



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**THADEU BORGES SOUZA SANTOS**

**MODELOS ALTERNATIVOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR  
DO SUS BAHIA**

**SALVADOR - BA**

**2017**

**THADEU BORGES SOUZA SANTOS**

**MODELOS ALTERNATIVOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR  
DO SUS BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, na área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Orientadora:** Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto

**SALVADOR – BA**

**2017**

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

S237m Santos, Thadeu Borges Souza.

Modelos alternativos de gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia /  
Thadeu Borges Souza Santos. -- Salvador: T.B.S. Santos, 2017.

217 f.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade  
Federal da Bahia.

1. Gestão de Sistema Hospitalar. 2. Capacidade de Gestão. 3. Modelos  
de Gestão Indireta do SUS . I. Título.

CDU 614.2

---



**Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva – ISC  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

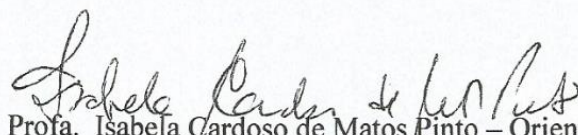
THADEU BORGES SOUZA SANTOS

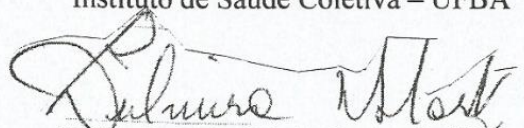
***Modelos alternativos de gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia***

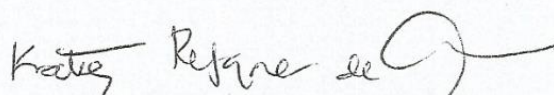
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

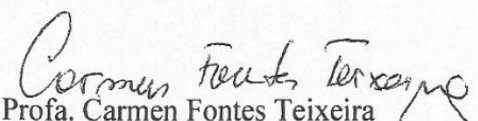
Data de defesa: 26 de maio de 2017.

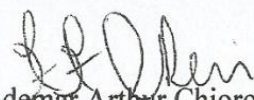
Banca Examinadora:

  
Prof. Isabela Cardoso de Matos Pinto – Orientadora  
Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

  
Prof. Zulmira Maria de Araújo Hartz  
Universidade Nova de Lisboa – UNL

  
Prof. Kátia Rejane de Medeiros  
FIOCRUZ – Pernambuco

  
Prof. Carmen Fontes Teixeira  
Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos – IHAC

  
Prof. Ademir Arthur Chioro dos Reis  
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Salvador  
2017

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Eduardo e Anina, que me educaram à  
dignidade, justiça e solidariedade.

Aos irmãos, cunhados e sobrinhos que tanto torceram pela  
trajetória ética e profissional.

À minha esposa Silvana, companheira de toda trajetória,  
superações e conquistas.

Aos meus sogros, Rafael e Josete, pelo acolhimento e  
discussões sobre a temática de estudo.

## AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA, que através dos professores, principalmente Jairnilson Paim, Lígia Vieira, Carmen Teixeira, Ana Luísa, Ana Angélica e Luís Eugênio, conduziram ensinamentos, reflexões e encontros científicos que viabilizaram meu desenvolvimento acadêmico e interpessoal.

Ao Observatório de Análise Política e Saúde (OAPS), que me possibilitou ampliação da atuação como pesquisador em Política, Planejamento e Gestão através do Eixo de Gestão Hospitalar no SUS.

À professora Isabela Cardoso de Matos Pinto pelo acolhimento no Grupo de Pesquisa de Trabalho, Educação e Gestão na Saúde e que, com sua simpática forma de lidar com as relações humanas e desafios da gestão, acreditou no desenvolvimento desta pesquisa e fomentou constituição de um eixo de pesquisa em administração hospitalar no ISC/UFBA.

Aos professores da banca, pela disponibilidade e interesse pela leitura e avaliação desta tese. Suas reflexões crítico-científicas são essenciais ao debate consistente sobre este fenômeno. Em especial, dois destaques. À Carmen Teixeira pela sua sensibilidade e conhecimento admiráveis que me permitiram trilhar coerentemente como sujeito epistêmico. À Zulmira Hartz que me recebeu em período de doutorado-sanduiche na Universidade Nova de Lisboa, juntamente com o professor Paulo Ferrinho, pela sua visão para além do objeto de estudo, dinamismo e carinho.

Aos amigos do Grupo de Pesquisa, em especial a Lúcio grande incentivo à aproximação com o grupo e a Iracema Viterbo, Davilyn dos Anjos e Vinício Oliveira, com quem cresci muito nos *cafés científicos* durante as atividades na sala de pesquisa.

Aos colegas de jornada, Nília Prado, Kleize Araújo, Silvânia Oliveira e Silvana Vieira, pela constituição do nosso pequeno grupo *Resenheiros de Plantão*, em que tanto compartilhamos pesares, apoios, sorrisos e votos de sucesso na trajetória.

Aos técnicos administrativos do ISC/UFBA, especial atenção para Anunciação, Ana Cardoso, Beatriz, Carla e Sônia, as meninas da PPGSC por todo apoio administrativo, disponibilidade e carinho.

Às residentes Jessica Souza e Juliete Martins e às graduandas Andréa Laura, Nathália Suzart, Amanda Bispo, Juliete Santos e Carolina Pinto por comprarem a desafiante problemática da gestão hospitalar e me permitirem alcançar tamanha proporção deste estudo e banco de dados.

Aos colegas docentes e técnicos administrativos do Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado, Campus I, pelo apoio e incentivo durante meu processo formativo.

## RESUMO

SANTOS, Thadeu Borges Souza. **Modelos alternativos de gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia**. 2017, 216 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia.

A problemática da gestão hospitalar no SUS envolve vazios assistenciais, baixa resolubilidade dos hospitais de pequeno porte, descentralização das unidades federais, relação leitos por habitantes, recursos humanos especializados, problemas infraestruturais e burocráticos. Aspectos que complexificam a capacidade de gestão do Sistema de Saúde. Como alternativa para enfrentamento, gestores tem justificado a necessidade de incorporar modelos gerencialistas originados a partir da Reforma Administrativa do Estado da década de 1990. O SUS Bahia se destaca nacionalmente pela ampliação da rede própria adotando múltiplos modelos de gestão indireta. Objetivou-se analisar a gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia entre 2007 e 2014. Trata-se de um estudo de caso a partir de análise documental e entrevistas semiestruturadas, sendo lócus a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e estruturas administrativas do aparato público coadjuvantes à gestão hospitalar. A análise se fundamentou teoricamente na capacidade de gestão (Triângulo de Ferro de Matus) para implementação (fase do Ciclo da Política Pública) da atenção hospitalar no SUS Bahia. Os resultados foram estruturados em cinco artigos. O primeiro artigo revisou estado da arte sobre gestão hospitalar no SUS, reconhecendo elementos que envolveram os debates sobre a Administração Pública e a área de Política, Planejamento e Gestão Hospitalar nos períodos pré e pós Constituição Federal de 1988 (CF/1988). O segundo analisou a formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar, atentando-se às convergências e divergências entre normas e estratégias ministeriais e as Conferências Nacionais de Saúde pós CF/1988. O terceiro analisou capacidade de gestão da equipe dirigente da SESAB na expansão da rede hospitalar estadual entre 2007 e 2014; emergiram problemáticas à agenda implementadora, estratégias de manejo decisório e fortalecimento contratual-orçamentário e minimização da fragilidade regulatória estatal. Permitindo considerar a altivez da equipe gestora no aperfeiçoamento dos Programas Estaduais de Organizações Sociais (PEOS) e de Parceria Público-Privada. O quarto analisou debate sobre publicização da rede hospitalar no âmbito da arena decisória, evidenciando notoriedade da SESAB no PEOS, principalmente para instrumentalização do monitoramento/regulação da gestão e controle, com destacável apoio consultivo da Procuradoria Geral do Estado à implementação das estratégias de expansão e melhorias na política de atenção hospitalar no SUS Bahia. E com o quinto artigo aprofundou-se na análise dos contratos e relatórios de gestão adotados na publicização de serviços hospitalares no SUS Bahia. O encadeamento das considerações destes produtos permitiu concluir que: houve tendência ao aprofundamento do modelo gerencialista à gestão hospitalar no SUS, sendo que no caso da Bahia a capacidade gestora para expansão da rede hospitalar fortalece os modelos de gestão indireta a partir de 2007. Aponta-se que através do Programa Estadual de OS foi viabilizada readequação assistencial, ampliação da cobertura e arena de negociação onde a SESAB adquiriu relevante função no desenvolvimento de estratégias regulatórias estatais. No entanto, a implementação dessas estratégias não acompanhou o rápido crescimento da rede hospitalar sob gestão indireta.

**Palavras chaves:** Política de Saúde, Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde, Administração Pública; Hospitais Públicos

## ABSTRACT

SANTOS, Thadeu Borges Souza. **Alternative Hospital Attention management models in Unified Health System (SUS) in the state of Bahia.** 2017, 216 pp. Doctoral thesis (Public Health Doctoral Programme) – Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador-Bahia.

The challenges of hospital management in SUS encompasses assistential gaps, low resolution rates in small hospitals, decentralizing of federal units, proportion of hospital beds per inhabitants, specialized human resources, infrastructural and bureaucratic problems. Those are hindering aspects to the management capacity of the Health System. Managers have been justifying the necessity of implementing new public management models originated in the Administrative National Reform that took place in the 90's as a strategy to deal with the aforementioned challenges. The Unified Health System (SUS) in the state of Bahia (henceforth SUS Bahia) stands out nationally thanks to the implementation of various models of indirect management and hospital network expansion. The present study aimed to analyse the hospital attention management of SUS Bahia between the years of 2007 and 2014. It's a case study based on document analysis and semi structured interviews. Its *locus* is Bahia's State Secretariat for Health (SESAB) and administrative structures of the public apparatus with supporting roles in hospital management. The analysis was underpinned theoretically by management capacity (Matu's Iron Triangle) for the implementation (phase of the Public Policy Cycle) of hospital attention in SUS Bahia. The results found were structured into five papers. The first paper revised the state of the art about hospital management in SUS, taking into account elements that involved the debates on Public Administration and the field of Hospital Policy, Planning and Management in periods prior and post Brazil's Federal Constitution of 1988 (CF/1988). The second paper analysed the formulation of the National Policy for Hospital Attention, with special interest in the convergences and divergences between ministerial norms and strategies and the National Health Conferences (CNS) post CF/1988. The third paper analyzed the management capacity of the governing team of SESAB during the state hospital network expansion between 2007 and 2014, in the face of the arisal of challenges to its implementation and decision making management, as well as a strengthening of the contractual and budgetary fields and minimizing of frailty of the federal regulation system. This allowed to contemplate the pride of the management team in the perfecting of the State Programmes for Social Organizations (PEOS) and Public-Private partnership programmes. The fourth paper analysed the debate about the outsourcing of the hospital network in the context of the decision making arena, making evident SESAB's notoriety at PEOS, especially for the instrumentalizing of the monitoring/regulation of the management and control, with outstanding consulting support from the State's Attorney's Office towards the implementation of expansion and betterment strategies for SUS Bahia's hospital attention policy. The fifth article shows a deeper analysis of the contracts and management reports implemented in the outsourcing process of hospital services by SUS Bahia. The consideration of the abovementioned articles made it possible to come to the following conclusions: there was a tendency to the further implementation of the new management models on SUS's hospital management, with the distinction that in the case of SUS Bahia the management capacity of expansion of the hospital network strengthens the indirect management models from 2007 on. It is relevant to point out that the State Programmes for Social Organizations (PEOS) made possible the assistential readjustment, broadening of the coverage and the negotiation arena where SESAB took on a relevant role in the development of national regulatory strategies.



Notwithstanding these advances/efforts, the implementation of those strategies wasn't able to keep up with the rapid growth of the hospital network under indirect management.

**Key words:** Health Policy, Health Planning, Health Management, Public Administration, Hospitals Public

## RESUMEN

SANTOS, Thadeu Borges Souza. **Modelos alternativos de gestión en la Atención Hospitalaria del SUS Bahía.** 2017, 216 p. Tesis (Doctorado en Salud Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahía.

La problemática de la gestión hospitalaria en el SUS envuelve vacíos asistenciales, baja resolutivez de hospitales pequeños, descentralización de las unidades federales, relación camas por habitantes, recursos humanos especializados, problemas infraestructurales y burocráticos. Aspectos que complejizan la capacidad de gestión del Sistema de Salud. Como alternativa para enfrentar esto, gestores han justificado la necesidad de incorporar modelos gerencialistas originados a partir de la Reforma Administrativa del Estado de la década de 1990. El SUS Bahía se destaca nacionalmente por la ampliación de la red propia adoptando múltiples modelos de gestión indirecta. El objetivo fue analizar la gestión de la atención hospitalaria en el SUS Bahía entre 2007 y 2014. Se trata de un estudio de caso a partir de análisis documental y entrevistas semiestructuradas, teniendo como locus la Secretaria Estatal de Salud de Bahía y estructuras administrativas del aparato público coadyuvantes a la gestión hospitalaria. El análisis se fundamentó teóricamente en la capacidad de gestión (Triangulo de Hierro de Matus) para implementación (fase del Ciclo de la Política Pública) de atención hospitalaria en el SUS Bahía. Los resultados fueron estructurados en cinco artículos. El primer artículo revisó el estado de arte sobre la gestión hospitalaria en el SUS, reconociendo elementos que involucraron los debates sobre la administración pública y el área de Política, Planificación y gestión hospitalaria en los períodos pre y pos Constitución Federal de 1988 (CF/1988). El segundo analizó la formulación de la Política Nacional de Atención Hospitalaria, enfocándose en las convergencias y divergencias entre normas y estrategias ministeriales y las Conferencias Nacionales de Salud pos CF/1988. El tercero analizó la capacidad de gestión del equipo dirigente de la SESAB en la expansión de la red hospitalaria estadual entre 2007 y 2014; emergieron problemáticas en la agenda de implementación, estrategias de manejo decisorio y fortalecimiento contractual-presupuestario y minimización de la fragilidad regulatoria estatal. Permitiendo considerar la altivez del equipo gestor en el perfeccionamiento de los Programas Estatales de Organizaciones Sociales (PEOS) y de Alianza Público-Privada. El cuarto analizó el debate sobre la publicitación de la red hospitalaria en el ámbito de la arena decisoria, evidenciando notoriedad de la SESAB en el PEOS, principalmente para instrumentalización del monitoreo/regulación de la gestión y control, con destacable apoyo consultivo de la Procuraduría General del Estado en la implementación de las estrategias de expansión y mejorías en la política de atención hospitalaria no SUS Bahía. Y con el quinto artículo se profundizó en el análisis de los contratos e informes de gestión adoptados en la publicitación de servicios hospitalarios en el SUS Bahía. El encadenamiento de las consideraciones de estos productos permitió concluir que: hubo una tendencia a la profundización del modelo gerencialista en la gestión hospitalaria en el SUS, siendo que en el caso de Bahía la capacidad gestora para la expansión de la red hospitalaria fortalece los modelos de gestión indirecta a partir de 2007. Se destaca que a través del Programa Estatal de OS fue viabilizada readecuación asistencial, ampliación de la cobertura y arena de negociación donde la SESAB adquirió relevante función en el desarrollo de estrategias regulatorias estatales. Sin embargo, la implementación de esas estrategias no acompañó el rápido crecimiento de la red hospitalaria con gestión indirecta.

