lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas somaram 72.274 registros, respondendo por 19% do total das internações, com predominância nas faixas etárias entre 20 a 29 anos.

As doenças do aparelho digestivo somaram 45.151 registros, o que corresponde a 12% dos registros. A faixa etária de 50 a 59 anos é a que mais internou no período, com um total de 7.629, seguida de 7.414 internações na faixa etária de 40 a 49 anos.

O percentual total de doenças do aparelho respiratório foi de 11%, o que em valores absolutos corresponde a um total de 39.553 internações, sendo que as faixas etárias com maior incidência estão entre 1 a 4 anos, maior de 70 a 79 anos e 80 anos e mais.

As doenças infecciosas e parasitárias correspondem um total de 11%, com 39.538 registros, sendo a faixa etária que lidera no número de casos a de 50 a 59 anos.

Com 9% dos casos, temos as neoplasias (tumores), que correspondem a 33.214 dos casos, que acometem mais pessoas de 60 a 69 anos.

As doenças do aparelho geniturinário correspondem a 8% dos casos, num total de 29.791 registros.

E por fim, igualam as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas juntamente com as doenças de pele e do tecido subcutâneo, igualam-se em um percentual de 2%, sendo 9.115 e 9.371 casos, respectivamente.

A faixa etária que mais apresentou morbidades no período de 2018-2022 é a de 20 a 29 anos, com 21,82% dos casos.

TABELA 18 – INTERNAÇÃO SUS MACRORREGIÃO CAMPO GRANDE (2018-20220)

CAUSA (CAPÍTULO CID-10)	NÚMERO	PERCENTUAL
Gravidez parto e puerpério	97.709	26 %
Lesões enven e alg out conseq causas externas	72.274	19 %
Doenças do aparelho digestivo	45.151	12 %
Doenças do aparelho respiratório	39.553	11 %
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	39.538	11%
Neoplasias	33.214	9%
Doenças do aparelho geniturinário	29.791	8%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9371	2%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	9115	2%
Total	375.716	100%

Fonte: reprodução de PES-MS 2024-2027, informações DATASUS, 2023.

IV.3.2 MORTALIDADE

TABELA 19 – PERFIL DE MORTALIDADE POR CAUSA E FAIXA ETÁRIA | MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE (2018-2021)

CID-10	Menor 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e +	TOTAL	%
Doenças do aparelho circulatório	12	4	4	9	13	80	290	625	1429	2420	2759	3434	11079	28%
Neoplasias (Tumores)	3	14	21	18	20	71	200	505	1159	1676	1643	1358	6688	17%
Causas externas de morbidade e mortalidade	53	54	23	50	245	747	703	559	494	290	254	348	3820	10%
Doenças do aparelho respiratório	43	27	12	10	8	26	89	165	342	677	1130	2165	4694	12%
Doenças endócrinas e metabólicas	13	3	5	0	5	23	49	106	207	382	432	587	1812	5%
Doenças do aparelho digestivo	12	6	5	4	9	28	78	178	328	430	399	457	1934	5%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	39	7	8	3	12	118	387	753	1183	1480	1402	1230	6622	17%
Sintomas e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais	29	0	2	4	10	22	42	85	113	129	156	271	863	2%
Doenças do sistema nervoso	13	20	15	11	17	31	32	62	77	100	246	603	1227	3%
Doenças do aparelho geniturinário	4	0	1	0	4	16	22	54	97	215	286	626	1325	3%
TOTAL	221	135	96	109	343	1162	1892	3092	5429	7799	8707	11079	40064	100%
%	0,55%	0,34%	0,24%	0,27%	0,86%	2,90%	4,72%	7,72%	13,55%	19,47%	21,73%	27,65%	100%	

Fonte: tabela de PES-MS 2024-2027, informações DATASUS, 2023

O perfil de mortalidade da população residente na macrorregião de Campo Grande caracteriza-se, a exemplo das demais macrorregiões do MS, por agravos notadamente evitáveis por meio de ações de promoção/prevenção e a intervenção adequada do Sistema Único de Saúde.

Do total de óbitos registrados no período de 2018-2021, as doenças do aparelho circulatório corresponderam a 28% (11.079), sendo essa a principal causa de óbito.

Em segundo lugar, no período de 2018-2021, podemos identificar as neoplasias (tumores) com 16,69% (6.688), sendo que a principal causa de óbito se dá em pessoas com 60 a 69 anos.

Em terceiro lugar, quase igualando as neoplasias, temos as doenças infecciosas e parasitárias, com 16,53% que somam um total de 6.622 casos, com maiores casos de pessoas entre 60 a 69 anos.

Logo após, em quarto lugar, temos as doenças do aparelho respiratório, em uma porcentagem de 12%, correspondendo a 4.694 casos, com maior número na faixa etária de 80 anos e mais.

As causas externas de morbidade e de mortalidade correspondem a 10% da porcentagem, registrando 3.820 casos, sendo que a faixa etária em que predomina está entre 20 e 29 anos.

Com 5% dos casos, correspondem as doenças endócrinas e metabólicas, juntamente com as doenças do aparelho digestivo, apresentaram 1.812 e 1.934 casos registrados respectivamente.

As doenças do sistema nervoso representam 3% do gráfico, num total de 1.227 registros, assim como as doenças do aparelho geniturinário, com 1.325 casos.

E, por fim, aparecem os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, num percentual de 2%, com 863 registros, sendo que a maior faixa etária identificada é de 80 anos e mais, com 271 casos.

É de se concluir que quanto maior a faixa etária identificada, maior o número de casos da mortalidade, variando os CID-10, conforme tabela acima.

IV.4 PLANEJAMENTO ESTADUAL PARA O HRMS

O HRMS é um hospital público estadual, vinculado a Fundação Serviços de Saúde (FUNSAU), com 353 leitos em operação, 46 especialidades médicas com as seguintes linhas de cuidados: Cardiovascular; Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Materno-Infantil; Nefro-Urológica; Oncológica; Paciente Crítico, e atende 100% SUS. Tem como missão *“Ofertar serviços em média e alta complexidade, centrado em ações integradas e humanizadas, promovendo ensino e pesquisa.”*

É um Hospital de Ensino e conta com profissionais de saúde e administrativos qualificados. Possui ainda, 12 Programas de residência médica com mais de 100 vagas credenciadas, e, dois programas de Residência multiprofissional com 18 vagas credenciadas, além de uma média de 39 mestres e 18 doutores em seu quadro de pessoal.

Cumprir com o seu objetivo no fortalecimento à Rede de Atenção Hospitalar Especializada do Estado, consolidando o apoio através do atendimento das regiões de saúde do Estado e adesão às Redes temáticas do Ministério da Saúde: Rede Cegonha e Rede de Urgência e Emergência. Sua complexidade e importância podem ser avaliadas através dos seguintes pontos destacados:

- Produção de saúde organizada em linhas de cuidado:
 - a) Materno-Infantil,
 - b) Cardiodiagnóstico,
 - c) Oncológica,
 - d) Paciente Crítico,
 - e) Nefro Urológica,
 - f) Clínica Médica e Cirúrgica;
- Conta com o Serviço de Atenção Domiciliar – SAD;
- Gestão colegiada;
- Voltado para a gestação de alto risco;
- Ambulatório de especialidades;
- Banco de Leite;
- Pronto Atendimento Médico tipo 2; e
- Hospital de Ensino tipo 1.

O HRMS é habilitado como UNACON - Serviço de Oncologia Pediátrica e busca a habilitação para UNACON – Serviço de Hematologia, tendo como principais serviços oferecidos: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, UTI adulto e infantil, Buco-Maxilo-Facial, Oncologia, Nefrologia, Cardiologia, Hemodinâmica, Imagem e Endoscopia.

Destaca-se o ambulatório que possui mais de 40 especialidades médicas sendo que o maior quantitativo de consultas corresponde aos serviços de Cardiologia, Oncologia, Cirurgia Geral, Urologia, Pediatria e Hematologia.

O desafio, neste momento, é o fortalecimento do planejamento estratégico do Hospital, onde estão sendo aplicadas algumas ferramentas, tais como:

- Revisão do BSC/ Mapa estratégico do HRMS e revisão do Painel de Bordo;
- RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados, iniciado em setembro de 2023. Os encontros acontecem uma vez por mês com as

lideranças e alta gestão, onde são analisadas as metas e indicadores, e as análises dos resultados;

- SQUAD – significa esquadrão/pelotão, formada por uma equipe multidisciplinar com objetivos em comum. Surge a partir da análise do RADAR onde é determinado que alguns profissionais de diferentes áreas, devido aos diferentes conhecimentos técnicos, trabalhem em conjunto para entregar soluções aos problemas levantados objetivando a resolução e entregas de qualidade.

O HRMS busca a renovação dos serviços com o enfoque na vocação do hospital através do Plano Diretor de Obras (PDO), objetivando a reorganização e adequação dos serviços entregues à população.

Embasado nesse contexto considerou-se a implementação de algumas obras para aprimorar e otimizar os serviços, além de melhorar a satisfação dos usuários.

As obras iniciadas em 2023 foram: reformas da Hemodiálise, Central de Material Esterilizado, enfermaria do 8º andar, Radioterapia e Fachada do Hospital.

As obras não iniciadas são: reformas da enfermaria da Pediatria, CTI Pediátrico, Centro Cirúrgico. A obra da Ressonância Magnética foi finalizada este ano.

Do mesmo modo, o novo PDO intenciona realizar o levantamento e a análise de toda a edificação para elaboração do planejamento de obras novas, adaptações, reparos e melhorias para o HRMS.

Em relação aos processos de trabalho destacam-se:

- Inserção no Contrato de Gestão/SES/SEGOV – Projeto Hospital Regional de Mato Grosso do Sul Portas Abertas para o Ensino. Este projeto visa ofertar capacitação, objetivando a melhoria na qualidade do atendimento aos cidadãos-usuários, através do aprimoramento dos profissionais de saúde municipais e estadual. O HRMS iniciou esse projeto com a gestão em 2023 e a intenção é dar continuidade nos próximos anos devido à equipe comprometida, aos benefícios à população e impactos positivos que puderam ser evidenciados em 2023;
- Participação nos Programas de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). PROADI finalizados em 2023: RHP/Oswaldo Cruz (projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos); e DGPSUS (desenvolvimento da gestão de programas de residência e da preceptoria no SUS), finalizado com 18 especializados no HRMS, em três linhas: (i) preceptoria no SUS, supervisão de programas de residência e qualidade na saúde; (ii) ReConectAR, Rede de Conexão Trabalho com Alegria e Resiliência, com o Hospital Sírio Libanês; Projeto Mapa Genoma Brasil com o hospital

Beneficência Portuguesa de São Paulo; e (iii) Saúde em nossas Mãos (resultados financeiros- modelo de custeio) com o Hospital Albert Einstein, sendo este último finalizado em dezembro de 2023 com a divulgação dos resultados em nível nacional;

- Centro de Custos do HRMS – em fase de implantação, já realizado a primeira fase do Apurasus;
- Restituição do serviço de alta complexidade aos pacientes portadores de obesidade grave (cirurgia bariátrica) com a finalização da fila de espera de pacientes;
- Participação do Programa de Compliance (PMSI), iniciando metodologia própria de atuação para que os processos ocorram com transparência, controle e maior fluidez. O objetivo é garantir a conformidade com as leis, regulamentos e padrões éticos no intuito de evitar práticas ilegais e danos à imagem do Hospital;
- Cadastramento de proposta para renovação do parque tecnológico na linha materno- infantil, pelo Ministério da Saúde, objetivando melhores condições de atendimento à mulher e a criança, o fortalecimento da Linha na Rede e auxiliar no combate as causas evitáveis de morte materna-infantil. Valor cadastrado R\$ 699.256,00;
- Inserção do HRMS no portfólio de ações para emendas parlamentares 2024 do governo do estado de Mato Grosso do Sul. Aquisição de equipamentos para ampliação e modernização do parque tecnológico do HRMS, para melhoria da prestação de serviços referenciados em média e alta complexidade, ofertando assistência segura e de qualidade aos usuários e condições favoráveis de trabalho aos profissionais de saúde. Valor total R\$ 8.929.109,00; e
- Preparação para Certificação Hospitalar através da implantação da Avaliação Interna nos setores do Hospital. A Avaliação Interna é uma ferramenta de aprimoramento da gestão com foco nos resultados entregues à sociedade. O objetivo é avaliar o cumprimento das legislações vigentes destacando os processos de trabalho institucionais, ofertando suporte prático à alta direção, trabalhando a qualidade dos processos e a melhoria dos resultados, com o propósito de construir uma jornada do paciente eficaz e eficiente;

Outro projeto iniciado em março de 2022 e que se destacou como um dos principais processos do HRMS, sendo premiado em primeiro lugar a nível estadual no XVIII Prêmio Sul-Mato-Grossense de Inovação na Gestão Pública de 2023, na modalidade práticas inovadoras de sucesso, foi o Modelo de Avaliação de Satisfação da Experiência do Paciente Internado no HRMS.

A avaliação de satisfação do usuário, através da pesquisa de satisfação, permite a percepção do usuário em relação aos serviços ofertados no HRMS e seu objetivo principal é fortalecer a relação da comunicação entre o usuário da saúde pública e o HRMS, por meio de ferramentas que possibilitem a participação do usuário nos processos de mudanças que a instituição necessita.

Como resultado de todas essas ferramentas estratégicas e implementação de novos processos de trabalho percebe-se as alterações no cenário, que podem ser evidenciadas na pesquisa de satisfação do usuário e nas taxas de desempenho hospitalar. A taxa de satisfação do usuário – objetiva avaliar o atendimento durante o período de internação e a meta proposta para o Plano Estadual é de 73%.

A tabela a seguir mostra a evolução do desempenho hospitalar entre os anos de 2022 e 2023:

TABELA 20 – DESEMPENHO HOSPITALAR ANOS 2022 E 2023

PRODUÇÃO HOSPITALAR	2022	2023	SITUAÇÃO
Nº DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS	4.468	5.428	AUMENTO DE 21,48%
Nº DE INTERNAÇÕES	1.311	1.527	AUMENTO DE 16,47%
Nº DE CIRURGIAS	370	499	AUMENTO DE 34,86%
Nº DE EXAMES DE IMAGEM	5.105	6.123	AUMENTO DE 19,94%
Nº DE EXAMES DE HEMODINÂMICA	70	105	AUMENTO DE 50,00%
Nº DE HEMODIÁLISE	779	747	REDUÇÃO DE 4,10%
Nº DE ATENDIMENTOS DO PAM	1.963	2.400	AUMENTO DE 22,26%

Fonte: reprodução de PES-MS 2024-2027, informações HRMS, 2023.

O quadro acima apresenta um aumento dos serviços, de forma geral, exceto os números referentes ao serviço de hemodiálise. O serviço teve uma readequação em seu número de leitos devido a um ajustamento dos leitos do CNES, e, igualmente, o plano de contingência devido as obras iniciadas no Hospital, onde a hemodiálise está inclusa.⁴

IV.5 PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024-2027 E O HRMS

O Plano Estadual de Saúde (PES-MS) de 2024-2027 estabelece:

OBJETIVO 4.11: Fortalecer o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul na Rede estadual hospitalar

⁴ www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-2024-2027-2.pdf

TABELA 21 – METAS SELECIONADAS DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE 2024-2027

META		UNIDADE DE MEDIDA	LINHA DE BASE	META PLANO 2024-2027	INDICADOR
4.11.1	Elevar para 73% a taxa de satisfação da sociedade em relação a oferta de serviços realizados no HRMS	Taxa	2022 (69%)	73%	Taxa de Satisfação do Usuário
4.11.2	Ofertar treinamento de temas ligados à área hospitalar aos profissionais de saúde da Rede de serviços do Sistema Único de Saúde do estado	Número	2022 (80)	600	Número de trabalhadores e profissionais qualificados

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2024-2027.

IV.6 CONCLUSÃO

A análise das informações e dados permite conclusões preliminares baseadas em alguns eixos de análise.

IV.6.1 REALIDADE DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O primeiro ponto é conhecer a realidade demográfica e epidemiológica do estado do Mato Grosso do Sul, com um foco específico na macrorregião de Campo Grande. Os dados revelam que o estado possui características e tendências demográficas semelhantes ao panorama nacional.

IV.6.2 TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS

Dividindo-se em fases temporais, antes de 1970, a tendência populacional do estado era de altas taxas de natalidade e mortalidade. A partir dos anos 80, observa-se uma tendência de urbanização da população, com redução da natalidade e progressivo estreitamento da base da pirâmide populacional. Avançando até os dias atuais, a população do estado se aproxima de 2,8 milhões de habitantes. Atualmente, ocorre um aumento gradual da proporção de adultos e idosos na composição demográfica do estado.

IV.6.3 PROJEÇÕES FUTURAS

As projeções futuras, baseadas nas análises do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), indicam que nas próximas décadas haverá um crescimento populacional moderado, com uma projeção de 3 milhões de habitantes em 2030. Essa tendência acentua o aumento na proporção das faixas etárias mais elevadas. É interessante

observar que, embora a população geral cresça moderadamente, as faixas etárias acima de 64 anos crescerão rapidamente.

IV.6.4 COMPARAÇÃO COM O BRASIL

Essa tendência é a mesma observada no Brasil. No entanto, a transição demográfica no País vem ocorrendo de forma mais rápida do que em outros países desenvolvidos que já passaram por essa fase. Esse fenômeno indica que é necessário considerar o envelhecimento da população em qualquer planejamento de saúde de médio e longo prazo.

IV.6.5 PLANEJAMENTO DE ATIVIDADES HOSPITALARES

O cenário demográfico de tendência de envelhecimento populacional naturalmente aponta para o planejamento de atividades hospitalares que incluam essa população. Assim, especialidades relacionadas a esse perfil populacional deverão ser prioritárias no planejamento de saúde. Cardiologia, clínica médica, oncologia e geriatria são exemplos de especialidades que terão aumento substancial nas próximas décadas. Outras especialidades que possuem interface com esse segmento populacional, como neurologia, ortopedia e oftalmologia, também têm tendência de crescimento.

IV.6.6 ATENÇÃO À NATALIDADE

Embora a natalidade esteja se reduzindo, as especialidades ligadas ao nascimento e ao parto continuam a merecer especial atenção. Um dos objetivos da saúde pública brasileira e mundial é a redução da taxa de mortalidade infantil e da razão de mortalidade materna. O Brasil e o estado do Mato Grosso do Sul vêm obtendo melhorias gradativas ao longo do tempo, mas ainda precisamos melhorar mais os resultados para que estejam alinhados com as metas estabelecidas mundialmente.

IV.6.7 QUADRO EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Em relação ao quadro epidemiológico do estado de Mato Grosso do Sul, é possível constatar que ele não difere significativamente do cenário nacional. Normalmente, a análise das causas de óbito baseadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) é a mais utilizada para conhecer os desfechos mais relevantes e, por consequência, propor um planejamento baseado nessa estatística.

IV.6.8 PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITO

Na região do Mato Grosso do Sul, a principal causa de óbitos são as doenças cardiocirculatórias. Em seguida, a oncologia representa uma participação gradual e crescente nas causas de letalidade, em função do prolongamento da vida das pessoas. A terceira causa comumente observada são as chamadas causas externas, como

acidentes, violência, quedas e outras. Para completar essa análise sumária de mortalidade, a quarta causa observada são as doenças respiratórias.

IV.6.9 RELAÇÃO COM O ENVELHECIMENTO

Das condições apresentadas acima, três delas — excetuando-se as causas externas — têm aumento de prevalência com o avanço da idade. Dessa forma, o cenário epidemiológico se alinha com o cenário demográfico, refletindo um no outro.

IV.6.10 ANÁLISE DA VOCAÇÃO HOSPITALAR E PACTUAÇÕES REGIONAIS

A análise da vocação do hospital e do cenário de pactuações regionais é fundamental para entender a assistência hospitalar na capital do Mato Grosso do Sul. O HRMS é um dos mais importantes hospitais públicos do estado. Além dele, outros hospitais atendem ao SUS, como a Santa Casa e o Hospital Universitário.

IV.6.11 REDE DE ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Esse conjunto de hospitais compõe a rede de atenção de média e alta complexidade. Normalmente, grandes serviços como os mencionados possuem características e capacidades próprias. Por exemplo, a Santa Casa possui cerca de 600 leitos dedicados ao SUS e se destaca no atendimento a pacientes politraumatizados e na neurocirurgia. A ortopedia na Santa Casa também é um ponto forte. Outros hospitais têm suas próprias vocações, como o Hospital Universitário, que se dedica ao ensino e pesquisa, e o Hospital do Câncer, especializado em oncologia.

IV.6.12 IMPORTÂNCIA DO PANORAMA DE DISTRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIDADES

Conhecer o panorama de distribuição de responsabilidades e vocações é fundamental para estabelecer de forma realista as expectativas em relação ao futuro do HRMS. O hospital tem a missão de oferecer serviços de média e alta complexidade, centrados em ações integradas e humanizadas, promovendo o ensino e a pesquisa. Suas principais vocações incluem:

- Cardiologia
- Clínica médica
- Maternidade de alto risco
- Nefrologia com hemodiálise
- Urologia
- Oncologia de adultos e infantil
- Atendimento à obesidade mórbida
- Cirurgia cardíaca
- Cirurgia endovascular em neurologia e cardiologia
- Pediatria

- UTI pediátrica
- Hemato-oncologia
- Diálise peritoneal ambulatorial

IV.6.13 SOBRECARGA E TENDÊNCIAS DE CRESCIMENTO

Além dessa análise, é crucial observar quais clínicas dentro do hospital apresentam maiores sobrecargas e tendências de crescimento. O primeiro ponto de destaque é o pronto-socorro, que atende tanto a demanda espontânea quanto os casos encaminhados pela regulação de vagas. Para melhorar as condições dos pacientes do pronto-socorro, a direção do hospital criou uma enfermaria de retaguarda e uma área de terapia intensiva. No entanto, ainda se observa um número significativo de pacientes nos corredores, geralmente entre 40 e 50 pacientes em macas.

Outras clínicas que sofrem sobrecarga incluem cardiologia, clínica médica, clínica cirúrgica e UTI neonatal, todas operando perto de 100% de sua capacidade.

IV.6.14 NECESSIDADE DE EXPANSÃO

O cenário descrito aponta para a necessidade de ampliação de vagas nas áreas com maior sobrecarga, com destaque especial para o pronto-socorro. As demais especialidades que sofrem com sobrecarga também precisam ser incluídas no planejamento de expansão de capacidade. A UTI neonatal, embora influenciada por fatores diferentes das outras áreas, igualmente necessita de ampliação devido ao papel importante do hospital na atenção ao parto de alto risco. Essa referência se estende a todo o estado de Mato Grosso do Sul, refletindo a importância estratégica dessa área. A atenção à gestação de alto risco faz parte do planejamento nas oficinas de regionalização.

IV.6.15 RESUMO DA INDICAÇÃO

Em resumo, considerando os dados demográficos e epidemiológicos, aliados à distribuição de responsabilidades entre os hospitais da macrorregião de Campo Grande e à potencialidade que o HRMS apresenta com seus especialistas médicos, a indicação é clara: é necessário ampliar vagas e capacidade de atendimento nas áreas de cardiologia, clínica médica, terapia intensiva de adultos, UTI neonatal, clínica cirúrgica e, principalmente, readequar as dimensões do pronto-socorro.

V. CONSOLIDAÇÃO DA ANÁLISE DE DEMANDA

A consolidação da análise da demanda é resultado de uma série de estudos e projeções necessárias para o planejamento de um novo complexo hospitalar, que será composto por duas unidades: uma resultante da reforma do prédio atual e outra da construção de um novo edifício, moderno e adequado às normas vigentes, capaz de ampliar a oferta de serviços.

Atualmente o HRMS conta com 362 leitos operacionais, e os indicadores hospitalares clássicos mostram que o hospital opera com taxas de ocupação muito elevadas. No pronto-socorro, há superlotação com macas nos corredores. As especialidades clínicas, como cardiologia, clínica médica, UTI e unidade coronariana, além da clínica cirúrgica e da UTI neonatal, estão constantemente com lotação máxima. As demais áreas possuem taxas de ocupação acima de 75%.

Também se observa, pelos indicadores hospitalares, que a produtividade é boa, com taxas de permanência e rotatividade de pacientes dentro dos parâmetros mais utilizados. A configuração de um hospital lotado, acompanhada de bons indicadores de desempenho, permite afirmar que a ampliação da oferta de serviços só será possível com a expansão do número de leitos.

Durante as discussões foi possível revisar com as autoridades estaduais quais são as vocações e especialidades que o hospital desempenha atualmente. Ficou evidenciado que o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul é a grande referência estadual nas áreas de cardiologia, cirurgia cardíaca, nefrologia e urologia, gestação de alto risco, UTI neonatal e oncologia.

Em relação ao panorama demográfico, é possível observar que o estado de Mato Grosso do Sul, assim como o restante do país, passa por uma transição demográfica que se traduz no envelhecimento progressivo da população. As projeções realizadas pelo IBGE mostram que a população do estado terá um crescimento moderado, passando dos atuais 2,8 milhões de habitantes para 3 milhões em 2030. Por outro lado, a parcela populacional de 64 anos ou mais crescerá em proporção muito mais rápida. Este fenômeno aponta para a necessidade de um planejamento que inclua o envelhecimento demográfico nos projetos de saúde de médio e longo prazo.

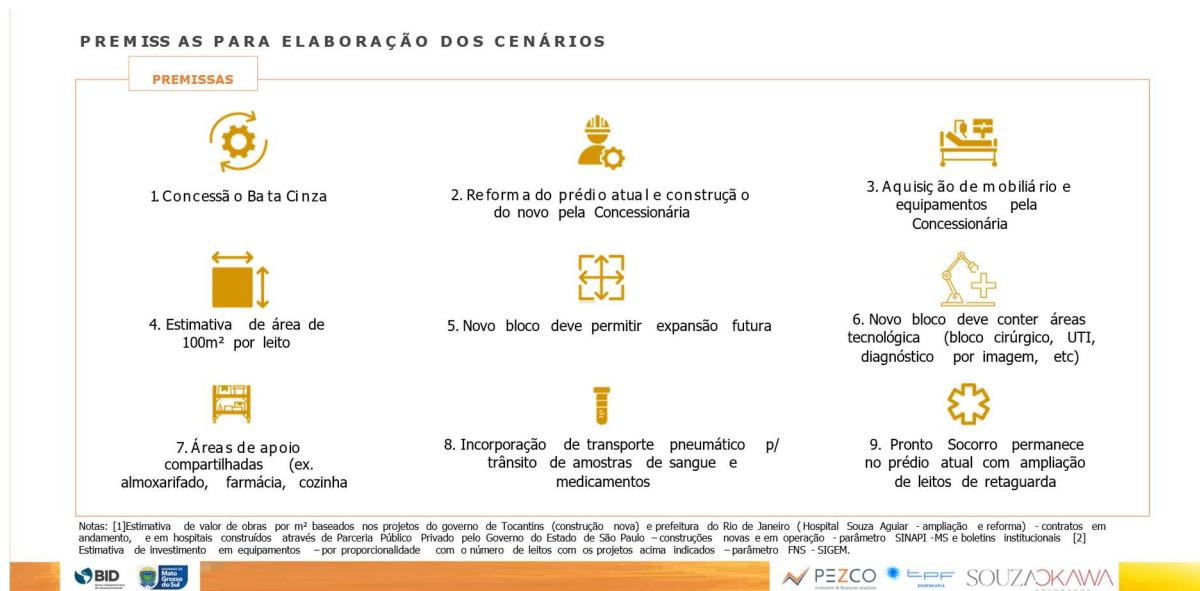
Quanto ao cenário epidemiológico, o estado de Mato Grosso do Sul, em consonância com o cenário nacional, apresenta as mesmas proporções nas taxas de mortalidade. Assim, as causas cardiocirculatórias, neoplasias e doenças respiratórias estão entre as principais causas de morte. Essas condições estão relacionadas com o envelhecimento, reforçando a necessidade de planejamento desse segmento para o futuro.