**Palabras claves:** Política de Salud, Planificación em Salud, Gestión em Salud, Administración Pública, Hospitales Públicos

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 -** Referencial teórico da capacidade de gestão da rede de atenção hospitalar no SUS, na perspectiva da esfera governamental p.37
- Figura 2 -** Apresentação dos estudos incluídos para revisão sistemática sobre Gestão Hospitalar no SUS, nas bases Lilacs e Scielo entre 1971 e 2015 p.53
- Figura 3 -** Delimitação das forças categóricas sobre a capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia entre 2007 e 2014, segundo atores situados na alta direção da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia p.128
- Figura 4 -** Diagramação da regulação macro-organizativa da publicização na rede própria hospitalar do SUS Bahia p.132
- Figura 5 -** Referencial analítico da publicização implementada na rede própria hospitalar do SUS Bahia, entre 2004 e 2014 p.149
- Figura 6 -** Modelo teórico-crítico da tese sobre capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS p.166

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Distribuição quantitativa da produção científica pré-selecionada e analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, nas bases Lilacs e Scielo entre 1971 e 2015	p.54
<b>Tabela 2 -</b>	Distribuição quantitativa da produção científica analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por categorias analíticas e períodos históricos entre 1971 e 2015	p.54
<b>Tabela 3 -</b>	Distribuição quantitativa da produção científica analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por Qualis-Capes e períodos históricos entre 1971 e 2015	p.54
<b>Tabela 4 -</b>	Distribuição quantitativa da produção científica pré-selecionada e analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por bases Lilacs e Scielo e Qualis-Capes entre 1971 e 2015	p.55
<b>Tabela 5 -</b>	Distribuição quantitativa dos tipos de estudos analisados em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por categorias analíticas entre 1971 e 2015	p.55

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 -</b>	Caracterização do processo reformista dos estados latino-americanos, a partir da década de 1980	p.25
<b>Quadro 2 -</b>	Elementos caracterizadores dos modelos de gestão indireta brasileira	p.29
<b>Quadro 3 -</b>	Procedimentos científicos envolvidos na análise da capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia	p.40
<b>Quadro 4 -</b>	Temáticas sobre gestão da atenção hospitalar no SUS presente na literatura científica publicada nas bases de dados Lilacs e Scielo entre 1971 e 2015	p.56
<b>Quadro 5 -</b>	Di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do Executivo Federal na formulação da PNHOSP, por períodos de Governo Federal	p.79
<b>Quadro 6 -</b>	Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde períodos de formulação da PNHOSP no pós Constituição Federal do Brasil de 1988	p.86
<b>Quadro 7 -</b>	Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro, na janela de oportunidade à formulação da PNHOSH	p.89
<b>Quadro 8 -</b>	Elementos relacionados à Formação da Agenda do Dirigente na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia, entre 2007 e 2014	p.97
<b>Quadro 9 -</b>	Elementos relacionados ao Sistema de Gerência por Operações na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia, entre 2007 e 2014	p.114
<b>Quadro 10 -</b>	Elementos relacionados à Prestação de Contas por Desempenho na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia, entre 2007 e 2014	p.119
<b>Quadro 11 -</b>	Aspectos analítico-qualitativo da série histórica dos Relatórios Trimestrais de Gestão da rede hospitalar própria publicizada do SUS Bahia, entre 2007 e 2014	p.137
<b>Quadro 12 -</b>	Aspectos analítico-orçamentários da gestão pública contratualizada adotada para rede hospitalar própria publicizada do SUS Bahia, entre 2007 e 2014	p.139

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

<b>ACP</b>	Ação Civil Pública
<b>AD</b>	Atenção Domiciliar
<b>AG</b>	Autonomia de Gestão
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>AOSID</b>	Associação das Obras Sociais Irmã Dulce
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desenvolvimento
<b>CDG</b>	Capacidade de Desempenho da Gestão
<b>CENDES</b>	Comissão Econômica para América Latina
<b>CEP</b>	Comitê de Ética na Pesquisa
<b>CFB</b>	Constituição Federal do Brasil
<b>CGPPP</b>	Conselho de Gestão da Parceria Público-Privada
<b>CIB</b>	Comissão Intergestora Bipartite
<b>CIT</b>	Comissão Intergestora Tripartite
<b>CIR</b>	Comissões Intergestoras Regionais
<b>CMC</b>	Cumprimento de Metas Contratualizadas
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNPQ</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>COAPS</b>	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
<b>CONGEOS</b>	Conselho de Gestão das Organizações Sociais
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação Tecnologias no Sistema Único de Saúde
<b>COPE</b>	Coordenação de Projetos Especiais
<b>CPC</b>	Cumprimento do Plano Contratualizado
<b>CPMF</b>	Contribuição Provisória de Movimentação Bancária
<b>CPP</b>	Ciclo da Política Pública
<b>CRE</b>	Central de Regulação Estadual
<b>DASP</b>	Departamento Administrativo do Serviço Público
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DCG</b>	Desempenho da Capacidade de Gestão
<b>DECS</b>	Descritores em Saúde

<b>DIRES</b>	Diretoria Regional de Saúde
<b>DGRP</b>	Diretoria de Gestão da Rede Própria
<b>DGRP-GI</b>	Diretoria de Gestão da Rede Própria por Gestão Indireta
<b>DGRP-GD</b>	Diretoria de Gestão da Rede Própria por Gestão Direta
<b>DRU</b>	Desvinculação da Receita da União
<b>EBSERH</b>	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
<b>EC</b>	Emenda Constitucional
<b>FA</b>	Fundação de Apoio
<b>FAD</b>	Formação da Agenda Dirigente
<b>FAEC</b>	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
<b>FESF</b>	Fundação Estatal de Saúde da Família
<b>FHC</b>	Fernando Henrique Cardoso
<b>FNS</b>	Fundo Nacional de Saúde
<b>FSE</b>	Fundo Social de Emergência
<b>GEPAM</b>	Grupo Especial de Defesa do Patrimônio Público e Moralidade Administrativa
<b>GI</b>	Gestão Indireta
<b>GD</b>	Gestão Direta
<b>GRC</b>	Gestão Rotineira e Criativa
<b>HU</b>	Hospitais Universitários
<b>HPP</b>	Hospital de Pequeno Porte
<b>ICP</b>	Inquérito Civil Público
<b>IFC</b>	<i>International Finance Corporation</i>
<b>ISC</b>	Instituto de Saúde Coletiva
<b>IFF</b>	Instituto Fernando Filgueiras
<b>IFES</b>	Instituição Federal de Ensino Superior
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>LOS</b>	Lei Orgânica da Saúde
<b>LRF</b>	Lei de Responsabilidade Fiscal
<b>MAC</b>	Média e Alta Complexidade
<b>MAGI</b>	Modelos Alternativos de Gestão Indireta
<b>MARE</b>	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
<b>MCTI</b>	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações

<b>MD</b>	Manejo Decisório
<b>MP/BA</b>	Ministério Público da Bahia
<b>NHS</b>	<i>National Health Service</i>
<b>NOAS</b>	Norma Operacional de Atenção a Saúde
<b>NOB</b>	Norma Operacional Básica
<b>NGP</b>	Nova Gestão Pública
<b>OAPS</b>	Observatório de Análise Política e Saúde
<b>OEА</b>	Organização dos Estados Americanos
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>OPS</b>	Organização Pan-americana de Saúde
<b>OS</b>	Organização Social
<b>OSC</b>	Organização da Sociedade Civil
<b>PCCV</b>	Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos
<b>PCD</b>	Prestação de Contas por Desempenho
<b>PD</b>	Preocupação com Desempenho
<b>PDE</b>	Programa de Desestatização do Estado
<b>PDI</b>	Plano Diretor de Investimentos
<b>PDR</b>	Plano Diretor de Regionalização
<b>PEOS</b>	Programa Estadual de Organizações Sociais
<b>PES</b>	Plano Estadual de Saúde
<b>PGE</b>	Procuradoria Geral do Estado
<b>PID</b>	Programa de Internação Domiciliar
<b>PJ</b>	Pessoa Jurídica
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>PNHOSP</b>	Política Nacional de Atenção Hospitalar
<b>PNS</b>	Plano Nacional de Saúde
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNASH</b>	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
<b>PNAU</b>	Política Nacional de Atenção as Urgências
<b>PNHPP</b>	Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte
<b>PNSP</b>	Política Nacional de Segurança do Paciente
<b>PP</b>	Priorização de Problemas
<b>PPGH</b>	Política, Planejamento e Gestão Hospitalar



<b>PPGS</b>	Política, Planejamento e Gestão em Saúde
<b>PPGSC</b>	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
<b>PPI</b>	Programação Pactuada e Integrada
<b>PPP</b>	Parceria Público Privado
<b>PRAHB</b>	Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira
<b>PDRAE</b>	Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado
<b>RAE</b>	Reforma Administrativa do Estado
<b>RAG</b>	Relatório Anual de Gestão
<b>RAS</b>	Redes de Atenção à Saúde
<b>RAU</b>	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
<b>REDA</b>	Regime Especial de Direito Administrativo
<b>REE</b>	Responsabilidade com a Eficiência e Eficácia
<b>RENASES</b>	Rede Nacional de Ações e Serviços de Saúde
<b>RHS</b>	Recursos Humanos de Saúde
<b>RIH</b>	Relatório de Informação Hospitalar
<b>RSB</b>	Reforma Sanitária Brasileira
<b>RTH</b>	Relatório Trimestral de Gestão
<b>SAEB</b>	Secretaria de Administração do Estado da Bahia
<b>SAIS</b>	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
<b>SADT</b>	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
<b>SIMA</b>	Sistema de Monitoramento e Avaliação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SCIELO</b>	Scientific Electronic Library Online
<b>SEFAZ</b>	Secretaria Estadual da Fazenda
<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SESAB</b>	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
<b>SMAP</b>	Sistema de Monitoramento e Avaliação Periódica
<b>SIH</b>	Sistema de Informação Hospitalar
<b>SIOPS</b>	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
<b>SGO</b>	Sistema de Gestão por Operações
<b>SGP</b>	Superintendência de Gestão Pública
<b>TAC</b>	Termo de Ajuste de Conduta
<b>TCEP</b>	Termo de Compromisso entre Entes Públicos

<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TIS</b>	Tecnologias de Informação em Saúde
<b>TFM</b>	Triangulo de Ferro de Matus
<b>TFD</b>	Tratamento Fora do Domicílio
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UMA</b>	Unidade de Monitoramento e Avaliação
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do SUS
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>32</b>
2.1	Objetivo Geral	32
2.2	Objetivos Específicos	32
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>36</b>
4.1	Desenho de estudo	38
4.2	Lócus do estudo	41
4.3	População de estudo	42
4.4	Procedimentos de coleta de dados	43
4.5	Procedimentos de tratamento dos dados	43
4.6	Procedimentos de análise dos dados	45
4.7	Aspectos éticos da pesquisa	46
<b>5</b>	<b>ARTIGOS</b>	<b>48</b>
5.1	GESTÃO HOSPITALAR NO SUS: problemáticas de estudos em Política, Planejamento e Gestão em Saúde	49
5.2	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR: di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do Executivo Federal	73
5.3	ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS: estratégias organizacionais e capacidade de gestão governamental para expansão da rede própria do SUS Bahia	93
5.4	GESTÃO INDIRETA CONTRATUALIZADA NA ATENÇÃO HOSPITALAR: análise da publicização adotada para rede própria do SUS Bahia	129
5.5	IMPLEMENTAÇÃO DA PUBLICIZAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR: as Organizações Sociais como alternativa à rede própria do SUS Bahia	144
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>163</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>167</b>
	<b>APÊNDICE A</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido	<b>197</b>
	<b>APÊNDICE B</b> – Planilha de revisão sistemática	<b>198</b>
	<b>APÊNDICE C</b> – Instrumento de Entrevista Semiestruturado	<b>199</b>
	<b>APÊNDICE D</b> – Quadro Síntese do Tratamento das Atas	<b>200</b>
	<b>ANEXO A</b> – Termo de Anuência da Instituição Coparticipante	<b>212</b>
	<b>ANEXO B</b> – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	<b>214</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

A **expansão da rede hospitalar própria do Sistema Único de Saúde (SUS) Bahia com adoção de múltiplos modelos de gestão pública entre 2007 e 2014** é fenômeno tomado neste estudo que me exigiu enquanto autor, imersão sobre antecedente histórico da atenção hospitalar brasileira e suas correlações com as tendências (inter)nacionais de reformas administrativas do Estado e os Modelos Alternativos de Gestão Indireta (MAGI).

Esta sistemática me possibilitou aproximação com a problemática da gestão hospitalar no SUS e devo assumir o quanto foi desafiadora, pois marcou em definitivo a recondução da minha trajetória profissional (iniciada na experiência assistencial de enfermagem em terapia intensiva e atuação como docente na área do Cuidar) ao novo caminho instituído por conhecimentos da análise de políticas públicas na área da Saúde Coletiva.

Nesta ruptura do pensamento clínico-assistencial para outro estratégico-situacional e ideológico sobre gestão de sistemas e serviços hospitalares, destaco como influências as experiências enquanto trabalhador e educador na saúde, o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, a teoria-ação do sujeito orgânico na Saúde Coletiva e o pensamento latino-americano sobre a política, planejamento e gestão de saúde. Assim, apresento brevemente a história da atenção hospitalar brasileira, as influências (inter)nacionais e correlações com a administração pública, para enfim seguir com o caso de estudo.

### **Antecedentes históricos da atenção hospitalar brasileira**

No Brasil, não é recente o investimento estatal na assistência hospitalar. As Santas Casas foram as primeiras unidades hospitalares implementadas a partir de 1543 e tinham como característica a dependência de subsídios provenientes do governo da colônia, situação mantida até a primeira república (PAIM, 2009).

No início do século XX, com a eclosão de epidemias na capital da república, a saúde da população se tornou uma questão política, gerando a intervenção estatal através de campanhas sanitárias (FLEURY; OUVÉNEY, 2012). Posteriormente, a assistência médica, hospitalar e farmacêutica apareceram como reivindicações dos trabalhadores nas Caixas de Aposentadorias e Pensões, precursoras das instituições que materializaram a política previdenciária

desenvolvida no período Vargas, notadamente com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões de diversas categorias de trabalhadores. Período em que as opções adotadas implicaram no fortalecimento do modelo assistencialista-médico-hospitalocêntrico-liberal (PAIM, 2009), em que o hospital ganhou relevância institucional e concepção biomédica centrada na clínica.

Na segunda metade do século XX, a partir da década de 1960, a expansão da assistência à saúde ampliou os atendimentos através de hospitais públicos em meio a conjuntura política de fomento ao desenvolvimentismo nacional que adotou a proposta de privatização. Estratégia potencializada no período do Regime Militar (PAIM, 2009). A altura do final dos anos 1970 e início dos 1980, a rediscussão no processo de redemocratização do país foi marcante (PAULA, 2005) e a natureza jurídica das unidades hospitalares se conformou como personalidades filantrópica e liberal-privatista (PAIM, 2009).

No final desta década, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pautou crítica ao modelo assistencial vigente e baseado no paradigma clínico, individualista e com práticas hospitalocêntricas. E, com atuação orgânica, tornou-se uma das forças no processo de redemocratização da saúde que implicou na incorporação do direito à saúde na Constituição Federal do Brasil (CFB) de 1988 (PAIM, 2008).

Nesse sentido, vale a pena destacar que a estratégia da RSB se fundamentava na construção de um movimento democrático-popular, destinado à construção de um sistema de saúde (universal, igualitário e equitativo, com financiamento e gestão estatal) e serviços públicos e de gestão direta. Mas que em meio a confluência de outras forças constituintes, conformou-se também pela prestação privada complementar e de caráter suplementar (GOHN, 1997).

Os anos 1990 foram marcados pelas ações governamentais de implementação do SUS, contemplando a formulação de normas e estratégias de mudança em dois grandes eixos: a mudança de gestão do sistema e a mudança do modelo de atenção à saúde. Foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990, e outros documentos oficiais que orientavam o processo de implementação da política pública de saúde.

Entre esses documentos estão as Resoluções n.º 258/1991, n.º 543/1993 e n.º 2203/1996, que instituíram as Normas Operacionais Básicas (NOB) apontando quanto a atenção hospitalar: o financiamento por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), a notificação através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e a criação de instrumentos gerenciais hospitalares fomentando a eficácia e alcance de resultados. Eles seguiram até início da primeira

década dos anos 2000, quando o Governo Federal publicou as Portarias n.º 95/2001 e n.º 373/2002 instituindo as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), estabelecendo mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e estabelecendo o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) para contratualização dos serviços hospitalares. E a Portaria n.º 1101/2002 definiu então os parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade.

Foi partir de 2003, com o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (PRAHB) que foram apontadas estratégias governamentais para reestruturação deste nível de atenção (BRASIL, 2004). A atenção às urgências ascendeu na agenda política, reiterou-se a promessa de credenciamento de leitos hospitalares com apoio financeiro (TEIXEIRA; PAIM, 2005), seguiu-se com a publicação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e de Regulação do SUS, Pacto de Gestão, reformulação dos critérios de participação complementar (das instituições privadas ou sem fins lucrativos) no âmbito do SUS. E um destaque especial à decisão pela aprovação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) em 2013.

Esta se constituiu como marco histórico importante por estabelecer como diretrizes: princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social; regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços; modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar; financiamento tripartite conforme pactuação; e monitoramento, avaliação<sup>1</sup>, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

Todavia, o processo de implementação da atenção hospitalar no SUS se caracteriza pelo enfrentamento de muitos desafios. Eles envolvem alto custo, subfinanciamento, incorporação ou sobreposição de tecnologias, necessidade de formação de pessoal especializado, limites de acessibilidade e integralidade dos serviços, ineficiente sistema de regulação, insuficiente

---

<sup>1</sup>Os contornos da **avaliação** no campo da saúde se envolvem as políticas e programas sociais, *aplicando julgamento de valor, percebendo posicionamentos e ações. Sabe-se que ganhou força com o avanço da epidemiologia, estatísticas e notoriedade maior com os sistemas de informação*. Sua evolução perpassa por quatro gerações (HARTZ, 2009). Neste estudo, por se tratar de análise de política pública de saúde, não adota o referencial das gerações da avaliação em saúde. Seu cerne desta tese está na quarta fase do Ciclo da Política Pública que foca na análise de implementação (PINTO, 2008). Para tanto, serão adotados terminologia como regulação, auditoria, monitoramento e controle articuladamente com a avaliação. Assim, é importante ao leitos discernir sobre responsabilidades de monitoramento/acompanhamento pelos entes públicos contratantes de gestão indireta, funções do Sistema de Auditoria do SUS, controle desempenhado pelos Ministério Público e Tribunais de Contas no Estado brasileiro. E tão importante quanto eles, deve-se compreender que existem responsáveis para coordenação dos Programas de Organizações Sociais e Parcerias Público-Privada na máquina administrativa governamental.

sistema de referencialidade, heterogênea distribuição territorial e problemas administrativos (SOLLA; CHIORO, 2012; SILVA, 2010; VAITSMAN; MOREIRA; COSTA, 2009).

Quanto ao desempenho gerencial, a complexidade também se apresenta pela pouca agilidade nos processos de aquisição e contratação de serviços, dificuldades para a incorporação de pessoal qualificado e gestão não profissionalizada (BRAGA NETO et al., 2012; PINTO et al., 2014) e restrição orçamentária e de alocação dos recursos conforme constrangimentos impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Essas questões são apontadas como justificativas à decisão por utilização dos MAGI, segundo atores da alta direção das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), enquanto alternativa à implementação da atenção hospitalar no SUS (GARCES; SILVEIRA, 2002).

Assim, a implantação de inovações institucionais e a reconfiguração da relação entre o público e o privado através de parcerias para descentralização da gestão tem despertado atenção por possível aumento da complexidade à capacidade de gestão do sistema hospitalar no SUS. É nesta perspectiva que se atenta ao fenômeno da expansão da gestão indireta como alternativa para unidades hospitalares no SUS. Para tanto, avança-se no entendimento sobre a administração pública brasileira e influências internacionais aos sistemas de saúde.

### **Correlações das tendências (inter)nacionais de reformas administrativas do Estado com a gestão hospitalar**

Para melhor entendimento sobre a gestão pública e sua correlação com o fenômeno dos modelos de gestão apontados como alternativas para implementação da atenção hospitalar no SUS, é importante ressaltar as influências dos debates internacionais sobre gestão pública na América Latina e no Brasil. Destacam-se, nessa dimensão, a relevância histórica da relação brasileira com os processos reformistas do aparelho público e as relações entre o público e o privado remodelando as funções do Estado na contemporaneidade.

No pós-Segunda Guerra Mundial, estabeleceram-se três modelos organizacionais ao setor saúde: Beveridge, Bismarck e de mercado. O primeiro se baseava no financiamento fiscal, universalidade de acesso e gratuidade independente dos níveis de complexidade assistencial. O segundo se estabeleceu pelo seguro social, corporativismo e tendo acesso condicionado à situação de emprego. No terceiro, o acesso se estabelece pelo consumo do serviço e capacidade individual de compra de seguro-saúde (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 2000).

O modelo inglês conhecido como *thatcherismo*<sup>2</sup>, ganhou relevante notoriedade na reforma do setor saúde nas décadas de 1980 e 1990, caracterizando-se pela adoção de novos instrumentos de gestão voltados à melhoria da eficiência, responsabilização das organizações nos sistemas de saúde, flexibilização administrativa pública e adoção de contratualizações. Seu propósito voltado à microeficiência implicou nas seguintes inovações quanto a gestão hospitalar: contenção da autonomia decisória médica; constituição de viabilidades para melhoria da qualidade e da infraestrutura através de serviços terceirizados; flexibilização na divisão de trabalho; introdução de novos métodos de controle, incorporação de tecnologias e das metas contratuais; e fortalecimento do pagamento vis-à-vis aos hospitais. Assim, essa via levou à constituição do quase-mercado e de contratualização na gestão da saúde (CAPOBIANGO et al., 2013; COSTA; SILVA; RIBEIRO, 2000).

Entre essas décadas, o processo de reforma estatal dos países latino-americanos foi marcado por algumas características comuns, pois decorreram de uma agenda política mundial. Sua origem se associou a crise instalada no final da década de 1970, caracterizada como de caráter estrutural, econômica e fiscal. Crise que justificou mudanças nos Estados latino-americanos, principalmente nos planos econômico e político. As atividades de concentraram na regulação e, nesse contexto, as privatizações e a criação de agências reguladoras foram postas como medidas importantes. Na área social, o Estado se colocou como formulador e financiador das políticas públicas, tentando atrair comunidade, empresas e terceiro setor para compartilhar responsabilidade de execução dos serviços públicos, especialmente em saúde e educação (CLAD, 1998).

A descentralização se apresentou como tendência em praticamente todos os países latino-americanos e com forte influência das recomendações pautadas pelo Consenso de Washington<sup>3</sup> (MARINI, 2002; RANGEL; GARMENDIA, 2012), apresentado no Quadro 1.

---

<sup>2</sup> O chamado *thatcherismo* se caracteriza pela descentralização do aparelho estatal, privatização, terceirização dos serviços públicos, regulação estatal das atividades públicas desenvolvidas pelo setor privado e adoção de ideias e ferramentas gerenciais do setor privado. Constituiu as correntes teóricas do neoinstitucionalismo, do gerencialismo e da boa governança que possibilitaram a reestruturação do modelo de Estado burocrático para o gerencial que se fundamenta na competição e nos resultados (CAPOBIANGO et al., 2013).

<sup>3</sup> **Consenso de Washington:** frente a crise econômica e crescimento da dívida externa de muitos países latino-americanos na década 1980, buscou-se um modelo aberto, estável e liberalizado. As recomendações apresentadas pelo Instituto Internacional de Economia, na conferência intitulada *Latin American Adjustment: Howmuch has happened?* cujo agenda recomendava: disciplina fiscal, reordenação das prioridades dos gastos públicos, reforma fiscal, liberação financeira, câmbio competitivo, liberdade comercial, liberação do financiamento exterior, privatizações, desregulação e desburocratização e direito de propriedade (RANGEL; GARMENDIA, 2012). O cunho neoliberal coincidiu com início da transição democrática nos países latino-americanos. Participaram deste consenso a cúpula política e financeira, com destaque aos representantes do Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) (PEREIRA, 2015; VILAS, C.M., 2015).



**Quadro 1. Caracterização do processo reformista dos Estados latino-americanos, a partir de 1980**

País	Característica reformista
Argentina	A crise do Estado se caracterizou pela baixa governabilidade. No início dos anos 1980, desenvolveu-se a redemocratização e o fortalecimento das carreiras públicas e, ao final da década, implementou-se a reforma do Estado e administração pública em duas etapas: entre 1989-1994, com ênfase na erradicação do déficit fiscal com adoção da planificação orientada à melhoria da eficiência, e entre 1994-1999. Com a promulgação da nova Constituição, criou-se a Unidad de Reforma y de Modernización del Estado, que visava a implementação de moderno sistema de gerência pública, tendo como principais linhas de abordagem as transformações institucionais e horizontais.
Venezuela	A criação da Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, em 1984, objetivou estabelecer o Estado moderno, democrático e eficiente, com a participação cidadã no processo de tomada de decisões. O plano se preocupou com as dimensões política, econômica e administrativa. Entre 1994-1999, seu foco estava nas diretrizes da redefinição dos novos papéis, reforma política, descentralização, participação cidadã e busca da eficiência. A partir de 1999, priorizou-se a renovação constitucional e implementação da descentralização.
Chile	País que já adotava o planejamento estratégico. Não sofreu a crise fiscal, corrupção e ineficiências. A reforma administrativa ocorreu nos anos 1990 devido demandas sociais e necessidade de melhoria da qualidade dos serviços. Teve quatro dimensões básicas: fortalecimento da capacidade reguladora do Estado e das privatizações; transpor concepção de Estado autoritário/centralizador para democrático, participativo e descentralizado; fortalecimento do direto aos serviços sociais através da participação do mercado e terceiro setor; e introdução da nova gestão pública.
México	A partir do governo de 1994-2000, a reforma administrativa entra efetivamente na agenda governamental com o Programa de Modernização da Administração Pública, com processo focado no restabelecimento da economia, incentivo as privatizações, diminuição da máquina pública, melhoria da competitividade internacional, combate à corrupção e descentralização.
Nicarágua	O ponto de partida foi sua experiência conflitiva e crise estrutural. Destacam-se ações de estabilização macroeconômica, ajuste estrutural e descentralização administrativa. Criou-se o Comitê Executivo para a Reforma da Administração Pública em 1994 que atualizou diagnóstico setorial e estratégia de reforma baseada em gestão por processos (implementada via contratualização).
Uruguai	Iniciado em 1995, visava transformações na seguridade social, sistema político e administração pública que voltaria à gestão por resultados, ordenação de compras, capacitação de pessoal e regulação com vistas a melhorar eficiência e eficácia do gasto.
Guatemala	O Acordo de Paz, em 1996, foi determinante ao processo de redemocratização, recuperação da institucionalidade e o respeito aos direitos humanos. O projeto de reforma do Estado contemplava modernização estrutural, estabilização e restabelecimento do crescimento econômico e modernização integral do setor público através da reforma jurídico-legal.
Peru	Teve processo caracterizado pela construção do Estado democrático e melhoria da gestão pública através da descentralização, aperfeiçoamento legal para eficiência dos recursos públicos e adoção do planejamento estratégico.
Brasil	A reforma gerencial brasileira, introduzida em 1995 no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), teve foco nas reformas estruturais e na estabilização da economia. Formulou-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), expondo diagnóstico sobre a crise, fomentando novo modelo de ação do Estado centrado nos segmentos de núcleo estratégico, atividades exclusivas, atividades não-exclusivas e produção de bens e serviços pelo mercado. Aprovou a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Emenda Constitucional n.º 19 e estabeleceu prioridade de proposta aos governos subsequentes através do Plano Plurianual 2000-2003, denominado como Avanço Brasil.

Fonte: adaptado de Marini (2002).

No Brasil, mecanismos legais no âmbito da administração pública que disponham sobre princípios e normas em relação ao controle de despesas e finanças públicas tornam-se medidas essenciais para o controle dos gastos. O Governo Federal tem incorporado métodos utilizados nas organizações privadas para melhorar seus resultados, qualidade e produtividade. O *Modelo de Excelência em Gestão Pública* se fundamenta no pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, cultura da inovação, liderança e constância de propósitos, gestão baseada em processos e informações, visão de futuro, geração de valor, comprometimento das pessoas, foco no cidadão e na sociedade, desenvolvimento de parcerias, responsabilidade social, controle social e gestão participativa (FERREIRA, 2012).

Coloca-se também em destaque aspectos para construção de uma *nova performance do serviço público*, quais sejam: aperfeiçoamento do marco legal (minimizando entraves burocráticos e possibilitando a flexibilização e autonomia); recuperação da capacidade financeira (melhoria da eficiência e introdução da responsabilidade fiscal); melhoria da capacidade dos órgãos da administração pública; e desenvolvimento do capital intelectual (profissionalizando e modernizando e capacitando servidores na administração pública) (MARINI, 2002).

Diante do exposto, observa-se que o debate sobre a Nova Gestão Pública (NGP) originou da crise econômica mundial dos anos 1970 e 1980 que provocou recessão, crise fiscal do Estado, déficits da maioria dos governos e crise de governabilidade. Situação marcante na América Latina que se constituiu como principal laboratório de reformas gerencialistas do final do século XX, levando os Estados a adotarem agenda com redução e redefinição das suas funções, inovar nas formas de gestão, financiamento e provisão de serviços e incluir a eficiência como princípio administrativo (DRAIBE, 1993; PINTO 2004; CAPOBIANGO et al., 2013).

### **Correlações entre reformas administrativas brasileiras e modelos alternativos de gestão indireta na atenção hospitalar do SUS**

No caso do Estado brasileiro, historicamente existiram três reformas administrativas. O primeiro marco foi o Decreto-Lei n.º579/1938 que criou o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) e instituiu a administração burocrática. Posteriormente, o Decreto-Lei n.º200/1967 introduziu a concepção gerencialista, voltada ao resultado, coparticipação do

financiamento privado e descentralização à administração pública indireta<sup>4</sup>. Esses dois marcos ocorreram em períodos de ditadura varguista e militar (BARIANI, 2010; SILVA, 2010).

Neste estudo, considera-se as naturezas jurídicas originadas no terceiro momento reformista que reconfigurou a administração pública do Estado após redemocratização e constituinte de 1988. A partir da década de 1980, o Brasil seguiu em direção às reformas neoliberais, caracterizadas pelo NGP<sup>5</sup>, ancorado na diminuição do tamanho do Estado, enfraquecimento da participação da sociedade civil, horizontalização dos processos decisórios às unidades subnacionais (esferas estaduais e municipais), valorização do controle gerencial e cultura organizacional. Esse fenômeno coincidiu com o movimento contra-hegemônico de reforma societal que também exerceu influências no período constituinte (de 1986 a 1988) (ANDREWS, 2010; PAULA, 2005).

Na década de 1990, enquanto se iniciava a implementação do SUS orientada pelo princípio da descentralização (através das NOB e NOAS) em conformidade com os níveis de capacidade de gestão dos municípios e estados, ocorria a terceira Reforma Administrativa do Estado (RAE). Trata-se do governo de Fernando Henrique Cardoso 1 (FHC1) que permaneceu por dois mandatos (de 1995 a 2002) e marcou a história da administração pública brasileira com pelo alinhamento ao novo gerencialismo (ANDRADE, 2001).

Para efetivar seus ajustes, alterou-se o Artigo n.º 37 da CFB de 1988 através da Emenda Constitucional (EC) n.º19/1998 que incluiu a eficiência como um dos princípios da administração pública. A RAE considerou que a crise do Estado envolvia três dimensões complexas e inter-relacionadas: a fiscal, o modelo de economia e o modelo burocrático de administração pública (BRASIL, 1995; PEIXOTO NETO; ACCIOLY, 2012; ANDREWS; BARIANI, 2010; BRASIL, 2000).

---

<sup>4</sup> A **administração pública indireta** é definida como conjunto de pessoas jurídico-administrativas, que desempenham atividades de gestão delegadas pelo Estado (CARVALHO FILHO, 2012), podendo ser de direito público ou privado, com autonomia administrativo-financeira e destinadas ao exercício de competências públicas descentralizadas (SALGADO, 2012). Quanto à administração pública direta, compreende-se como um conjunto de órgãos/agentes públicos integrados à pessoa política estatal (União, Estados, Distrito Federal ou municípios) e subordinados ao Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário (SALGADO, 2012).

<sup>5</sup> A **Nova Gestão Pública** ou gerencialismo é modelo que adota conceitos da administração de empresas, como eficiência, transparência, qualidade do serviço prestado. É marcado por parcerias entre Estado e sociedade, menor centralização do poder e estruturas hierárquicas, participação popular e criação de novas figuras institucionais. Foi instituído pela Emenda Constitucional n.º 19, em 1998. Esse modelo de administração pública passa a considerar as atividades estatais como exclusivas (estratégicas) e não-exclusivas (de caráter competitivo, como os direitos fundamentais de saúde e educação) do Estado. Estas últimas poderiam ser reguladas ou prestadas pelo Estado, livre a iniciativa privada ou prestada pelo setor público não estatal. (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014)

A partir do PDRAE, conceberam-se as organizações como pública, privada ou pública não estatal. Nesta última, o papel do Estado foi reconfigurado como sendo de atividades de núcleo estratégico, exclusivas, de serviços não exclusivos e de produção de bens e serviços para o mercado (ANDREWS, 2013; GARCES; SILVEIRA, 2002).

No âmbito das atividades de caráter competitivo estão os serviços sociais (saúde, educação, assistência social) e científicos, que seriam prestados tanto pela iniciativa privada como pelas Organizações Sociais que integrariam o setor público não-estatal (PAULA, 2005 p. 38).

Esse processo, denominado de publicização<sup>6</sup>, permitiu transferir setores estatais para o ente público não estatal, denominados como Organizações Sociais (OS), que são “[...] entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder” (BRASIL, 1995, p. 60). Assim, para além das naturezas administrativas indiretas já existentes (autarquias, fundação e empresa privada), começaram a surgir novos atores na arena de implementação de políticas públicas, após os anos 1990, redefinindo papéis assumidos pelos Estado e entes públicos não estatais. De tal modo, constituiu-se um novo enquadramento jurídico-institucional nas organizações públicas através das naturezas administrativas por OS (Lei n.º 9.637/98), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (Lei n.º 9.790/99) e Fundações de Apoio (FA) (Lei n.º 8.958/94) que novas alternativas de gestão indireta. (SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Com a vitória de Luiz Inácio Lula da Silva para Presidência da República nas eleições de 2002, permanecendo na presidência por dois mandatos (de 2003 a 2010) (Lula 1 e 2), e com sucessão nas eleições de 2009 para o governo da presidente Dilma Rousseff (Dilma 1) cujo no primeiro mandato (de 2010 a 2014) avançou na legitimação das alternativas de administração indireta.

Nestes três períodos de governo, as FA foram reiteradas através dos Decretos n.º 5.205/2004 e n.º 7.493/2010, bem como a Fundação Estatal. Estabeleceu-se a Parceria Público Privada (PPP) (Lei n.º 11.079/2004), criou-se a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Lei n.º 12.550/2011) e estabeleceu-se o regime jurídico das parcerias voluntárias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Lei n.º 13.019/2014) (BRASIL, 2014). Estas personalidades jurídicas são apresentadas quanto a definição das suas naturezas jurídicas no Quadro 2.

---

<sup>6</sup> **Publicização:** denominação criada no PDRAE (BRASIL, 1995) que legitima transferência da gestão de setores estatais não exclusivos (como saúde) às entidades qualificadas pelo Poder Público como públicas não-estatais, tais como as OS e OSCIP. Criando nova concepção de relação entre público e privado através dos contratos de gestão (SANTOS ET AL, 2016)

**Quadro 2. Elementos caracterizadores dos modelos de gestão brasileira para atenção hospitalar**

Caracterizadores		Marco Legal	Natureza Administrativa e Jurídica	Instrumento de Gestão
Órgãos da Administração Pública Direta		- CFB 1937 - Dec-Lei nº 579/1938	Direta com Direito Público	Termo de Compromisso entre Entes Públicos
Empresas públicas	EBSERH	- Dec-Lei nº 200/1967 - Lei nº 12.550/2011 - Decreto nº 7.661/2011	Indireta com Direito Privado	Termo de Adesão e Contrato de Gestão
Autarquia		- Dec-Lei nº 6016/1943 - Dec-Lei nº 200/1967 - CFB/1988, Art.37 - Decreto nº 2487/1998	Indireta com Direito Público	Contrato de Gestão Termo de parceria
Fundação Pública de Direito Público		- CFB/1988, Arts. nº 37,38,39 e 40		
Fundação Pública de Direito Privado		- LC nº 92/2007	Indireta com Direito Privada sem fins lucrativos e qualificada pelo Poder Público	
Fundação de Apoio		- Lei nº 8.958/1994		
Entes públicos não estatais	OS	- Lei nº 9637/1998		
	OSCIP	- Lei nº 9.790/99		
	OSC	- Lei nº 13019/2014		
Sociedade Propósito Específico	PPP	- Lei nº 11.079/2004	Indireta com Direito Privado	Contrato de Concessão

**Fonte:** PINTO ET AL, 2014; SANTOS; OLIVEIRA, 2010; SALGADO, 2012.

Ao conjunto das naturezas jurídicas constituídas após a reforma administrativa dos anos 1990, convencionou-se chamar neste estudo como Modelos Alternativos de Gestão Indireta (MAGI). Frente a manutenção do modelo de gestão pública direta e adoção das OS e PPP no SUS Bahia entre 2007 e 2014, constitui-se um fenômeno digno de análise pela multiplicidade de modelos adotadas como alternativa à capacidade de gestão da atenção hospitalar no Brasil.