Embora haja a necessidade de aumentar as áreas ligadas às doenças do envelhecimento, o papel do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul como referência na gestação de alto risco, assim como as taxas de ocupação sempre completas da UTI neonatal, indicam a necessidade de expansão da capacidade de atendimento a recém-nascidos prematuros e portadores de condições que indicam sua permanência na unidade de terapia intensiva e na unidade de cuidados semi-intensivos.

Com o reconhecimento das limitações, vocações e planos de expansão da capacidade do hospital, aliados ao cenário demográfico e epidemiológico, foi proposta pela consultoria uma configuração que utiliza o prédio atual juntamente com um novo prédio a ser construído, proposta esta que foi aprovada pelo secretário e demais autoridades estaduais, em reunião realizada em 5 de agosto de 2024 (vide Anexo do presente relatório).

Inicialmente, o planejamento estabeleceu como premissa que a concessão na modalidade de PPP será uma concessão bata cinza. A concessionária deverá ser responsável pela reforma do prédio atual, construção do novo prédio, aquisição de equipamentos médico-cirúrgicos para os dois blocos, aquisição de mobiliário e operação da infraestrutura dos dois edifícios.

FIGURA 13 – PREMISSAS PARA ELABORAÇÃO DE CENÁRIOS



Fonte: Pezco

Além disso, o novo bloco deverá conter as áreas de maior aporte tecnológico, tais como bloco cirúrgico, UTI e diagnóstico por imagem. As áreas de apoio, como cozinha, almoxarifado, farmácia e laboratório, devem ser compartilhadas pelos dois edifícios. Com a valiosa e pronta resposta das autoridades estaduais foi possível chegar a um

planejamento que prevê a distribuição de leitos entre os hospitais de forma equilibrada, conforme a figura abaixo.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS ATUAL X NOVA CONFIGURAÇÃO

CLÍNICAS	Atual	H. Antigo	H. Novo
	Nº LEITOS	Nº LEITOS	Nº LEITOS
Clínica Médica	48		60
Cardiologia	30		60
Cirurgia	44		60
Gineco-Obstetrícia	30	48	
Pediatria	30	30	
Psiquiatria	12	20	
Oncologia Pediátrica	14	20	
Oncologia Adulto	30	42	
UTI Adulto	38		50
Retaguarda PS	24	77	
UTI Coronária (UCO)	10		20
UTI Ped.	8	10	
UTI Neonatal	10	20	
UCINCO	20	30	
UCINCA	5	10	
Cuidados Paliativos		20	
TOTAL	362	327	250
TOTAL	362	577	

Fonte: Pezco, FUNSAU

O novo desenho dos dois edifícios, que chamaremos de complexo hospitalar, propõe o aumento dos leitos nas áreas com maior estrangulamento: oncologia adulto e pediátrica, UTI neonatal, UCINCO, clínica médica, cardiologia, cirurgia, UTI adulto e unidade coronariana. Também serão objeto de expansão de infraestrutura a área de retaguarda do pronto-socorro. Serão criados 20 leitos de cuidados paliativos. Está previsto, ainda, um aumento na capacidade de atendimento a quimioterapia para

adultos e crianças. A humanização do parto está contemplada no projeto com 5 salas para parto normal humanizado, conhecidas como PPP (pré-parto, parto, pós-parto). Também estão incluídas no projeto a implantação de 2 salas cirúrgicas para procedimentos ginecológicos eletivos.

A classificação dos leitos hospitalares em leitos operacionais e leitos de apoio é essencial para o planejamento dos recursos e das atividades hospitalares. Normalmente, são considerados leitos operacionais aqueles que estão disponíveis e prontos para uso imediato por pacientes. Eles incluem todos os recursos necessários para o atendimento, como equipamentos médicos, pessoal de enfermagem e suporte técnico. Esses leitos são contabilizados na capacidade total do hospital e são utilizados para internações, tratamentos e procedimentos médicos.

Por outro lado, leitos de apoio são destinados a funções auxiliares dentro do hospital, como observação, recuperação pós-anestésica, leitos de isolamento, entre outros. Esses leitos não são contabilizados na capacidade total de internação do hospital, mas são essenciais para o suporte ao atendimento médico e para a gestão eficiente dos fluxos de pacientes.

A classificação dos leitos de pronto-socorro em hospitais públicos, especialmente quando os pacientes permanecem por vários dias, pode ser um desafio devido à natureza transitória e emergencial desses leitos. No entanto, é possível categorizá-los de forma a refletir sua função e utilização específica.

Nesse caso, serão considerados leitos de internação provisória, utilizados por pacientes que necessitam de cuidados além do período de observação, mas que ainda não foram transferidos para uma unidade de internação definitiva. Esses leitos são comuns em situações de superlotação, onde a transferência imediata não é possível.

A importância de contabilizar os leitos de internação provisória do pronto-socorro no contingente global de leitos do hospital é fundamental para o planejamento das necessidades e despesas geradas por esses pacientes. Por essa razão, devemos considerar os leitos de retaguarda do pronto-socorro como leitos operacionais do ponto de vista de previsão de recursos para a sua manutenção.

Dessa forma, os 77 leitos do Pronto Atendimento Médico (PAM), sejam eles destinados para adultos ou para crianças, serão contabilizados como leitos operacionais, justificando a totalização apresentada.

V.1 PRONTO SOCORRO

O pronto Socorro que já se mostrava a área de maior congestionamento do hospital, tem no seu planejamento, incremento importante conforme tabela abaixo:

TABELA 23 – PAM ADULTO E INFANTIL – ATUAL E PLANEJADO

PAM ADULTO		
	ATUAL	PLANEJADO
VERMELHO/AMARELO	4 LEITOS	14 LEITOS
AZUL/VERDE	18 LEITOS	38 LEITOS
ISOLAMENTO	-	4 LEITOS
TOTAL PAM ADULTO	22 LEITOS	56 LEITOS
PAM INFANTIL		
VERMELHO/AMARELO	5 LEITOS	6 LEITOS
AZUL/VERDE	12 LEITOS	12 LEITOS
ISOLAMENTO		3 LEITOS
TOTAL PAM INFANTIL	17 LEITOS	21 LEITOS
TOTAL GERAL	39 LEITOS	77 LEITOS

Fonte: FUNSAU

V.2 AMBULATÓRIO

O Ambulatório atualmente possui 26 consultórios e uma sala de cirurgia ambulatorial.

O novo ambulatório contará com 30 consultórios com banheiro, sendo:

TABELA 24 – DISTRIBUIÇÃO DE SALAS DE AMBULATÓRIO

SALAS	NÚMERO
CONSULTÓRIOS DE USO GERAL	19 salas
GINECO-OBSTETRÍCIA	4 salas
COLO-PROCTOLOGIA	3 salas
OTORRINO	1 sala
CURATIVOS	1 sala
PARACENTESE	1 sala
PROCEDIMENTOS	1 sala
TOTAL	30 salas

Fonte: FUNSAU

TABELA 25 – RESUMO DA CONFIGURAÇÃO ATUAL X PLANEJADA

	ATUAL	PLANEJADO
LEITOS	362 LEITOS	575 LEITOS
RETAGUARDA PS	39 LEITOS	77 LEITOS

	ATUAL	PLANEJADO
AMBULATÓRIO	27 SALAS	30 SALAS

A análise detalhada da demanda e a subsequente proposta de expansão do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul refletem um planejamento estratégico robusto, que visa atender às necessidades emergentes da população local. A reforma do prédio atual e a construção de um novo edifício moderno são passos fundamentais para ampliar a oferta de serviços e melhorar a qualidade do atendimento.

A superlotação atual, especialmente nas áreas de pronto-socorro e UTI, evidencia a urgência dessa expansão. A nova configuração proposta, que inclui a criação de leitos adicionais em áreas críticas como oncologia, UTI neonatal e cuidados paliativos, é uma resposta direta às demandas identificadas pelos indicadores hospitalares e projeções demográficas.

A transição demográfica e o envelhecimento da população do estado de Mato Grosso do Sul reforçam a necessidade de um planejamento de saúde que contemple essas mudanças. A expansão das áreas de cardiologia, clínica médica e oncologia é essencial para atender às principais causas de mortalidade, que estão diretamente relacionadas ao envelhecimento.

Por fim, a proposta de PPP, que inclui a responsabilidade da concessionária pela reforma, construção e operação dos novos blocos, garante uma abordagem integrada e eficiente para a modernização do complexo hospitalar. Com a aprovação das autoridades estaduais, o projeto avança para uma fase de implementação que promete transformar significativamente a capacidade de atendimento e a qualidade dos serviços prestados à população.

V.3 RADIOTERAPIA

Está prevista a implantação da radioterapia no HRMS. Há obra em andamento há cerca de 10 anos no hospital. O equipamento existente é 2012 e, portanto, está obsoleto, devendo ser atualizado.

A capacidade de produção do equipamento pode variar segundo alguns fatores como horário de funcionamento, complexidade de casos, tempo de preparação e posicionamento do paciente, entre outros. De maneira geral, um equipamento acelerador linear típico pode realizar entre 25 e 40 sessões/dia. O tratamento envolve múltiplas sessões, variando entre 15 e 40, a depender da localização e tipo de câncer. A operação da Radioterapia terá sua infraestrutura sob a responsabilidade da Concessionária, no que se refere a recepção, portaria, vigilância, limpeza, manutenção predial e contrato de manutenção do equipamento.

V.4 SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é constituído pelas ações de atendimento a pacientes oriundos do próprio hospital e que se enquadram nos critérios elegíveis para prosseguir seu tratamento em regime domiciliar. Há uma equipe multidisciplinar para visitas e acompanhamento médico e multiprofissional aos pacientes que estejam incluídos no programa do serviço de atenção domiciliar. Na atualidade, são duas equipes multiprofissionais que realizam cerca de 480 visitas domiciliares/mês. São cerca de 70 pacientes inscritos no programa, sendo que a meta do hospital é chegar a 100 pacientes acompanhados em domicílio.

A Concessionária deverá fornecer toda a infraestrutura necessária para que o paciente seja atendido em seu domicílio, incluindo cama hospitalar mecânica e complementos definidos pela equipe do SAD, como escadinhas e mesas de suporte, por exemplo. O mobiliário mencionado será cedido em caráter de empréstimo ao paciente beneficiário do programa. A Concessionária deverá, ainda, manter registro de todos os itens cedidos, bem como a documentação de recebimento dos itens pela família ou paciente, controle da devolução dos equipamentos e mobiliário, e avaliação do estado de conservação de cada item.

Além disso, a Concessionária deverá manter veículos de transporte para a equipe do SAD. Estes são veículos administrativos que não devem ser caracterizados como ambulâncias, mas sim como veículos de suporte para a equipe multiprofissional. A Concessionária também deverá garantir a presença de motoristas habilitados e treinados para essa finalidade.

Caberá, demais, à Concessionária a manutenção e reparos dos itens cedidos ao paciente, ou sua reposição em casos de impossibilidade de conserto.

V.5 DAY CLINIC

A inclusão de uma área destinada a *Day Clinic* oferece melhorias significativas nas taxas de ocupação, rotatividade e tempo de permanência hospitalar, especialmente para certas especialidades cirúrgicas. Isso é particularmente benéfico para procedimentos que permitem alta no mesmo dia, como:

- Cirurgia Geral
- Urologia
- Cirurgia Plástica
- Cirurgia Vascular
- Otorrinolaringologia

- Onco-ortopedia

Assim, o *Day Clinic* para essas especialidades cirúrgicas será alocado no novo prédio. Já as especialidades ginecológicas e cirurgias pediátricas continuarão a ser realizadas no prédio antigo.

No novo prédio, será disponibilizada uma sala anexa ao Centro Cirúrgico, equipada com seis cadeiras para o *Day Clinic*, atendendo à expectativa de atendimentos diários. Existe também uma perspectiva de crescimento para os próximos anos.

VI. DIRETRIZES PARA O PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO

As diretrizes definidas neste relatório, no tocante ao dimensionamento do hospital, às especialidades médicas a serem atendidas, ao número de leitos de internação e sua distribuição, ao número de leitos de UTI Adulto, UTI Pediátrica e UTI Neonatal, ao porte e tipologia do Centro Cirúrgico, ao porte do Centro Obstétrico, além da abrangência do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, do Pronto Socorro Adulto e Pediátrico e do Ambulatório, servirão de parâmetros para o cálculos da 8 (oito) atividades hospitalares a serem desenvolvidas pela Concessionária, enquanto Bata Cinza, e pelo Poder Concedente, enquanto Bata Branca, de acordo com a previsão contida na RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.

Nos termos da supracitada Resolução da Agência Nacional da Vigilância Sanitária, as atribuições adiante relacionadas referem-se às atividades que são geradoras ou que comumente são encontradas nos diversos estabelecimentos de saúde:

“ATRIBUIÇÃO 1: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO ELETIVO DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM REGIME AMBULATORIAL E DE HOSPITAL-DIA

1.1-Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame, etc.;

1.2-Realizar vigilância epidemiológica através de coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças, etc.;

1.3-Promover ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações e treinamento “in loco”, campanha, etc.;

1.4-Orientar as ações em saneamento básico através da instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, esgoto e resíduos sólidos;

1.5-Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingestão de alimentos à sua utilização biológica;

1.6-Recepcionar, registrar e fazer marcação de consultas;

1.7-Proceder à consulta médica, odontológica, psicológica, de assistência social, de nutrição, de farmácia, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de fonoaudiologia e de enfermagem;

1.8-Realizar procedimentos médicos e odontológicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsia, etc);

1.9-Realizar procedimentos diagnósticos que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas *;

1.10-Realizar procedimentos terapêuticos, que requeiram preparação e/ou observação médica posterior, por período de até 24 horas *;

1.11- Executar e registrar a assistência médica e de enfermagem por período de até 24 horas;

1.12- Realizar treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutico e/ou manutenção ou uso de equipamentos especiais.

* As relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, encontram-se nas listagens da Atribuição 4 que descrevem cada um dos procedimentos por especialidades.

ATRIBUIÇÃO 2: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO IMEDIATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

2.1-Nos casos sem risco de vida (urgência de baixa e média complexidade):

2.1.1-fazer triagem para os atendimentos;

2.1.2-prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;

2.1.3-fazer higienização do paciente;

2.1.4-realizar procedimentos de enfermagem;

2.1.5-realizar atendimentos e procedimentos de urgência;

2.1.6-prestar apoio diagnóstico e terapêutico por 24 hs;

2.1.7-manter em observação o paciente por período de até 24hs;

2.1.8-fornecer refeição para o paciente.

2.2- Nos casos com risco de vida (emergência) e nos casos sem risco de vida (urgências de alta complexidade):

2.2.1-prestar o primeiro atendimento ao paciente;

2.2.2-prestar atendimento social ao paciente e/ou acompanhante;

2.2.3-fazer higienização do paciente;

2.2.4-realizar procedimentos de enfermagem;

2.2.5-realizar atendimentos e procedimentos de emergência e urgência de alta complexidade;

2.2.6-prestar apoio diagnóstico e terapia por 24 hs;

2.2.7-manter em observação o paciente por período de até 24 hs;

2.2.8-fornecer refeição para o paciente.

ATRIBUIÇÃO 3: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM REGIME DE INTERNAÇÃO

3.1- Internação de pacientes adultos e infantis:

3.1.1-proporcionar condições de internar pacientes, em ambientes individuais ou coletivos, conforme faixa etária, patologia, sexo e intensividade de cuidados;

3.1.2-executar e registrar a assistência médica diária;

3.1.3-executar e registrar a assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;

3.1.4-prestar assistência nutricional e distribuir alimentação a pacientes (em locais específicos ou no leito) e a acompanhantes (quando for o caso);

3.1.5-prestar assistência psicológica e social;

3.1.6-realizar atividades de recreação infantil e de terapia ocupacional;

3.1.7-prestar assistência pedagógica infantil (de 1º grau) quando o período de internação for superior a 30 dias.

3.2-Internação de recém-nascidos até 28 dias (neonatologia):

3.2.1-alocar e manter sob cuidados recém-nascidos saudáveis;

3.2.2-proporcionar condições de internar recém-nascidos, patológicos, prematuros e externos que necessitam de observação;

3.2.3-proporcionar condições de internar pacientes críticos em regime intensivo;

3.2.4-executar e registrar a assistência médica diária;

3.2.5 Executar e registrar a assistência de enfermagem, administrando as diferentes intervenções sobre o paciente;

3.2.6-prestar assistência nutricional e dar alimentação aos recém-nascidos;

3.2.7-executar o controle de entrada e saída de RN.

3.3-Internação de pacientes em regime de terapia intensiva:

3.3.1-proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária (exceto neonatologia), patologia e requisitos de privacidade;

3.3.2-executar e registrar a assistência médica intensiva;

3.3.3-executar e registrar a assistência de enfermagem intensiva;

3.3.4-prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico durante 24 horas;

3.3.5-manter condições de monitoramento e assistência respiratória 24 horas;

3.3.6-prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes;

3.3.7-manter pacientes com morte cerebral, nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplante, quando consentida;

3.3.8-prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes.

ATRIBUIÇÃO 4: PRESTAÇÃO DE ATENDIMENTO DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA

4.1-Patologia clínica:

4.1.1-receber ou proceder a coleta de material (no próprio laboratório ou descentralizada);

4.1.2-fazer a triagem do material;

4.1.3-fazer análise e procedimentos laboratoriais de substâncias ou materiais biológicos com finalidade diagnóstica e de pesquisa;

4.1.4-fazer o preparo de reagentes/soluções;

4.1.5-fazer a desinfecção do material analisado a ser descartado;

4.1.6-fazer a lavagem e preparo do material utilizado;

4.1.7-emitir laudo das análises realizadas.

4.2-Imagemologia:

4.2.1-proceder à consulta e exame clínico de pacientes;

4.2.2-preparar o paciente;

4.2.3-assegurar a execução de procedimentos pré-anestésicos e realizar procedimentos anestésicos;

4.2.4-proceder a lavagem cirúrgica das mãos;

4.2.5-realizar exames diagnósticos e intervenções terapêuticas:

a)por meio da radiologia através dos resultados de estudos fluoroscópicos ou radiográficos;

b)por meio da radiologia cardiovascular, usualmente recorrendo a catéteres e injeções de

contraste. Executam-se também procedimentos terapêuticos como angioplastia, drenagens e embolizações terapêuticas;

c)por meio da tomografia- através do emprego de radiações ionizantes;

d)por meio meios;

4.2.6-elaborar relatórios médico e de enfermagem e registro dos procedimentos realizados;

4.2.7-proporcionar cuidados pós-anestésicos e pós procedimentos;

4.2.8-assegurar atendimento de emergência;

4.2.9-realizar o processamento da imagem;

4.2.10-interpretar as imagens e emitir laudo dos exames realizados;

4.2.11-guardar e preparar chapas, filmes e contrastes;

4.2.12-zelar pela proteção e segurança de pacientes e operadores;

4.2.13-Assegurar o processamento do material biológico coletado nas endoscopias.

4.3-Métodos gráficos:

4.3.1-preparar o paciente;

4.3.2-realizar os exames que são representados por traçados gráficos aplicados em papel ou em filmes especiais, tais como: eletrocardiograma, ecocardiograma, ergometria, fonocardiograma, vetocardiograma, eletroencefalograma, potenciais evocados, etc.;

4.3.3-emitir laudo dos exames realizados.

4.4-Anatomia patológica e citopatologia: serviço será externo

4.4.1-receber e registrar o material para análise (peças, esfregaços, líquidos, secreções e cadáveres);

4.4.2-fazer a triagem do material recebido;

4.4.3-preparo e guarda dos reagentes;

4.4.4-fazer exames macroscópicos e/ou processamento técnico (clivagem, descrição, capsulamento, fixação e armazenagem temporária e peças) do material a ser examinado;

4.4.5-realizar exames microscópicos de materiais teciduais ou citológicos, obtidos por coleta a partir de esfregaços, aspirados e biópsias;

4.4.6-emitir laudo dos exames realizados;

4.4.7-fazer a codificação dos exames realizados;

4.4.8-manter documentação fotográfica científica, arquivo de lâminas e blocos;

4.4.9-zelar pela proteção dos operadores.

4.5-Realização de procedimentos cirúrgicos e endoscópicos:

4.5.1-recepcionar e transferir pacientes;

4.5.2-assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e executar procedimentos anestésicos no paciente;

4.5.3-proceder a lavagem cirúrgica e anti-sepsia das mãos;

4.5.4-executar cirurgias e endoscopias em regime de rotina ou em situações de emergência;

4.5.5-realizar endoscopias que requeiram supervisão de médico anestesista;

4.5.6-realizar relatórios médicos e de enfermagem e registro das cirurgias e endoscopias realizadas;

4.5.7-proporcionar cuidados pós-anestésicos;

- 4.5.8-garantir o apoio diagnóstico necessário;
- 4.5.9-retirar e manter órgãos para transplante.
- 4.6.Realização de partos normais, cirúrgicos e intercorrências obstétricas:
 - 4.6.1-recepcionar e transferir parturientes;
 - 4.6.2-examinar e higienizar parturiente;
 - 4.6.3-assistir parturientes em trabalho de parto;
 - 4.6.4-assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;
 - 4.6.5-proceder a lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos, nos casos de partos cirúrgicos;
 - 4.6.6-assistir partos normais;
 - 4.6.7-realizar partos cirúrgicos;
 - 4.6.8-assegurar condições para que acompanhantes das parturientes possam assistir ao pré-parto, parto e pós-parto, a critério médico;
 - 4.6.9-realizar curetagens com anestesia geral;
 - 4.6.10-realizar aspiração manual intra-uterina-AMIU;
 - 4.6.11-prestar assistência médica e de enfermagem ao RN, envolvendo avaliação de vitalidade, identificação, reanimação (quando necessário) e higienização;
 - 4.6.12-realizar relatórios médicos e de enfermagem e registro de parto;
 - 4.6.13-proporcionar cuidados pós-anestésicos e pós-parto;
 - 4.6.14-garantir o apoio diagnóstico necessário.
- 4.7-Desenvolvimento de atividades hemoterápicas e hematológicas:
 - 4.7.1-recepcionar e registrar doadores;
 - 4.7.2-manter arquivo de doadores;
 - 4.7.3-fazer triagem hematológica e clínica de doadores;
 - 4.7.4-coletar sangue ou hemocomponentes;
 - 4.7.5-prestar assistência nutricional aos doadores;
 - 4.7.6-proporcionar cuidados médicos aos doadores;
 - 4.7.7-estocar sangue e hemocomponentes;
 - 4.7.8-promover teste de compatibilidade entre a amostra de sangue de pacientes e hemocomponentes ou sangue de doadores;
 - 4.7.9-promover terapêutica transfusional em paciente;
 - 4.7.10-promover a aféreses terapêutica em paciente;
 - 4.7.11-realizar procedimentos de enfermagem.
- 4.8-Desenvolvimento de atividades de radioterapia:
 - 4.8.1-proceder a consulta médica para o planejamento e programação da terapia;
 - 4.8.2-preparar paciente;
 - 4.8.3-realizar procedimentos de enfermagem;
 - 4.8.4-realizar o planejamento e programação de procedimentos radioterápicos (cálculos, moldes, máscaras, simulação, etc.);
 - 4.8.5-fazer o preparo dos radioisótopos;

- 4.8.6-realizar o processamento da imagem;
- 4.8.7-aplicar radiações ionizantes (Raios X, gama, etc.) para fins terapêuticos através equipamentos apropriados;
- 4.8.8-manter em isolamento paciente em terapia com potencial de emissão radioativa;
- 4.8.9-zelar pela proteção e segurança dos pacientes, operadores e ambientes.
- 4.9-Desenvolvimento de atividades de quimioterapia:
 - 4.9.1-realizar o planejamento e programação das ações de quimioterapia;
 - 4.9.2-preparar paciente;
 - 4.9.3-realizar procedimentos de enfermagem;
 - 4.9.4-administrar/infundir soluções quimioterápicas para fins terapêuticos;
 - 4.9.5-manter em observação paciente pós-terapia;
 - 4.9.6-emitir laudo e registrar os atos realizados;
 - 4.9.7-zelar pela proteção e segurança dos pacientes, operadores e ambiente.
- 4.10-Desenvolvimento de atividades de diálise:
 - 4.10.1-proceder a consulta médica para elaboração de plano de diálise;
 - 4.10.2-proporcionar cuidados médicos imediatos aos pacientes com intercorrências advindas da diálise;
 - 4.10.3-proporcionar condições para o tratamento (deionização, osmose reversa ou outro) da água a ser utilizada nas terapias;
 - 4.10.4-realizar diálises (peritoniais e/ou hemodiálise);
 - 4.10.5-realizar procedimentos de enfermagem;
 - 4.10.6-realizar o processamento de limpeza e desinfecção dos capilares para reuso nas diálises;
 - 4.10.7-proceder ao treinamento de DPAC (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) para os pacientes;
 - 4.10.8-prestar assistência nutricional aos pacientes.
- 4.11-Desenvolvimento de atividades relacionadas ao leite humano
 - 4.11.1-recepcionar, registrar e fazer a triagem das doadoras;
 - 4.11.2-preparar a doadora;
 - 4.11.3-coletar leite humano (colostró, leite de transição e leite maduro), intra ou extra estabelecimento;
 - 4.11.4-fazer o processamento do leite coletado, compreendendo as etapas de seleção, classificação, tratamento e acondicionamento;
 - 4.11.5-fazer a estocagem do leite processado;
 - 4.11.6-fazer o controle de qualidade do leite coletado e processado;
 - 4.11.7-distribuir leite humano;
 - 4.11.8-promover ações de educação no âmbito do aleitamento materno, através de palestras, demonstrações e treinamento “in loco”;
 - 4.11.9-proporcionar condições de conforto aos lactentes acompanhantes da doadora.

ATRIBUIÇÃO 5: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO TÉCNICO

5.1-Proporcionar condições de assistência alimentar a indivíduos enfermos e sadios:

5.1.1-receber, selecionar e controlar alimentos, fórmulas, preparações e utensílios;

5.1.2-armazenar alimentos, fórmulas, preparações e utensílios;

5.1.3-distribuir alimentos e utensílios para preparo;

5.1.4-fazer o preparo dos alimentos e fórmulas;

5.1.5-fazer a cocção das dietas normais, desjejuns e lanches;

5.1.6-fazer a cocção das dietas especiais;

5.1.7-fazer o preparo de fórmulas lácteas e não lácteas;

5.1.8-fazer a manipulação das nutrições enterais;

5.1.9-fazer o porcionamento das dietas normais;

5.1.10-fazer o porcionamento das dietas especiais;

5.1.11-fazer o envase, rotulagem e esterilização das fórmulas lácteas e não lácteas;

5.1.12-fazer o envase e rotulagem das nutrições enterais;

5.1.13-distribuir as dietas normais e especiais;

5.1.14.distribuir as fórmulas lácteas e não lácteas;

5.1.15-distribuir as nutrições enterais;

5.1.16-distribuir alimentação e oferecer condições de refeição aos pacientes, funcionários, alunos e público;

5.1.17-distribuir alimentação específica e individualizada aos pacientes;

5.1.18-higienizar e guardar os utensílios da área de preparo;

5.1.19-receber, higienizar e guardar utensílios dos pacientes além de descontaminar e esterilizar os utensílios provenientes de quartos de isolamento;

5.1.20-receber, higienizar e guardar as louças, bandeja e talheres dos funcionários, alunos e público;

5.1.21-receber, higienizar e guardar os carrinhos;

5.1.22- Receber, higienizar e esterilizar mamadeiras e demais utensílios utilizados;

5.1.23- Receber, higienizar e esterilizar os recipientes das nutrições enterais.