### **A expansão da rede hospitalar própria do SUS Bahia com adoção de múltiplos modelos de gestão pública como caso de estudo**

O caso SUS Bahia merece destaque nacional e também internacional. Para atender aos serviços de média e alta complexidade, foi proposta criação de novas formas de gestão de unidades de prestação de serviços, notadamente aos hospitais. A Bahia foi estado federativo que primeiro aprovou marcos legais dos modelos de OS e PPP, antecedendo até mesmo as leis federais e fomentou criar uma Fundação Estatal específica para gestão hospitalar.

Durante o período governamental compreendido entre 2007 e 2014, a SES adotou estratégias de implementação de política pública de atenção hospitalar que conduziram à ampliação da sua rede própria com abertura de cinco novos hospitais. Sendo que, notoriamente,

este feito foi articulado com a adoção/ampliação das OS e inovação com a primeira experiência de PPP no setor saúde brasileiro.

Na implementação da política de atenção hospitalar no SUS Bahia também se ampliou e descentralizou a cobertura assistencial, melhorou a relação leitos/habitante e leitos gerais/UTI e implementou estratégias ministeriais de desospitalização, regulação assistencial e recondução do papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde (BARRETO; FREIRE, 2011; MACHADO; MARTINS, LEITE, 2015). E se caracterizou ainda pela adoção de múltiplos MAGI às unidades hospitalares da rede própria.

Assim, constituiu-se como fenômeno relevante, justificando sua escolha como estudo de caso que busca responder a seguinte questão: **como se deu a gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia entre 2007 e 2014?** Definiu-se, portanto, como objetivo geral **analisar a gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia entre 2007 e 2014**. A sistematização dos achados foi organizada no formato de artigos, que são apresentados como interdependentes.

Os dois estudos iniciais corresponderam a necessidade de aproximação do pesquisador com o estado da arte sobre gestão da atenção hospitalar no SUS e sobre a formulação da PNHOSP. Seus objetivos específicos permitiram considerações parciais relevantes ao entendimento da problemática estudada, reestabelecimento das relações entre as esferas pública e privada e di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal.

Os outros três estudos subsequentes correspondem especificamente ao estudo de caso sobre a atenção hospitalar no SUS Bahia, onde foi utilizado o referencial teórico-analítico construído a partir da fase de implementação de uma Política Pública (PINTO, 2008; HOWLLET; RAMESH; PERL, 2013; KINDON, 1995; PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014), articuladamente com os elementos constitutivos do Triângulo de Ferro de Matus (TFM) (MATUS, 1997; MATUS, 2000).

De tal modo, coube ao terceiro estudo focalizar a atenção do pesquisador na capacidade de gestão da equipe dirigente da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), bem como dos atores da esfera administrativa pública coadjuvantes desta implementação. O penúltimo estudo analisou instrumentos de prestação de contas e de contrato de gestão das OS para os serviços hospitalares da rede própria baiana e, por fim, o quinto artigo adentrou na complexidade da arena decisória da publicização, permitindo avançar nas análises sobre os debates acerca do modelo de OS para os hospitais da rede própria da SESAB.

As considerações parciais apresentadas após os resultados destes cinco artigos, contemplaram a formação da agenda dirigente, as operações da gestão à eficiência e

cumprimento contratual e da capacidade de desempenho administrativo. Conduzindo ao pressuposto de que a adoção dos múltiplos modelos de gestão para a rede própria hospitalar do SUS Bahia e as estratégias implementadas pela SESAB foram marcantes ao avanço da atenção à saúde, mas suas dinâmicas operacionais e de monitoramento/avaliação merecem ressalvas, principalmente quando os estudos foram triangulados.

Destaca-se que este problema de estudo se insere nas problemáticas da história da atenção hospitalar e administração pública brasileiras, tendo alinhamento com a evolução do modelo de Estado regulador, nascimento do hospital moderno e influências neoliberais sobre as reformas dos Sistemas Nacionais de Saúde fundamentados no modelo Beverigiano. Conteúdos desenvolvidos especificamente como problemáticas em cada um dos cinco artigos que são apresentados a seguir.

## **2 OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

- Analisar a gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014;

### **Objetivos específicos:**

- Apresentar o estado da arte sobre gestão hospitalar no SUS;
- Analisar a Política Nacional de Atenção Hospitalar e sua convergência ou divergência com as Conferências Nacionais de Saúde e Planos Nacionais de Saúde pós CFB/1988;
- Analisar a capacidade de gestão da equipe dirigente da Secretaria Estadual de Saúde na expansão da rede hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014;
- Analisar os instrumentos de contratualização e prestação de contas adotados na publicização de serviços hospitalares no SUS Bahia, entre 2007 e 2014.
- Analisar o debate ocorrido no âmbito da arena decisória acerca da publicização adotada para gestão hospitalar da rede própria do SUS Bahia, entre 2004 e 2014;



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

A política de saúde é uma política pública social que, no modelo brasileiro de proteção por seguridade social, é incluída como direito constitucionalmente garantido (PAIM, 2009). De tal modo, cabe ao Estado desempenhar o papel de ofertar diretamente os serviços, administrar e financiar o sistema de saúde público, permitir as práticas privadas com caráter complementar ou suplementar e responsabilizar-se pela regulação da “[...] perspectiva publicista de cogestão governo/sociedade [...]” (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p.37).

Nesta perspectiva, a análise de políticas (*policy analysis*) é centrada no processo decisório da sociedade ou no papel desenvolvido pelo Estado (VIANA; BAPTISTA, 2012) e que, para sua compreensão, deve-se considerá-la nas dimensões institucional (*polity*), processual (*politics*) e material (*policy*) com vistas ao entendimento e análise do funcionamento da máquina estatal (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014; PINTO, 2008, FREY, 2000). Assim, este projeto utiliza o referencial do ciclo da política pública para compreender a formulação normativa da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) pela Esfera Executiva Federal e a implementação da atenção hospitalar no SUS Bahia entre 2007 e 2014 pelos atores dirigentes da SESAB.

O Ciclo da Política Pública (CPP) é importante como referencial analítico, pois ele “[...] tenta explicar a interação entre intenções e ações, ao mesmo tempo em que busca desvendar a relação entre o ambiente social, político e econômico, de um lado, e o governo, de outro [...]” (PINTO, 2008, p.28). Ele se estrutura em cinco fases (a determinação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação da política), sendo importante ferramenta analítico-metodológica sobre decisões, elaboração e implementação de políticas (VIANA; BAPTISTA, 2012; HOWLETT, RAMESH E PERL, 2013).

Em específico para este estudo, a formulação é etapa atenta ao desenvolvimento da proposta de instrumento legal (neste caso a PNHOSP pela Esfera Executiva Federal) e

A fase de implementação da política é o momento de colocar uma determinada solução em prática; envolve uma série de sistemas ou atividades da administração pública [...], cada um desses sistemas e atividades envolvem questões estratégicas, políticas, interesses e múltiplos atores. A fase da implementação tem sido considerada como o momento crucial no ciclo de uma política. Isto porque nesta fase novas formulações podem ser feitas, e decisões tomadas na fase anterior podem ser modificadas ou mesmo rejeitadas, alterando inclusive o argumento principal da própria política (Viana; Baptista, 2012, p.68).

Atentando-se que sua aplicabilidade analítica foi sobre o fenômeno da expansão da rede própria hospitalar articulado ao uso dos múltiplos modelos de gestão pública no SUS Bahia, entre 2007 e 2014.

Do ponto de vista do funcionamento da máquina pública, aspectos relevantes são considerados nesta fase de implementação de políticas, pois segundo Pinto, Vieira-da-Silva e Baptista (2014) nela podem ser destacados: distribuição do poder na máquina pública, condições técnico-burocráticas da equipe, condições sócio-político-econômicas, meios escolhidos para execução de atividades, interação de múltiplos serviços na constituição dos sistemas e graus de consenso ou conflito entre os atores envolvidos. Outros aspectos podem influenciar na capacidade de governo na implementação, tais como o baixo compromisso dos formuladores com a implementação, a separação entre formuladores e implementadores e a complexidade da própria implementação que exige competências teórico-políticas sobre suas respectivas variáveis diretas e indiretas.

Coadunando com a compreensão de Farah (2013) que a *gestão pública* está atrelada a atuação do gestor, considera-se pertinente saber as estratégias adotadas pelos atores da alta direção da SES, pois se situaram em meio as problemáticas da dinâmica de implementação da política de atenção hospitalar no SUS Bahia. Para tanto, adota-se a concepção matusiana<sup>7</sup> de ator situado.

Para pensar o processo de gestão do sistema hospitalar no estado da Bahia entre 2007 e 2014, há de se considerar o fenômeno da adoção dos múltiplos modelos de gestão (pública direta, indireta por OS e indireta por PPP). Este arranjo se apresenta na literatura como oriundo da reforma administrativa do Estado brasileiro ocorrida nos anos 1990, em busca de eficiência, racionalização, descentralização com parceria entre Estado e sociedade civil. Com as novas alternativas de gestão, tem sido determinado nesta última década

[...] incorporação de um conjunto heterogêneo de mudanças na gestão de sistemas e na gerência de organizações complexas na área da saúde (hospitais e redes de serviços) que tomam como ponto de partida a diferenciação entre o ‘estatal’ e o

---

<sup>7</sup> O **ator situado** no problema (quase-)estruturado e estando com posição de líder, é sujeito responsável pelo cálculo que articula variáveis intuitivas, tecnocráticas e tecnopolíticas. De tal modo, ele se constituirá como um planejador normativo ou estratégico a depender da existência de tensões, outros atores (oponentes com quem se relaciona), controle ou escassez de recursos e espaço para criatividade de ações. Assim, o ator líder pode ser um planejador com traços de informalidade, formalidade ou improvisação; isto dependerá da sua característica de ser sistemático ou formal. “O requisito sistematicidade refere-se à existência de corpos ideológicos, teóricos e metodológicos que apoiam o cálculo que precede e preside a ação. Eles imprimem coerência e racionalidade particulares à ação; conseqüentemente, a sistematicidade diferencia o planejador da improvisação. O requisito formalidade, por seu lado, permite distinguir diferentes métodos de planejamento segundo o grau em que estão regulamentados por procedimentos práticos e normativos.” (MATUS, 1993, p.55). De tal modo, o ator-planejador em situação de governabilidade de um sistema tem como artifício utilizar, articuladamente, tanto do cálculo estratégico como o planejamento formalizado, estabelecendo-se uma teoria da ação do planejamento (MATUS, 1993).

‘público’, na medida em que uma organização estatal não é necessariamente pública, uma vez que pode estar sendo direcionada por interesses privatizados que colonizam o Estado. Do mesmo modo, discute-se que uma organização ‘privada’ que faça parte do SUS pode vir a ser regulada de modo a servir ao interesse público (PINTO et al., 2014, p. 232).

Assim, este arranjo institucional que associa unidades hospitalares com gestão pública direta e outras indiretas foi possibilitada pela contemporânea administração pública brasileira que passou a influenciar no processo de construção do SUS (PINTO et al., 2014), conduziu a nova compreensão do público (para além do Estado) e ao estreitamento entre o público e o privado através de “fatores que contribuem para aumentar consideravelmente a complexidade das políticas, em especial a complexidade da implementação, ganhando relevância os problemas de coordenação interorganizacional” (FARAH, 2013, p.104).

Este fator aumenta a complexidade do sistema de serviços hospitalares públicos no Brasil, levando a considera-lo neste plano analítico, pois constituirá um arranjo macro-organizativo da atenção hospitalar pública no estado da Bahia. Para tanto, é importante considerar as correlações existentes entre as organizações, que Matus (1997) aponta como essenciais ao desempenho e a quantidade e qualidade dos resultados alcançados.

Nesta perspectiva, atribui-se importância ao jogo<sup>8</sup> que une de um lado os atores governamentais que estão em situação de planejamento, gestão e avaliação em saúde e outros do aparato estatal coadjuvantes da ação implementadora de políticas públicas (situados especificamente nas secretarias de governo e órgãos de controle). Da sua união, configura-se a macro-organização<sup>9</sup> implementadora da atenção hospitalar do SUS Bahia.

O desempenho da macro-organização dependerá da alta ou baixa responsabilidade e criatividade do líder dirigente e das suas inter-relações verticais ou horizontais. São estas relações (paralelas, de dependência hierárquica e de alta direção) que conformam as relações dos atores participantes do jogo macro-organizativo (MATUS, 1997).

---

<sup>8</sup> O **jogo social** é definido por jogadas reguladoras, acumuladoras e acionadoras feitas pelos atores em situação. No âmbito do governo, ocorre em três níveis: na macrorregulação, na gestão e na organização. Este último se refere ao projeto organizativo que objetiva a eficiência e eficácia organizacional. Seus meios para alcance são o padrão macroinstitucional, os projetos macroorganizacional e organizacional, as macropráticas de trabalho e a rede de conversação. Um dos aspectos do projeto macroorganizacional é o manejo compensatório dos três cintos (triângulo) de governo, no qual os manejos se dão pela escassez de poder político, dos recursos econômicos e da capacidade organizacional (MATUS, 2005). Esta capacidade organizativa, ou do sistema macro-organizativo, depende do capital social definido pela articulação da tríade composta pelos capitais humano, material e organizativo. É nesta articulação que as regras, as formas, as culturas e as estruturas mentais determinam o jogo macroorganizacional (MATUS, 1997).

<sup>9</sup> A **macro-organização** se define como um sistema de convivência em meio ao conjunto de unidades organizativas que operam político-institucionalmente sem constituir uma sede única (MATUS, 1997)

Por meio das regras do jogo macro-organizativo<sup>10</sup>, forma-se o Triângulo de Ferro de Matus (TFM) que é estrategicamente incorporado neste referencial teórico por se constituir de três vértices de análise aplicáveis a fase de implementação do CPP. Os vértices são a agenda de prioridades do dirigente, a prestação de contas por desempenho e a gestão<sup>11</sup> por operações. Aspectos relevantes para compreender sobre o fenômeno do sistema de atenção hospitalar da rede própria no SUS Bahia, uma vez que *“Estos tres sistemas determinan y dominan la calidad de la gestión de la maquinaria organizativa [...]”*, representando olhar sobre as práticas de trabalho de uma organização e exige qualidade e coerência entre si (MATUS, 1997, p.209).

O sistema de petição/prestação de contas é *“[...] el punto de referencia para la verificación de la coherencia em relación com cualquiera innovación em los sistemas de alta dirección [...]”* e interfere nos outros dois vértices. Na constituição deste sistema, o melhor desempenho da organização estará associado aos tipos de problemas (importantes ou urgentes) que entram na agenda, aos tipos de gestão rotineira ou criativa frente à busca dos resultados e ao sistema de cobrança por desempenho (MATUS, 1997, p.210).