5.2-Proporcionar assistência farmacêutica:

5.2.1-receber e inspecionar produtos farmacêuticos;

5.2.2-armazenar e controlar produtos farmacêuticos;

5.2.3-distribuir produtos farmacêuticos;

5.2.4-dispensar medicamentos;

5.2.5-manipular, fracionar e reconstituir medicamentos;

5.2.6-preparar e conservar misturas endovenosas (medicamentos);

5.2.7-preparar nutrições parenterais;

5.2.8-diluir quimioterápicos;

5.2.9-diluir germicidas;

5.2.10-realizar controle de qualidade;

5.2.11-prestar informações sobre produtos farmacêuticos.

5.3-Proporcionar condições de esterilização de material médico, de enfermagem, laboratorial, cirúrgico e roupas:

5.3.1-receber, desinfetar e separar os materiais;

5.3.2-lavar os materiais;

5.3.3-receber as roupas vindas da lavanderia;

5.3.4-preparar os materiais e roupas (em pacotes);

5.3.5-esterilizar os materiais e roupas, através dos métodos físicos (calor úmido, calor seco e ionização) e/ou químico (líquido e gás), proporcionando condições de aeração dos produtos esterilizados a gás;

5.3.6-fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;

5.3.7-armazenar os materiais e roupas esterilizadas; 5.3.8-distribuir os materiais e roupas esterilizadas;

5.3.9-zelar pela proteção e segurança dos operadores.

ATRIBUIÇÃO 6: FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS E DE PESQUISA

6.1-Promover o treinamento em serviço dos funcionários;

6.2-Promover o ensino técnico, de graduação e de pós-graduação;

6.3-Promover o desenvolvimento de pesquisas na área de saúde.

ATRIBUIÇÃO 7: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO DE GESTÃO E EXECUÇÃO ADMINISTRATIVA

7.1-Realizar os serviços administrativos do estabelecimento:

7.1.1-dirigir os serviços administrativos;

7.1.2-assessorar a direção do Hospital no planejamento das atividades e da política de investimentos em recursos humanos, físicos, técnicos e tecnológicos;

7.1.3-executar administração de pessoal;

7.1.4-fazer compra de materiais e equipamentos

; 7.1.5-executar administração orçamentária, financeira, contábil e faturamento;

7.1.6-organizar, processar e arquivar os dados de expediente;

7.1.7-prestar informações administrativas aos usuários e funcionários;

7.1.8-Apurar custos da prestação de assistência e outros.

7.2-Realizar os serviços de planejamento clínico, de enfermagem e técnico:

7.2.1-dirigir os serviços clínicos, de enfermagem e técnico do estabelecimento;

7.2.2-executar o planejamento e supervisão da assistência;

7.2.3-prestar informações clínicas e de enfermagem ao paciente.

7.3-Realizar serviços de documentação e informação em saúde:

7.3.1-registrar a movimentação dos pacientes e serviços clínicos do estabelecimento;

7.3.2-proceder à marcação de consultas e exames;

7.3.3-fazer as notificações médicas e as movimentações dos pacientes do atendimento imediato;

7.3.4-receber, conferir, ordenar, analisar e arquivar os prontuários dos pacientes;

7.3.5-elaborar e divulgar estatísticas de produção e dados nosológicos do estabelecimento;

7.3.6-Fazer notificação policial dos casos de acidente e violência. (Função exercida por um policial, ficando o relacionamento da área de saúde com esse setor, submetido às normas éticas de cada profissão.)

ATRIBUIÇÃO 8: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO LOGÍSTICO

8.1-Proporcionar condições de lavagem das roupas usadas

8.1.1-coletar e acondicionar roupa suja a ser encaminhada para a lavanderia externa;

8.1.2-receber, pesar a roupa e classificar conforme norma;

8.1.3-costurar e/ou confeccionar, quando necessário, a roupa;

8.1.4-armazenar as roupas lavadas;

8.1.5-separar e preparar os pacotes da roupa a ser esterilizada;

8.1.6- fazer o controle de recebimento da roupa lavada

8.1.7 - armazenar e distribuir a roupa limpa;

8.1.7-zelar pela segurança dos operadores.

8.2-Executar serviços de armazenagem de materiais e equipamentos:

8.2.1-receber, inspecionar e registrar os materiais e equipamentos;

8.2.2-armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo;

8.2.3 Distribuir os materiais e equipamentos.

8.3-Executar a manutenção do estabelecimento:

8.3.1-receber e inspecionar equipamentos, mobiliário e utensílios;

8.3.2-executar a manutenção predial (obras civis e serviços de alvenaria, hidráulica, mecânica, elétrica, carpintaria, marcenaria, serralharia, jardinagem, serviços de chaveiro);

8.3.3-executar a manutenção dos equipamentos de saúde: assistenciais, de apoio, de infraestrutura e gerais, mobiliário e utensílios (serviços de mecânica, eletrônica, eletromecânica, ótica, gasotécnica, usinagem, refrigeração, serralharia, pintura, marcenaria e estofaria);

8.3.4-guardar e distribuir os equipamentos, mobiliário e utensílios;

8.3.5-alienar bens inservíveis.

8.4-Proporcionar condições de guarda, conservação, velório e retirada de cadáveres.

8.5-Proporcionar condições de conforto e higiene aos:

8.5.1-paciente: recepção, espera, guarda de pertences, recreação, troca de roupa e higiene pessoal;

8.5.2-doador: espera, guarda de pertences e higiene pessoal;

8.5.3-funcionário e aluno: descanso, guarda de pertences, troca de roupa e higiene pessoal;

8.5.4-público: espera, guarda de pertences e higiene pessoal.

8.6- Zelar pela limpeza e higiene do edifício, instalações e áreas externas e materiais e instrumentais e equipamentos assistenciais, bem como pelo gerenciamento de resíduos sólidos.

8.8-Proporcionar condições de segurança e vigilância do edifício, instalações e áreas externas.

8.9-Proporcionar condições de infra-estrutura predial:

8.9.1-de produção:

a)abastecimento de água;

b)alimentação energética;

c)geração de energia;

d)climatização.

8.9.2-de distribuição ou coleta: a) efluentes; b)resíduos sólidos; c)resíduos radioativos.

8.9.3-reservação, lançamento ou tratamento:

a)água;

b)gases combustíveis (GLP e outros);

c)óleo combustível;

d)gases medicinais;

e)esgoto; e

f)resíduos sólidos.

8.9.4-guarda de veículos”

Neste sentido, os critérios e parâmetros desta normativa, assim como o número de leitos de internação e de observação do Pronto Socorro, definirão o dimensionamento do Serviço de Nutrição e Dietética, da quantidade de roupa a ser processada em lavanderia externa, do Almoxarifado, da Farmácia, do Laboratório de Análises Clínicas, das Centrais de Gases Medicinais, do volume das caixas d'agua, do grupo-gerador, do sistema de climatização, dos vestiários, entre outros serviços classificados como “Bata Cinza”, que serão contemplados no Anteprojeto de Arquitetura e Engenharia a ser apresentado no Produto 2.2 – Relatório e Estudos de Engenharia. Vale ressaltar que o Programa de Necessidades Consolidado, parte integrante desse escopo, está contido nas atividades “*d. relatório descritivo do projeto, justificando o partido arquitetônico, as soluções técnicas de arquitetura e engenharia indicadas, contendo as memórias de cálculo de dimensionamento, quando aplicável*” e “*f. memorial descritivo, contendo as características de desempenho a serem alcançadas pelos padrões de construção e manutenção, para o atendimento das normas sanitárias e outras diretrizes normativas*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHRQ (2024). *Agency for Healthcare Research and Quality*. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/index.html>.
- Al-Amin, M., Zinn, J., Rosko, M., & Aaronson, W. (2016). The impact of hospital characteristics on patient outcomes. *Journal of Hospital Medicine*, 11(8), 543-550.
- ANS (2012). Taxa de Ocupação Operacional Geral. Agência Nacional de Saúde Suplementar, V1.01, novembro de 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>.
- ANS (2013). Média de Permanência Geral. Agência Nacional de Saúde Suplementar, V1.02, janeiro de 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-05.pdf>.
- CDC. HAI Prevention, Control and Outbreak Response for Public Health and Healthcare. CDC – The United States Centers for Disease Control and Prevention, August 8th, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/prevention.html>.
- CQH (2022). Caderno de Indicadores – Roteiro de Avaliação REV12. CQH – Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar – Associação Paulista de Medicina. Número de matrícula 001, Número CQH: 001-CQH-IND-002, Ver 5, data 17/03/2022. Disponível em: <https://cqh.org.br/wp-content/uploads/001-CQH-IND-002-rev5-Caderno-de-Indicadores-Roteiro-rev12.pdf>.
- Davis, M.M., Devoe, M., Kansagara, D. et al. (2012) “Did I Do as Best as the System Would Let Me?” Healthcare Professional Views on Hospital to Home Care Transitions. *J GEN INTERN MED* 27, 1649–1656 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2169-3>.
- Hassan, M., Tuckman, H. P., Patrick, R. H., Kountz, D. S., & Kohn, J. L. (2010). Hospital length of stay and probability of acquiring infection. *American Journal of Infection Control*, 38(5), 379-383.
- Iacobucci, G. (2021). Overcrowding and long delays in A&E caused over 4000 deaths last year in England, analysis shows. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2835>.
- Jha, A. K., Orav, E. J., Li, Z., & Epstein, A. M. (2009). The inverse relationship between mortality rates and performance in the Hospital Quality Alliance measures. *New England Journal of Medicine*, 361(3), 283-293.

Khullar D. (2023) Burnout, Professionalism, and the Quality of US Health Care. *JAMA Health Forum*. 2023;4(3):e230024. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.0024

NICE guideline NG94 (2018). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization. *National Institute for Health and Care Excellence*, Reino Unido. Published: 28 March 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94>.

SES-MS (2024). Plano Estadual de Saúde – Mato Grosso do Sul 2024-2027. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MS, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-2024-2027-2.pdf>.

Smith, J., Doe, A., & Brown, L. (2017). Improving Bed Turnover Rates in Hospitals: A Comprehensive Approach. *Journal of Healthcare Management*, 62(4), 255-262.

Werner, R. M., Bradlow, E. T., & Asch, D. A. (2010). Does hospital performance on process measures directly measure high quality care or is it a marker of good hospital management? *Journal of the American Medical Association*, 304(8), 845-852.

WHO (2023) Patient safety. *WHO – World Health Organization*. 11 September 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Williams, M., Green, D., & Johnson, P. (2018). Impact of Bed Turnover on Hospital Resource Utilization. *BMC Health Services Research*, 18, 123.

ANEXO – RELATÓRIO DE VISITA TÉCNICA E REUNIÕES

Este anexo apresenta as visitas técnicas e as atas de reuniões realizadas.

1 OBJETIVO DO CAPÍTULO

Apresentar as observações e conclusões da visita técnica ao hospital e das reuniões com a equipe de governo.

2 METODOLOGIA

Nesta etapa inicial, a metodologia consistiu em visitas técnicas mescladas com entrevistas ou reuniões não estruturadas ou semiestruturadas, coordenadas pelo Dr. Ricardo Tardelli e com a participação de outros membros da equipe. Os principais eventos são descritos na tabela a seguir.

TABELA 26 – VISITAS TÉCNICAS E REUNIÕES DE TRABALHO

DATA	EVENTO	FOCO
25/07/2024	Visita Técnica	HRMS
29/07/2024	Reunião	Dr. João Ricardo Tognini
31/07/2024	Reunião	Dra. Maria Angélica Benetasso
05/08/2024 e 06/08/2024	Reuniões presenciais e visitas técnicas do time de Arquitetura e Engenharia do Grupo Consultor no HRMS	SES-MS e EPE
19/08/2024	Reunião do Comitê Estratégico – entrega qualificada do Produto 1.4.1	SES-MS e EPE

Fonte: elaboração Pezco Economics

Os principais eventos foram:

- Descrição da Visita Técnica: A visita foi realizada no dia 25/julho/2024. Uma reunião com a diretora-presidente da FUNSAU, Dra. Marielle Alves Correa Esgalha, direção do hospital, representantes da Secretaria Estadual de Saúde Dr. João Ricardo Tognini, técnicos do Escritório de Projetos Estratégicos (EPE), representantes do BID e da consultoria antecedeu a visita. A seguir, percorremos

os principais locais do hospital. Na mesma data, foi realizada reunião com o grupo do EPE e representantes do hospital.

- Na data de 29/julho/2024, foi realizada reunião com Dr. João Ricardo Tognini que fez uma exposição abrangente sobre o planejamento estadual referente à atenção hospitalar.
- Na data de 31/julho/2024, ocorreu uma reunião com a Dra. Maria Angélica Benetasso, Diretora de Gestão Estratégica da SES para conhecer a dinâmica da regulação estadual.
- Nas datas de 5 e 6/agosto/2024 foram realizadas reuniões presenciais com a participação de autoridades da SES-MS e do EPE, assim como visitas técnicas do time de Arquitetura e Engenharia do Grupo Consultor.
- Na data de 19/julho/2024 foi realizada a entrega qualificada do presente Produto 1.4.1 – Diagnóstico de Demanda Assistencial e Programa de Necessidades Consolidado do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I.

3 ATAS E ACHADOS DAS VISITAS TÉCNICAS

Esta seção detalha os eventos anteriormente listados.

3.1 REUNIÃO 25/JULHO/2024

A reunião ocorreu na manhã do dia 25/julho/2024, nas dependências do HRMS. Participaram da reunião representantes do EPE - Escritório de Parcerias Estratégicas, representantes da FUNSAU – Dra. Marielle e Dra. Roberta, representantes da SES-MS como Dr. João Ricardo Tognini, representantes do BID – Ricardo e Pablo e representante do consórcio de consultoria- Ricardo Tardelli.

Pontos de Destaque:

Dra. Marielle

Tema abordado: descrição das principais dificuldades do hospital:

Superlotação: O Pronto Socorro e áreas como Clínica Médica, Cirúrgica, UTI, entre outras, estão enfrentando sérios problemas de superlotação.

Fila de espera para cirurgias eletivas: Existem cerca de 1900 pacientes aguardando por cirurgias eletivas. No entanto, a produção cirúrgica está limitada devido à falta de vagas nas enfermarias.

Necessidade de leitos de UTI: Atualmente, o hospital possui 100 leitos de UTI, mas há uma projeção de necessidade de pelo menos 120 leitos.

Utilização das instalações: Dra. Marielle concorda com a utilização do prédio atual, desde que seja reformado.

Propostas: Sugere a permanência do Pronto Socorro, oncologia e do complexo materno-infantil nas atuais instalações. Em relação aos leitos materno-infantis, propõe um aumento dos atuais 103 para 120 leitos, incluindo um acréscimo nas instalações da UTI neonatal.

Dr. João Ricardo Tognini

Tema abordado: Relato sobre a metodologia de Regionalização do estado do MS:

Planejamento da saúde estadual: O estado do MS está implantando a metodologia de Regionalização como uma ferramenta de planejamento.

HRMS como referência: O HRMS é a grande referência em hospital público no estado, com uma abrangência que vai além do município de Campo Grande.

Apoio técnico: O HRMS deve atuar como apoio técnico nas especialidades que requerem maior tecnologia.

Exemplos de especialidades: Dr. João Ricardo destacou as atividades de procedimentos endovasculares em neurologia e cardiologia.

Atendimento a gestações de alto risco: O papel do HRMS no atendimento a gestações de alto risco e sua importância na Neonatologia também foram enfatizados.

3.2 VISITA AO HOSPITAL 25/JULHO/2024

Participantes da Visita:

- Dra. Marielle
- Dra. Roberta – HRMS
- Ricardo e Pablo – BID
- Lucas – EPE
- Juliana – EPE
- Rosirene – EPE
- Ricardo Tardelli - Pezco
- Outros

A visita ao hospital teve duração de aproximadamente 2 horas, durante as quais foram percorridos diversos pontos importantes da instituição. A seguir, destacam-se os principais locais visitados e as observações feitas:

Pronto Socorro

Condições Gerais: O Pronto Socorro estava com excesso de pacientes em macas nos corredores, totalizando cerca de 50 pacientes nessas condições. Não havia muitos pacientes em consultas simples, o que caracteriza a gravidade da demanda espontânea e dos encaminhamentos de outros serviços.

Áreas de Retaguarda: Completamente lotadas, sem nenhuma vaga disponível.

Sala Vermelha: Unidade semi-intensiva estava completamente lotada, com pacientes adicionais em macas improvisadas.

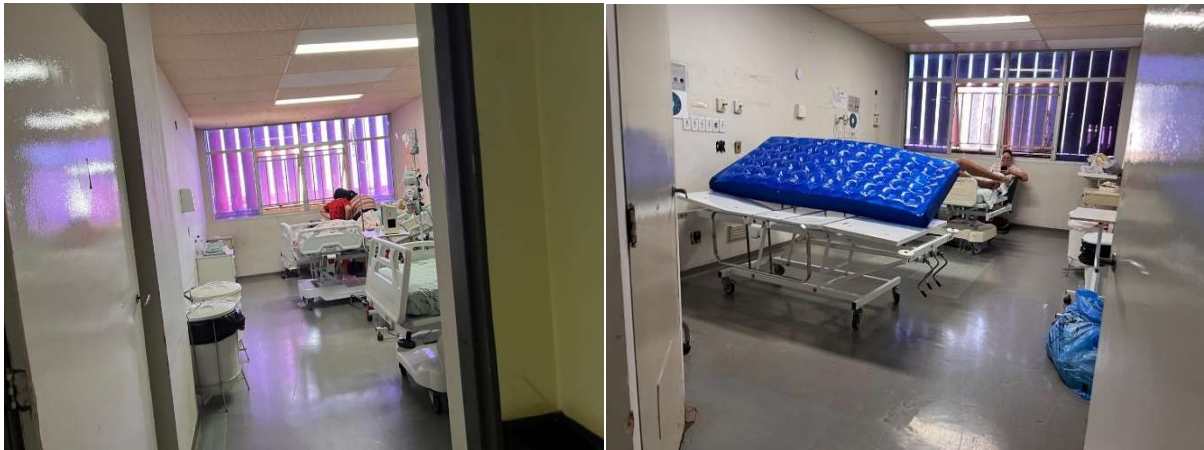
FIGURA 14 – IMAGEM DA SALA VERMELHA PRONTO SOCORRO HRMS EM 29/7/2024



Enfermarias

Configuração dos Quartos: As enfermarias comportam duas camas por quarto e possuem banheiro próprio. A área é de tamanho adequado, com boa iluminação e ventilação natural.

Ocupação: As alas destinadas aos pacientes de Clínica Médica e Cirurgia estavam com alta ocupação.

FIGURA 15 – IMAGENS DAS ENFERMARIAS COM DUAS CAMAS

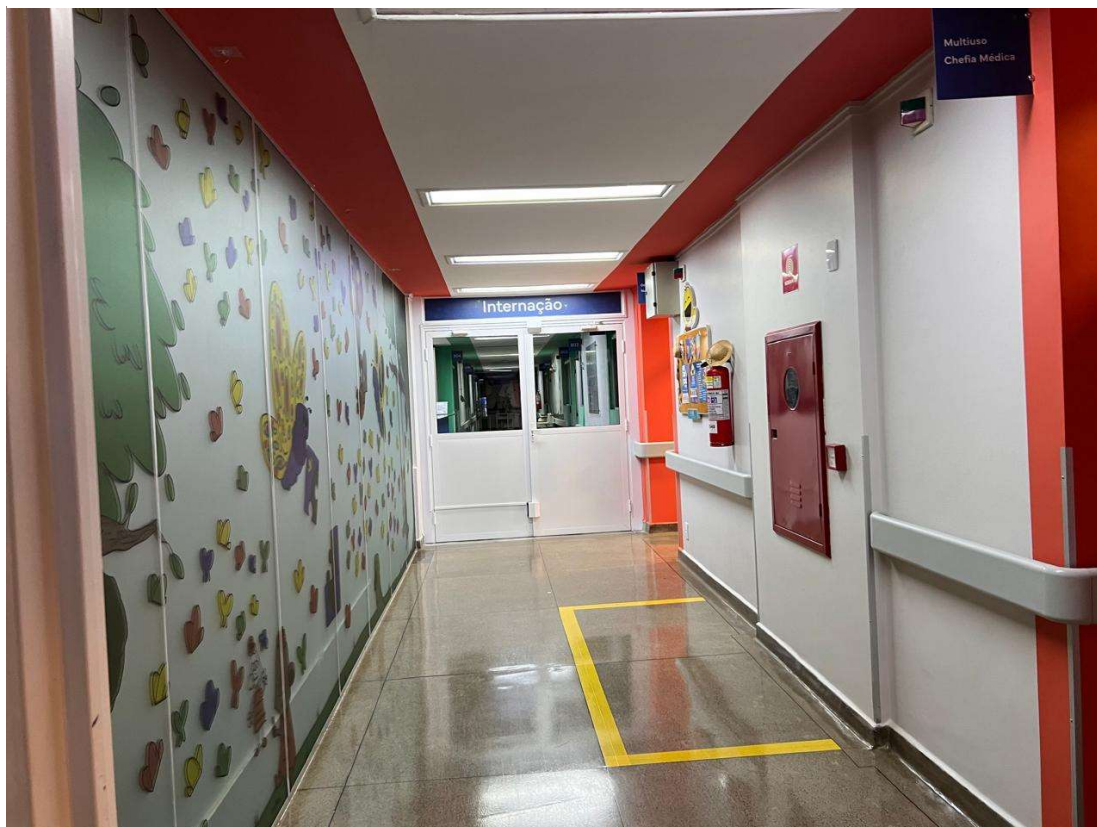
Enfermaria de Oncopediatria (8º Andar)

Reforma Recente: O 8º andar, que abriga a Oncopediatria, passou por uma reforma recente. A intervenção incluiu decoração infantil, nova pintura e troca de revestimentos.

FIGURA 16 – IMAGEM DO 8º ANDAR APÓS REFORMA

Ambiência Melhorada: Embora tenha sido uma intervenção pequena, a reforma trouxe uma ambiência significativamente melhor, servindo como exemplo do potencial de melhorias que poderiam ser implementadas nos demais andares em caso de uma recuperação estrutural.

FIGURA 17 - IMAGEM DO 8º ANDAR APÓS REFORMA



Parte Externa

Terreno do Hospital: A visita incluiu uma inspeção do terreno externo do hospital, que é utilizado como estacionamento, jardins e passeios.

Potencial de Expansão: O espaço é suficiente para a implantação de um novo edifício hospitalar. A exata localização e viabilidade serão objeto de estudos da área de engenharia e arquitetura.

FIGURA 18 – IMAGENS DA ÁREA EXTERNA DO HOSPITAL

A visita ao hospital permitiu uma avaliação detalhada das condições atuais das instalações e identificou áreas críticas que necessitam de atenção e expansão.

3.3 REUNIÃO POR VIDEOCONFERÊNCIA 29/JULHO/2024

Pauta: Regionalização da Saúde no Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

A reunião foi conduzida pelo Dr. João Ricardo Tognini, assessor especial da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES-MS).

Apresentação Inicial

O Dr. João Ricardo fez uma ampla apresentação da realidade econômica e demográfica do estado, combinando com o planejamento de saúde na assistência de média e alta complexidades. Ele informou que Mato Grosso do Sul possui 2.757.013 habitantes (IBGE), sendo os maiores municípios em relevância médica Campo Grande, Dourados e Três Lagoas. A expectativa da SES-MS é concentrar a atenção à alta complexidade nestas três cidades, conciliando com alguma atividade em média complexidade.

Pontos Principais da Apresentação

1. Fortalecimento do Sistema Hierarquizado:

- Prioridades: Áreas de oncologia, gravidez de alto risco, e ampliação de procedimentos minimamente invasivos em cirurgia endovascular, especialmente em neurologia e cardiologia.
- Hospitais Estaduais: Realidade dos hospitais nos três polos regionais e seus respectivos planos de expansão.

2. Estratégia de "Cinturões" de Atenção Hospitalar:

- Média Complexidade: Estímulo à criação de "cinturões" de atenção hospitalar de média complexidade em torno dos polos regionais.

- **Pactuações Regionais:** Importância das pactuações regionais sobre as competências de cada hospital componente da rede SUS.
- **Especialidades:** Cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia e clínica médica a serem atendidas nos hospitais que compõem o "cinturão" em torno dos polos.

3. Destaque para Corumbá:

- **Localização e Demografia:** Situado na fronteira do Brasil com a Bolívia, possui baixa densidade demográfica. Apenas dois municípios de importância, Corumbá e Ladário, somam pouco mais de 100 mil habitantes.
- **Desafios Regionais:** Isolamento do restante do estado pela grande área de preservação do Pantanal.
- **Soluções Propostas:**
 - **Transporte Aeromédico:** Expansão do transporte aeromédico para melhorar o acesso a cuidados de saúde.
 - **Teleatendimento:** Implementação de teleatendimento em cardiologia e neurologia para melhorar o prognóstico e desfecho de casos de infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral, com o uso de trombolíticos orientados à distância.

Conclusão

A reunião destacou a importância de um planejamento estratégico e regionalizado para a saúde no estado de Mato Grosso do Sul, com foco em fortalecer a hierarquização dos serviços de saúde e melhorar o acesso a cuidados de alta complexidade. A ênfase na criação de "cinturões" de atenção hospitalar de média complexidade e a implementação de soluções inovadoras como o transporte aeromédico e o teleatendimento são passos fundamentais para enfrentar os desafios específicos de regiões como Corumbá.

3.4 ENTREVISTA TELEFÔNICA 30/JULHO/2024

Entrevista telefônica com Dr. Paulo Limberger, Diretor Geral do HRMS.

A entrevista teve como objetivo abordar temas específicos relacionados ao HRMS, aproveitando a vasta experiência e conhecimento do Dr. Paulo Limberger sobre a instituição.

Vocação do Hospital

Dr. Paulo detalhou as especialidades atualmente praticadas no HRMS, esclarecendo que não há planos para mudanças no perfil das especialidades. A intenção é fortalecer e ampliar o atendimento nas áreas já existentes.

Expectativas com a Ampliação do hospital

Dr. Paulo destacou várias expectativas que poderão ser alcançadas com a ampliação dos serviços, incluindo:

Implantação de Diálise Peritoneal Ambulatorial: Ele explicou que as longas distâncias e muitas horas de deslocamento obrigam os pacientes renais crônicos a fazerem viagens exaustivas três vezes por semana. A diálise peritoneal ambulatorial permitiria que os pacientes realizassem o tratamento em casa, monitorados à distância.

Referência em Cardiologia

O HRMS é uma referência em cardiologia, realizando exames de eletrofisiologia, hemodinâmica e ressonância magnética de miocárdio. Dr. Paulo mencionou planos de desenvolvimento de teleatendimento, como tele ECG e teleconferências com médicos de localidades distantes. Ele também destacou que a lotação nos leitos de clínica médica tem causado internações na cardiologia, agravando a superlotação. Sugeriu a necessidade de expansão dos leitos de cardiologia, tanto na enfermaria quanto na unidade coronariana.

Superlotação do Pronto Socorro

Sobre a superlotação do Pronto Socorro, Dr. Paulo explicou que foram criados leitos de retaguarda no subsolo e uma unidade de terapia intensiva para o PS. No entanto, ainda há muitos pacientes nos corredores, indicando a necessidade de aumentar a retaguarda.

Oncologia

A oncologia foi identificada como uma área estratégica para o HRMS, com planos de ampliação tanto para adultos quanto para crianças. Dr. Paulo ressaltou a importância da implantação do serviço de oncohematologia.

Área Materno-Infantil

Dr. Paulo explicou que a ocupação da pediatria é condicionada pela sazonalidade, com leitos extras no período de março a junho e disponibilidade de vagas no restante do ano. A UTI neonatal está sempre lotada e necessita de ampliação.

Desafios de Recrutamento de RH

Por fim, Dr. Paulo mencionou a dificuldade do hospital em recrutar profissionais de saúde, tanto na enfermagem quanto médicos. Devido a essa escassez, há leitos bloqueados na clínica cirúrgica e na UTI.

A entrevista com Dr. Paulo Limberger forneceu uma visão abrangente dos desafios e planos futuros do HRMS. A ênfase está em fortalecer e expandir os serviços existentes, com foco em áreas críticas como cardiologia, oncologia e cuidados materno-infantis. A superlotação e a dificuldade de recrutamento de profissionais de saúde são desafios

significativos que necessitam de soluções urgentes para garantir a qualidade do atendimento.

3.5 VIDEOCONFERÊNCIA 31/JULHO/2024

Videoconferência com Dra. Maria Angélica Benetasso.

A entrevista foi realizada por videoconferência com a Dra. Maria Angélica Benetasso, responsável pela Regulação de Leitos e Oferta de Serviços da SES-MS. O objetivo foi entender a atuação da regulação da SES-MS, identificar os principais pontos críticos nas especialidades e obter a perspectiva da regulação em relação ao HRMS.

Expectativas e Importância do HRMS

Dra. Maria Angélica iniciou a entrevista destacando a grande expectativa do Sistema Único de Saúde (SUS) estadual em relação ao HRMS, ressaltando sua importância como o maior hospital público do estado e seu potencial para um crescimento expressivo. Ela explicou que a rede hospitalar estadual é altamente dependente dos recursos da capital, incluindo o HRMS.

Superlotação e configuração Atual

Comentando sobre a superlotação do HRMS, Dra. Maria Angélica explicou que a configuração atual, onde o hospital atende tanto à demanda espontânea quanto à demanda regulada, pode ser uma das causas da sobrecarga. Ela sugeriu que, idealmente, o acesso ao hospital deveria ser totalmente regulado, alinhando-se às tendências atuais de reservar hospitais com maior aporte tecnológico para pacientes de maior gravidade.

Aumento da Resolutividade e Especialidades

Dra. Maria Angélica enfatizou que o aumento da resolutividade do HRMS pode contribuir significativamente para sua eficiência. Ela destacou a necessidade de incrementar algumas especialidades que atualmente não estão adequadamente dimensionadas, como infectologia e reumatologia.

Participação do Dr. Joaquim Vinha

Durante a entrevista, o Dr. Joaquim Vinha, urologista do HRMS, também participou e manifestou a necessidade de maior aporte tecnológico para a especialidade de urologia. Ele destacou que o HRMS conta com 14 urologistas e que a disponibilidade de equipamentos poderia aumentar a produtividade da equipe.

Importância da UTI Pediátrica

Dra. Maria Angélica destacou a importância da UTI Pediátrica do HRMS, mencionando que é uma das poucas alternativas disponíveis para casos pediátricos graves na região.

FIGURA 19 – GRADE DE REFERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – HRMS

Grade de Referência da urgência e emergência - HRMS

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia cardiovascular adulto • Cardiologia • Cardiologia hemodinâmica • Cirurgia Geral • Cirurgia Pediátrica • Clínica médica • Pediatria • Gestação de alto risco • Gestação de risco habitual • Ginecologia • Nefrologia • Hemorragia digestiva em pacientes cirróticos | <ul style="list-style-type: none"> • Urologia • Neurologia clínica • Cirurgia torácica • Hematologia geral • Vascular venoso • Acidente com animais peçonhentos • Psiquiatria – Desintoxicação (serviço exclusivo) • Intoxicação exógena • UTI NEO • UTI PEDIATRICA • UTI ADULTO |
|--|--|



Fonte: SES-MS

FIGURA 20 - GRADE DE REFERÊNCIA DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ONCOLOGIA HRMS

Grade de Referência da urgência e emergência Oncologia do HRMS

- Onco-hematologia adulto
- Onco-hemato pediátria
- Esôfago-gastro-duodenal, de vísceras anexas e outros órgãos intra-abdominais
- Proctologia
- Ginecologia
- Ossos e partes moles
- Cirurgia torácica



Fonte: SES-MS

Transição na Gestão da Regulação

Por fim, Dra. Maria Angélica relatou que estão passando por um momento de transição na gestão da regulação. O estado passará a gerenciar os recursos do HRMS por meio de sua regulação estadual, diferentemente do modelo atual, onde o município é responsável pela regulação da oferta de serviços do SUS. Ela explicou que essa medida se justifica pela abrangência da cobertura do HRMS, que deve atender a toda a macrorregião, extrapolando os limites do município.

A entrevista com a Dra. Maria Angélica Benetasso forneceu uma visão detalhada dos desafios e perspectivas da regulação de leitos e oferta de serviços no HRMS. A ênfase está na necessidade de uma regulação mais eficiente, aumento da resolutividade e expansão de especialidades críticas. A transição na gestão da regulação promete melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços prestados pelo HRMS, beneficiando toda a macrorregião.

3.6 REUNIÃO SECRETÁRIO DA SAÚDE MS 05/AGOSTO/2024

Participantes da reunião:

Representantes do EPE – Eliane Detoni, Juliana Pegolo, Lucas Giuseppin e outros

Representantes da SES-MS – Secretário de Saúde Dr. Maurício Simões Correa, Dra. Marielle Alves C. Esgalha, Dr. Paulo Limberger e outros

Representantes do BID – Ricardo Silva, Pablo Lustosa

Representantes do Consórcio Pezco-TPF-Souza Okawa – Frederico Turolla, Giovani Oliveira, Evelin Teixeira Alves, Keiti Oliveira, Ricardo Tardelli, Ainoan Diniz, Lana Farias, Cristina Gomes, Fernando Gallacci e outros

O objetivo da reunião foi discutir, juntamente com a Secretaria da Saúde e o Escritório de Parcerias Estratégicas, uma proposta de utilização do atual prédio do HRMS e, conjuntamente, definir as dimensões de leitos do novo hospital.

Estrutura da Apresentação

A apresentação foi dividida em três partes:

1. Situação atual e desafios do HRMS
2. Transição demográfica e perfil epidemiológico
3. Proposta preliminar de cenários para a PPP do HRMS

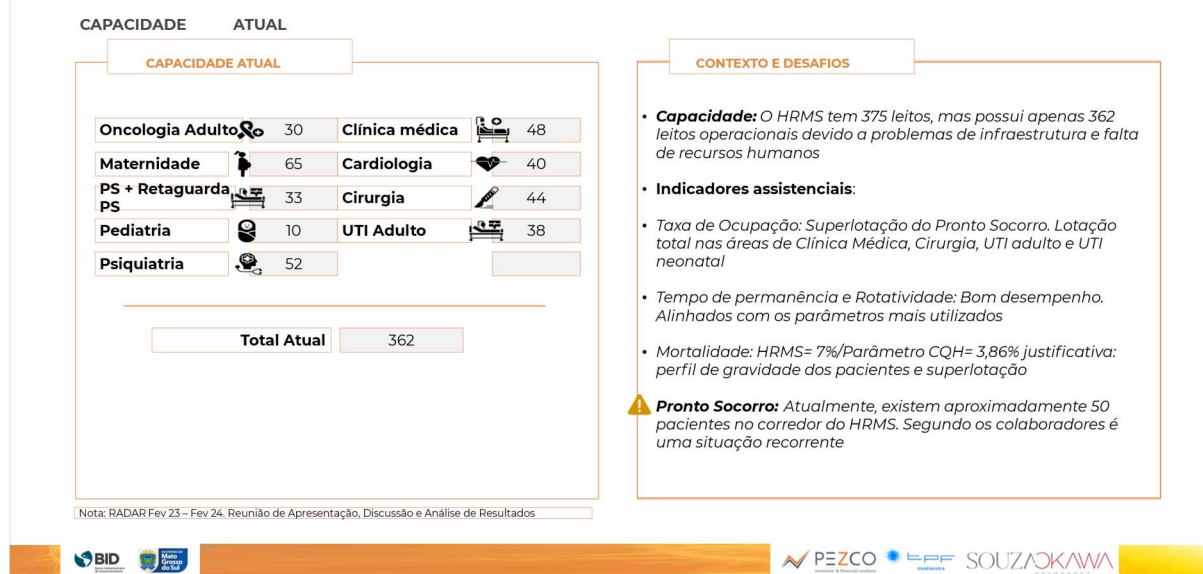
Situação Atual do HRMS

O cenário apresentado pelo hospital mostra uma ocupação de 362 leitos, onde o principal desafio assistencial são os pacientes nos corredores do pronto-socorro. Como

se trata de um hospital geral, foram destacadas as principais áreas: oncologia, clínica médica, cardiologia, cirurgia, complexo materno-infantil, UTIs e pronto-socorro.

Os dados indicam que os indicadores de desempenho hospitalar são bons, alinhando-se aos institutos de qualidade referenciais, como tempo de permanência e rotatividade de leitos. No entanto, a taxa de ocupação revela superlotação no pronto-socorro e lotação total nas áreas de clínica médica, cirurgia, UTI adulto e UTI neonatal. Atualmente, cerca de 50 pacientes permanecem no corredor do pronto-socorro.

FIGURA 21 – CENÁRIO ATUAL



A finalidade da apresentação deste tópico foi mostrar um hospital com uma lotação muito elevada e bom desempenho em seus indicadores de eficiência. Essa situação caracteriza que a produtividade esperada do hospital está sendo alcançada, ou seja, para aumentar a produção hospitalar, a expansão da infraestrutura é imprescindível.

Vocações do Hospital

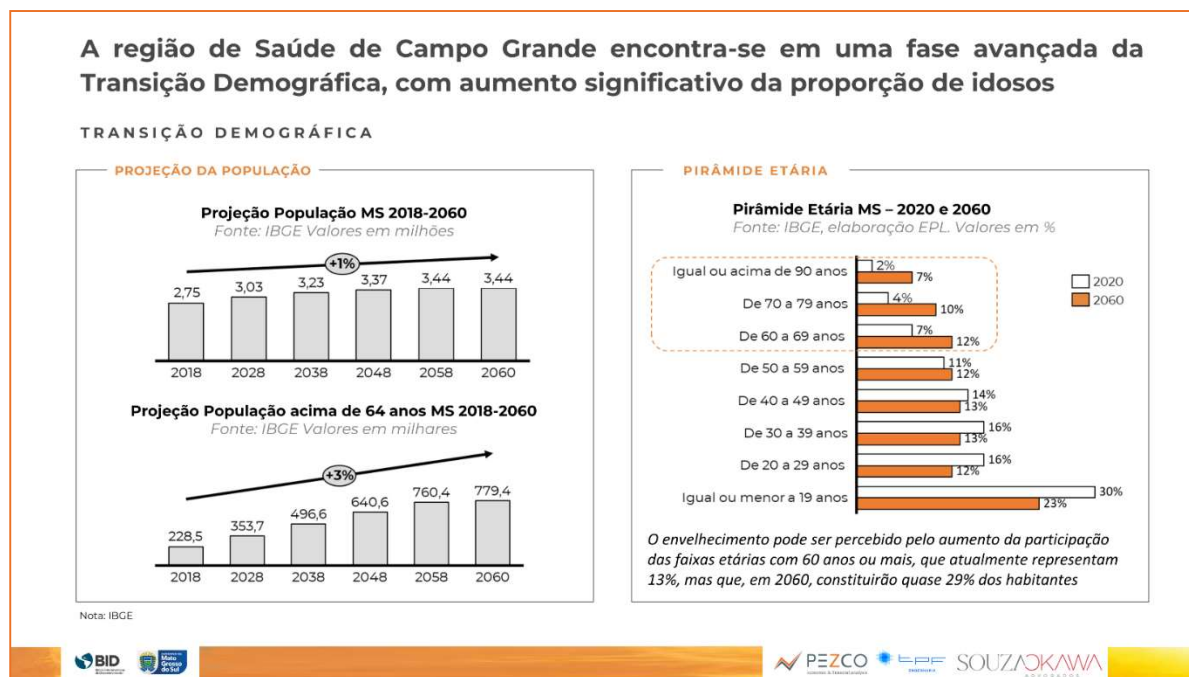
O próximo tópico da apresentação referiu-se às vocações do hospital. Foram apresentadas as principais especialidades desenvolvidas no hospital, as possibilidades de expansão dessas especialidades e a proposição de fortalecimento de sua vocação sem a ampliação de grandes especialidades que hoje não são presentes no hospital, como o atendimento a pacientes politraumatizados.

A confirmação por parte da alta gestão do governo estadual sobre a vocação do hospital permite mais clareza no planejamento de sua expansão, delimitando quais especialidades receberiam um aumento em sua capacidade.

Realidade Demográfica e Epidemiológica

Foram exibidas informações sobre a realidade demográfica e epidemiológica do estado. A transição demográfica, com aumento da presença de idosos na pirâmide populacional observada em todo o país, também está presente no Mato Grosso do Sul. Essa tendência deve se acentuar nas próximas décadas, levando à conclusão da necessidade de investimento nas áreas relacionadas a doenças do envelhecimento.

FIGURA 22 – SUMÁRIO SOBRE TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA



O perfil epidemiológico do estado está alinhado com o cenário nacional. As doenças mais comuns e que são causas de mortalidade incluem doenças cardiocirculatórias, neoplasias, causas externas como acidentes e violência, e doenças respiratórias.

Proposta de Cenários para a PPP

Com base no panorama apresentado, foram feitas simulações de cenários de arranjos organizativos que incluam o atual prédio do hospital em um modelo de unidades hospitalares. As premissas importantes incluem:

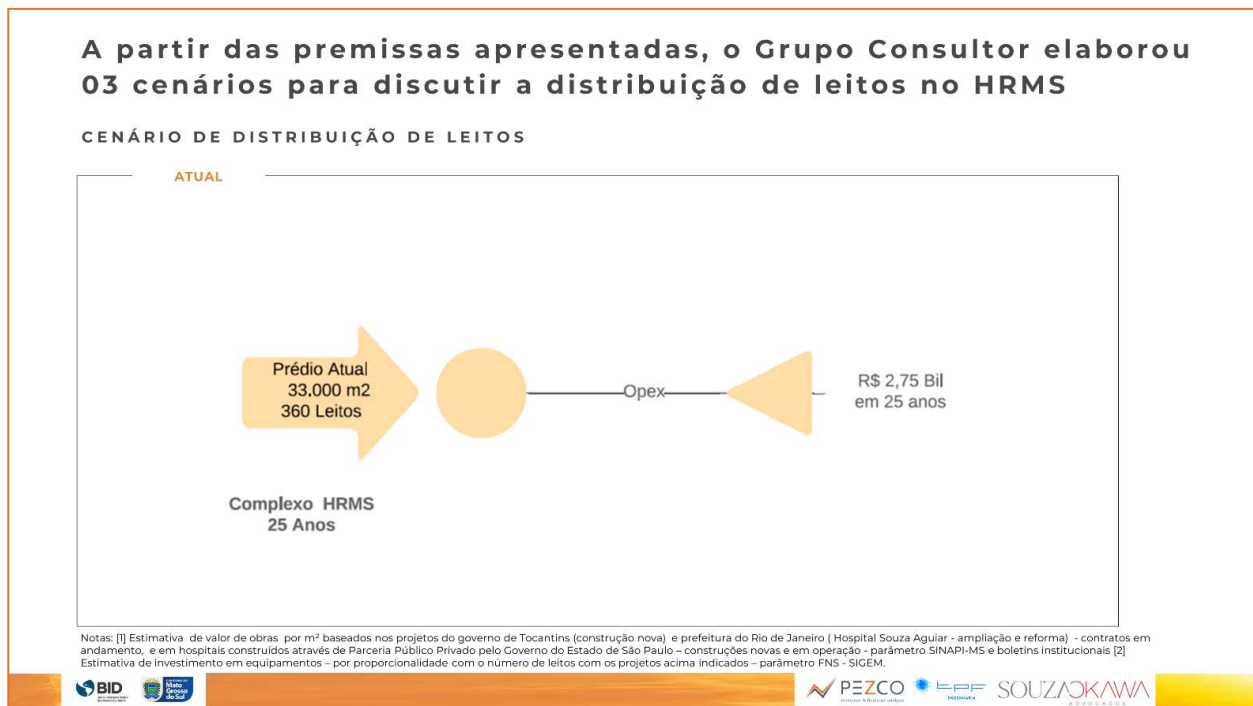
1. Concessão bata cinza: A concessionária seria responsável apenas pela infraestrutura, construção, manutenção e operação das áreas de apoio, excluindo atividades assistenciais.
2. Reforma e construção: A concessionária seria responsável pela reforma do prédio atual e construção do novo prédio.
3. Aquisição de equipamentos e mobiliário: A concessionária equiparia ambos os prédios, entregando o hospital pronto para operação.

4. Estimativa de construção: Planejamento de 100 m² de área construída por leito hospitalar, incluindo áreas de apoio, administrativas, pronto-socorro, ambulatório, recepção, áreas de ensino e outras.
5. Possibilidade de expansão futura: Planejamento deve incluir áreas que possam atender demandas futuras.
6. Áreas tecnológicas no novo bloco: O novo bloco deve conter áreas tecnológicas como bloco cirúrgico, UTI, diagnóstico por imagem etc.
7. Áreas de apoio compartilhadas: Almoxarifado, farmácia, cozinha e outras áreas de apoio seriam compartilhadas entre os dois blocos.
8. Novas tecnologias: Incorporação de tecnologias que aumentem a eficiência e sustentabilidade, como transporte pneumático para amostras de sangue e medicamentos.
9. Pronto-socorro no prédio atual: O pronto-socorro permaneceria no prédio atual, com ampliação de seus leitos de retaguarda.

Cenários Apresentados

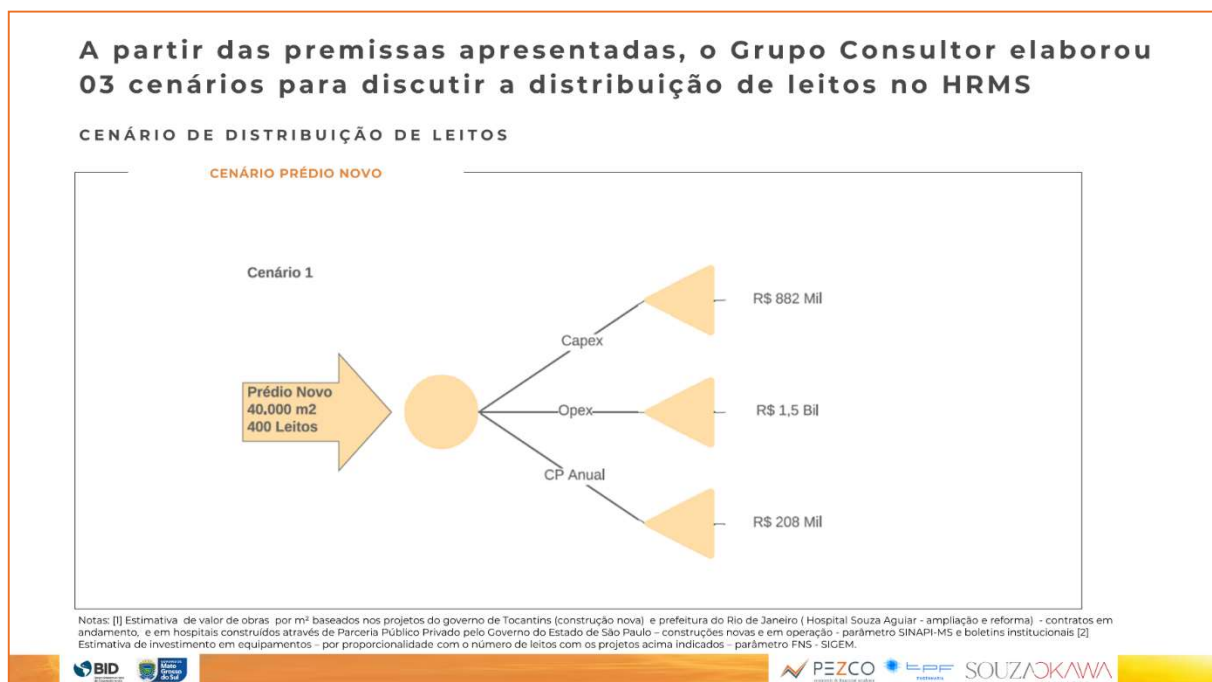
1. Cenário Atual: Prédio de 33.000 m² com 360 leitos. Estimativa de gasto anual de R\$ 110 milhões em OPEX, totalizando R\$ 2,75 bilhões em 25 anos.

FIGURA 23 – REPRESENTAÇÃO DO CENÁRIO DO TERMO DE REFERÊNCIA



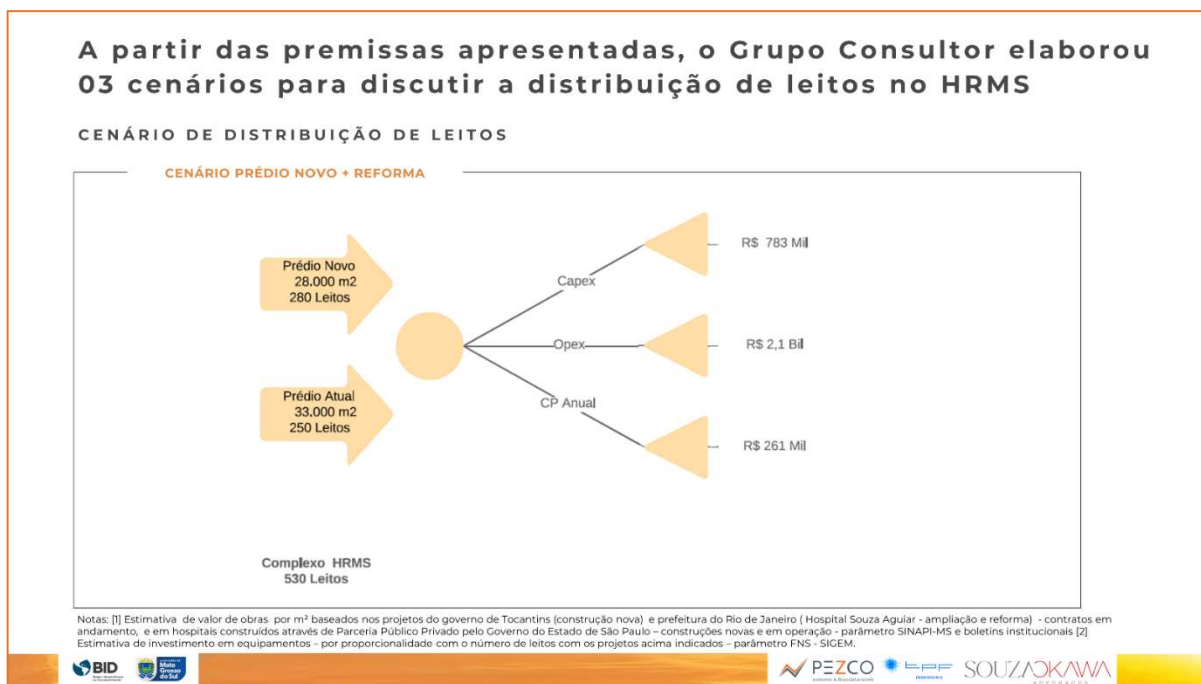
2. Cenário do Termo de Referência: Novo hospital com 400 leitos e 40.000 m². Estimativa de CAPEX de R\$ 882 milhões e OPEX anual de R\$ 150 milhões, totalizando R\$ 3,75 bilhões em 25 anos.

FIGURA 24 – REPRESENTAÇÃO DO CENÁRIO ATUAL



3. Cenário Combinado: Atual prédio com 250 leitos e novo prédio com 280 leitos e 28.000 m². Estimativa de CAPEX de R\$ 783 milhões e OPEX de R\$ 2,1 bilhões em 25 anos. Contraprestação anual estimada em R\$ 261 milhões.

FIGURA 25 – REPRESENTAÇÃO DO CENÁRIO COMBINADO



Discussão e Decisão

O Sr. Secretário manifestou preferência pelo terceiro cenário, justificando que o aumento de leitos de 362 para 530 é favorável, apesar das despesas operacionais serem um pouco maiores que no segundo cenário. A Dra. Marielle, Presidente da FUNSAU, e o Dr. Paulo, diretor do hospital, também se manifestaram favoráveis ao terceiro cenário pelas mesmas razões.

Todos os participantes da reunião concordaram unanimemente com o terceiro cenário. O secretário solicitou que os estudos avancem no formato de aproveitamento dos dois prédios, com equilíbrio entre as dimensões de um e de outro, levando as atividades de maior aporte tecnológico para o novo prédio. Destacou a importância do HRMS no cenário da saúde pública do estado e a vantagem de um bom planejamento das obras para permitir que o hospital atual continue funcionando sem prejuízo da produtividade.

O Sr. Secretário finalizou afirmando que levará as estimativas financeiras para as autoridades do estado para confirmar a disponibilidade orçamentária para o cenário número 3. Foram discutidos aspectos de distribuição de leitos entre os dois hospitais para obter a melhor e mais racional utilização dos prédios. Uma planilha comparativa

entre a situação atual e a futura foi apresentada, e a equipe da Secretaria Estadual da Saúde, liderada pela Dra. Marielle, completará essa planilha.

A reunião foi bem-sucedida em obter diretrizes para o desenvolvimento do projeto. A rápida decisão do secretário e da equipe permite que o cronograma se mantenha e que as áreas de engenharia, finanças e jurídico possam cumprir as etapas pertinentes ao projeto.

3.7 VISITA AO HOSPITAL 05 E 06/AGOSTO/2024

A visita ao Hospital Regional de Mato Grosso do Sul - Rosa Pedrossian ocorreu na tarde do dia 05 de agosto de 2024, tendo como participantes os integrantes do corpo técnico do Consórcio PEZCO - TPF - SOUZA OKAWA, representantes da EPE, da SES-MS, da AGESUL e BID, que em sua maioria estavam presentes na reunião com o Secretário Maurício Simões, realizada pela manhã na EPE, a qual foi descrita acima.

FIGURA 26 – VISITA TÉCNICA AO HRMS REALIZADA NO DIA 05 DE AGOSTO DE 2024



FONTE: <https://www.instagram.com/EPE>

Ainda, no dia 06 de agosto de 2024, representantes do time de engenharia do grupo Consultor realizaram uma nova visita ao hospital, sendo essa acompanhada pela Dra. Marielle Alves e Melissa Macedo, representando a SES-MS, Juliana Pegolo e Roberta Alves, sendo discutidos assuntos como:

- Fluxos atuais do hospital;
- Verificação da aderência do *as built* existente à situação atual;

- Levantamento de deficiências e necessidades;
- Levantamento dos ambientes que estão passando por reforma e sua aderência às legislações vigentes, a exemplo da nefrologia;
- Levantamento dos principais problemas relacionados à infraestrutura do hospital, desde infiltrações a problemas com o sistema de climatização, dados e voz e circuitos elétricos;
- Realização de questionamentos acerca do quantitativo de servidores e usuários que utilizam determinados ambientes;
- Entendimento do funcionamento da gestão do HRMS e identificação de possíveis gargalos; e
- Levantamento dos equipamentos já adquiridos pela SES-MS ou pelo Governo Federal etc.

O resultado obtido através da realização das visitas ao HRMS encontra-se sumariamente discorrido na sequência.

Inicialmente confirmou-se que a obra do HRMS foi entregue em 1994, sendo então inaugurado em 1997. Ao longo dos anos, devido as necessidades requeridas, o hospital foi se expandindo. Porém, devido a essas alterações e a implantação de equipamentos mais modernos, que demandam altas potências, o sistema elétrico e a rede lógica passaram a apresentar deficiência na oferta, o que tem gerado recorrentes manutenções. Somado a isto, o sistema de HVAC (Aquecimento, Ventilação e Ar-Condicionado) se deteriorou ao longo dos anos. No projeto original, o HRMS contava com um sistema de 03 (três) *chillers* e atualmente apenas 01 (um) encontra-se em funcionamento (parcial).