De tal modo, o triangulo de ferro tem as seguintes lógicas de funcionamento, segundo Matus (1997, p.214): *“El sistema de conformación de la agenda del dirigente crea o desvia el foco de atención del dirigente sobre las importancias [...]”*; *“El sistema de petición y prestación de cuentas por desempeño, como sistema rector, establece um divisor de águas em dos extremos: alta o baja responsabilidad [...]”*; e

*El sistema de gerencia por operaciones crea las bases para una acción creativa e descentralizada de gestión y planificación o, por el contrario, impone el manejo rutinario y mediocre de la acción diaria. Aquí se decide la batalla por la eficiencia y la eficacia, o entre gerencia rutinaria y gerencia creativa. Esta práctica diaria está, evidentemente, estimulada o desalentada por el sistema de evaluación por desempeño. Si no hay evaluación, se impone la inercia, la rutina e dominan las urgências (MATUS, 1997, p.215).*

O ator deve ser dotado de senso de responsabilidade e com foco na eficiência e eficácia do serviço público, sendo que o princípio da responsabilidade no jogo macro-organizativo estimula o gestor a ser criativo em busca de determinada inovação que constituirá um novo

---

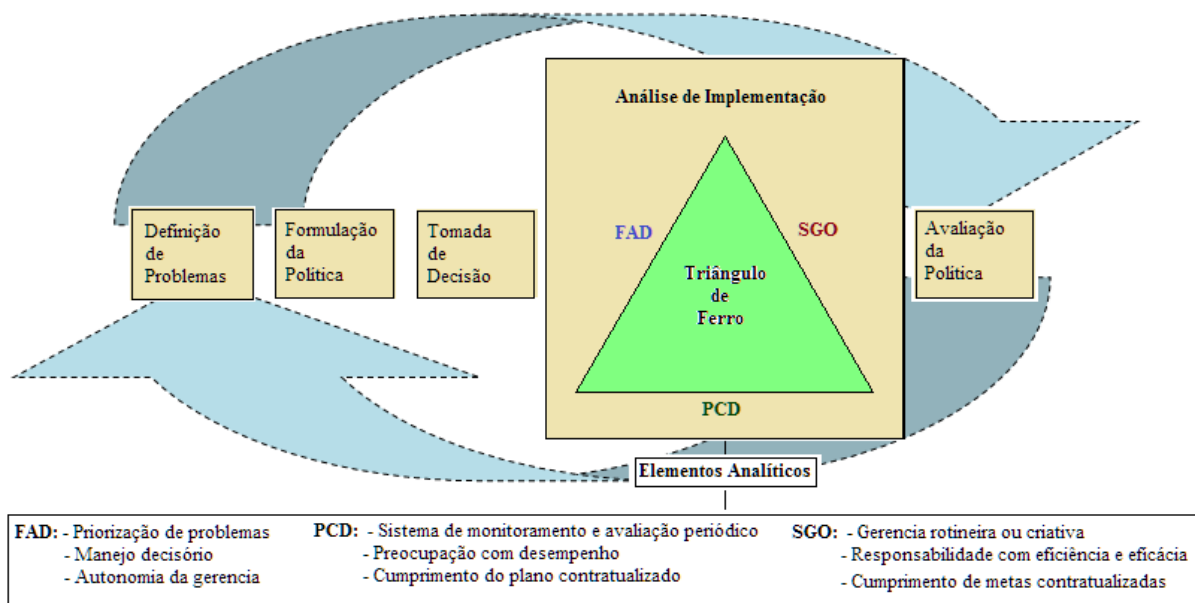
<sup>10</sup> As **regras do jogo macro-organizativo** são: direcionalidade (demandas e reações proativas frente aos problemas que surgem), macroinstitucionalização (reconhecimento de características e regras definidoras dos tipos organizacionais da macroestrutura), departamentalização (configuração das relações existentes entre os modelos-tipo de organização que estruturam o sistema macro-organizativo e que se relaciona com as regras estabelecidas no jogo), governabilidade (desenho organizativo definido pelas regras, possibilidades de decisão mais ou menos centralizada) e responsabilidade (grau de cumprimento das regras estabelecidas (MATUS, 1997).

<sup>11</sup> **Gestão e gerência** são terminologias sinônimas na área da administração, porém no setor saúde convém diferenciá-las como gerencia de serviços e gestão de sistemas por força das Normas Operacionais Básicas. De tal modo, apresenta-se o referencial teórico respeitando a terminologia determinada por Carlos Matos para o Triângulo de Ferro (MATUS, 1997). Mas posteriormente será estabelecido o termo gestão no tratamento e análise dos dados.

aparato público com organizações que favoreçam a mudança. Como variáveis desta alta responsabilidade, tem-se a verificação periódica e regular quanto ao cumprimento de compromissos pré-estabelecidas em plano, complexa relação entre qualidade e quantidade, necessidade de ajustes devido adversidades contextuais e gestão de problemas à governabilidade<sup>12</sup> (MATUS, 1997).

Nesta lógica de compreensão, toma-se os elementos constitutivos do TFM para análise do fenômeno definido pela implementação da expansão da rede própria hospitalar com adoção de múltiplos modelos de gestão no SUS Bahia entre 2007 e 2014. Referencial teórico apresentado na Figura 1.

**Figura 01. Referencial teórico da capacidade de gestão da rede de atenção hospitalar no SUS, na perspectiva da esfera governamental**



**Fonte:** desenvolvido pelo autor a partir de Pinto (2008), Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Matus (1997)

<sup>12</sup> A **governabilidade** decorre do balanço de governo que é constituído por três cinturões preocupados em evitar barbarismos tecnocrático, demagógico e gerencial durante a modernização de uma reforma do aparato público. Assim, a melhoria na governabilidade articula projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade do sistema. Estas dimensões são extremamente inter-relacionadas e constituem os vértices do chamado Triângulo de Governo (MATUS, 2000).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Desenho de estudo

Realizou-se inicialmente estudo de revisão sistemática e formulação da PNHOSP, antecedendo o momento de campo da investigação que contemplou três estudos sobre o caso SUS Bahia, sendo um de caráter exploratório-analítico e dois documentais. Este movimento se justificou pela necessidade do pesquisador inicialmente conhecer problemáticas e reconhecer lacunas de conhecimentos sobre gestão hospitalar na literatura científica; assim como apropriar-se dos marcos normativo-legais que constituíram a base formativa da política de atenção hospitalar, publicada pelo Ministério da Saúde em 2013.

Deste modo, os resultados da tese foi estruturado em cinco artigos ilustrados no Quadro 3, o que exigiu criativa lógica de apresentação dos componentes desta metodologia. Assim, os artigos foram os seguintes:

- A revisão sistemática teve perspectiva de síntese sobre o conhecimento científico nacional e internacional, publicados nas bases de dados de indexação Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), cujo período de início foi inespecífico e o término em 2015 e seguiu recomendações do protocolo Prisma (URRÚTIA, BONFILL, 2010);
- O estudo sobre formulação da PNHOSP se destinou a construção do marco normativo estabelecido para atenção hospitalar entre a criação do SUS e o decreto ministerial que instituiu a referida política. Como (contra) pontos da análise critico-argumentativa, houve preocupação em reconhecer suas di(con)vergências com as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) pós Constituição Federal do Brasil de 1988 (CFB/1988) e os Planos Nacionais de Saúde (PNS) da janela de oportunidade da formulação da referida política pública (PINTO, 2008; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013);
- A investigação através de entrevistas foi com atores situados na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014. O problema de estudo buscou saber como se implementou as estratégias voltadas à atenção hospitalar neste período e sua correlação com os múltiplos modelos de gestão adotados para rede própria. A participação no estudo se iniciou com informantes chaves da SESAB e oportunizou acolhimento de outros indicados pelos primeiros, permitindo que o estudo ampliasse

sua abrangência e avançasse para outras Secretarias de Estado e Órgãos de Regulação do aparato estatal, abarcando a macroestrutura de gestão e controle da implementação da atenção hospitalar do SUS Bahia (PINTO, 2008; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; SALGADO, 2012, MATUS, 1997);

- O quarto estudo foi documental e com entrevistas, utilizando contratos e relatórios de gestão que são instrumentos de prestação de contas, permitindo aprofundando analítico sobre o ponto de vista contratual e regulatório do modelo de gestão indireta por OS na implementação da atenção hospitalar do SUS Bahia (PINTO, 2008; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; MATUS, 1997);
- E o quinto estudo foi documental sobre a influência do CONGEOS no processo de implementação de um dos modelos alternativos de gestão indireta, intencionalmente das OS por esta ter a maior capilaridade na rede própria, ter sido priorizada na viabilização da abertura de quatro dos cinco hospitais novos da rede própria e ser modelo implantado desde 2003, mas que exigiu esforços ao seu aperfeiçoamento no período do estudo. Assim adotou-se as atas do Conselho de Gestão do respectivo Programa Estadual de OS, da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (CONGEOS/PEOS/SAEB) (PINTO, 2008; HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013; MATUS, 1997).

Estes estudos são apresentados em formato de artigo. Mas sua maior significância está nas inter-relações que suas considerações assumem como partes do todo investigativo, fortalecendo sua validade interna do estudo de caso (GIL, 2009) constituído pela gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014. Assim, suas perspectivas qualitativas possibilitaram

[...] compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a:(a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2010, p.23).

E, sendo estudo de caso, permitiram compreender esquemas estruturais, enquanto examina detalhadamente os processos (MINAYO, 2010) e eventos contemporâneos que definem o caso através das inter-relações organizacionais (YIN, 2010), pois

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar contexto, as relações e as percepções a respeito da situação [...]. É útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2010, p.164).

**Quadro 3. Procedimentos científicos envolvidos na análise da capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia**

<b>Metodologia</b> <b>Artigos</b>	<b>Desenho</b>	<b>Lócus</b>	<b>População</b>	<b>Coleta de dados</b>	<b>Tratamento de dados</b>	<b>Análise dos dados</b>
<b>Gestão hospitalar no SUS:</b> problemáticas de estudos em Política, Planejamento e Gestão em Saúde	Revisão sistemática de início inespecífico até 2015;	-	-	Busca <i>on line</i> nas bases Lilacs e Scielo	Planilha em Microsoft Excell com dados dos artigos pré-selecionados	Análise categórica pré estabelecida e por período temporal definido pela CFB/88 e RAHB/03
<b>Política Nacional de Atenção Hospitalar:</b> di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal	Estudo documental de 1988 a 2013;	-	-	Busca <i>on line</i> de leis, decretos, normas, relatórios e planos	Planilha em Microsoft Word com dados normativos, dos relatórios das CNS e dos PNS	Análise normativa cronológica, alinhada às estratégias e recomendações por períodos governamentais
<b>Atenção hospitalar no SUS:</b> estratégias organizacionais e capacidade de gestão governamental para expansão da rede própria na Bahia	Estudo empírico, exploratório e analítico entre 2007 e 2014;	SESAB Auditoria do SUS/BA SAEB MPBA SEFAZ	Atores dirigentes centrais da atenção hospitalar;  Atores do aparato administrativo coadjuvantes	Entrevistas semi-estruturadas	Planilha em Microsoft Word; Transcrição, leitura em profundidade; Agrupamento por núcleos de sentidos; Categorização	Análise de conteúdo articulado com o Triângulo de Ferro de Matus
<b>Gestão pública contratualizada na atenção hospitalar:</b> análise da publicização adotada para rede própria do SUS Bahia	Estudo documental e exploratório analítico entre 2007 a 2014.	SESAB Auditoria do SUS/BA SAEB MPBA SEFAZ	Atores dirigentes centrais da atenção hospitalar;  Atores do aparato administrativo coadjuvantes	Contratos e Relatórios Trimestrais de Gestão; Busca <i>on line</i> no CNES; Entrevistas semi-estruturadas	Planilha em Microsoft Word com dados do CNES, contratos e relatórios trimestrais de gestão; Transcrição, leitura em profundidade; Agrupamento por núcleos de sentidos; Categorização	Análise de conteúdo articulado com o Triângulo de Ferro de Matus
<b>Implementação da publicização na atenção hospitalar:</b> as Organizações Sociais como alternativa à rede própria do SUS Bahia	Estudo documental de 2003 a 2014;	SESAB SAEB	-	Atas das reuniões do CONGEOS;	Planilha em Microsoft Word com dados das atas do CONGEOS;	Análise de conteúdo articulado com o Triângulo de Ferro de Matus

**Fonte:** desenvolvido pelo autor



Vale ressaltar que esta tese é vinculada ao Observatório de Análise Política e Saúde (OAPS), aprovado no Edital nº41/2013 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que apoiou financeiramente sua realização. E se insere como um dos estudos do Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Planejamento, Gestão & Avaliação em Saúde, Grupo de Pesquisa cadastrado no Diretório do CNPQ, do ISC/UFBA.

## **4.2 Lócus do estudo**

A delimitação do lócus corresponde aos estudos empíricos por entrevistas e análises documentais. Compreende-se que a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) é órgão do Poder Executivo responsável pela formulação, planejamento, gestão, implementação e avaliação da atenção à saúde ao nível estadual da política pública. O sistema de atenção hospitalar sob sua responsabilidade é constituído por unidades públicas estatal, privadas sem fins lucrativos, filantrópicas e com fins lucrativos, que totalizavam 467 unidades hospitalares em 2012 (390 gerais, 58 especializados e 19 hospitais dia). Destas, 46% eram de pequeno porte (até 30 leitos) e classificadas na Rede de Atenção à Saúde (RAS) como de referência estadual, macrorregional, microrregional, complementares e locais (BAHIA, 2012).

Especificamente, será considerada a organização SESAB como lócus de estudo, através da sua competência gestora no SUS à implementação das estratégias de política de atenção hospitalar. O olhar investigativo se voltou às relações estabelecidas e estratégias adotadas para ampliação da rede própria. Esta rede era composta por 38 unidades hospitalares em 2014, sendo 20 sob gestão direta e 18 sob gestão indireta. Entre os modelos indiretos, existiam 17 unidades contratualizadas com OS e 01 sob concessão de PPP (BAHIA, 2012; BAHIA, 2017).

À análise, a estrutura organizacional da SESAB de relevância para gestão da atenção hospitalar se estabelecia pelo Gabinete do Secretário Estadual de Saúde, Coordenação de Projetos Especiais (COPE), Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP) e suas subestruturas de Gestão Direta (DGRP-GD) e de Gestão Indireta (DGRP-GI).

Correlacionando-se com a SESAB, vinculam-se as Secretarias de Administração da Bahia (SAEB) e da Fazenda (SEFAZ), pois elas sediam os respectivos Programas e Conselhos Gestores de OS e PPP do estado. Sendo que para o estudo de caso, houve aprofundamento na

correlação estabelecida entre DGRP-GI/SAIS/SESAB e Superintendência de Gestão Pública (SGP) da SAEB, abarcando as análises documentais do modelo de OS.

### **4.3 População de estudo**

A população do estudo compreende os atores da gestão central da SESAB envolvidos no processo de implementação da atenção hospitalar do SUS Bahia e coadjuvantes do aparato público estadual que atuaram direta e/ou indiretamente no fenômeno da ampliação da rede própria e adoção dos múltiplos modelos de gestão pública.

Assim, participaram 13 atores dirigentes no nível estadual inicialmente e 6 atores coadjuvantes sugeridos posteriormente. Suas funções no período entre 2007 e 2014 foram: secretário e vice-secretário estadual de saúde, chefia de gabinete da SESAB, superintendente de atenção integral à saúde, diretor geral da rede própria, da rede própria com gestão direta e com gestão indireta, diretor da atenção especializada, coordenador de projetos especiais, responsável pelo núcleo de informação e monitoramento e formuladores do modelo de PPP. Os participantes vinculados ao aparato público assumiam no período estudado as funções de auditores do SUS Bahia e procuradores da SESAB e do Ministério Público da Bahia (MB/BA). Atenta-se que não houve recusas aos convites realizados para participar da pesquisa e, em conformidade aos aspectos éticos da pesquisa (BRASIL, 2012), todos os atores assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

### **4.4 Procedimentos de coleta de dados**

Faz-se importante descrever os procedimentos de coleta conforme cada estudo:

- Para revisão sistemática, desenvolveu-se banco de Descritores em Saúde (DECS) com aproximação inicial à temática de estudo. Através de 51 descritores, procedeu-se busca individualmente para cada um deles nos bancos de dados do LILACS e SCIELO, pré-selecionando os artigos pelos títulos entre julho de 2014 e dezembro de 2015. Em seguida, os artigos foram salvos eletronicamente e subsidiaram preenchimento de planilha em Microsoft Excel (Apêndice B) com os títulos, resumos, descritores, revistas, Qualis-Capes 2015 e autores entre janeiro e setembro de 2016;

- Para formulação da PNHOSP, a busca dos relatórios das Conferencias Nacionais de Saúde (CNS), Planos Nacionais de Saúde (PNS) e marcos normativo-jurídicos foi eletronicamente, através de site de busca e limitava-se ao período entre 1988 e 2013. Os documentos oficiais emergiram da leitura do decreto ministerial que instituiu a referida política e suas respectivas considerações de marcos anteriores. O período de busca foi entre julho de 2014 e junho de 2015.
- Para análise empírica, adotou-se múltiplos métodos capazes de potencializar a busca de informações por entrevistas semiestruturadas e análise de documentos, via que garantiu aprofundamento do estudo em seu contexto e possibilitou a triangulação de métodos (GIL, 2009). O roteiro de entrevista guiou conversa com finalidades pré-estabelecidas, mas permitindo readequações em conformidade com as falas dos participantes, o que possibilitou delineamentos do objeto estudado, ampliação e aprofundamento da comunicação e contribuindo para emergência de visões, juízos e relevâncias a partir dos interlocutores (MINAYO, 2010). Assim, um conjunto de questões condutoras compuseram o instrumento de entrevistas semiestruturadas (Apêndice C). A realização das entrevistas foram agendadas previamente e individualmente com cada um dos participantes entre março e outubro de 2015.
- Para análises documentais, adotou-se planilhas em Microsoft Word para inclusão das informações contidas nas atas do Conselho Estadual de Organizações Sociais do Programa Estadual de Organizações Sociais da SAEB (CONGEOS/PEOS/SAEB) (Apêndice D) e nos contratos e relatórios de gestão por OS. As cópias dos documentos foram concedidas pela SESAB e SAEB entre maio e outubro de 2015.