Importante ressaltar que a gestão dessas manutenções de menor porte são realizadas por uma equipe própria do HRMS, porém, quando se trata de reformas de maior porte, estas são gerenciadas pela AGESUL. Segundo o representante Gustavo da AGESUL, existem projetos de climatização em andamento e que estes estão quase prontos, porém, destaca-se a importância de um diagnóstico geral e, conseqüentemente, de projeto, que contemple este sistema em sua totalidade.

Outro gargalo enfrentado são as diversas “paradas” dos elevadores do Bloco 01. Ao total, existem 05 (cinco) elevadores, sendo 3 (três) para acesso de usuários em geral e macas. Os outros dois são de acesso apenas para usuários. Está sob a responsabilidade da AGESUL a substituição dos elevadores.

Ainda, atualmente, existem 4 reformas “em andamento” ou “a iniciar” no HRMS:

- Nefrologia;
- Reforma da CME;
- Reforma da fachada, vidros, películas. Não abarca a portaria;

- Reforma da pediatria no 3º andar;

O Consórcio, por sua vez, destacou que, como o projeto da Nefrologia foi desenvolvido em 2012, este já não atende a algumas normas atuais. Além disso, constatou-se que algumas áreas estão subdimensionadas e que seria mais prudente refazer o projeto e paralisar a obra.

Quanto à reforma da pediatria, localizada no 3º andar do Bloco 1, os pacientes que ali estavam foram distribuídos para o 5º andar.

Além disso, existe o projeto de reforma do Centro Cirúrgico, porém não há previsão da obra acontecer. E por fim, existe a obra de implantação da radioterapia, que segundo foi informado, está em andamento há 10 anos, sendo essa de responsabilidade do Governo Federal. Foi esclarecido que o estado do MS não tem nenhuma responsabilidade sobre essa obra, apenas quando em operação. Destaca-se que, o equipamento é de 2012 e, portanto, já está obsoleto, sendo necessário um aporte de R\$ 8 milhões para sua atualização.

FIGURA 27 – OBRA DA RADIOLOGIA



FONTE: Consórcio PEZCO, TPF ENGENHARIA e SOUZA OKAWA

Dentre os ambientes visitados está o anfiteatro/auditório, projetado para 450 lugares, que nunca teve a sua obra finalizada e que hoje funciona como um depósito de equipamentos e mobiliários – Patrimônio. Além disso, verificou-se que o ambiente não possui saídas de emergência/ rotas de fuga, não atendendo, portanto, a NBR 9077 da ABNT. Também não atende a Norma ABNT-NBR-9050, que trata sobre Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.

Conforme comentado pela atual gestão do HRMS, planeja-se transferir todos os equipamentos e mobiliários para um outro local para que o local seja reabilitado à sua funcionalidade inicial.

FIGURA 28 – ANFITEATRO/ AUDITÓRIO

FONTE: Consórcio PEZCO, TPF ENGENHARIA e SOUZA OKAWA

Atualmente, cozinha e restaurante encontram-se inativos. O salão do restaurante hoje abriga a Central de Equipamentos, estando, portanto, em um ambiente inadequado.

Há alguns anos existia a distribuição das dietas nas enfermarias, porém o RH foi diminuindo e o controle da distribuição e do recolhimento e descarte desses resíduos ficou comprometida.

Já com relação as refeições para os servidores que têm carga horária superior a 8 horas, o HRMS possui um contrato com uma empresa terceirizada, que fornece almoço e janta. Ademais, em termos de refeitório, a gestão hospitalar pontuou a necessidade de implantação de dois refeitórios, um para os usuários (pacientes e acompanhantes) e outro para os servidores.

Outro setor/serviço que possui contrato com terceiros é a lavanderia, no entanto 25% desse serviço ainda é realizado pelo HRMS. Destaca-se que na atualidade essa modalidade não vem sendo mais praticada nas abrangências dos hospitais e, portanto, no projeto de reforma e ampliação do HRMS, escopo do presente contrato, não será considerado nenhum ambiente para esse serviço.

Outrossim, outro setor que não se encontra dentro do perímetro do HRMS é o almoxarifado, em decorrência do grande volume de insumos armazenados. Durante a visita, a atual gestão hospitalar comentou da necessidade de incorporá-lo de volta ao

hospital. Um ponto de atenção levantado é que o atual almoxarifado não tem gerador, fato este considerado grave, visto que a interrupção do suprimento energético nesse ambiente pode ocasionar efeitos irreversíveis. Nas imagens a seguir são apresentadas áreas não climatizadas, com a presença de paletes, evitando o contato direto com o piso dos materiais, em atendimento as normas da vigilância sanitária. Podem ser verificados, ainda, a presença de prateleiras, no entanto, não há empilhadeiras para realizar a movimentação vertical entre estas, o que ocasiona a horizontalização do almoxarifado, e, conseqüentemente, maior área de armazenamento.

FIGURA 29 – ALMOXARIFADO



FONTE: Consórcio PEZCO, TPF ENGENHARIA e SOUZA OKAWA

A área externa do HRMS possui estacionamento, contudo não há nenhum tipo de controle para o acesso de veículos, gerando diversos gargalos. O ideal é que possa existir esse controle para que apenas pacientes e seus acompanhamentos, assim como servidores tenham esse acesso. Na região de Campo Grande, a Santa Casa é o segundo hospital mais importante e neste há a cobrança para acesso ao estacionamento.

Quanto às irregularidades identificadas, verificou-se que a organização dos resíduos hospitalares e comuns é realizada em local inadequado, conforme apresentado nas imagens a seguir. Além disso, o recolhimento destes é realizado pela Prefeitura, sem a cobrança de nenhum tipo de taxa.

FIGURA 30 - LOCAL DESTINADO AO RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS HOSPITALARES E COMUNS



FONTE: Consórcio PEZCO, TPF ENGENHARIA e SOUZA OKAWA

Além dos pontos levantados acima, a gestão hospitalar pontuou necessidades de melhoria que precisam ser contempladas no projeto de reforma e ampliação, assim como a ambição quanto à ampliação dos serviços ofertados pelo HRMS e que precisam de infraestrutura para tal, a saber:

- Áreas de descanso destinadas aos médicos, enfermeiras e residentes, visto que o projeto original do HRMS não contemplou essas áreas, e que segundo a Portaria nº 2048/2008 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a área de Urgência e Emergência, prevê a obrigatoriedade da existência de uma sala de descanso que

possua banheiros e vestiários, de modo que o profissional possa ter suas necessidades básicas atendidas. Atualmente, como forma de atendimento à referida Portaria, a gestão hospitalar utilizou alas de enfermarias para uso de descanso;

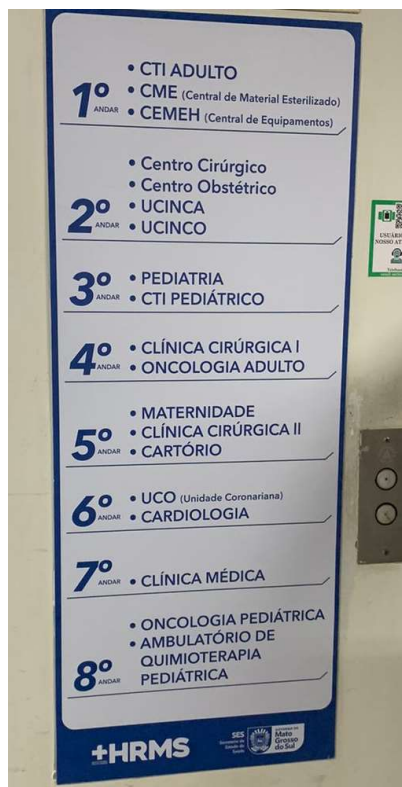
- A área destinada à Administração do HRMS pode ser mantida no mesmo local – Térreo do Bloco 01, ou, alternativamente, pode ser realocada para uma nova área a ser construída no novo prédio do almoxarifado
- Aumento de 01 ilha de UTI Neonatal;
- Aumento de 01 unidade intermediária;
- Setorização da parte materno-infantil em um andar - UTI – Centro Cirúrgico – Internação;
- Pediatria de Oncologia continua no 8º andar, mas se faz necessária reforma do telhado em função das infiltrações existentes;
- Análise da viabilidade da inclusão de aquecedor solar na reforma dos blocos existentes;
- Proposição de mais uma entrada de acesso ao hospital, visto que atualmente existe apenas uma, que fica nas proximidades da entrada do Bloco 01. De preferência, esta entrada deve ser próxima ao PAM;
- Ampliação da recepção do ambulatório;
- O laboratório pode ser realocado, visto que o paciente tem que percorrer um longo caminho dentro do hospital para acessá-lo;
- O prédio novo deve ser voltado à alta complexidade, abarcando todo o acervo tecnológico;
- A pandemia mostrou a necessidade de flexibilidade com relação a estrutura/ métodos construtivos;
- Expansão do teleatendimento. A nefrologia, reumatologia e cardiologia são especialidades que precisam entrar no teleatendimento;
- Preservação da maternidade no prédio atual; e
- Consideração de que a necessidade da oncologia é mais ambulatorial do que de leito, visto que existe apenas 20 poltronas atualmente, o que gera gargalos no atendimento.

Por fim, com o objetivo de trazer uma visão global da setorização do hospital, na sequência encontra-se algumas informações acerca dos ambientes existentes em cada bloco:

- **Setorização BLOCO 01** (conforme imagem abaixo)
 - Subsolo: lavanderia, refeitório, cozinha, farmácia, lactário, vestiário servidor, rouparia;
 - Térreo: administração;
 - 1º andar: CTI, Hemodiálise, CME, Central de Equipamentos, Auditório;
 - 2º andar: Centro obstétrico, Centro cirúrgico, Neo materno infantil/ TIM/ UCINCA

- 3º andar: Pediatria;
- 4º andar: Internação cirúrgica e clínica;
- 5º andar: Maternidade internação;
- 6º andar: UCO e cárdio;
- 7º andar: Clínica médica;
- 8º andar: Oncologia pediátrica;

FIGURA 31 – SETORIZAÇÃO BLOCO 01



FONTE: Consórcio PEZCO, TPF ENGENHARIA e SOUZA OKAWA

- **Setorização BLOCO 02**
 - Patologia, imagem, hemodiálise, EMOSUL, assistência social laboratório, banco de leite, endoscopia, patologia;
- **Setorização BLOCO 03**
 - PAM, psiquiatria (álcool e drogas), ambulatório e emergência;

Por derradeiro, importante destacar que, para o desenvolvimento do projeto de reforma e ampliação do HRMS serão considerados todos os pontos colocados ao longo deste tópico assim como o Programa de Necessidades validado pela gestão hospitalar.

3.8 REUNIÃO DO COMITÊ ESTRATÉGICO DE 19/AGOSTO/2024

Realizada com o objetivo de apresentar ao Comitê Estratégico as principais informações levantadas acerca da demanda assistencial do HRMS, com vistas ao planejamento do número de leitos e demais áreas do hospital, bem como à definição das diretrizes das

atividades que serão destinadas à concessionária no bojo do contrato de concessão administrativa.

Na presente entrega qualificada foram apresentadas ao Colegiado informações quanto (i) aos principais indicadores assistenciais avaliados pelo Grupo Consultor, cujos dados foram extraídos do RADAR - Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados; (ii) ao cenário demográfico e ao contexto epidemiológico da macrorregião de Campo Grande, extraídos do DATASUS; (iii) à descrição das principais especialidades desenvolvidas no HRMS, oriundas da SES/MS; (iv) às premissas para elaboração dos cenários do HRMS; (v) ao cenário projetado do HRMS (com 577 leitos); (vi) às propostas de ampliação de leitos por especialidade, do pronto socorro e do ambulatório; e (vii) à necessidade da definição do incremento tecnológico do novo hospital e outros detalhes de arquitetura e engenharia, conforme consignado nos slides adiante declinados:

FIGURA 32 – INDICADORES ASSISTENCIAIS (RADAR)

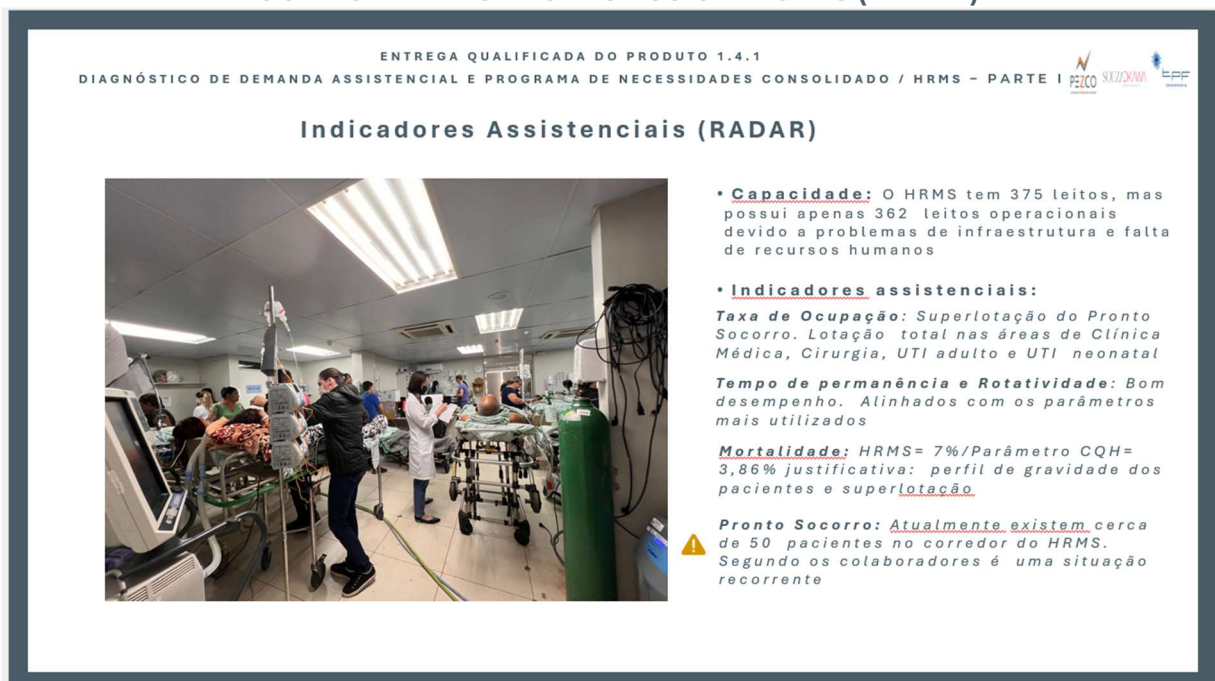


FIGURA 33 – CENÁRIO DEMOGRÁFICO DA MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE

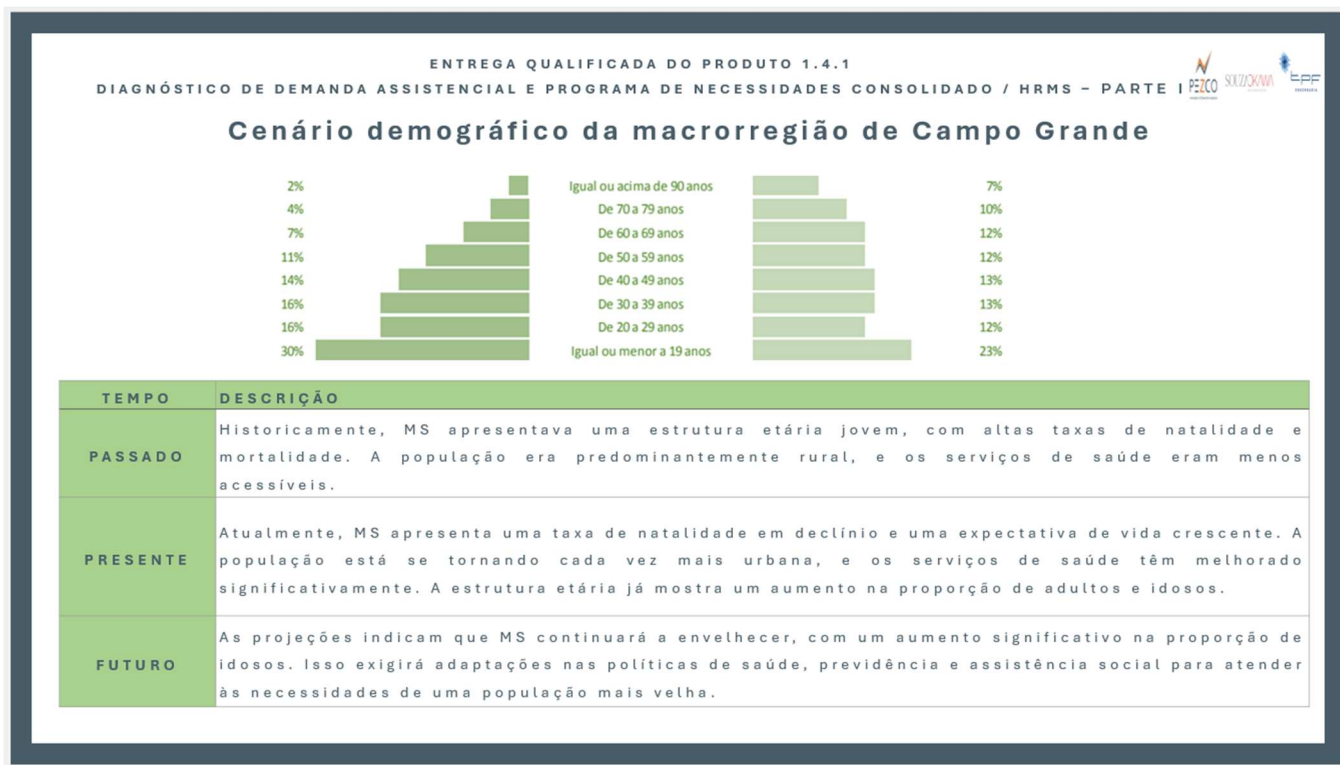


FIGURA 34 – CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE



FIGURA 35 – PRINCIPAIS ESPECIALIDADES DESENVOLVIDAS NO HRMS

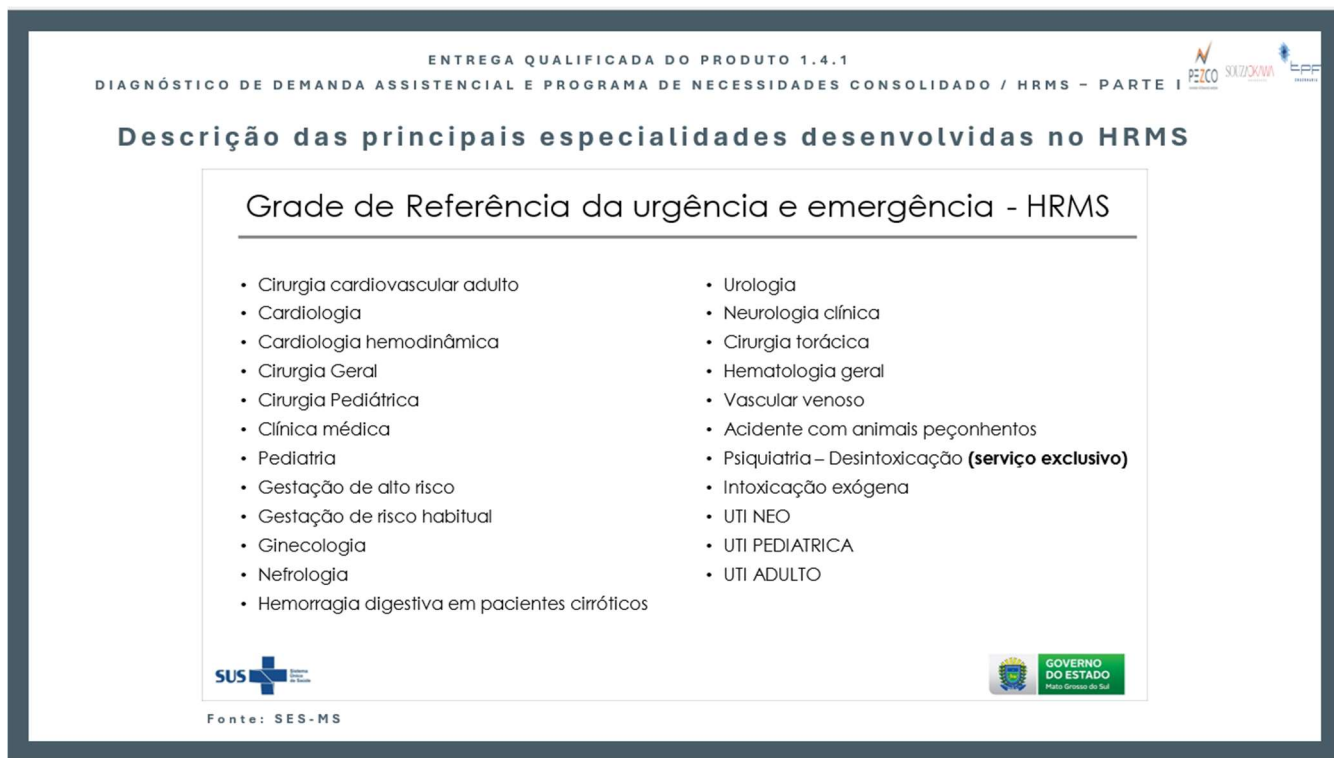


FIGURA 36 – PREMISSAS PARA ELABORAÇÃO DE CENÁRIOS

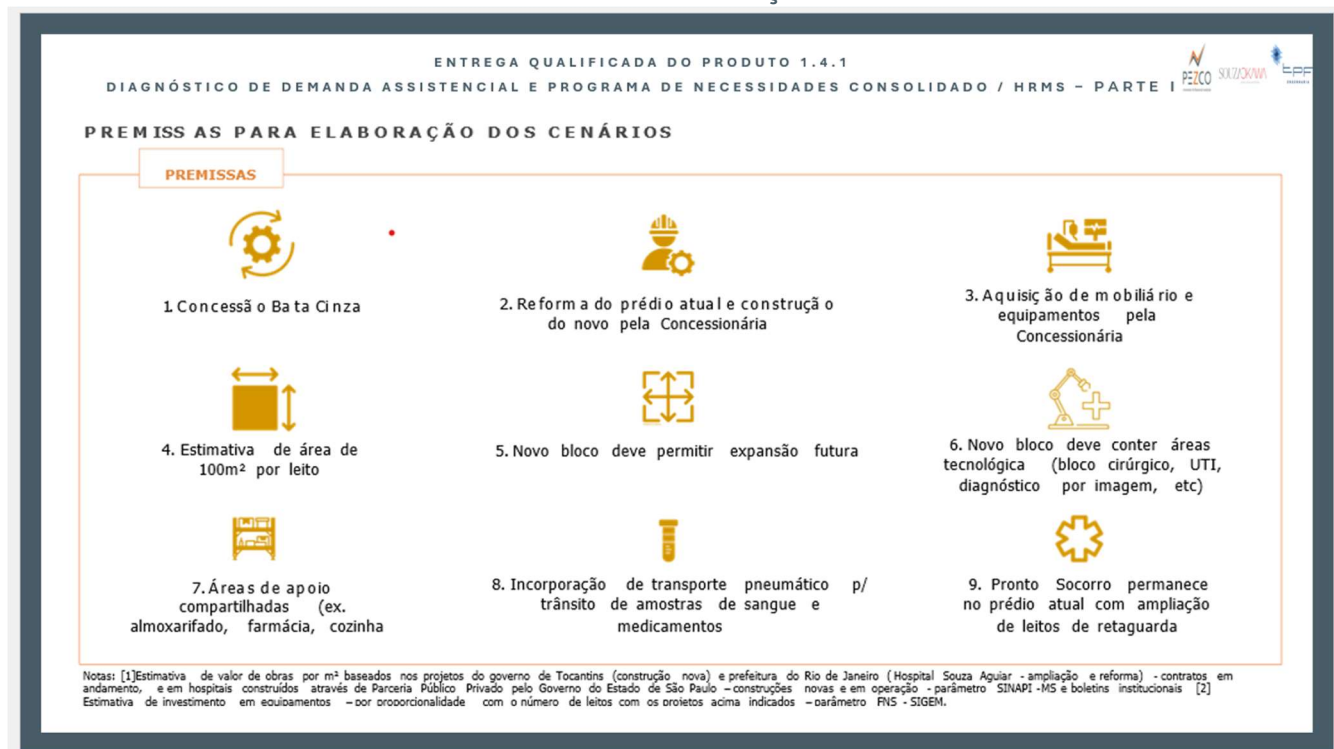


FIGURA 37 – CENÁRIO PROJETADO

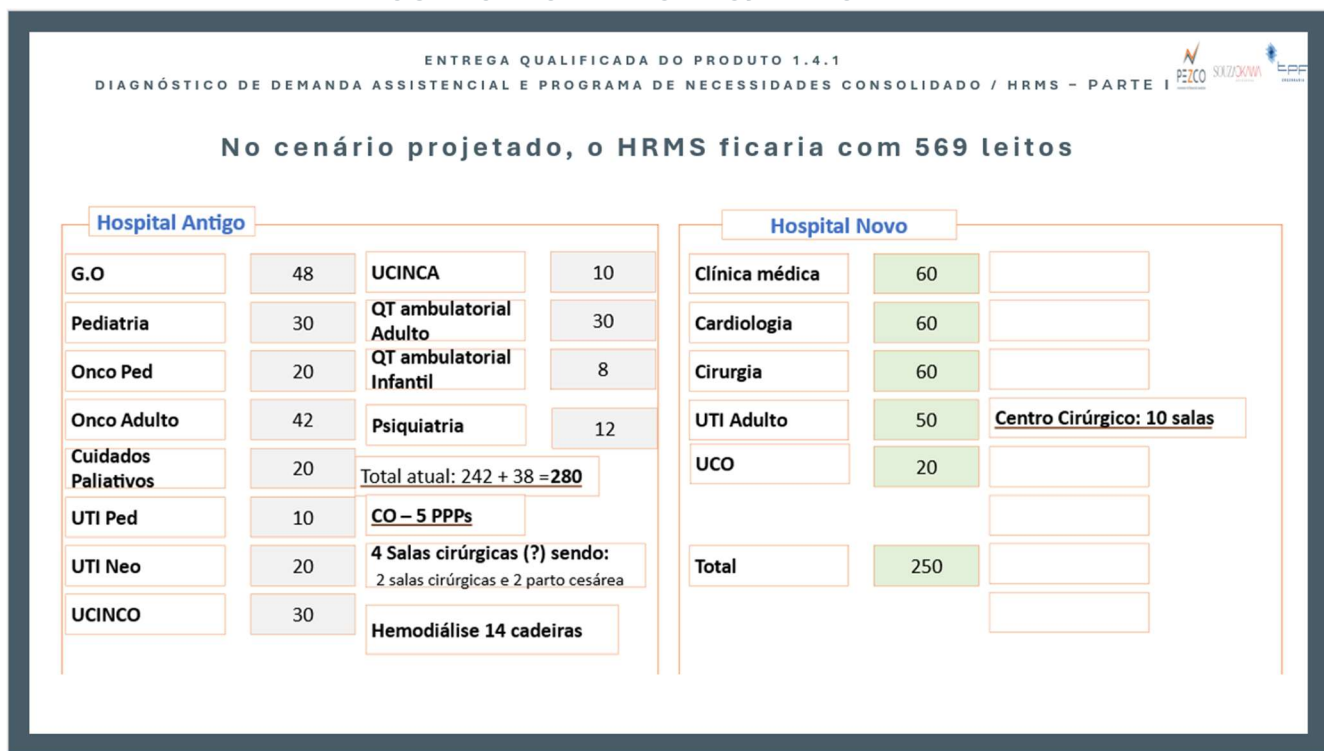


FIGURA 38 – PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DE LEITOS

ENTREGA QUALIFICADA DO PRODUTO 1.4.1
DIAGNÓSTICO DE DEMANDA ASSISTENCIAL E PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO / HRMS – PARTE I