#### **4.5 Procedimentos de tratamento dos dados**

Semelhante à coleta de dados, os procedimentos de tratamento dos dados devem ser apresentados conforme cada estudo desenvolvido:

- Na revisão sistemática, o tratamento dos dados iniciou desde a pré-seleção com leitura dos títulos dos artigos durante as buscas por descritores nos bancos de dados. Após terem sido salvos em arquivos eletrônicos, subsidiaram preenchimento de planilha em Microsoft Excel com dados sobre revistas científicas, Qualis-Capes 2015, resumos, objetivo e tipo de estudo. Com a leitura dos resumos, procedeu-se categorização pré-

estabelecida (administração pública; e política, planejamento e gestão hospitalar), seleção conforme critérios de inclusão no estudo (Qualis-Capes A1, A2, B1 ou B2; especificar tipo de estudo; e enquadrar-se nas categorias de análise) e organização cronológica dos resultados em três períodos históricos delimitados pela CFB/1988 e Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (PRAHB) de 2003. O Tratamento dos dados aconteceu entre julho e dezembro de 2016;

- À formulação da PNHOSP, as leis, decretos, portarias, relatórios de CNS do período entre 1988 e 2013 e PNS de 2003 a 2013 e seu tratamento se desenvolveu com leitura flutuante e profunda, construção de linha histórica, correlação entre conteúdos normativos, estratégicos e consultivos em planilha Microsoft Word e organização cronológica dos resultados conforme períodos de governo federal. Estes procedimentos foram realizados entre janeiro e setembro de 2015.
- O tratamento das entrevistas semiestruturadas do estudo empírico constituiu na gravação (autorizada pelos participantes), transcrição na íntegra, leitura flutuante das falas (permitindo a impregnação do pesquisador pelo conteúdo de modo abrangente) e constituição do *corpus* empírico (totalidade de informações e evidências até saturação por repetição das falas). Processo que perdurou de julho a dezembro de 2015.
- Os tratamentos documentais dos contratos e relatórios de gestão trimestrais (da SESAB para com sua rede própria com Gestão Indireta por OS) e das entrevistas semiestruturadas foi desenvolvido através da leitura flutuante e em profundidade sobre o conteúdo documental, destacando elementos constitutivos e correlaciona-os entre si (quanto ao orçamento global, aditivos contratuais, metas e perfil assistencial) e entre dados que caracterizam as respectivas unidades hospitalares no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) permitindo estimativas de investimentos por recursos humanos de saúde (RHS), número de leitos gerais e complexidade assistencial através de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e porte da unidade. Estes procedimentos foram realizados entre setembro de 2015 e agosto de 2016. E os dados decorrentes das entrevistas seguiu tratamento relatado acima;
- O tratamento documental das atas do CONGEOS se desenvolveu pela leitura flutuante para apropriação do conteúdo descritivo e leitura em profundidade destacando unidades de conteúdo que foram digitadas na íntegra na planilha de produção de produção de dados, organizado sistematicamente conforme períodos de governo estadual. Como o conjunto documental apresentava relato das reuniões do referido conselho gestor desde

2004, estendeu-se a leitura desde então, incorporando também o período de 2004 a 2006 (incluindo o ano de 2003 que representa início do período de governo do estado e aprovação da Lei estadual das OS) que representa início da implantação da PEOS e que permitiu evidenciar as reais críticas analíticas iniciadas a partir de 2007. Estes procedimentos foram realizados entre setembro de 2015 e agosto de 2016.

#### **4.6 Procedimentos de análise dos dados**

Os procedimentos de análise também devem ser apresentados separadamente, com as particularidades que cada estudo exigiu:

- Na revisão sistemática, a análise se estabeleceu como revisão que subsidiasse a área de PPGS com conhecimentos discutidos cientificamente e apontasse a lacuna da análise sobre a capacidade de gestão dos dirigentes centrais à expansão da rede própria hospitalar articulando múltiplos modelos de gestão pública. As sínteses de conteúdo, discussões analíticas e considerações foram realizadas entre novembro de 2016 e janeiro de 2017.
- À formulação da PNHOSP, a análise desenvolvida entre setembro de 2015 e junho de 2016, permitiu estabelecer di(con)vergências entre a linha histórica normativa que formulava a referida política de saúde entre 1988 e 2013. Para tanto, o esforço de constituir uma cronologia foi aliado as recomendações relatadas pelas CNS do mesmo período. Análise que exigiu incorporação das estratégias ministeriais priorizadas em PNS de 2004 a 2015, pois este foi período governamental com maior normatização reestruturante da atenção hospitalar no SUS.
- A partir das entrevistas e da saturação das falas dos participantes, a análise se desenvolveu através da leitura em profundidade das entrevistas transcritas, identificação das palavras-chave e núcleos de sentidos representativos e, por fim, a sintetização analítica e categórica dos núcleos de sentidos (MINAYO, 2010), à luz do referencial teórico adotado. Assim, permitiu sistematizar planilha em Microsoft Word organizando os resultados em conformidade com os três vértices e seus respectivos sub-vértices do TFM (MATUS, 1997) tomados como categorias e subcategorias pré-estabelecidas. Por fim, cada núcleo de sentido foi discutido com a literatura científica. Este processo foi realizado entre janeiro e dezembro de 2016.

- A análise dos contratos e relatórios de gestão foi realizada entre setembro e dezembro de 2016 e, através especificamente do vértice sobre Petição/Prestação de Contas e Desempenho do TFM. Após seu término, os resultados foram conflitados com as unidades de conteúdo dos participantes, que permitiu potencializar análise sobre a categoria de monitoramento e regulação do TFM. Este processo foi sistematizado com planilha Microsoft Word.
- A análise das atas do CONGEOS permitiu construção cronológica das discussões em torno do processo de implementação do modelo de OS, em específico sobre sua adoção à gestão da atenção hospitalar desde 2004. O delineamento por períodos de governo estadual, e através do referencial teórico, houve possibilidade de perceber a relevância do modelo e organicidades da SESAB principalmente com suas estratégias a partir de 2007. Este trabalho analítico se desenvolveu entre setembro e dezembro de 2016 e estruturou a planilha em Microsoft Word conforme vértices do TFM (Apêndice D);

#### **4.7 Aspectos éticos da pesquisa**

O plano de produção e tratamento dos dados respeitou os princípios éticos (BRASIL, 2012); adotou entrevista semiestruturada validada através de pré-campo, realizada presencialmente após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), gravadas, transcritas na íntegra, submetidas ao referencial teórico-analítico e arquivadas por cinco anos.

Esta pesquisa seguiu rotinas estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), do ISC-UFBA. Assim, respeitou as recomendações oriundas da pré-banca de qualificação do projeto e, após readequações, foi concedida anuência pela instituição parceira (Anexo A) e submeteu-se o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Tendo sido aprovado com CAAE nº 41872715.2.0000.5030 (Anexo B), iniciou contatos para agendamento com participantes e realização de entrevistas semiestruturadas.

Durante a produção dos dados, atendeu os princípios bioéticos da pesquisa respeitando a dignidade, liberdade e autonomia humana. Incorporou os princípios de não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Por ser realizada com seres humanos, reconhece a existência de riscos à dimensão moral, intelectual e social dos participantes, ao tempo que adota como medidas que os minimizem: anonimato dos participantes, sigilo e confidencialidade das

informações fornecidas, respeito aos princípios éticos, privacidade durante as fases de coleta de dados, autorização para gravação da entrevista semiestruturada, disponibilidade dos documentos e utilização dos dados coletados exclusivamente para fins científicos previstos no protocolo de pesquisa. Apresentando assim, conformidades com a Resolução nº466/2012 do CNS (BRASIL, 2012).

Para tanto, estas condições foram especificadas no TCLE, onde constam título, objetivos, princípios ético-legais, caráter qualitativo e analítico da metodologia, finalidade e guarda das informações fornecidas. Através da sua assinatura pelos participantes e responsável pela pesquisa, o participante aceitaria incluir-se no estudo e teria garantido seu direito de retirar-se em qualquer fase, estando livre de penalizações. E à análise documental e estudo de síntese, respeitou-se o direito autoral dos conteúdos em conformidade à Lei nº 9.610/1998 (BRASIL, 1998).

Os documentos disponibilizados, as entrevistas gravadas e suas transcrições na íntegra permanecem sob guarda e arquivadas por cinco anos em acervo do grupo de pesquisa. Após este período, serão destruídos.

## **5 ARTIGOS**

**5.1 GESTÃO HOSPITALAR NO SUS:** problemáticas de estudos em Política, Planejamento e Gestão em Saúde

**5.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR:** di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do Executivo Federal

**5.3 ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS:** estratégias organizacionais e capacidade de gestão governamental para expansão da rede própria do SUS Bahia

**5.4 GESTÃO INDIRETA CONTRATUALIZADA NA ATENÇÃO HOSPITALAR:** análise da publicização adotada para rede própria do SUS Bahia

**5.5 IMPLEMENTAÇÃO DA PUBLICIZAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR:** as Organizações Sociais como alternativa à rede própria do SUS Bahia



## **GESTÃO HOSPITALAR NO SUS: problemáticas de estudos em Política, Planejamento e Gestão em Saúde**

### **RESUMO**

A atenção hospitalar no SUS tem sua implementação transversalizada por problemáticas apontadas em artigos produzidos na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Sistematizar essa produção identificando os objetos de estudo e lacunas existentes é uma contribuição necessária. Nesse sentido, este estudo objetiva apresentar estado da arte sobre gestão hospitalar no SUS. Trata-se de revisão sistemática nacional e internacional nas bases de dados Lillacs e Scielo, utilizando individualmente 51 descritores em saúde. Foram incluídos 236 artigos para leitura e análise dos resumos, produção de sínteses e interconexões temáticas. A análise foi realizada agrupando os artigos em duas grandes categorias. Os achados apontam principal crescimento da produção na área a partir de 2003, em periódicos com Qualis-Capes B1 e na base de dados Scielo. Na primeira categoria, administração pública, a analítica apontou concomitância entre redemocratização, descentralização e reforma administrativa, ressaltando importância dos atores subnacionais, fomento internacional à governança, transformações organizacionais e relevância da avaliação de desempenho. Sobre a categoria política, planejamento e gestão hospitalar, destacou-se a responsabilidade implementadora dos gestores municipais e análises sobre reforma administrativa da saúde, desafios impostos pelo neoliberalismo, articulação público-privado e regulação sistêmica e contratual. Quanto a gestão hospitalar, discutiu-se sobre descentralização, reestruturação assistencial, regulação da rede e acesso, ampliação das relações público-privada, entre outras específicas da gestão sistêmica e gerencia dos serviços hospitalares. À luz das análises, emergiram três considerações: a descentralização ao nível estadual e ao novo setor público não-estatal conduziram à nova institucionalidade administrativo-jurídica da atenção hospitalar no SUS; a relação público-privada iniciou pelos contratos complementares e avançou pelos de gestão; houve maior organicidade reformadora hospitalar no período do Poder Executivo Federal iniciado a partir de 2003.

**Descritores:** Hospitais; Sistema Único de Saúde; Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Administração Pública;

## **Introdução**

A área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS) vem contribuindo de forma expressiva na produção de saberes e práticas na Saúde Coletiva, articulando investigação científica com intervenções para implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCHRAIBER et al., 1999). Esta abrangência exigiu confluência de diversos ramos do conhecimento como economia, administração, direito, ciências política e sociais no seu arcabouço teórico-conceitual. (TEIXEIRA et al., 2014).

Notoriamente, duas dimensões importantes caracterizam a atenção da área: uma associada aos objetos de investigação e outra relacionada a implementação de políticas públicas. Esta última, voltada à atenção hospitalar, ocupa-se da complexidade da gestão de sistemas de saúde, que tem crescido a partir de 1988 com temáticas fortemente relacionadas a implementação do SUS (SOUZA; TEIXEIRA, 2012). Sendo o escopo desta revisão sistemática.

O contemporâneo período constitucional possibilitou profundas e sucessivas mudanças quanto aos princípios, diretrizes, orientação política e financiamento dos sistemas e serviços. Sobre a função do hospital na atenção à saúde, destaca-se neste processo de transformações, sua importância técnico-assistencial, elevado comprometimento do orçamento público alocado no setor, sua representação social como instrumento terapêutico e a necessidade de sua redefinição enquanto ponto da rede assistencial. No âmbito das mudanças provocadas no final do século XX, as estratégias adotadas à gestão hospitalar se condicionaram à ordem econômica (de controle de gastos com medidas de racionalização da oferta e modernização da prestação de serviços) e formulação do novo modelo de organização do cuidado à saúde nas políticas públicas (BRAGA NETO et al., 2012).

Faz-se importante reconhecer as evidências sobre a atenção hospitalar em estudos de síntese da área de PPG, para perceber lacunas que exigem esforços investigativos. As técnicas de administração hospitalar foram temáticas valorizadas a partir do pós-guerra e nos anos 1960 emergiam reflexões teórico-metodológicas com o Método CENDES-OPS e, epistemologicamente, destacam-se a dialética e o enfoque estratégico-sistêmico. Nos anos 1970, o movimento sanitário brasileiro introduziu a reflexão crítica e avançou através da ocupação de cargos públicos, permitindo pautar propostas jurídico-políticas ao sistema. Com isto, centralizou discussões sobre poder, pluralidade e incertezas durante a redemocratização e

constituente (a partir de 1985). Incorporações essenciais para a densidade teórico-metodológica da área que favoreceram embasamento analítico (TEIXEIRA; SÁ, 1996).

Diante da recondução do modelo de atenção biomédico e hospitalocêntrico-hegemônico, houve necessidade de redefinição e qualificação assistencial com envolvimento entre gestores planejadores e profissionais implementadores de políticas, frente aos novos desafios que emergiriam. Eles contemplam a mudança do papel exercido pela administração pública reformada, a necessidade de capacidade reguladora do Estado provedor, a efetivação dos princípios constitucionais do SUS, a nova relação entre Estado e sociedade e a ética dos gestores nas articulações dos interesses públicos e privados (SCHRAIBER et al., 1999).

De tal modo, outras preocupações emergiam quanto aos rumos do SUS. Pois, além do enfoque na descentralização através da municipalização, iniciavam-se experiências de incorporação de modelos de gestão indireta para unidades hospitalares a partir do final da década de 1990, tais como Organizações Sociais (OS), entidades de direito privado e contratos de terceirizações (MATTOS, 1999). Novas situações que, junto a outras, elevariam a complexidade dos desafios enfrentados pelos gestores, apontando à necessidade de investigações sobre o SUS real (PAIM, 1999).

Um balanço feito relacionando a produção científica com as conjunturas, percebeu-se ampla emergência de temáticas e análises associadas aos modelos alternativos de gestão indireta (MAGI), especificamente adotados à atenção hospitalar no SUS. Quanto a política de saúde, destacam-se: descentralização (entre 1974 e 2005); Reforma Administrativa do Estado e relação público-privado (a partir de 1991); e financiamento, modelos de gestão, regionalização de rede de serviços e economia da saúde (a partir de 1999) (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Quanto ao planejamento e gestão, apresentam-se: expansão da cobertura (a partir de 1980); propostas de reformas da gestão e organização dos serviços (a partir de 1987); mudanças das práticas político-gerenciais da esfera pública (a partir de 1991); avaliação da gestão em saúde e descentralização (a partir de 1999); e grande destaque à temática da administração hospitalar provavelmente pelo fomento a mudança de modelo assistencial e reorientações da sua gestão (a partir de 2001) (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

Especificamente sobre a administração hospitalar, existe somente uma revisão sistemática abordando as práticas gerenciais destes serviços. O estudo existente discute elementos que envolve o processo de trabalho na área hospitalar, a qualidade assistencial/acreditação e aponta a importância da gestão dialógica como ferramenta inovadora no processo gerencial (FARIAS; ARAÚJO, 2017).

Diante da complexificação dos aspectos que envolvem a gestão hospitalar, observa-se a ascensão do interesse investigativo sobre o tema na Saúde Coletiva. Assim, buscou-se responder a seguinte questão: quais os aspectos da gestão hospitalar que se constituem objetos de estudo na literatura brasileira e internacional? Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a produção científica sobre gestão hospitalar no SUS.

## **Método**

Realizou-se revisão sistemática nacional e internacional, com período de busca de início aberto (possibilitando emergência de conhecimentos que precedessem o período constitucional iniciado em 1988) e término em 2015 permitindo evidenciar estudos sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) sancionada em 2013.

Enquanto estudo de abordagem qualitativa na Saúde Coletiva (BOSI, 2012; MINAYO, 2010; MINAYO, 2012), exigiu elaboração de protocolo de pesquisa que estabelecia fontes de buscas, critérios de inclusão e exclusão, processo de tabulação e categorização dos artigos científicos (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Quanto a constituição da planilha de tratamento de dados em Microsoft Excell® e estruturação da apresentação dos resultados, respeitou-se o Protocolo Prisma (URRÚTIA; BONFILL, 2010), cujo fluxo é apresentado na Figura 02.

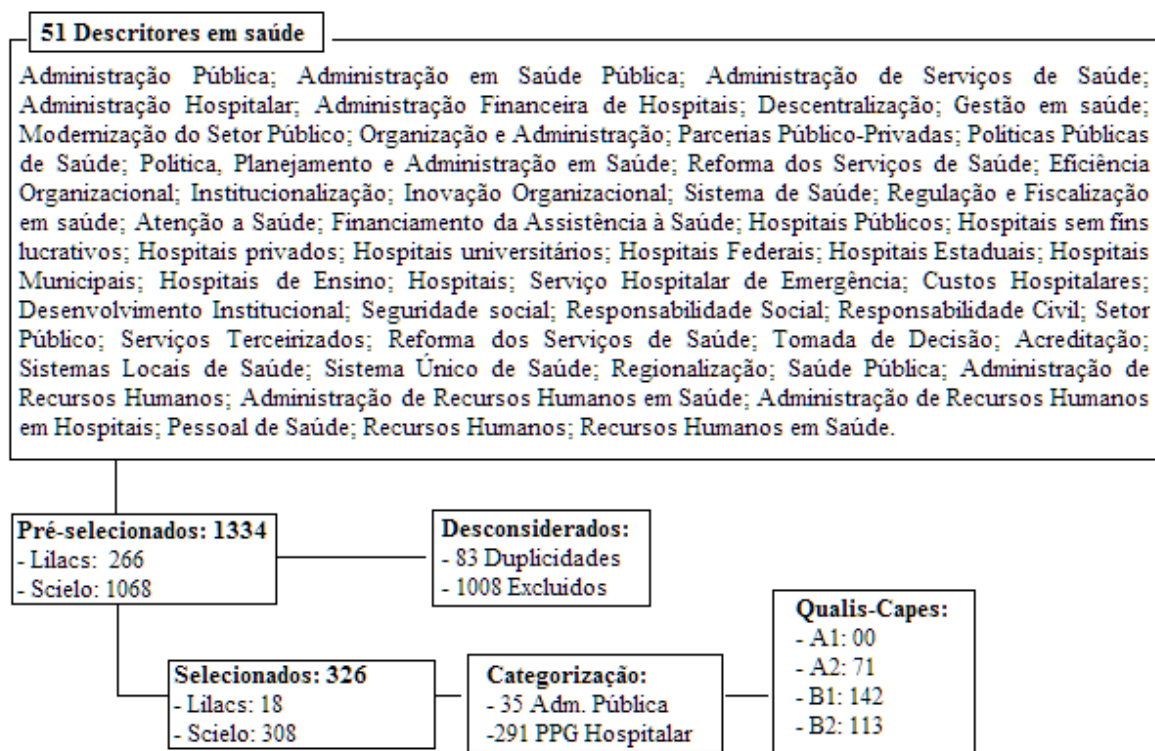
Foram considerados os resumos de artigos publicados nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Utilizou-se 51 Descritores em Saúde (DECS) com buscas individualizadas nas respectivas bases, de modo a permitir ampla aproximação com a problemática e evidenciação de lacunas de conhecimentos.