Proposta de ampliação de leitos por especialidades – Atual e Projetado

CLÍNICAS	Nº LEITOS ATUAL	Nº LEITOS H. ANTIGO	Nº LEITOS H. NOVO
Clínica Médica	48		60
Cardiologia	30		60
Cirurgia	44		60
Gineco-Obstetrícia	30	48	
Pediatria	30	30	
Psiquiatria	12	20	
Oncologia Pediátrica	14	20	
Oncologia Adulto	30	42	
UTI Adulto	38		50
Retaguarda PS	24	77	
UTI Coronária (UCO)	10		20
UTI Pediátrica	8	10	
UTI Neonatal	10	20	
UCINCO	20	30	
UCINCA	5	10	
Cuidados Paliativos		20	
TOTAL	362	327	250

FIGURA 39 – PROPOSTA DE AMPLIAÇÃO DO PRONTO SOCORRO

ENTREGA QUALIFICADA DO PRODUTO 1.4.1
DIAGNÓSTICO DE DEMANDA ASSISTENCIAL E PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO / HRMS – PARTE I

Proposta de ampliação do Pronto Socorro – Atual e Planejado

	ATUAL	PLANEJADO
PAM ADULTO		
VERMELHO/AMARELO	4 LEITOS	14 LEITOS
AZUL/VERDE	18 LEITOS	38 LEITOS
ISOLAMENTO	–	4 LEITOS
TOTAL PAM ADULTO	22 LEITOS	56 LEITOS
PAM INFANTIL		
VERMELHO/AMARELO	5 LEITOS	6 LEITOS
AZUL/VERDE	12 LEITOS	12 LEITOS
ISOLAMENTO	–	3 LEITOS
TOTAL PAM INFANTIL	17 LEITOS	21 LEITOS
TOTAL GERAL	39 LEITOS	77 LEITOS

FIGURA 40 – PROPOSTA PARA O AMBULATÓRIO

ENTREGA QUALIFICADA DO PRODUTO 1.4.1
DIAGNÓSTICO DE DEMANDA ASSISTENCIAL E PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO / HRMS – PARTE I

Proposta para o Ambulatório (Distribuição de Salas)

SALAS	NÚMERO
CONSULTÓRIO DE USO GERAL	19 SALAS
GINECO-OBSTETRÍCIA	4 SALAS
COLO-PROCTOLOGIA	3 SALAS
OTORRINO	1 SALA
CURATIVOS	1 SALA
PARACENTESE	1 SALA
PROCEDIMENTOS	1 SALA
TOTAL	30 SALAS

FIGURA 41 – DEFINIÇÃO DO INCREMENTO TECNOLÓGICO

ENTREGA QUALIFICADA DO PRODUTO 1.4.1
DIAGNÓSTICO DE DEMANDA ASSISTENCIAL E PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO / HRMS – PARTE I



Próximos passos:
**definição do
incremento tecnológico
do novo hospital e
outros detalhes de
Arquitetura e
Engenharia**



PROJETO BID RG-T4199

**CONSULTORIA DE APOIO NO
DIAGNÓSTICO E NA ESTRUTURAÇÃO DO
PROJETO PPP DE HOSPITAIS DO ESTADO
DO MATO GROSSO DO SUL**

**CONTATO PEZCO ECONOMICS
(EMPRESA LÍDER)**



R. Bela Cintra, 1200 • 1ª andar •
Consolação • São Paulo / SP



+ 55 11 3582-5509



economics@pezco.com.br



www.pezco.com.br

CONSÓRCIO PEZCO - TPF - SOUZA OKAWA

ESCOPO E1.4 | PRODUTO 1.4.2

HRMS | DEMANDA E PNC



BID-T4199-P001-T1 PPP HOSPITAIS MS

CONSULTORIA DE APOIO NO DIAGNÓSTICO E NA
ESTRUTURAÇÃO DO PROJETO PPP DE HOSPITAIS
DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

SÃO PAULO, 11 DE SETEMBRO DE 2024



SUMÁRIO DE CONTEÚDO

SUMÁRIO DE CONTEÚDO.....	2
LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE FIGURAS.....	4
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES.....	5
SUMÁRIO EXECUTIVO	14
I. INTRODUÇÃO: SOBRE ESTE PRODUTO	15
I.1 POSIÇÃO DO PRODUTO NO CONTEXTO DO PROJETO.....	15
I.2 ATENDIMENTO AO TERMO DE REFERÊNCIA	16
II. CONCEITUAÇÃO DA MODALIDADE BATA BRANCA.....	18
II.1 CONCEITO DE BATA BRANCA	18
II.2 RELEVÂNCIA NO CONTEXTO DA DESESTATIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	18
II.3 DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL E MARCO LEGAL.....	19
II.4 MODELOS DE TRANSFERÊNCIA DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	20
II.5 CASUÍSTICA DE MODALIDADES NO BRASIL	21
II.6 MODELOS DE TRANSFERÊNCIA DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS	21
II.6.1 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)	21
II.6.2 CONVÊNIOS.....	23
II.6.3 PPP BATA BRANCA	26
II.6.3.1 HOSPITAL DO SUBÚRBIO – SALVADOR-BA.....	27
II.6.3.2 CARACTERÍSTICAS DA CONCESSÃO BATA BRANCA	31
II.6.3.3 AVALIAÇÃO CRÍTICA E ANALÍTICA: DIFERENÇA ENTRE O MODELO BATA CINZA E O MODELO CONCESSÃO INTEGRAL	32
II.6.4 MODELO BATA CINZA.....	32
II.6.5 MODELO CONCESSÃO INTEGRAL	33

II.6.6 RESUMO DA ANÁLISE DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS DA INCORPORAÇÃO DAS ATIVIDADES CLÍNICAS NO ESCOPO DA PPP	34
II.6.6.1 ESTIMATIVA DE DESPESAS	36
II.6.6.2 INDICADORES DE DESEMPENHO.....	37
II.6.6.3 IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS	38
III. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO RELATÓRIO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PRODUTOS, PESOS E PRAZOS	15
TABELA 2 – QUADRO-RESUMO <i>BENCHMARK</i>	37

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – HOSPITAL DO SUBÚRBIO – ENFERMARIA.....	29
FIGURA 2 – INDICADORES HOSPITALARES DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO	30
FIGURA 3 – UTI HOSPITAL DO SUBÚRBIO	30
FIGURA 4 – UTI HOSPITAL DO SUBÚRBIO	31

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACL	Ambiente de Contratação Livre de energia elétrica
AF	Assistência Farmacêutica do SUS
AGEMS	Agência Estadual de Regulação de Serviços Públicos de Mato Grosso do Sul
AGESUL	Agência Estadual de Gestão de Empreendimentos de Mato Grosso do Sul
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i> , Estados Unidos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
APM	Associação Paulista de Medicina (entidade do terceiro setor)
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Anotação de Responsabilidade Técnica
ASG	Ambiental, Social, Governança (ver ESG)
ASIS	Análise da situação de saúde
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde (classificação de despesas)
ASSISTIR	Programa de Incentivos Hospitalares do Mato Grosso do Sul
Assomasul	Associação dos Municípios de Mato Grosso do Sul
AVC	Acidente Vascular Cerebral
B3	Brasil, Bolsa, Balcão (bolsa de valores, antiga BM&F Bovespa)
BB	Bata Branca
BC	Bata Cinza
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BM&FBOVESPA	Vide B3
BMS	<i>Building Management System</i> (Sistema de Gestão Predial)
BRL	Reais brasileiros (moeda)
BSC	<i>Balanced Scorecard</i> , ferramenta de gestão estratégica de organizações
BTS	<i>Built to suit</i> (locação sob demanda)
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal
CAFBE	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Básica e Estratégica (SES-MS)
CAFE	Coordenadoria de Assistência Farmacêutica Especializada
CAGR	<i>Compound Annual Growth Rate</i> (Taxa de Crescimento Anual Composta)
CAPAG	Capacidade de Pagamento (classificação da STN-Brasil)
CAPEX	<i>Capital Expenditures</i> (despesas de capital)

CAPM	<i>Capital Asset Pricing Model</i> (modelo de precificação de ativos de capital)
CAUC	Sistema de Informações sobre Requisitos Fiscais
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBS	Contribuição sobre Bens e Serviços (criada pela Reforma Tributária)
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>United States Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas (atenção secundária)
CERAC	Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CES-MS	Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul
CESP-MS	Coordenadoria de Emergências em Saúde Pública
CET-MS	Central Estadual de Transplantes de Mato Grosso do Sul
CFTV	Circuito fechado de televisão
CGAFME	Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica e Medicamentos Estratégicos
CGE-MS	Controladoria-Geral do Estado de Mato Grosso do Sul
CGLAB	Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública
CGP	Conselho Gestor de Parcerias
CGPPP	Conselho Gestor do PROPPP-MS
CGSNT	Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes
CIAN/CES	Comissão Intersectorial de Alimentação e Nutrição
CIB-MS	Comissão Intergestores Bipartite de Mato Grosso do Sul (secretários municipais)
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEPCSS/CES	Comissão Intersectorial de Educação Permanente em Saúde para Controle Social SUS
CIEVS	Centro de Informações Estratégicas em Saúde
CIPESUS/CES	Comissão Intersectorial da Política de Promoção de Equidade no SUS
CIR	Comissão Intergestores Regional
CISMu/CES	Comissão Intersectorial de Saúde das Mulheres
CIST/CES	Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador do CES
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CJUR-SES	Coordenadoria Jurídica da PGE na SES
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho, regime trabalhista
CMAC	Comissão Municipal de Acompanhamento da Contratualização, Corumbá-MS
CME	Central de Material e Esterilização
CME	Comitê de Monitoramento de Eventos
CMMS	Sistema de Gestão de Manutenção Computadorizada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica
CNRAC	Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade

COAP	Contrato Organizativo das Ações Públicas da Saúde
COMEFA	Comissão Estadual de Farmacoterapia de Mato Grosso do Sul
CONAMA	Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CORE	Complexo Regulador Estadual
COSEMS/MS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i> – Doença Coronavírus 2019
CPN	Centro de Parto Normal
CQH	Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (da APM)
CREA	Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia
CSP	Comparador do Setor Público (ver PSC)
CTI	Centro de Terapia Intensiva
CV	Cobertura vacinal
DANT	Doenças e agravos não transmissíveis
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
DCL	Dívida Consolidada Líquida
DGPSUS	Desenvolvimento da Gestão de Programas de Residência e da Preceptoria no SUS
DML	Depósito de Material de Limpeza
DOE	Diário Oficial Eletrônico
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores
DRC	Doenças Renais Crônicas
DRE	Demonstrativo de Resultado do Exercício
EAP	Estrutura Analítica de Projeto
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
EBITDA	Lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECG	Eletrocardiograma
EEG	Eletroencefalograma
EIV	Estudo de Impacto de Vizinhança
EMBI+	<i>Emerging Markets Bond Index Plus</i> , índice do Banco JPMorgan Chase
EPE-SEGOV	Escritório de Parcerias Estratégicas da SEGOV
ERP	<i>Enterprise Resource Planning</i> (sistema de gestão empresarial)
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESG	<i>Environmental, Social Governance</i> (ver ASG)
ESP	Evento de Saúde Pública
ESPII	Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
ESP-MS	Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser

ETSUS-MS	Escola Técnica do SUS Profª Ena de Araújo Galvão
EVTEA	Estudo de Viabilidade Técnica, Econômica e Ambiental
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCPMS	Fundação Carmem Prudente de Mato Grosso do Sul
FEGAP (MS)	Fundo Estadual Garantidor de Parcerias
FESA, FES-MS	Fundo Especial de Saúde do Estado de Mato Grosso Sul
FGP (MS)	Fundo Garantidor de Parcerias
FIEMS	Federação das Indústrias do Estado de Mato Grosso do Sul
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPE	Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal
FUNDEB	Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação
FUNSAU	Fundação Serviços de Saúde de Mato Grosso do Sul
FUSUS/MS	Fórum Permanente dos Usuários do SUS de Mato Grosso do Sul
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
GAR	Gestação de Alto Risco
GM	Gabinete do Ministro da Saúde
HAIs	<i>Healthcare-Associated Infections</i>
HCAA	Hospital de Câncer de Campo Grande – Alfredo Abrão
Hemosul	Rede de Hemoterapia e Hematologia de Mato Grosso do Sul
HEURO	Hospital de Urgências e Emergências de Rondônia
HIG	Hospital Infantojuvenil de Guarulhos
HIS	<i>Hospital Information System</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMDCC	Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro
HRC	Hospital Regional de Corumbá
HRCLMT, HRTL	Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, em Três Lagoas-MS
HRD	Hospital Regional de Dourados
HRMS	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, em Campo Grande-MS
HSL	Hospital Sírio-Libanês
Humap-UFMS	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da UFMS
HU-UFGD	Hospital Universitário da Grande Dourados
HVAC	<i>Heating, ventilation, air conditioning</i> (aquecimento, ventilação, ar-condicionado)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBS	Imposto sobre Bens e Serviços (criado pela Reforma Tributária)
ICMS	Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação

ICOM	Instituto Couto Maia
IMS	<i>Inventory Management System</i> (Sistema de Gestão de Estoques)
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IoT	<i>Internet of things</i> (Internet das coisas)
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
Iphan	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
IVA	Imposto que incide sobre o valor adicionado
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
LACEN-MS	Laboratório Central de Saúde Pública do Mato Grosso do Sul
LME	Laudo para solicitação, avaliação e autorização de medicamentos
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar no. 101/2000)
MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
Mat/Med	Materiais de consumo hospitalares e medicamentos
MDF	Manual de Demonstrativos Fiscais da STN
MEF	Modelo econômico-financeiro
Mercosul	Mercado Comum do Sul (processo de integração regional)
MIE	Matriz de interlocutores da estruturação
MP-MS	Ministério Público do Mato Grosso do Sul
MROSC	Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil
MS	Unidade da Federação: Mato Grosso do Sul
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBR	Norma brasileira (ABNT)
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i> , Reino Unido
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OOBr	Observatório Obstétrico Brasileiro
OPAS/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde da OMS
OPEX	<i>Operating expenses</i> , despesas operacionais
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

OSS	Organizações Sociais da área da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	<i>Picture Archiving and Communication System</i> (compartilhamento de imagens)
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Pronto Atendimento Médico
PAMAC	Programação da Assistência de Média e Alta Complexidade
PBA	Projeto Básico de Arquitetura
PDA	Plano Diretor de Atenção à Saúde nas macrorregiões do Mato Grosso do Sul
PDO	Plano Diretor de Obras
PEEPS	Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PES	Plano Estadual de Saúde
PEZCO	Empresa de consultoria econômica brasileira
PGE-MS	Procuradoria-Geral do Estado do Mato Grosso do Sul
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMBOK	<i>Project Management Body of Knowledge</i>
PMO	<i>Project Management Office</i> , ou escritório/gerente de projeto
PMSI	Programa MS de Integridade
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade
PNC	Programa de Necessidades Consolidado
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNVS	Política Nacional de Vigilância em Saúde
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
PPA	Plano Plurianual (instrumento de planejamento orçamentário estadual)
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde
PPP	Parceria Público-Privada
PPP	Pré-parto, parto e pós-parto
PRC	Programa Remédio em Casa
PRO EPS-SUS	Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS
PROPPP-MS	Programa Estadual de Parceria Público-Privada do Mato Grosso do Sul
Prosseguir	Programa de Saúde e Segurança na Economia
PS	Pronto-Socorro
PSC	<i>Public Sector Comparator</i> (vide CSP)
PSP	Participação do setor privado
Qualisus-Rede	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
RADAR	Reunião de Apresentação, Discussão e Análise de Resultados

RAS	Redes de Atenção à Saúde (arranjos organizativos de ações e serviços de saúde)
RCBP	Registros de Câncer de Base Populacional
RCL	Receita Corrente Líquida
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA
RDC-50	Resolução ANVISA no. 50 de 21 de fevereiro de 2002
RDC-7	Resolução ANVISA no. 7 de 24 de fevereiro de 2010
ReConecTAR	Rede de Conexão Trabalho com Alegria e Resiliência
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAVEH	Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
RETSUS	Rede de Escolas Técnicas do SUS
RFID	<i>Radio-frequency identification</i> (identificação por radiofrequência)
RGF	Relatório de Gestão Fiscal (relatório da LRF)
RHP	Projeto de Reestruturação de Hospitais Públicos
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RIS	<i>Radiology Information System</i> (gestão de centro de imagem)
RME	Recibo de Dispensação do Medicamento
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RREO	Relatório Resumido da Execução Orçamentária (relatório da LRF)
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAD-MS	Secretaria de Administração
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística (prontuários)
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SANESUL	Empresa de Saneamento de Mato Grosso do Sul
SCRUM	<i>Sprint, Cycle, Review, Update e Meeting</i> (metodologia)
SEAD-MS	Secretaria de Estado de Assistência Social e dos Direitos Humanos
SEC-MS	Secretaria da Cidadania
SED-MS	Secretaria do Estado de Educação
SEFAZ-MS	Secretaria de Estado de Fazenda
SEGOV-MS	Secretaria de Estado de Governo e Gestão Estratégica
SEILOG-MS	Secretaria de Estado de Infraestrutura e Logística
SEJUSP-MS	Secretaria de Justiça e Segurança Pública
Selic	Taxa de juros do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia
SEMADESC-MS	Secretaria de Estado de Meio ambiente, Desenvolvimento, Ciência, Tecnologia e Inovação
SES/MS	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul

SESAU-CG	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SETDIG-MS	Secretaria-Executiva de Transformação Digital
SETESC-MS	Secretaria de Estado de Turismo, Esporte e Cultura
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SICONFI	Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro
SIDH	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAPI	Sistema Nacional de Pesquisa de Custos e Índices da Construção Civil
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISLAB	Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMD	Sistema de Mensuração de Desempenho
SMS	Secretarias municipais de saúde
SMS-Corumbá	Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá-MS
SMS-Dourados	Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS
SMS-TL	Secretaria Municipal de Saúde de Três Lagoas-MS
SNT	Sistema Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde
SOLURB	CG SOLURB Soluções Ambientais - SPE Ltda, concessionária de Campo Grande-MS
SOUZAOKAWA	Souzaokawa Advogados, escritório de advocacia
SPE	Sociedade de Propósito Específico
Squad	Pequeno grupo de trabalho multidisciplinar
STN	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS	Sistema Único de Saúde
TABNET	Tabulador de dados
TCE-MS	Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul
TdR	Termo de Referência
TFD	Benefício de Tratamento Fora de Domicílio (intermunicipal, interestadual)
TFT	Taxa de Fecundidade Total
TI	Tecnologia de Informação
TIC	Tecnologias de Informação e de Comunicação
TIR	Taxa Interna de Retorno
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMP	Tempo Médio de Permanência
TPF	TPF Engenharia, empresa de engenharia consultiva
TRS	Serviço de Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde (atenção primária)

UCINCA	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UCINCO	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCO	Unidade de Terapia Intensiva Coronariana
UEMS	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
UFGD	Universidade Federal da Grande Dourados
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UNACON	Unidade de Alta Complexidade em Oncologia
UOM	Unidade Odontológica Móvel (atenção primária)
UPA	Unidade de Pronto Atendimento (atenção secundária)
USF	Unidade de Saúde da Família (atenção primária)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VfM	Value-for-Money
VI	Verificador Independente
VISA	Vigilância Sanitária
VPL	Valor Presente Líquido
WACC	Weighted Average Cost of Capital (Custo Médio Ponderado de Capital)
WHO	<i>World Health Organization</i> (ver OMS)

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este Sumário Executivo destaca os pontos mais relevantes do Relatório. Os principais pontos são:

1. Este relatório é parte do **Escopo 1.4 (Levantamento da demanda assistencial e Programa de Necessidades Consolidado)** e apresenta o **Produto P1.4.2 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE II**.
2. O relatório tem como objetivo analisar a demanda assistencial e consolidar o programa de necessidades do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, com foco na avaliação das modalidades de operação Bata Branca e Bata Cinza. Este relatório é parte integrante do Escopo 1.4, que visa subsidiar as decisões de estruturação associadas ao dimensionamento e à caracterização do Projeto da REDE HOSPITALAR.
3. Inicialmente, o relatório conceitua a modalidade de operação Bata Branca, explicando sua relevância no contexto da desestatização da Administração Pública, com respaldo na Constituição Federal. Em seguida, são apresentados os principais modelos de transferência de atividades assistenciais a parceiros privados, incluindo a celebração de contratos de gestão com Organizações Sociais de Saúde (OSS), a formalização de convênios e de contratos de parceria público-privada do tipo Bata Branca com a iniciativa privada.
4. A análise da casuística nacional revela que o número de contratos de concessão Bata Branca hospitalar em operação no País é diminuto, com destaque para o único caso atual de operação sob esse modelo no Hospital do Subúrbio, situado na Bahia. As características de uma concessão administrativa de tipo Bata Branca são detalhadas com enfoque nas obrigações da concessionária e nas especificidades desse modelo.
5. O relatório também discute os prós e contras da modalidade de operação Bata Branca, apresentando uma estimativa de valores e uma análise dos indicadores de desempenho. Por fim, é realizada uma análise de riscos, identificando e avaliando os principais riscos associados a essa espécie de modelagem.
6. As conclusões e recomendações apresentadas no relatório visam fornecer ao governo do Mato Grosso do Sul uma base sólida para a tomada de decisões sobre a gestão assistencial dos hospitais estaduais.

I. INTRODUÇÃO: SOBRE ESTE PRODUTO

Este relatório é parte do contrato BID referente ao projeto RG-T4199-P001-T1 – Consultoria de apoio no diagnóstico e na estruturação do Projeto PPP de hospitais que compõem a rede hospitalar do Estado do Mato Grosso do Sul, na modalidade de Concessão Administrativa. O relatório foi elaborado pelo **Consórcio Pezco – TPF – Souzaokawa** sob coordenação de **Ricardo Tardelli**.

I.1 POSIÇÃO DO PRODUTO NO CONTEXTO DO PROJETO

A tabela a seguir identifica a posição do produto no contexto do projeto. Este Relatório está identificado na tabela em negrito:

TABELA 1 – PRODUTOS, PESOS E PRAZOS

FASE	ESCOPO	DESCRIÇÃO DO ESCOPO	PRODUTO	PRAZO
F0 E F1.1	E0.1	Modelo de implementação do projeto	Plano de implementação do projeto	15 dias a partir da assinatura
	E0.2	Proposta de Governança do projeto	Plano de Governança do projeto	
	E1.1	Levantamento da situação técnico-operacional	Diagnóstico da Situação Técnico Operacional	
F1.2 E F2	E1.3	Levantamento situação jurídico-institucional	Relatório de Diagnóstico Jurídico Institucional	Até 3 meses a partir da última entrega prevista para a fase anterior
	E1.4	Levantamento da demanda assistencial e Programa de Necessidades Consolidado	Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO da REDE HOSPITALAR: P1.4.1 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I P1.4.2 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE II P1.4.3 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO dos Hospitais Regionais de Três Lagoas, Dourados e Corumbá	
	E1.5	Levantamento da situação atual dos serviços médico-hospitalares	Relatório de Diagnóstico dos Serviços Hospitalares	
	E1.6	Elaboração de diretrizes para o escopo em termos das atividades de responsabilidade do setor privado e das unidades hospitalares objeto do contrato de PPP	Relatório de Diretrizes Operacionais e Escopo da PPP	
	E1.10	Plano de comunicação e engajamento	Plano de Comunicação	

FASE	ESCOPO	DESCRIÇÃO DO ESCOPO	PRODUTO	PRAZO
	E1.11	Plano de gestão do contrato	Manual de Gestão do Contrato	
	E2.1	Proposição de diretrizes operacionais	Relatório de Diretrizes Operacionais da PPP	
	E2.2	Estudos de engenharia	Relatório de Estudos de Engenharia	
	E2.3	Estudos socioambientais	Relatório de Estudos Socioambientais	
	E2.4	Modelagem de serviços, resultados e indicadores	Relatório de Indicadores e Resultados	
	E2.5	Desenvolvimento do plano de negócios referencial	Plano de Negócio Referencial (Relatório e planilha de MEF)	
	E2.6	Análise Value for Money e determinação de impactos fiscais do PROJETO	Relatório de Análise Value for Money	
	E2.7	Modelagem jurídico-institucional	Relatório de Modelagem Jurídico-Institucional	
	E2.8	Apoio à consolidação dos documentos licitatórios	Conjunto de documentos necessários a licitação	
	E2.9	Ações de comunicação	Relatório de iniciativas de comunicação	
F3	E3.1	Suporte à condução de consulta e audiência pública	Relatório de Consolidação das Contribuições Recebidas e Minuta de Respostas	Até 2 meses a partir da última entrega prevista para a fase anterior
	E3.2	Suporte à condução de ROADSHOW	Relatório de Roadshow	
	E3.3	Revisão de estudos e minutas	Relatório Final da Modelagem (produto final da Fase 3)	
F4	E4.1	Suporte ao procedimento licitatório	Relatório de Licitação	Entre 3 e 6 meses após a entrega prevista para a fase anterior
	E4.2	Suporte à contratação	Contrato de Concessão para assinatura	

Obs: elaboração do Consórcio Pezco-TPF-Souzaokawa, baseada no Termo de Referência

Este relatório é parte do **Escopo 1.4 (Levantamento da demanda assistencial e Programa de Necessidades Consolidado)** e apresenta o **Produto P1.4.2 – Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE II.**

I.2 ATENDIMENTO AO TERMO DE REFERÊNCIA

Este produto atende ao Termo de Referência nos seguintes aspectos:

“O escopo do relatório 1.4 consiste na análise da demanda assistencial das unidades hospitalares que irão compor a REDE HOSPITALAR, de forma a subsidiar as decisões de estruturação associadas ao dimensionamento e caracterização do PROJETO e deverá contemplar a realização das seguintes atividades:

a. A análise da demanda por serviços de saúde na área de influência da REDE HOSPITALAR que deverá ser realizada, tendo como base, as informações estatísticas fornecidas pelo ESTADO, tais como:

- *Estatísticas e/ou estimativa de atendimento das unidades hospitalares que irão compor a REDE HOSPITALAR;*
- *Projeções futuras na demanda assistencial com base nas projeções demográficas e epidemiológicas;*
- *Existência de filas de espera para atendimento de pacientes em procedimentos eletivos não emergenciais, decorrentes de deficiências na capacidade e produtividade de atendimento atualmente disponível, se assim couber;*
- *Modalidades de operação BATA BRANCA e BATA CINZA.*

b. *Elaboração das diretrizes para a definição das atividades de responsabilidade do concessionário e seus requisitos conforme parâmetros definidos pelo Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: RDC-50 da ANVISA.*

O PRODUTO do Escopo será o Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO da REDE HOSPITALAR que será subdividido em três entregas:

- *Produto 1.4.1 - Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE I*

o *Abrangendo os estudos de demanda e dimensionamento de leitos hospitalares e suas especificações.*

- ***Produto 1.4.2 - Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul – PARTE II***

o *Abrangendo os estudos de demanda e dimensionamento dos demais serviços BATA- BRANCA.*

- *Produto 1.4.3 - Relatório de Diagnóstico da Demanda Assistencial e PROGRAMA DE NECESSIDADES CONSOLIDADO dos Hospitais Regionais de Três Lagoas, Dourados e Corumbá*

o *Abrangendo os estudos de demanda e dimensionamento completo para os três Hospitais Regionais.”*

Este relatório atende ao Termo de Referência dentro do Escopo 1.4.2, destacado acima.

II. CONCEITUAÇÃO DA MODALIDADE BATA BRANCA

Esta seção apresenta elementos do contexto do Projeto, notadamente referentes à operação assistencial do tipo Bata Branca, ofertando uma visão geral dos principais desafios e limitações encontradas nesse modelo.

O modelo de operação Bata Branca diz respeito à transferência da gestão assistencial de unidades de saúde públicas para entidades privadas, ocorrida no bojo de um contrato concessão administrativa, que resguarda, ao Poder Concedente, a manutenção do foco na gestão da rede de saúde.