No processo de busca, foram pré-selecionados 1334 publicações através dos títulos. Como tratamento, utilizou-se planilha em Microsoft Excel (Apêndice B) para especificar caracterização quanto ao Qualis-Capes 2015 (conforme Plataforma Sucupira), ano de publicação e tipo de estudo de todos os pré-selecionados. A análise respeitou como critérios de inclusão a disponibilidade para *download*, especificação do tipo de estudo, enquadramento em categorias pré-estabelecidas e que seus periódicos fossem classificados como Qualis A1, A2, B1 e B2. De tal modo, permitiu selecionar 326 estudos para análise com respectivas sínteses e interconexões temáticas.

Vale destacar sobre a qualidade dos resumos, pois muitos não foram incluídos justamente por não especificarem/apontarem o tipo de estudo ou não apresentarem resultados ou conclusões claramente.

A categorização foi pré-estabelecida, respeitando as áreas de conhecimento que se inter-relacionam com a problemática da gestão hospitalar no SUS, sendo elas: administração pública e PPG hospitalar. A partir da temática central tratada nos resumos houve possibilidade de classificar-los nestas categorias. Sua discussão foi subdividida em três períodos históricos delimitados pela Constituição Federal do Brasil de 1988 (CFB/1988) e Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (PRAHB/2003).

**Figura 2. Apresentação dos estudos incluídos para revisão sistemática sobre Gestão Hospitalar no SUS, nas bases Lilacs e Scielo entre 1971 e 2015**



**Fonte:** Banco de dados construído pelos autores

## Resultados e Discussão

O protocolo da revisão permitiu selecionar rol de títulos que apontavam de alguma forma ao planejamento e gestão hospitalar com possibilidades de inter-relação com a

administração pública. Assim, na primeira leitura que os resumos foram submetidos percebeu-se que a base de dados Scielo permitiu maior aproximação com a problemática investigada (Tabela 1). Quanto as categorias, destaca-se maior predominância de estudos sobre *Política, Planejamento e Gestão Hospitalar*, seguido por *Administração Pública* (Tabela 2).

**Tabela 1. Distribuição quantitativa da produção científica pré-selecionada e analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, nas bases Lilacs e Scielo entre 1971 e 2015**

Banco de dados Base de dados	Busca	Tratamento		
	Pré-selecionados	Duplicidade	Excluídos	Analisados
LILACS	266	3	245	18
SCIELO	1068	80	763	308
<b>TOTAL</b>	<b>1334</b>	<b>83</b>	<b>1008</b>	<b>326</b>

Fonte: Banco de dados construído pelos autores

**Tabela 2. Distribuição quantitativa da produção científica analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por categorias analíticas e períodos históricos entre 1971 e 2015**

Período Categoria	< 1988	1989 - 2002	2003 - 2015	TOTAL
Adm. Pública	0	9	26	35
Política, Planejamento e Gestão Hospitalar	4	26	261	291
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>35</b>	<b>287</b>	<b>326</b>

Fonte: Banco de dados construído pelos autores

A distribuição da produção científica por Qualis-Capes 2015 apresenta maioria dos estudos em periódicos B1, seguido pelo B2 e A2. Condição que caracteriza boa qualidade dos conteúdos submetidos à análise. Com destaque ao período entre 2003 e 2015 (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 3. Distribuição quantitativa da produção científica analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por Qualis-Capes e períodos históricos entre 1971 e 2015**

Período Categoria	< 1988		1989 – 2002		2003 – 2015		TOTAL	
	N	%	n	%	n	%	n	%
A1	0	0	0	0	0	0	0	0
A2	4	1,2	16	4,9	51	15,6	71	21,8
B1	0	0	22	6,8	120	36,8	142	43,5
B2	0	0	9	2,7	104	31,9	113	34,7
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1,3</b>	<b>47</b>	<b>14,4</b>	<b>275</b>	<b>84,3</b>	<b>326</b>	<b>100</b>

Fonte: Banco de dados construído pelos autores

**Tabela 4. Distribuição quantitativa da produção científica pré-selecionada e analisada em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por bases Lilacs e Scielo e Qualis-Capes entre 1971 e 2015**

Base de dados Qualis	Lilacs		Scielo		Total	
	Pré-Selecionado	Analisado	Pré-Selecionado	Analisado	Pré-Selecionado	Analisado
A1	0	0	2	0	2	0
A2	21	3	246	68	267	71
B1	53	8	378	134	431	142
B2	28	7	203	106	231	113
B3	44	0	43	0	87	0
B4	4	0	10	0	14	0
B5	2	0	2	0	4	0
Não identificado	114	0	184	0	298	0
<b>TOTAL</b>	<b>266</b>	<b>18</b>	<b>1068</b>	<b>308</b>	<b>1334</b>	<b>326</b>

Fonte: Banco de dados construído pelos autores

Em relação aos tipos de estudo, percebe-se que a grande maioria são qualitativos. Entre estes, predominam os exploratório-descritivos, seguidos dos estudos de caso, de revisão e avaliação (Tabela 5).

**Tabela 5. Distribuição quantitativa dos tipos de estudos analisados em revisão sobre gestão hospitalar no SUS, por categorias analíticas entre 1971 e 2015**

Tipo de estudo Categorias	Quantitativo	Qualitativos						TOTAL	Não Identificados
		Revisões	Caso	Documental	Exploratório Descritivo	Avaliação Comparativo	Análise Política Histórica		
Administração Pública	1	4	6	2	20	2	0	35	45
Política, Planejamento e Gestão Hospitalar	43	31	27	8	155	20	7	291	193
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>175</b>	<b>22</b>	<b>7</b>	<b>326</b>	<b>238</b>

Fonte: Banco de dados construído pelos autores

A discussão dos resultados se estruturou respeitando as categorias de análise e períodos temporais pré-estabelecidos, de modo que permitiu apontar as respectivas temáticas (Quadro 4) e posteriormente seguir com as suas discussões.

**Quadro 4. Temáticas sobre gestão da atenção hospitalar no SUS presente na literatura científica publicada nas bases de dados Lilacs e Scielo entre 1971 e 2015**

<b>Período</b> <b>Categorias</b>	<b>&lt; 1988</b>	<b>1989 - 2002</b>	<b>2003 – 2015</b>
<b>Administração Pública</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redemocratização;</li> <li>- Descentralização e reforma administrativa;</li> <li>- Atores da nova administração pública;</li> <li>- Contratualização da gestão;</li> <li>- Fomento internacional por melhoria da governança;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descentralização e reforma administrativa;</li> <li>- Regionalização;</li> <li>- Complexidades organizacionais;</li> <li>- Modernização exige qualificação do ator público;</li> <li>- Atenção internacional à descentralização dos sistemas de saúde frente as reformas administrativas;</li> </ul>
<b>Política, Planejamento e Gestão Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planejamento da atenção hospitalar;</li> <li>- Problemas assistenciais;</li> <li>- Parâmetros assistenciais médico/habitantes;</li> <li>- Registros de AIH;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responsabilidades do gestor municipal frente a descentralização;</li> <li>- Marcos normativos da reforma administrativa da saúde;</li> <li>- Controle Social na gestão;</li> <li>- Atenção e gestão do sistema e serviços hospitalares;</li> <li>- Custos hospitalares e AIH;</li> <li>- Emergência e adoção dos modelos alternativos de gestão indireta;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafios neoliberais ao SUS;</li> <li>- Relação público-privado;</li> <li>- Regionalização;</li> <li>- Instrumentos de gestão;</li> <li>- Estratégias governamentais à implementação da atenção hospitalar;</li> <li>- Problemáticas do sistema hospitalar: descentralização e regionalização da gestão; dependência orçamentária dos serviços com contratos de caráter complementar; expansão do modelo de gestão indireta por Organizações Sociais;</li> <li>- Problemáticas da gestão dos serviços hospitalares: relacionada a natureza pública ou privada, relação de poder, cultura organizacional e gestão de RHS.</li> </ul>

Fonte: Banco de dados construído pelos autores

### **Quanto a Administração Pública**

As publicações compuseram período temporal que inicia em 1991 e finaliza em 2015. Até 2002, somaram-se 51 (15,7%) estudos que apontaram para discussão quanto a



concomitância entre processo de redemocratização, descentralização e reforma administrativa, evidencia atores importantes neste processo de mudança, pontos específicos sobre estudos da administração (onde desponta alguma coisa sobre atenção hospitalar) e fomento internacional por avanços na governança.

A redemocratização caracterizou o Brasil com novas relações intergovernamentais em que se incluía a sociedade, incentivando maior participação social (SOUZA, 2002). Aponta-se que a centralização iniciada na década de 1920 era um obstáculo à implantação de políticas públicas baseadas no direito de cidadania (MARSIGLIA, 1993). Com a oportunidade da constituinte frente a crise fiscal, emergiu o novo pacto federativo às políticas de saúde (D'ÁVILA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). As mudanças organizacionais e sociais na esfera pública (KEINERT, 1993) possibilitaram um novo perfil institucional brasileiro em que as relações entre os setores público e privado ganhou enfoque na participação cívica (BONFIM; SILVA, 2003), valendo reconhecer que em 1996 foi criado o programa de gestão pública da Fundação Getúlio Vargas com apoio da Fundação Ford para fomentar a iniciativa criativa dos governos subnacionais (SPINK, 2000).

O tema da descentralização predominou entre os estudos analisados, principalmente à autonomia local e participação do cidadão na reorganização dos serviços de saúde (GAWRYSZEWSKI, 1993). Sua implementação na saúde iniciou com a Normas Operacionais (KUGELMAS; SOLA, 1999) (ELIAS, 1996) (SCATENA; TANAKA, 2001), quando estados e municípios assumiram responsabilidades e foram estimulados a discutir com cidadãos e setores público e privado sobre priorização de problemas e alocação dos recursos (CASTRO, 2002). Todavia, o cerne entoava implicações sobre a municipalização devido seus recursos financeiros escassos e capacidade de gestão dos serviços com eficácia (MENDES; SANTOS, 2000) e cenário de crise econômica (COSTA, 2002).

Quanto aos atores envolvidos na nova administração pública, destacam-se as unidades subnacionais, as participações sociais nos serviços de saúde iniciaram com processo de redemocratização (LUZ, 1991) e as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) enquanto instancia colegiada nas decisões da política de saúde e fortalecimento da parceria entre estado e município (LIMA, 2001). E outros foram as Organizações Não-Governamentais (ONG) (VILLA, 1999) e o Banco Mundial com agenda de ajustes estruturais e reformas macroeconômicas com vistas à boa governança e ao empoderamento da sociedade civil (BORGES, 2003).

Quanto a contratualização da gestão, dois estudos apontaram para avaliação da experiência nas empresas estatais no governo paulista (ANDRÉ, 1995) e análise de efetividade e viabilidade político-institucional de um modelo contratual implementado (ANDRÉ, 1999). Outro estudo sobre avaliação de desempenho comparava e particularizava os instrumentos contratuais adotados por duas prefeituras brasileira e alemã (LOTTA, 2002). Referente a teoria Geral da Administração, destacou-se que a mudança organizacional exige missão e estratégia de melhoria da comunicação e cultura de responsabilização frente ao usuário (CECÍLIO, 2000) e, quanto a atividade hospitalar, havia necessidade de pesquisa de mercado sobre necessidades e expectativas assistenciais (LIMA-GONÇALVES; ACHÉ, 1999).

Internacionalmente, reconhece-se que grandes mudanças e inovações ocorreram nas práticas governamentais, pois a governança local foi preocupação em muitos países. Processos de redemocratização, descentralização e imposições de agências internacionais tem se concentrado no desenvolvimento de boas práticas de governança (WILSON, 2000). Como estudos, tiveram o caso de descentralização em Quebec com adoção de universalização, integralidade e gestão pública (CONILL, 2000) e o exame como a Organização dos Estados Americanos (OEA) institucionaliza na prática de democracia representativa (VILLA, 2003).

O grupo de estudos compreendidos entre 2003 e 2015 emergiu discussão sobre a reforma administrativa e manteve debates sobre a relação entre descentralização administrativa e regionalização, transformações nas organizações, participação dos atores políticos, governamentais e associados ao terceiro setor. Quanto aos aspectos internacionais, destacaram-se análises sobre descentralização do poder, regulação do acesso e avaliação de desempenho.

Frente a Reforma Administrativa, emergiram como pilares a gestão por resultados, a institucionalização dos contratos de gestão e os incentivos profissionais. Mas atenta-se que seus resultados são condicionados a responsabilidade do nível diretivo. No caso do setor da saúde pública foram apontados como necessários os mecanismos de controle e observação, indicadores de qualidade, capacitação dos gestores e controle da efetividade. E emergiu a discussão sobre relação público-privado no SUS, correlacionando-a com os mecanismos de governança e equidade, ao tempo que exige-se novos mecanismos e instrumentos de regulação e firmeza nos posicionamentos do ator SUS na relação (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Um caso específico foi quanto a lei de OS paulista, apontada como uma nova alternativa frente aos modelo de convênios com entes privados (terceirizações), cujo órgãos fiscalizadores evidenciam falhas de controle nos contratos de gestão surgindo necessidade de discussão quanto ao caráter político e técnico da regulação da gestão indireta no SUS (MAIO; LIMA, 2009).

Através da complexidade administrativa e modificações das demandas sociais, a regionalização se manteve como subtemática de destaque sobre gestão pública. Isto por interferir na governança e territorialidade (FRANÇA; MANTOVANELI JUNIOR; SAMPAIO, 2012), ser desafio à equidade e integralidade (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010). Na saúde, também por exigir mecanismos de acomodação de tensões a partir do Pacto pela Saúde, se caracterizar pela heterogênea velocidade na conformação dos Colegiados de Gestão Regional (LIMA et al., 2012). Para tanto, destacou-se a relevância de estratégias à consolidação dos pactos de regionalização com rompimento do distanciamento político-administrativa entre gestão da atenção primária, especializada e hospitalar (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), de modo a melhorar o desempenho da prestação de serviços pelas microrregiões (FONSECA; FERREIRA, 2009).

As compreensões sobre as organizações, apontam para necessidade de transformações diante da complexidade dos problemas, pelo seu contemporâneo papel nas redes e exigência de legitimidade avaliativa e melhoria dos processos de tomada de decisão (DENIS, 2010), caminhos que têm conduzido a um novo institucionalismo organizacional (ROSSONI; MACHADO-DA-SILVA, 2010).

Esta modernização tem exigido qualificação do ator público e suscitado preocupações quanto ao retorno do clientelismo associado a ampliação dos cargos de livre nomeação política (VALADARES; EMMENDOERFER, 2012), fiscalização da atuação dos novos parceiros como as Organizações Sociais (CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006) ou sobre cumprimento das responsabilidades sociais das Fundações (BORGES; MIRANDA; VALADÃO JUNIOR, 2007). Aspectos que se referem ao controle social, reitera importância dos movimentos sociais e dos conselhos de saúde, para que estes não sejam esvaziados politicamente ou sejam somente figurativos (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013). Sobre o Ministério da Saúde, ressalta-se importância do seu apoio institucional aos gestores subnacionais do SUS (PEREIRA JUNIOR; CAMPOS, 2014) e sua conflituosa convivência entre agendas da Reforma Sanitária e Reforma liberal do Estado (MACHADO, 2007).

Por fim, a internacionalização da temática manteve atenção quanto a descentralização dos sistemas de saúde à luz das reformas administrativas, com especial preocupação à descentralização do poder governamental nos casos do Brasil, Argentina, Colômbia e México (FALLETI, 2006). Emergiu a análise sobre os instrumentos de gestão com vistas à melhoria da eficiência e reorientação do gerenciamento das organizações (no caso do sistema espanhol) (SACARDO; FORTES; TANAKA, 2010), regulação do acesso (nos países da União Europeia)

(GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2006) e análise de desempenho na adoção dos novos modelos de gestão (comparando casos espanhol e brasileiro) (FRANCO; HERNAEZ, 2013).

### **Quanto a Política, Planejamento e Gestão Hospitalar**

Até 1988, somente três artigos foram incluídos na análise. Um deles fez referência a deficiência de dados sobre disponibilidade de leitos hospitalares e mobilidade hospitalar. Concluindo que saber sobre distribuição de leitos por especializados, serviços complementares, perfil dos pacientes e forma de pagamento são dados relevantes ao planejamento em saúde (PUGLIESE et al., 1971). Enquanto que o segundo apontou para problemas relacionados à prestação da assistência hospitalar, como déficits de recursos laboratoriais e humanos e insuficiente e má distribuição de médicos por habitantes (em casos cearense) (YUNES, 1973), baixa fidedignidade estatística e diagnósticas levantando suspeitas de vícios de registros nos instrumentos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (LEBRÃO, 1978).