Nesta espécie de modelagem delega-se a prestação de serviços de saúde propriamente ditos a parceiros privados, com o objetivo de aumentar a eficiência, a qualidade e a acessibilidade dos serviços prestados à população.

II.1 CONCEITO DE BATA BRANCA

O termo “Bata Branca” é utilizado para descrever a concessão de serviços de saúde que envolvem diretamente a prestação de cuidados médicos e assistenciais. Diferentemente dos serviços denominados “Bata Cinza”, que se referem a serviços de apoio, gestão de infraestrutura e a provisão de *facilities* (como limpeza, vigilância, manutenção, dentre outros), os serviços Bata Branca abrangem as atividades essenciais de uma unidade hospitalar, tais como, o atendimento médico, os serviços de enfermagem, de diagnósticos e os tratamentos assistenciais.

A concessão de serviços no modelo Bata Branca implica que a entidade privada contratada assume a responsabilidade pela gestão integral dos serviços assistenciais, incluindo a contratação e treinamento de profissionais de saúde, a aquisição de insumos médicos, a gestão de leitos hospitalares e a implementação de protocolos clínicos. Este modelo busca otimizar a utilização dos recursos disponíveis, melhorar a qualidade do atendimento e reduzir os tempos de espera para os pacientes.

II.2 RELEVÂNCIA NO CONTEXTO DA DESESTATIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

A desestatização da Administração Pública é um processo pelo qual o governo transfere a gestão de serviços públicos para o setor privado, com o objetivo de aumentar a eficiência e a eficácia na prestação desses serviços.

Cumpra assinalar que a “desestatização é o ato de inclusão da iniciativa privada na administração de um bem ou serviço público, parcial ou total. Portanto, privatização, concessão pública e parceria público-privada (PPP) são modelos de desestatização.”¹

No contexto da saúde pública, a desestatização pode ser uma resposta às limitações enfrentadas pelos sistemas de saúde estatais, como a falta de recursos, a burocracia excessiva e a ineficiência operacional.

A modalidade operacional Bata Branca é relevante nesse contexto porque permite que o governo se concentre em funções regulatórias e de fiscalização, enquanto a operação dos serviços de saúde é delegada a entidades privadas que possuem *expertise* e capacidade de gestão.

Este modelo pode resultar em uma série de benefícios, incluindo:

1. Melhoria na Qualidade dos Serviços: Entidades privadas podem implementar práticas de gestão mais modernas e eficientes, resultando em uma melhoria na qualidade dos serviços prestados.
2. Maior Flexibilidade Administrativa: A gestão privada pode ser mais ágil e menos burocrática, permitindo uma resposta mais rápida às necessidades dos pacientes.
3. Otimização de Recursos: A gestão privada pode otimizar a utilização dos recursos disponíveis, reduzindo desperdícios e aumentando a eficiência operacional.
4. Inovação: Entidades privadas podem introduzir inovações tecnológicas e de gestão que podem melhorar significativamente a prestação de serviços de saúde.

II.3 DISPOSITIVO CONSTITUCIONAL E MARCO LEGAL

A desestatização da Administração Pública, incluindo a concessão de serviços de saúde, encontra fundamento na Constituição Federal de 1988 e em diversas legislações infraconstitucionais.

A Carta da República, em seu artigo 199, permite a participação de entidades privadas na assistência à saúde, desde que respeitados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).²

¹ [https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/entenda-o-que-e-a-desestatizacao-de-bens-publicos/#:~:text=Desestatiza%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20o%20ato%20de,PPP\)%20s%C3%A3o%20modelos%20de%20desestatiza%C3%A7%C3%A3o.](https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/ultimas-noticias/entenda-o-que-e-a-desestatizacao-de-bens-publicos/#:~:text=Desestatiza%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20o%20ato%20de,PPP)%20s%C3%A3o%20modelos%20de%20desestatiza%C3%A7%C3%A3o.)

² Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

Além disso, a Lei federal nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, estabelece que a iniciativa privada pode participar do sistema de saúde de forma complementar.³ Por seu turno, a Lei federal nº 9.637/1998, que dispõe sobre as Organizações Sociais (OS)⁴, e a Lei federal nº 11.079/2004, que institui normas gerais para licitação e contratação de Parcerias Público-Privadas (PPPs), também fornecem o arcabouço legal necessário para a implementação de concessões do tipo Bata Branca.⁵

II.4 MODELOS DE TRANSFERÊNCIA DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

A definição do modelo ideal para a implantação de novas unidades hospitalares leva em consideração diversos fatores, desde os custos a serem incorridos com a sua construção, equipagem, manutenção, fornecimento de materiais e equipamentos médicos até a forma da sua operação assistencial. A avaliação da conveniência e oportunidade da delegação integral ou parcial dessa gama de atividades à iniciativa privada traz a lume a necessidade da escolha do melhor arranjo contratual a ser formalizado.

A legislação pátria enuncia três modelos de transferência e atividades assistenciais, para entidades privadas, quais sejam:

1. **Contratos de Gestão:** ajustes firmados entre o Poder Público e entidades privadas sem fins lucrativos qualificadas como Organizações Sociais de Saúde (OSS), para a gestão de serviços de saúde. As OSS são responsáveis pela gestão completa das unidades hospitalares, incluindo a contratação de pessoal e a aquisição de insumos, submetendo-se ao cumprimento de metas quantitativas e qualitativas. Neste modelo, em regra, o pagamento vincula-se ao desempenho da entidade e está atrelado à sua produção e ao cumprimento de indicadores previamente estabelecidos.
2. **Convênios:** formas de pactuação de acordos entre o governo e entidades privadas para a prestação de serviços de saúde. Neste tipo de ajuste não existem partes contrapostas, mas partícipes que têm objetivos em comum. Os convênios podem ser utilizados para complementar a capacidade do sistema público de saúde.
3. **Concessão Administrativa sob o modelo de operação Bata Branca:** tipo de concessão de serviço público, fundamentado na Lei federal nº 11.079/2004 (Lei das Parcerias

³ Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

⁴ Brasil. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

⁵ Brasil. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Público-Privadas), em que a gestão assistencial é transferida para uma entidade privada com fins lucrativos, que assume a responsabilidade pela operação completa dos serviços de saúde de uma unidade hospitalar. Por esse tipo de contrato envolver vultosos recursos financeiros e investimentos para a sua implementação e longo prazo de duração (até 35 anos), deve estar amparado em modelagem econômico-financeira que viabilize a sustentabilidade do Projeto. Os contratos de PPP são respaldados em distribuição de riscos entre o Poder Público e o Parceiro Privado e o pagamento desse último está igualmente submetido ao seu desempenho.

II.5 CASUÍSTICA DE MODALIDADES NO BRASIL

No Brasil, a modalidade assistencial Bata Branca ainda é pouco utilizada, com raros exemplos de concessões em operação. O caso mais notável é o Hospital do Subúrbio, na Bahia, que foi o primeiro hospital público do País a ser gerido por meio de uma concessão Bata Branca. A experiência do Hospital do Subúrbio tem sido exitosa, com melhorias significativas na qualidade do atendimento e na eficiência operacional.⁶

O modelo operacional Bata Branca representa uma alternativa viável para a gestão assistencial de unidades de saúde públicas, oferecendo potencial para melhorar a qualidade dos serviços, aumentar a eficiência e promover a inovação.

No entanto, a implementação desse modelo requer um marco legal robusto, uma fiscalização eficaz e uma gestão transparente para garantir que os objetivos de saúde pública sejam alcançados.

II.6 MODELOS DE TRANSFERÊNCIA DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS

II.6.1 ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS)

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades privadas sem fins lucrativos que são contratadas pelo governo para gerir e operar serviços de saúde. Este modelo de transferência de atividades assistenciais tem ganhado destaque no Brasil como uma alternativa para melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde pública.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) são entidades qualificadas pelo poder público para atuar na gestão de unidades de saúde. A qualificação como OSS é regulamentada pela Lei nº 9.637/1998, que estabelece os critérios e procedimentos para a qualificação de entidades como Organizações Sociais. As principais características das OSS incluem:

⁶ Hospital do Subúrbio. (n.d.). Histórico e Resultados. Retrieved from [Hospital do Subúrbio](<http://www.hospitaldosuburbio.com.br>).

1. **Natureza Jurídica:** As OSS são entidades privadas sem fins lucrativos, o que significa que qualquer *superávit* financeiro deve ser reinvestido na própria organização para a melhoria dos serviços prestados.
2. **Contrato de Gestão:** A relação entre o governo e a OSS é formalizada por meio de um contrato de gestão, que estabelece metas, indicadores de desempenho e responsabilidades de ambas as partes. Este contrato é fundamental para garantir transparência e *accountability* na gestão dos serviços de saúde.
3. **Autonomia Administrativa:** As OSS possuem autonomia para gerir os recursos humanos, financeiros e materiais das unidades de saúde sob sua responsabilidade. Isso permite uma gestão mais ágil e eficiente, com maior flexibilidade para a tomada de decisões.
4. **Fiscalização e Controle:** Apesar da autonomia, as OSS estão sujeitas à fiscalização e controle por parte do Poder Público. O cumprimento das metas e indicadores estabelecidos no contrato de gestão é monitorado regularmente, e a prestação de contas é obrigatória. Os Tribunais de Contas exercem relevante papel no controle das OSS.
5. **Inovação e Melhoria Contínua:** As OSS são incentivadas a implementar práticas inovadoras de gestão e a buscar continuamente a melhoria dos serviços prestados. Isso inclui a adoção de novas tecnologias, a capacitação de profissionais e a implementação de protocolos clínicos baseados em evidências.

O modelo OSS apresenta várias vantagens em relação à gestão direta pelo Poder Público, incluindo⁷:

1. **Maior Eficiência:** A autonomia administrativa das OSS permite uma gestão mais eficiente dos recursos, com redução de desperdícios e otimização dos processos.⁸
2. **Melhoria na Qualidade dos Serviços:** As OSS são incentivadas a implementar práticas de gestão modernas e a buscar a melhoria contínua dos serviços, o que pode resultar em uma melhor qualidade do atendimento.
3. **Flexibilidade na Gestão de Recursos Humanos:** As OSS têm maior flexibilidade para contratar, treinar e gerenciar profissionais de saúde, o que pode contribuir para a formação de equipes mais qualificadas e motivadas, ao passo que gestão própria se submete à regra do concurso público.

⁷ [World Bank Document](#)

⁸ BRASIL, Banco Mundial. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: melhorando a qualidade do gasto público e gestão de recursos. 2007.

4. *Transparência e Accountability*: Os contratos de gestão estabelecem metas e indicadores claros, e a fiscalização pelo Poder Público garante a transparência e a *accountability* na gestão dos serviços.

Apesar das vantagens, o modelo OSS também enfrenta desafios e críticas, dentre os quais se relevam:

1. *Dependência de Recursos Públicos*: As OSS dependem de recursos públicos para a sua operação, o que pode limitar sua autonomia financeira e sua capacidade de investimento em melhorias.

2. *Fiscalização e Controle*: A eficácia da fiscalização e do controle pelo Poder Público é fundamental para garantir a transparência e a responsabilização das OSS. Falhas nesse processo podem comprometer a qualidade dos serviços prestados.

3. *Desigualdade Regional*: A implementação do modelo OSS pode ser desigual entre as diferentes regiões do País, com unidades de saúde em áreas mais ricas recebendo mais investimentos e apresentando melhores resultados do que aquelas em áreas mais pobres.

Diversos estados e municípios brasileiros têm adotado o modelo OSS para a gestão de unidades de saúde. Alguns exemplos notáveis incluem:

1. *Estado de São Paulo*: O estado de São Paulo foi um dos pioneiros na implementação do modelo OSS, com várias unidades de saúde geridas por Organizações Sociais. A experiência paulista tem sido amplamente estudada e serve como referência para outros estados.

2. *Município do Rio de Janeiro*: O município do Rio de Janeiro também adotou o modelo OSS para a gestão de várias unidades de saúde, incluindo hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs).

II.6.2 CONVÊNIOS

Os convênios são acordos formais estabelecidos entre o governo e entidades privadas, sejam elas sem fins lucrativos ou com fins lucrativos, para a prestação de serviços de saúde. Este modelo de transferência de atividades assistenciais é amplamente utilizado no Brasil e em outros países como uma forma de complementar a capacidade do sistema público de saúde, melhorar a qualidade dos serviços e aumentar a eficiência operacional.

Os termos de convênios estabelecem as responsabilidades e obrigações de ambas as partes envolvidas.

A seguir, são descritos os principais aspectos do funcionamento dos convênios na gestão hospitalar:

1. **Formalização do Acordo:** O convênio é formalizado por meio de um termo de natureza administrativa que especifica os serviços a serem prestados, as metas e indicadores de desempenho, os prazos, os recursos financeiros envolvidos e as responsabilidades de cada parte.
2. **Seleção das Entidades Conveniadas:** A seleção das entidades privadas que participarão do convênio geralmente é feita por meio de processos seletivos públicos, como chamamentos públicos ou licitações, garantindo a transparência e a competitividade.
3. **Financiamento:** O financiamento dos serviços prestados por meio de convênios pode ser feito com recursos públicos, privados ou uma combinação de ambos. Os valores e as formas de pagamento são definidos no ajuste.
4. **Gestão e Operação:** A entidade conveniada assume a gestão e a operação dos serviços de saúde especificados no convênio. Isso inclui a contratação de profissionais, a aquisição de insumos, a gestão de leitos hospitalares e a implementação de protocolos clínicos.
5. **Monitoramento e Avaliação:** O cumprimento das metas e indicadores estabelecidos no convênio é monitorado regularmente pelo Poder Público. A prestação de contas é obrigatória, e a entidade conveniada deve fornecer relatórios periódicos sobre a execução dos serviços.

A seguir, são descritas algumas das principais aplicações dos convênios na gestão hospitalar:

1. **Complementação de Serviços:** Os convênios são utilizados para complementar a oferta de serviços de saúde, especialmente em áreas onde a capacidade do sistema público é limitada. Isso inclui a contratação de leitos hospitalares, a realização de exames diagnósticos e a prestação de serviços especializados.
2. **Gestão de Unidades de Saúde:** Em alguns casos, os convênios são utilizados para a gestão completa de unidades de saúde, como hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e centros de saúde. A entidade conveniada assume a responsabilidade pela operação dessas unidades, garantindo a continuidade e a qualidade dos serviços.
3. **Parcerias com Entidades Filantrópicas:** Muitas entidades filantrópicas, como Santas Casas e Hospitais Benéficos, estabelecem convênios com o governo para a prestação de serviços de saúde. Essas parcerias são fundamentais para a manutenção e a ampliação da oferta de serviços de saúde em diversas regiões do país.

Os convênios se mostram mais eficientes do que a gestão direta pela Administração Pública, em virtude de viabilizarem:

1. **Flexibilidade Administrativa:** As entidades conveniadas possuem maior flexibilidade para a gestão dos recursos humanos, financeiros e materiais, permitindo uma resposta mais ágil às necessidades dos pacientes.
2. **Especialização:** As entidades privadas, especialmente aquelas com *expertise* na área de saúde, podem oferecer serviços de alta qualidade e implementar práticas de gestão modernas e eficientes.
3. **Otimização de Recursos:** A gestão privada pode otimizar a utilização dos recursos disponíveis, reduzindo desperdícios e aumentando a eficiência operacional.
4. **Acesso a Recursos Adicionais:** Os convênios podem permitir o acesso a recursos adicionais, como doações e parcerias com o setor privado, que podem ser utilizados para a melhoria dos serviços de saúde.

Diversos exemplos de sucesso na implementação de convênios na gestão hospitalar podem ser encontrados no Brasil. A seguir, são descritos alguns casos notáveis:

1. **Hospital de Câncer de Barretos (SP):** O Hospital de Câncer de Barretos, também conhecido como Hospital de Amor, é um exemplo de sucesso na utilização de convênios para a prestação de serviços de saúde. A instituição mantém convênios com o SUS e com diversas entidades privadas, oferecendo atendimento de alta qualidade a pacientes oncológicos de todo o país.⁹
2. **Santas Casas de Misericórdia:** As Santas Casas de Misericórdia são instituições filantrópicas que mantêm convênios com o SUS para a prestação de serviços de saúde. Essas parcerias são fundamentais para a manutenção e a ampliação da oferta de serviços de saúde em diversas regiões do país, especialmente em áreas carentes.¹⁰

Os convênios podem representar um modelo eficaz de transferência de atividades assistenciais na gestão hospitalar, permitindo a complementação da capacidade do sistema público de saúde e a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Com base em contratualizações que estabelecem metas e indicadores claros, os convênios oferecem flexibilidade administrativa, especialização e otimização de recursos. No entanto, a eficácia desse modelo depende de uma fiscalização rigorosa e de um controle adequado por parte do poder público, além de um financiamento sustentável e equitativo.

⁹ Hospital de Amor. (n.d.). Histórico e Resultados. Retrieved from [Hospital de Amor](<http://www.hcancerbarretos.com.br>).

¹⁰ Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Estado de São Paulo (FEHOSP). (n.d.). Convênios e Parcerias. Retrieved from [FEHOSP](<http://www.fehosp.com.br>).

II.6.3 PPP BATA BRANCA

O modelo Bata Branca é uma abordagem de gestão hospitalar que envolve a transferência da administração de unidades de saúde para entidades privadas por meio de contratos de Parceria Público-Privada (PPP), especificamente concessões de serviços que incluem atividades assistenciais. O objetivo é melhorar a eficiência, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços prestados. Este modelo ainda é pouco utilizado no Brasil como uma alternativa à gestão direta pela Administração Pública.

O termo "Bata Branca" refere-se à gestão de unidades de saúde por profissionais especializados e entidades com expertise na área da saúde. A seguir, são detalhadas as principais características e especificidades desse modelo:

- As Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares são concessões de serviços de saúde que envolvem a gestão de hospitais públicos por entidades privadas, conforme estabelecido pela Lei nº 11.079/2004. O modelo conhecido como "Bata Branca" e "Bata Cinza" inclui tanto a construção e manutenção de infraestrutura quanto a prestação de serviços assistenciais.
- A transferência de gestão é formalizada por meio de contratos de PPP, que especificam as obrigações de ambas as partes. Esses contratos detalham as responsabilidades da entidade privada na administração do hospital, incluindo a prestação de serviços de saúde, manutenção de equipamentos, e gestão de recursos humanos e financeiros.
- Os contratos de PPP hospitalares incluem cláusulas de incentivos e penalidades baseadas no desempenho. Essas cláusulas são projetadas para garantir a *accountability* e a qualidade dos serviços prestados. Indicadores de performance (*Key Performance Indicators* - KPIs) são estabelecidos para monitorar e avaliar o desempenho da entidade privada.
- As entidades privadas contratadas possuem autonomia para a gestão de recursos humanos, financeiros e materiais. Essa autonomia permite maior flexibilidade e agilidade na tomada de decisões, o que pode resultar em melhorias na eficiência e na qualidade dos serviços hospitalares.

O Hospital do Subúrbio (Salvador, Bahia) foi o primeiro hospital público no Brasil a ser gerido por meio de uma PPP Bata Branca, sendo frequentemente citado como um caso de sucesso, com melhorias significativas na qualidade dos serviços e na eficiência operacional. Desde a sua inauguração, o hospital tem apresentado resultados positivos, com alta taxa de ocupação de leitos, redução do tempo de espera para atendimento e

altos índices de satisfação dos pacientes.¹¹ No tópico a seguir será apresentado as principais características desse exitoso modelo

II.6.3.1 HOSPITAL DO SUBÚRBIO – SALVADOR-BA

O Hospital do Subúrbio, localizado em Salvador, Bahia, é um marco na história das Parcerias Público-Privadas (PPP) hospitalares no Brasil. Inaugurado em 2010, é o único caso de concessão "Bata Branca" em operação no País, onde a gestão hospitalar é totalmente transferida para uma entidade privada, abrangendo tanto a infraestrutura quanto a prestação de serviços de saúde.

Características da Concessão

- Modelo de PPP: Concessão administrativa, conforme estabelecido pela Lei nº 11.079/2004.
- Gestão: A gestão do hospital é realizada pela Prodal Saúde S.A., uma empresa privada que venceu a licitação para operar o hospital.
- Duração do Contrato: O contrato de concessão tem duração de 10 anos, com possibilidade de renovação.
- Serviços Prestados: Inclui atendimento de urgência e emergência, internações, cirurgias, exames diagnósticos, e serviços ambulatoriais.
- Infraestrutura: O hospital possui 373 leitos, sendo 30 de UTI, além de modernos equipamentos médicos e tecnológicos.

Resultados e Impactos

- Qualidade dos Serviços: Desde sua inauguração, o Hospital do Subúrbio tem sido reconhecido pela alta qualidade dos serviços prestados, com índices de satisfação dos pacientes superiores a 90%.
- Eficiência Operacional: A gestão privada trouxe melhorias significativas na eficiência operacional, com redução de custos e otimização dos recursos.
- Inovação: Implementação de tecnologias avançadas e práticas de gestão inovadoras, contribuindo para a modernização do sistema de saúde local.
- Acessibilidade: O hospital atende uma população de aproximadamente 1 milhão de pessoas, oferecendo serviços de saúde de alta complexidade em uma região carente de Salvador.

¹¹ Hospital do Subúrbio. (n.d.). Histórico e Resultados. Retrieved from [Hospital do Subúrbio](<http://www.hospitaldosuburbio.com.br>).

Premiações e Reconhecimentos

- Prêmio Internacional de Melhoria da Qualidade: Em 2011, o Hospital do Subúrbio foi finalista do prêmio "International Quality & Productivity Center" (IQPC) na categoria "Melhoria da Qualidade".
- Prêmio de Excelência em PPP: Em 2012, o hospital recebeu o prêmio "Best PPP Project in Latin America" pela revista World Finance.¹²
- Prêmio de Inovação em Saúde: Em 2015, o hospital foi reconhecido pelo "Global Health & Pharma Awards" por suas práticas inovadoras em gestão hospitalar.¹³

Hospital do Subúrbio - BA: Um Caso Exemplar de PPP Hospitalar

Este hospital é simbólico no panorama das PPPs de hospitais no Brasil devido ao seu pioneirismo, reconhecimento e premiações. Foi o primeiro hospital público do Nordeste a receber um selo de certificação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), o que justifica uma breve visita aos seus principais dados.

Cumpre destacar que, conforme demonstrado, nas concessões administrativas dos hospitais brasileiros, predomina largamente a separação das atividades "Bata Branca" (serviços de saúde) e "Bata Cinza" (infraestrutura e manutenção). O grande exemplo de concessão integral é o bem-sucedido Hospital do Subúrbio, que apresenta algumas distinções que merecem citação.

A construção do hospital foi realizada pelo Governo do Estado da Bahia, cabendo à concessionária a aquisição, instalação e manutenção de equipamentos, mobiliário e Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Esse fato difere da maioria das outras experiências, em que o privado constrói e equipa previamente a unidade hospitalar.

Outro ponto de destaque é a decisão tomada no início da operação de implantar um Pronto-Socorro de porta aberta, diferente da maioria dos outros hospitais de PPP que iniciaram a sua operação com porta de acesso referenciada, o que se mostra mais adequado, uma vez que possibilita o planejamento e gestão dos recursos do hospital, aliviando a sobrecarga do Pronto-Socorro de porta aberta, que costuma caracterizar-se como um grande Pronto Atendimento com mais de 80% de demanda de baixa complexidade que seria melhor atendida na rede básica de saúde.

Apesar dos ótimos resultados, o Hospital do Subúrbio continua sendo o único exemplo de concessão integral no Brasil, não havendo, portanto, parâmetros de *benchmark* para ele.

¹² Revista World Finance. (2012). Best PPP Project in Latin America. World Finance

¹³ Global Health & Pharma Awards. (2015). Innovation in Healthcare Management. Global Health & Pharma.

Dados do Hospital do Subúrbio

- Capacidade de Leitos: O hospital possui um total de 373 leitos, distribuídos da seguinte forma:

- 253 leitos de internação hospitalar em enfermaria.
- 60 leitos de terapia intensiva, sendo:
 - 10 leitos de UTI pediátrica.
 - 50 leitos para pacientes adultos.
- 60 leitos sob regime de assistência domiciliar.

FIGURA 1 – HOSPITAL DO SUBÚRBIO – ENFERMARIA



Fonte: <http://www.hospitaldosuburbio.com.br>

O HS conta com enfermarias para pacientes adultos e pediátricos. As enfermarias destinadas aos pacientes adultos são distribuídas em três unidades de internação clínicas (86 leitos), três unidades cirúrgicas (90 leitos) e uma unidade clínica Médico-Cirúrgica (45 leitos).

Na ala da Pediatria, há uma enfermaria que dispõe de um total de 32 leitos, sendo oito específicos para lactentes.

Seis salas cirúrgicas, operando 24 horas por dia, de forma ininterrupta, 17 leitos no CRPA (Centro de Recuperação Pós-Anestésica) e uma sala de hemodinâmica.

FIGURA 2 – INDICADORES HOSPITALARES DO HOSPITAL DO SUBÚRBIO

HS		Indicadores Quantitativos				16/07/2019 11:18
GERE0160						Pag 1 de 1
Período: 14/03/2019 a 13/06/2019		92 dias	Trimestre 35	Ano: 9	Conclusão: 100%	Operação: 100%
Altas Hospitalares + UTI + Regulação						
Atividade	Área	Peso	Previsto	Realizado	Perc. Real	
1	INTERNAÇÃO HOSPITALAR	72,45%	5.009	5.107	102,0%	
1.1	Clinica Médica		1.419	1.579	111,3%	
1.2	Clinica Cirúrgica		946	1.895	200,3%	
1.3	Pediatria		1.051	433	41,2%	
1.4	UTI Adulto		578	764	132,2%	
1.5	UTI Pediátrica		116	183	157,8%	
1.8	Internação domiciliar		162	28	17,3%	
1.9	Clinica Médica / Cirúrgica II		737	225	30,5%	
2	URGÊNCIA / EMERGÊNCIA / AMBULATÓRIO	21,00%	53.254	77.628	145,8%	
2.1	Atendimentos de Emergência		15.500	14.747	95,1%	
2.2	Consultas Pronto Atendimento / Triagem / Acolhimento		33.000	54.846	166,2%	
2.3	Consultas Ambulatoriais / Acompanhamentos para Egressos, nas áreas de Urologia, Ortopedia, Neurociru		2.717	4.792	176,4%	
2.4	Procedimentos Cirúrgicos e Ortopédicos Ambulatoriais		2.037	3.243	159,2%	
3	SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO (SADT)	6,55%	63.366	74.277	117,2%	
3.1	Diagnóstico em Laboratório Clínico		45.000	52.002	115,6%	
3.2	Diagnóstico em Radiologia		10.100	13.145	130,1%	
3.3	Diagnóstico por Anatomia Patológica		0	60		
3.4	Diagnóstico por Ultra-Sonografia		2.100	1.460	69,5%	
3.5	Diagnóstico por Ressonância Nuclear Magnética		360	586	162,8%	
3.6	Diagnóstico por Tomografia Computadorizada		3.450	5.685	164,8%	
3.7	Diagnóstico por Endoscopia		230	59	25,7%	
3.8	Métodos Diagnósticos em Especialidades (Eletrocardiograma e Eletroencefalograma)		1.730	1.280	74,0%	
3.9	Hemodinâmica		396	0	0,0%	
Quantidade em pacientes internados:				1		
Quantidade TOTAL:				1		

Fonte: <http://www.hospitaldosuburbio.com.br>

FIGURA 3 – UTI HOSPITAL DO SUBÚRBIO



Fonte: <http://www.hospitaldosuburbio.com.br>

FIGURA 4 – UTI HOSPITAL DO SUBÚRBIO

Fonte: <http://www.hospitaldosuburbio.com.br>

II.6.3.2 CARACTERÍSTICAS DA CONCESSÃO BATA BRANCA

Obrigações da Concessionária

Na concessão do tipo Bata Branca, a concessionária é responsável por uma série de obrigações que envolvem diretamente a prestação de serviços de saúde. Essas responsabilidades incluem, mas não se limitam a:

- Gestão Clínica e Assistencial: A concessionária deve garantir a qualidade e a eficiência dos serviços médicos, incluindo atendimento ambulatorial, internações, cirurgias e emergências. Isso envolve a contratação e gestão de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos e outros especialistas.
- Aquisição de Insumos e Medicamentos: A concessionária é responsável pela compra e gestão de insumos médicos, medicamentos e outros materiais necessários para o funcionamento do hospital.
- Manutenção de Equipamentos Médicos: A concessionária deve garantir que todos os equipamentos médicos estejam em perfeito estado de funcionamento, realizando manutenções preventivas e corretivas conforme necessário.
- Treinamento e Capacitação: A concessionária deve promover programas contínuos de treinamento e capacitação para os profissionais de saúde, assegurando que estejam atualizados com as melhores práticas e tecnologias disponíveis.

- Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente: A concessionária deve implementar e monitorar sistemas de gestão da qualidade e segurança do paciente, seguindo normas e padrões estabelecidos por órgãos reguladores e certificadores, como a Organização Nacional de Acreditação (ONA).
- Relatórios e Auditorias: A concessionária é responsável por produzir relatórios periódicos sobre a performance dos serviços prestados e submeter-se a auditorias regulares para garantir a conformidade com os termos do contrato de concessão.

II.6.3.3 AVALIAÇÃO CRÍTICA E ANALÍTICA: DIFERENÇA ENTRE O MODELO BATA CINZA E O MODELO CONCESSÃO INTEGRAL

Os modelos de concessão "Bata Cinza" e "Concessão Integral (Bata Branca + Bata Cinza)" são duas abordagens distintas para a gestão de hospitais públicos através de Parcerias Público-Privadas (PPPs). Cada modelo apresenta suas próprias características, vantagens e desafios, que influenciam diretamente a eficiência, qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde oferecidos.¹⁴¹⁵

II.6.4 MODELO BATA CINZA

Características Principais:

- Responsabilidade da Concessionária: A concessionária é responsável pela construção, manutenção e operação da infraestrutura hospitalar, mas não pela gestão clínica e assistencial.
- Divisão de Atividades: As atividades de saúde são geridas pelo Poder Público ou por outra entidade contratada separadamente.
- Foco na Infraestrutura: A principal preocupação da concessionária é garantir que a infraestrutura esteja em perfeito estado de funcionamento, incluindo manutenção preventiva e corretiva.

Vantagens:

- Especialização: A concessionária pode se especializar na gestão de infraestrutura, garantindo alta qualidade e eficiência na manutenção e operação dos equipamentos e instalações.

¹⁴ Grimsey, D., & Lewis, M. K. (2004). Public Private Partnerships: The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance. Edward Elgar Publishing.

¹⁵ Yescombe, E. R. (2011). Public-Private Partnerships: Principles of Policy and Finance. 2nd Edition. Butterworth-Heinemann

- Redução de Riscos: O risco associado à gestão clínica e assistencial é mitigado, pois essa responsabilidade recai sobre a Administração Pública ou outra entidade especializada.
- Flexibilidade Contratual: Permite ajustes mais fáceis nos contratos de gestão clínica sem afetar a operação da infraestrutura.

Desvantagens:

- Coordenação Complexa: A separação entre a gestão da infraestrutura e a gestão clínica pode levar a problemas de coordenação, impactando a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde.
- Responsabilidade Fragmentada: A fragmentação das responsabilidades pode dificultar a implementação de uma visão integrada e coerente para o hospital.
- Potencial para Conflitos: Pode haver conflitos entre a concessionária e a entidade responsável pela gestão clínica, especialmente em questões relacionadas à manutenção de equipamentos médicos.

II.6.5 MODELO CONCESSÃO INTEGRAL

Características Principais:

- Responsabilidade da Concessionária: A concessionária é responsável por todas as etapas, desde a construção e manutenção da infraestrutura até a gestão completa dos serviços clínicos e assistenciais.
- Abordagem Integrada: A concessionária tem uma visão holística do hospital, integrando a gestão da infraestrutura e dos serviços de saúde.
- Indicadores de Performance (KPIs): Os KPIs abrangem tanto a qualidade dos serviços clínicos quanto a eficiência na gestão da infraestrutura.

Vantagens:

- Visão Integrada: A abordagem integrada permite uma gestão mais coerente e eficiente, com uma visão holística das necessidades do hospital.
- Responsabilidade Unificada: A unificação das responsabilidades facilita a implementação de estratégias de melhoria contínua e inovação.
- Eficiência Operacional: A concessionária pode otimizar os recursos e processos, resultando em maior eficiência operacional e melhor qualidade dos serviços de saúde.

Desvantagens:

- Complexidade de Gestão: A gestão integral de todas as atividades do hospital pode ser extremamente complexa, exigindo uma ampla gama de competências e recursos.

- Riscos Elevados: A concessionária assume todos os riscos associados tanto à infraestrutura quanto à gestão clínica, o que pode aumentar os custos e a complexidade do contrato.
- Dependência de um Único Fornecedor: A dependência de um único fornecedor para todas as atividades pode ser arriscada, especialmente se a concessionária enfrentar dificuldades financeiras ou operacionais.

A escolha entre o modelo "Bata Cinza" e o modelo "Concessão Integral" depende de diversos fatores, incluindo a capacidade de gestão do Poder Público, a complexidade do projeto, e os objetivos específicos da parceria.

O modelo "Bata Cinza" pode ser mais adequado em contextos em que a especialização na gestão de infraestrutura é crucial e onde a coordenação entre diferentes entidades pode ser eficaz.

Nos projetos de concessão de hospitais, a distinção entre iniciativas *greenfield* e *brownfield* é importante para a definição do modelo operacional mais adequado. Em hospitais pré-existentes, que já possuem um corpo de funcionários em operação, a implementação de um modelo Bata Branca pode apresentar desafios significativos. Isso ocorre porque a realocação dos profissionais existentes seria necessária, o que pode gerar resistência e complicações administrativas. Além disso, o Estado teria que arcar com as despesas dos novos contratados sem deixar de pagar os salários dos funcionários já existentes, resultando em um aumento substancial dos custos operacionais. Por esse motivo, nas iniciativas *brownfield*, onde há uma infraestrutura hospitalar já estabelecida, a concessão Bata Cinza geralmente se mostra mais vantajosa, uma vez que este modelo permite a continuidade do uso do corpo de funcionários atual, aproveitando a experiência e o conhecimento já adquiridos, enquanto a concessionária assume a gestão e a operação do hospital. Dessa forma, evita-se a duplicidade de despesas com pessoal e facilita-se a transição para o novo modelo de gestão, garantindo uma operação mais eficiente e econômica.

Por outro lado, o modelo "Concessão Integral" pode oferecer maiores benefícios em termos de eficiência e qualidade dos serviços de saúde, desde que a concessionária tenha a capacidade de gerenciar a complexidade e os riscos associados.

II.6.6 RESUMO DA ANÁLISE DAS VANTAGENS E DESVANTAGENS DA INCORPORAÇÃO DAS ATIVIDADES CLÍNICAS NO ESCOPO DA PPP

Conforme constou do Relatório ESCOPO 1.6 - RELATÓRIO DE DIRETRIZES OPERACIONAIS E ESCOPO DA PPP:

“A incorporação das atividades clínicas, incluindo serviços médicos, no escopo das Parcerias Público-Privadas (PPPs) em unidades hospitalares é um tema complexo que requer uma análise detalhada das vantagens e desvantagens de cada modelo.

Panorama dos Formatos de PPP nos Hospitais Brasileiros

Atualmente, existem dez hospitais no Brasil geridos sob a modalidade de PPP (concessão administrativa), predominando o modelo de separação das atividades de Bata Branca (assistência médica e de enfermagem) e Bata Cinza (infraestrutura e facilities). Apenas o Hospital do Subúrbio, na Bahia, opera sob o formato de concessão integral. Nos demais casos, a concessão é limitada à infraestrutura, com a atividade assistencial mantida sob a responsabilidade do Poder Concedente.

Na modalidade de concessão da infraestrutura (Bata Cinza), os governos adotaram diferentes soluções para a atividade assistencial, variando desde a execução dos serviços pela Administração Direta, utilizando funcionários próprios, até a celebração de Contratos de Gestão com Organizações Sociais da Saúde (OSS).

A escolha entre os formatos de concessão de hospitais (PPPs) depende das especificidades de cada situação e dos objetivos do setor público. A execução do projeto depende das condições locais, como o conhecimento do modelo pela equipe técnica, a pré-existência do hospital e sua força de trabalho, os recursos orçamentários, os planos de governo e as políticas públicas estabelecidas.

Ambos os formatos de concessão têm potencial para trazer benefícios, mas também apresentam desafios que devem ser gerenciados. Em hospitais existentes que serão ampliados ou substituídos, a decisão tende a considerar a inclusão da força de trabalho já existente para evitar duplicidade de remuneração. Em locais sem uma rede de estabelecimentos públicos de saúde, o remanejamento de pessoal pode ser inviável, como é o caso do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS).

A resistência ao novo modelo por parte de sindicatos ou associações de classe pode gerar desgastes e atrasos, devendo ser gerenciada adequadamente. Quando a Administração Pública opta por aproveitar a força de trabalho pré-existente, geralmente há necessidade de ampliação do quadro, podendo realizar novos concursos públicos ou buscar alternativas como contratos de gestão com Organizações Sociais da Saúde.

A alternativa mais econômica e ágil para o HRMS parece ser a concessão Bata Cinza, mantendo o quadro de servidores atuais nas atividades assistenciais. A substituição gradual de servidores antigos por prestadores privados deve ser planejada para assegurar a continuidade e qualidade dos serviços.

Esta análise se aplica especificamente ao HRMS, com estudos futuros previstos para os hospitais de Três Lagoas, Dourados e Corumbá. As conclusões são preliminares e

indicam direções potenciais a serem exploradas, com o processo de decisão permanecendo flexível e aberto a novas informações.

II.6.6.1 ESTIMATIVA DE DESPESAS

A estimativa de despesas para o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul na hipótese de uma concessão integral PPP e após a sua ampliação, pode ser obtida através de cálculos paramétricos e referenciais. O objetivo desta estimativa é fornecer um dado aproximado que permita aos gestores de saúde tomarem decisões informadas para cada caso específico. É importante destacar que esta estimativa não representa um valor final ou exato, pois não se baseia em planilhas de cálculos detalhadas que poderiam levar a um cálculo preciso.

Apesar dessa ressalva, os números fornecidos são valiosos para que as autoridades estaduais possam avaliar a escolha da modalidade de concessão integral (Bata Branca + Bata Cinza).

Para isso, utilizamos como referência três hospitais localizados no estado de São Paulo, que possuem porte e produtividade semelhantes ao Hospital Regional de Mato Grosso do Sul: Hospital Estadual de Bauru, Hospital Estadual de Santo André e Hospital Regional de Guarulhos.

Para calcular a estimativa de despesas operacionais (OPEX) do HRMS numa eventual concessão integral, serão utilizados os cálculos de OPEX já praticados pelos hospitais mencionados como *benchmark*. É importante esclarecer que os três hospitais são gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), em contratos de gestão. Como é sabido, as OSS administram esses hospitais sem a inclusão de margens de lucro, ressarcimento de investimentos, Taxa Interna de Retorno (TIR) e outros custos que normalmente compõem a contraprestação paga pelo Poder Concedente em um contrato de PPP. Portanto, os custos operacionais por leito desses hospitais serão utilizados para uma primeira aproximação das despesas, focando exclusivamente no OPEX.

Ao utilizar os custos operacionais por leito dos três hospitais como referência, podemos obter uma média de gastos que servirá como base para a estimativa inicial do novo hospital. No entanto, é evidente que essa média não refletirá o valor total da contraprestação mensal em um contrato de PPP, uma vez que não inclui os custos adicionais mencionados anteriormente. A análise inicial baseada no OPEX dos hospitais geridos por OSS fornecerá uma base sólida e útil para uma análise situacional, que poderia ser complementada com cálculos adicionais para refletir de forma mais detalhada a realidade financeira de um eventual contrato de PPP integral.

TABELA 2 – QUADRO-RESUMO *BENCHMARK*

<i>Hospital</i>	Nº de leitos	OPEX (25 anos) R\$ bilhões	OPEX/leito /ano R\$ mil
<i>H. Regional de Bauru</i>	329	5,26	640
<i>H. Regional de Santo André</i>	300	6,32	840
<i>H. Regional de Guarulhos</i>	354	5,62	635
<i>Média</i>	328	5,73	705

Fonte: <https://portaldatransparencia.saude.sp.gov.br/index.php>

Com base na tabela e na projeção de número de leitos totais do HRMS, em que a somatória de leitos nos dois edifícios, prédio novo e prédio atual, chegam a 569 leitos, a projeção de OPEX seria de R\$ 9,34 bilhões em 25 anos (R\$ 373,65 milhões/ano), com projeção de R\$ 705 mil/leito/ano. A projeção de CAPEX inicial foi de R\$ 783 milhões.

II.6.6.2 INDICADORES DE DESEMPENHO

Hospitais são instituições de extrema complexidade e representam os maiores gastos no custeio da saúde pública e privada. A busca por estratégias de melhoria de desempenho, eficiência e satisfação de pacientes e gestores é uma das maiores preocupações na gestão hospitalar.

Indicadores de desempenho são ferramentas essenciais para avaliar, comparar e estabelecer padrões de remuneração para os Estabelecimentos de Atenção à Saúde (EAS), sejam hospitais ou outras unidades.

No caso do HRMS, sendo uma concessão integral, esses indicadores seriam fundamentais no contrato, estabelecendo regras de pagamento e a relação entre o parceiro privado e o público.

Indicadores de desempenho, ao expressarem resultados em índices numéricos, permitem uma avaliação contínua da eficiência do serviço, sendo associados a abordagens como melhoria da qualidade, acreditação e certificação hospitalar.

Nas concessões integrais, os indicadores de desempenho (KPIs) devem abranger todos os aspectos da atividade da concessionária, garantindo uma avaliação completa e precisa de sua performance. Portanto, é essencial que existam indicadores que meçam a performance da infraestrutura, assegurando a conservação e eficiência dos serviços de apoio administrativo, bem como indicadores que avaliem a atividade assistencial

tanto em termos quantitativos, como número de atendimentos e procedimentos realizados, quanto qualitativos, como a qualidade dos serviços prestados e o cumprimento das normas sanitárias. Dessa forma, os KPIs proporcionarão uma visão abrangente e detalhada do desempenho da concessionária, permitindo ajustes e melhorias contínuas. Podem ser divididos em:

- Indicadores de Infraestrutura: indicadores que medem a performance da contratada em relação ao estado de conservação da infraestrutura e aos demais serviços de apoio administrativo. Incluem-se serviços como logística, esterilização, limpeza e higienização, lavanderia, segurança patrimonial, nutrição, engenharia clínica, manutenção predial, tecnologia da informação e comunicação (TIC), dentre outros.
- Indicadores de Produção: metas a serem alcançadas pela concessionária, referentes à produção do hospital. Subdividem-se em indicadores relacionados à internação hospitalar, cirurgias ou procedimentos em regime de hospital-dia (HD), atendimentos de Pronto Socorro (PS), atendimentos ambulatoriais médicos e não médicos, e exames e procedimentos que o hospital pode oferecer à rede SUS regional – SADT externo.
- Indicadores de Qualidade: Esses indicadores aferem a qualidade dos serviços prestados e o cumprimento da legislação sanitária nacional. Incluem comissões hospitalares, ações de controle de infecção hospitalar e outros agravos de saúde decorrentes de internação, parâmetros de comparação com o desempenho de outros hospitais de referência, utilização de protocolos clínicos, e a inserção do hospital na rede local.

II.6.6.3 IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

Na concessão integral, é essencial listar e analisar os principais riscos associados, que podem impactar significativamente o sucesso do projeto. Entre os riscos mais relevantes, destacam-se:

1. Baixo Interesse do Mercado: A modalidade Bata Branca tende a atrair poucos *players*, resultando em um baixo interesse do mercado. Isso pode limitar a competitividade e a qualidade das propostas recebidas, além de dificultar a seleção de um parceiro privado adequado.
2. Complexidade Duplicada na Gestão do Contrato: O Poder Concedente enfrenta uma complexidade duplicada na gestão do contrato, pois precisa focar simultaneamente na infraestrutura e no desempenho assistencial do hospital. Essa dualidade de foco pode sobrecarregar a capacidade de gestão e supervisão do Poder Público.
3. Indicadores Diferentes e Complexos: Os indicadores de desempenho para infraestrutura e assistência são completamente diferentes e requerem análises distintas. A necessidade de definir e monitorar muitos indicadores específicos para

cada área adiciona custo e complexidade ao processo de gestão, exigindo recursos adicionais e expertise especializada.

4. Outros Riscos: Além dos riscos mencionados, existem outros que podem impactar significativamente a concessão Bata Branca. Um dos principais é a variabilidade na demanda por serviços de saúde. A demanda pode flutuar devido a fatores sazonais, mudanças demográficas ou fenômenos epidemiológicos, o que pode resultar em uma utilização abaixo da capacidade contratada. Essa subutilização pode gerar ineficiências e custos adicionais, além de comprometer a sustentabilidade financeira do projeto.

Outra circunstância crítica é o risco de o hospital, que tem seu acesso regulado pelo Poder Concedente, enfrentar uma demanda abaixo da contratada. Isso pode ocorrer devido a falhas na regulação do fluxo de pacientes, políticas de encaminhamento inadequadas ou concorrência com outras unidades de saúde. A demanda insuficiente pode levar a uma subutilização dos recursos, impactando negativamente a performance financeira e operacional da concessionária.

No contexto da análise de mercado, os *players* do setor de saúde expressaram preocupações significativas em relação ao modelo de operação porta aberta. Este modelo, que permite o acesso irrestrito de pacientes, pode resultar em uma demanda muito acima da capacidade contratada, especialmente em períodos de alta sazonalidade ou durante surtos epidêmicos. Esse excesso de demanda pode sobrecarregar os recursos do hospital, levando a uma deterioração na qualidade do atendimento, aumento dos tempos de espera e desgaste dos profissionais de saúde. Portanto, ambos os cenários apresentam riscos distintos que devem ser cuidadosamente considerados na estruturação e gestão dos contratos de concessão na modalidade integral.

Adicionalmente, há a possibilidade de grande dependência do Poder Concedente em relação ao contratado. Essa dependência pode se manifestar na necessidade de suporte técnico, expertise especializada ou na execução de atividades críticas para o funcionamento do hospital. Se o contratado não atender às expectativas ou enfrentar dificuldades operacionais, o Poder Concedente pode encontrar-se em uma posição vulnerável, com limitações para intervir e corrigir problemas rapidamente.

Esses riscos adicionais destacam a importância de uma análise detalhada e de estratégias de mitigação robustas para assegurar a viabilidade e o sucesso da concessão Bata Branca.

III. PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO RELATÓRIO

1. Análise da Demanda Assistencial:

- O relatório detalha a demanda assistencial e consolida o programa de necessidades do Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (HRMS), com foco nas modalidades de operação Bata Branca e Bata Cinza.
- A análise revela que a modalidade Bata Branca, que envolve a transferência da gestão assistencial para entidades privadas, é pouco utilizada no Brasil, com destaque para o único caso do Hospital do Subúrbio, na Bahia.

2. Modelos de Transferência de Atividades Assistenciais:

- Foram discutidos diferentes modelos de transferência de atividades assistenciais, incluindo Organizações Sociais de Saúde (OSS), convênios e concessão Bata Branca.
- A concessão Bata Branca implica a responsabilidade completa da entidade privada pela gestão dos serviços assistenciais, enquanto a Bata Cinza se concentra na gestão de infraestrutura e serviços de apoio.

3. Estimativa de Despesas Operacionais (OPEX):

- Utilizando três hospitais geridos por OSS como *benchmarks*, foi calculada uma estimativa inicial de OPEX para o HRMS.
- A média de gastos por leito desses hospitais foi utilizada para projetar as despesas operacionais do HRMS, resultando em uma estimativa de R\$ 9,34 bilhões em 25 anos, para um hospital de 569 leitos

4. Indicadores de Desempenho (KPIs):

- Indicadores de desempenho são essenciais para avaliar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados.
- Os KPIs devem abranger tanto a infraestrutura quanto a atividade assistencial, garantindo uma avaliação completa da performance da concessionária.

5. Identificação de Riscos:

- A concessão Bata Branca apresenta vários riscos, incluindo o alto custo, a duplicidade de pagamento de servidores públicos e trabalhadores da concessionária, e a baixa atratividade do mercado.
- Pequenas alterações nas despesas operacionais podem impactar negativamente a Taxa Interna de Retorno (TIR), comprometendo a sustentabilidade financeira do projeto.

Essas conclusões fornecem uma base sólida para a tomada de decisões informadas sobre a gestão assistencial dos hospitais estaduais, destacando os riscos e benefícios de cada modelo de concessão analisado.

A análise detalhada apresentada neste relatório evidencia que a concessão Bata Branca para o Hospital Regional do Mato Grosso do Sul (HRMS) envolve uma série de riscos e desafios significativos.

Primeiramente, o alto custo associado a essa modalidade é um fator crítico. A duplicidade de pagamento de servidores públicos em concomitância com os trabalhadores da concessionária gera um elevado gasto, impactando diretamente a viabilidade financeira do projeto.

Outro ponto de destaque é a baixa atratividade do mercado para a concessão Bata Branca, resultando em um número limitado de *players* interessados. Essa falta de competitividade pode comprometer a qualidade das propostas e dificultar a seleção de um parceiro privado adequado. Além disso, a complexidade duplicada na gestão do contrato, que exige atenção simultânea à infraestrutura e ao desempenho assistencial do hospital, sobrecarrega a capacidade de supervisão do Poder Concedente. A necessidade de monitorar indicadores distintos e complexos para ambas as áreas adiciona custo e complexidade ao processo de gestão.

A modelagem financeira também apresenta riscos consideráveis. O OPEX (despesas operacionais) tende a ser significativamente mais alto que o CAPEX (despesas de capital), o que pode comprometer a sustentabilidade financeira do projeto. Pequenas alterações nas despesas operacionais podem impactar negativamente a Taxa Interna de Retorno (TIR), tornando o projeto menos atraente para investidores e aumentando o risco financeiro.

Ademais, a variabilidade na demanda por serviços de saúde é um risco importante. A demanda pode flutuar devido a fatores sazonais, mudanças demográficas ou fenômenos epidemiológicos, resultando em uma utilização abaixo da capacidade contratada. Essa subutilização pode gerar ineficiências e custos adicionais, comprometendo a sustentabilidade financeira do projeto. O risco de o hospital, com acesso regulado pelo Poder Concedente, enfrentar uma demanda abaixo da contratada também é significativo. Falhas na regulação do fluxo de pacientes, políticas de encaminhamento inadequadas ou concorrência com outras unidades de saúde podem levar a uma subutilização dos recursos, impactando negativamente a performance financeira e operacional da concessionária.

Por fim, a grande dependência do Poder Concedente em relação ao contratado é um risco adicional. A necessidade de suporte técnico, expertise especializada ou execução de atividades críticas para o funcionamento do hospital pode colocar o Poder Público

em uma posição vulnerável, especialmente se o contratado não atender às expectativas ou enfrentar dificuldades operacionais.

Com base na análise apresentada, a consultoria recomenda a adoção do modelo de concessão Bata Cinza, que se mostra mais racional ao utilizar a mão de obra atual do hospital. Esse modelo permite que o conjunto de servidores permaneça no quadro do Estado, evitando a geração de dupla despesa com a contratação de novos trabalhadores pela concessionária. Além disso, os valores estimados para a concessão Bata Cinza são mais acessíveis, tornando essa opção financeiramente mais viável. Os maiores problemas a serem enfrentados pelo contrato de concessão se referem à infraestrutura, e a concessão Bata Cinza focaria na resolução desses problemas, garantindo uma gestão mais eficiente e sustentável dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHRQ (2024). *Agency for Healthcare Research and Quality*. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/index.html>.

Al-Amin, M., Zinn, J., Rosko, M., & Aaronson, W. (2016). The impact of hospital characteristics on patient outcomes. *Journal of Hospital Medicine*, 11(8), 543-550.

ANS (2012). Taxa de Ocupação Operacional Geral. Agência Nacional de Saúde Suplementar, V1.01, novembro de 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-01.pdf>.

ANS (2013). Média de Permanência Geral. Agência Nacional de Saúde Suplementar, V1.02, janeiro de 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-dos-prestadores-de-servicos-de-saude-1/versao-anterior-do-qualiss/e-efi-05.pdf>.

CDC. HAI Prevention, Control and Outbreak Response for Public Health and Healthcare. CDC – The United States Centers for Disease Control and Prevention, August 8th, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/prevention.html>.

CQH (2022). Caderno de Indicadores – Roteiro de Avaliação REV12. CQH – Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar – Associação Paulista de Medicina. Número de matrícula 001, Número CQH: 001-CQH-IND-002, Ver 5, data 17/03/2022. Disponível em: <https://cqh.org.br/wp-content/uploads/001-CQH-IND-002-rev5-Caderno-de-Indicadores-Roteiro-rev12.pdf>.

Davis, M.M., Devoe, M., Kansagara, D. et al. (2012) “Did I Do as Best as the System Would Let Me?” Healthcare Professional Views on Hospital to Home Care Transitions. *J GEN INTERN MED* 27, 1649–1656 (2012). <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2169-3>.

Hassan, M., Tuckman, H. P., Patrick, R. H., Kountz, D. S., & Kohn, J. L. (2010). Hospital length of stay and probability of acquiring infection. *American Journal of Infection Control*, 38(5), 379-383.

Iacobucci, G. (2021). Overcrowding and long delays in A&E caused over 4000 deaths last year in England, analysis shows. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2835>.

Jha, A. K., Orav, E. J., Li, Z., & Epstein, A. M. (2009). The inverse relationship between mortality rates and performance in the Hospital Quality Alliance measures. *New England Journal of Medicine*, 361(3), 283-293.

Khullar D. (2023) Burnout, Professionalism, and the Quality of US Health Care. *JAMA Health Forum*. 2023;4(3):e230024. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.0024

NICE guideline NG94 (2018). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organization. *National Institute for Health and Care Excellence*, Reino Unido. Published: 28 March 2018. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94>.

SES-MS (2024). Plano Estadual de Saúde – Mato Grosso do Sul 2024-2027. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. Campo Grande-MS, 2024. Disponível em: <https://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2024/05/PLANO-ESTADUAL-DE-SAUDE-2024-2027-2.pdf>.

Smith, J., Doe, A., & Brown, L. (2017). Improving Bed Turnover Rates in Hospitals: A Comprehensive Approach. *Journal of Healthcare Management*, 62(4), 255-262.

Werner, R. M., Bradlow, E. T., & Asch, D. A. (2010). Does hospital performance on process measures directly measure high quality care or is it a marker of good hospital management? *Journal of the American Medical Association*, 304(8), 845-852.

WHO (2023) Patient safety. *WHO – World Health Organization*. 11 September 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.

Williams, M., Green, D., & Johnson, P. (2018). Impact of Bed Turnover on Hospital Resource Utilization. *BMC Health Services Research*, 18, 123.



PROJETO BID RG-T4199

**CONSULTORIA DE APOIO NO
DIAGNÓSTICO E NA ESTRUTURAÇÃO
DO PROJETO PPP DE HOSPITAIS DO
ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL**

**CONTATO PEZCO ECONOMICS
(EMPRESA LÍDER)**



R. Bela Cintra, 1200 • 1ª andar •
Consolação • São Paulo / SP



+ 55 11 3582-5509



economics@pezco.com.br



www.pezco.com.br