Entre 1989 e 2002, pode-se destacar ampla discussão acerca da preocupação com a nova atribuição do gestor municipal frente a descentralização da implementação de políticas de saúde, análise sobre os marcos normativos da reforma administrativa da saúde, importância da participação dos líderes comunitários na gestão do SUS, pragmática análise que as conduções da década de 1990 não implicariam em ruptura do modelo de gestão, problemas da atenção hospitalar e gestão da qualidade, influências das causas externas na epidemiologia e custos hospitalares, fidedignidade no preenchimento do instrumento de internação e emergência dos modelos de gestão indireta aos serviços hospitalares.

Apontava-se para mudança no papel gestor do setor saúde com a descentralização iniciada nos anos 1990 exigiu maior empenho no processo de negociação entre implementadores (TANAKA et al., 1992), ampliação da oferta de serviços de saúde (condicionado a universalização) através de consórcios intermunicipais (SCHNEIDER, 2001), mudanças da organização e práticas de serviços de saúde (FAUSTO, 2001). Mantendo preocupação sobre a capacidade efetiva dos governos municipais implementarem e executarem políticas sociais, agora pelos constrangimentos acerca da interlocução com nível estadual para reorganização da rede de serviços e sua oferta com quantidade e qualidade suficiente para efetivar a referência e contrarreferência (MONNERAT; SENNA; SOUZA, 2002).

Destaca-se o deferimento sobre importância da tendência comunicativa no planejamento situacional para gestão de unidades complexas de saúde (RIVERA, 1996), da responsabilidade decisória e operacional das Secretarias Municipais de Saúde como implementadores do SUS (GERSCHMAN, 2001), suas dificuldades enfrentadas por falta de recursos humanos e financeiros, acesso e estrutura física inadequadas. De modo que se reitera a alternativa dos consórcios intermunicipais na descentralização administrativa (SCHNEIDER, 2001).

Em análise dos marcos da reforma da saúde, ganharam destaque as Normas Operacionais Básicas (1993 e 1996) que conduziram a descentralização da gestão (cujo nível estadual assume a coordenação intermunicipal e o federal o mecanismo de transferência e indutor de políticas e estratégias assistenciais) (LEVCOVITZ; DIAS; MACHADO, 2001) e ampliação da autonomia na oferta/cobertura de serviços ambulatoriais e hospitalares (VIANA et al., 2002).

No que tange aos atores, destaca-se a preocupação em melhorar a compreensão dos líderes comunitários quanto a participação da sociedade na gestão do SUS e como podem interferir positivamente no processo de implantação do SUS (VÁZQUEZ, 2003). E economicamente, análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em 2000, entendia que as tendências da saúde no Brasil não implicariam em ruptura com o modelo à primeira década do século XXI (PIOLA; VIANNA; VIVAS-CONSUELO, 2002).

Como problemáticas, apontavam-se o crescimento das hospitalizações, crescente adoção de sistemas de pré-pagamento de internações, desregulação da alocação de RHS em serviços privados que conduz a diferença assistencial entre serviços públicos e privados (ROCHA; SIMÕES, 1999). À questão da qualidade hospitalar tem forte correlação com a análise epidemiológica e gestão de custos. Constatou-se importância de utilização de formulários de opiniões de usuários para gerenciamento e melhoria continuada (KOTAKA; PACHECO; HIGAKI, 1997) e priorização de estratégias efetivas e eficientes frente ao crescimento epidemiológico dos traumas. Com vistas a melhorar processos de trabalho frente ao aumento da mortalidade hospitalar secundário a demanda de vítimas por acidentes de trânsito (DESLANDES; SILVA, 2000). E sua correlação com os custos assistenciais que aumentam quando há violências por atropelamentos, agressões (DESLANDES; SILVA; UGÁ, 1998), traumatismo cranianos e perfurações por arma de fogo. Pois implicam em maior tempo de internação em leitos de UTI (FEIJÓ; PORTELA, 2001).

Sobre os instrumentos de gestão, atenta-se ao preenchimento do formulário de internação hospitalar, pois devido sua baixa confiabilidade, suspeita-se do inadequado reembolso de recursos (VERAS; MARTINS, 1994).

E acerca da adoção dos modelos de gestão indireta em hospitais públicos, considera-se que sua expansão na década de 1990 representa nova forma de articulação público-privada na saúde. Destacam-se três dimensões à sua análise: contexto macro político, estratégias dos implementadores aos hospitais públicos e especificidades concernentes às esferas de governo. Reconhecendo que as múltiplas naturezas jurídicas (OS, FA e terceirização da gerência) eram adotadas principalmente como via alternativa de alocação de RHS, aliado aos contratos por cooperativas (MACHADO, 2001). E apontava-se para necessidade de acompanhamento quanto ao cumprimento das metas contratuais e regulação fundamentada no desempenho e referencialidade regional (IBAÑEZ et al., 2001).

Entre 2003 e 2015, discute-se sobre os desafios impostos pela corrente neoliberal ao SUS, sua forte influência sobre a articulação público-privado, estratégias de fortalecimento da regionalização através da CIB, Colegiados Gestores Regionais, RAS, instrumentos do Pacto de Gestão e estratégias governamentais de implementação da atenção hospitalar.

Nas relações governamentais, a política de saúde nos 20 anos de implantação do SUS registrou cinco atributos relevantes: arranjos institucionais e regras para decisão governamental, atores inseridos na base territorial, fundamentação legais das responsabilidades dos níveis de governo, arranjo fiscal e arranjos informais entre governo verticais e horizontais (VIANA; MACHADO, 2009). Como desafios, destaca-se necessidade de avanços quanto ao acesso, integralidade, inovações institucionais e maior politização (MENICUCCI, 2009).

Desde seu início, o SUS tem sofrido com o cunho neoliberal (CAMPOS; VIANA; SOARES, 2015), principalmente na articulação público-privado da assistência à saúde em que se aponta concorrência desta concepção sobre o fomentado pela Reforma Sanitária Brasileira (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013). Aliado aos fatores contrários a Contribuição Provisória de Movimentação Bancária (CPMF) e baixo respeito à EC nº 29, infere-se que dificilmente haverá um sistema universal igualitário, integral e de qualidade no Brasil tal como nos países em que o Estado de Bem Estar Social é consolidado (VIANNA, 2005).

Sobre a regionalização, correlacionam-se agora com a mudança do perfil epidemiológico e das redes de atenção (CONTEL, 2015). Aponta-se como necessário fortalecimento das instâncias loco-regionais para além da municipalização da gestão (SPEDO; TANAKA; PINTO, 2009), a gestão do sistema e das práticas assistenciais (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007), os aspectos

ideológicos e político-local. De tal modo, exige planejamento governamental aos entraves do acesso (LIMA et al., 2012) e estratégias de integração, regulação e financiamento da rede de serviços. Como avanços, destacam-se a governança situada nas CIB e Colegiados de Gestão Regional (DOURADO; ELIAS, 2011), organização das RAS (KUSCHNIR; CHORNY, 2010) e fortalecimento dos instrumentos de Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e Programação Pactuada e Integrada (PPI) com o Pacto de Gestão (SILVA; GOMES, 2014).

Sobre dinâmica de funcionamento das CIB, tem-se como características: institucionalidade variada, conteúdo de negociação diversificado devido diferentes realidades estaduais, existência de processo político nas relações intergovernamentais e capacidade de atuação variada e maior capacidade de atuação nas regiões sul e sudeste (MACHADO et al., 2014).

Na análise dos gestores sobre desafios da formação das RAS foi reconhecido que a fragmentação do SUS dificulta o direito a saúde a regionalização exige governança regional o estágio de desenvolvimento das redes é incipiente (SHIMIZU, 2013). Quanto ao acesso a serviços de média complexidade, gestores o reconhecem com um “gargalo do SUS”, obstáculo à integralidade, necessitando de articulação política para reorganização dos serviços com abrangência até seus processos de trabalho (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

A macroorganização constituída pela regionalização conduz a priorização de problemas de maior responsabilidade técnica, exigindo prestação de contas por resultados e autonomia da articulação regional (LIMA; RIVERA, 2006). Aponta-se relevância das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) nesta governança regional, por ser espaço de tomada de decisão sobre os territórios sanitários, negociação para locação de recursos e distribuição de estabelecimentos na região. Como problemas existem a rotatividade de secretários, baixa autonomia nas decisões executivas insuficiente qualificação técnica, atravessamento de políticas partidárias e recurso financeiro insuficiente para PPI e compra de serviços. Assim, considera-se necessária ao processo de tomada de decisão, a incorporar dispositivos democráticos, articular com instituições de ensino e atender as demandas sociais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Quanto a regulação em saúde, foi considerada como atividade complexa que exige vários instrumentos sócio-econômico-gerenciais (GAMARRA, 2014). Do ponto de vista da regulação assistencial, reconhece-se a importância dos arranjos organizacionais para contemplar serviços especializados e ampliar resolubilidade da atenção básica

(ALBUQUERQUE et al., 2013), bem como se reconhecido que o complexo regulador interfere positivamente na acessibilidade e equidade da rede ambulatorial e hospitalar (FERREIRA et al., 2010).

Do ponto de vista internacional, destaca-se as mudanças que o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS) sofreu após 1948, suscitando movimentos de compra articulado com a promoção dos serviços, repasse de recursos para administração indireta e reestruturação de unidades hospitalares ou sua fusão com instituições de ensino (AKERMAN, 1993). Destacando-se que foi o cenário econômico mundial como tensionador à flexibilização das garantias sociais, pondo em risco os princípios e diretrizes do SUS (PIRES; DEMO, 2006).

Três estudos foram destaque. Um que analisa o acesso aos serviços em Angola, apontando que é um dos desafios que exige reformas no sistema de saúde frente a deficiências estruturais, baixa resolubilidade e melhoria da regionalização (OLIVEIRA; ARTMAN, 2009). Na América Latina foi apontado o debate ideológico na concepção do Estado, envolvendo o papel histórico na saúde, a institucionalização da regulação e processos de redemocratização da sociedade (PESSOTO; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2015). E um destaque é a influência das reformas norte-americanas e britânicas sobre os sistemas de saúde com repercussão quanto a solidariedade, cidadania e efetividade e eficiência (PALMA-SOLIS; GIRALDO; ÁLVAREZ-DARDET, 2006).

Quanto as discussões sobre as estratégias governamentais à implementação da atenção hospitalar, identificou-se subtemas específicos, ligados a problemáticas gerais como: descentralização e regionalização, fatores relacionados a gestão indireta e ao contrato de caráter complementar e elementos da gestão de serviços hospitalares com suas particularidades sobre os RHC, financiamento e adoção das Tecnologias de Informação em Saúde (TIS). De tal modo, pode-se destacar duas dimensões de análise, uma relacionada à gestão do sistema e outra aos elementos que particulariza a gestão dos serviços hospitalares.

### ***Referente a gestão do sistema hospitalar***

Os aspectos estratégicos reconhecidos podem ser relacionados à mudança do enfoque linear para o sistêmico (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008), principalmente com a associação das RAS com o processo de regionalização (BARRETO JUNIOR, 2015) e a correlação entre acesso hospitalar, referencialidade do tratamento ambulatorial e alta hospitalar (PERRECHI;



RIBEIRO, 2009), adoção da internação domiciliar como via alternativa ao problema da internação prolongada (SILVA et al., 2005), priorização da melhoria dos serviços através da implantação da humanização e acolhimento na prestação dos cuidados (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; AQUINO et al., 2012; GUSMÃO-FILHO; CARVALHO; ARAÚJO-JUNIOR, 2010) e dos direitos dos pacientes no SUS (GOMES et al., 2008).

Houve estímulos à regionalização e fomento à gestão colegiada na política de atenção às urgências (O'DWYER, 2010) e a corresponsabilidade do usuário foi incorporada no aprimoramento da política de saúde (DUBEUX; FREESE; FELISBERTO, 2013), melhorias assistenciais inclusive com adoção de protocolos assistências (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008; SOARES et al., 2012) e mudança da representação social para mudança do modelo assistencial (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009).

Incentivou-se para melhorar a capacidade dos dirigentes: adoção de métodos de avaliação de custo, melhoria da capacidade operacional, economia de escala, eficiência sistema (SOUZA; SCATENA, 2010), ferramentas de comparação de desempenhos (benchmark) e indicadores de resultados (LINS et al., 2007) e boas práticas gerenciais e assistenciais para melhorar a capacidade dos dirigentes (LIMA; RIVERA, 2012).

A regulação da rede hospitalar foi destaque quanto às internações, em que houve maior atuação quando relacionada com a necessidade de leitos de UTI (EVANGELISTA; BARRETO; GUERRA, 2008), atendimento a judicialização de acesso (VARGAS et al., 2013) e as internações por causas sensíveis decorrem principalmente pelo descontrole dos fatores endógenos à condição de saúde dos usuários (FERNANDES et al., 2009).

E percebe-se como tendências à atenção hospitalar, frente ao cenário conjuntural, expansão da assistência supletiva, incorporação de métodos avaliativos externos à cadeia produtiva, estratégias de desospitalização e crescimento das terceirizações e das modalidades de relacionamento público-privado com novos modelos jurídicos. Condições com finalidade de aumentar eficiência, garantir acesso e integrar setores público e privado (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Acerca da descentralização, a análise de uma SES revelou tendências da administração pública gerencial, distinção das atividades exclusivas do estado, ênfase no controle dos resultados e prestação de contas e governabilidade nos processos de descentralização das ações de saúde (ERMEL ET AL, 2011). Mas também é reconhecido que quanto mais próximos da gestão os atores estiverem, melhores serão os resultados quanto ao desempenho e capacidade de planejamento (BARBIERI; HORTALE, 2005).

Às contratações de serviços como caráter complementar, atentou-se que elas sobrevivem com grande parte orçamentária proveniente do SUS (PORTELA et al., 2010) e não fortaleceram a estratégia das RAS (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015). Mas tendem a ampliar a responsabilidade dos gestores e prestadores, pois se fundamentam na garantia do direito dos usuários, melhoria da qualidade dos serviços (MATOS; POMPEU, 2003) e eficiência produtiva (CESCONETTO; LAPA; CALVO, 2008). Mas sendo reconhecido que o mix público-privado existem devido desigualdades na oferta de serviços SUS (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008).

A caracterização destes prestadores de serviços hospitalares revelou dependência de provimento do SUS, a maioria terem moderado porte estrutural e baixa prática de qualificação da gestão e de monitoramento da qualidade assistencial (PORTELA et al., 2010). Destaca-se a rede filantrópica que tem relação histórica com SUS, predominam como parte da cobertura nos municípios do interior, possuem baixa capacidade instalada de leitos de UTI e as unidades de maior porte e complexidade assistencial se situam nas capitais (PORTELA et al., 2004; LIMA et al., 2004; CUNHA; CORREA, 2013).

No caso específico da gestão indireta, houve maior análise ao modelo de Organizações Sociais. Considera-se que sua expansão decorreu das limitações de recursos que caracterizou a da década de 1990, e que enfrenta problemas como déficit de cobertura da atenção primária, sobrecarga de atendimento com baixa complexidade e limites de referencialidade regional (TIBERIO; SOUZA; SARTI, 2010). Destaca-se a importância do gestor público sobre o controle contábil-financeiro e garantia do acesso dos serviços contratualizados (CARNEIRO JUNIOR; ELIAS, 2006), sendo importante a adoção de modelo avaliativo com variável sócio-econômica e demográfica da população, articulação com estrutura da rede básica disponível e dados de gestão (TIBERIO; SOUZA; SARTI, 2010).

### ***Referente à gestão de serviços hospitalares***

Referente aos aspectos correlacionados com as naturezas pública e privada, os estudos apontaram maior tempo de espera para cirurgias eletivas no hospital público (revelando iniquidade de acesso) (CARVALHO; GIANINI, 2008) enquanto que podem ser semelhantes quanto ao tempo de internação (MARTINS; BLAIS; LEITE, 2004) e ambiente de trabalho de enfermagem em UTI (BALSANELLI; CUNHA, 2013). Existe necessidade de determinação

das responsabilidades entre os entes público e privado que contratualizam a gestão (LORENZETTI et al., 2014). E sobre os planos de saúde emergiram como mais preocupados com o aspecto comercial que com as práticas de excelência assistencial (UGÁ et al., 2009; RIBEIRO et al., 2008).

As relações de poder e cultura organizacional se correlacionaram. Elas tiveram como condicionantes: a hierarquia médica sobre as demais categorias de profissionais de saúde e administradores hospitalares (FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010), aos prejuízos que a concentração de poder exerce sobre a satisfação no trabalho e relações interpessoais (CARVALHO et al., 2013) e processos de trabalhos fundamentados na burocracia profissional (VAGHETTI et al., 2011). Além das unidades estarem susceptíveis a reestruturação produtiva com conseqüente mudança do modelo de gerenciamento e reposicionamentos funcionais (BERNARDES et al., 2012; BRITO et al., 2004).

Referente aos Recursos Humanos de Saúde (RHS), tiveram algumas considerações até 2002 e grande multiplicidade de aspectos discutidos a partir de 2003. No primeiro período, destacou-se sobre a saúde do trabalhador a relação entre valores organizacionais e níveis da síndrome Burnout (apontando à importância das organizações sobre os conflitos a desencadeiam) (BORGES et al., 2002). E sobre a gestão do trabalho, a semelhança do absenteísmo de servidores da nutrição e dietética entre hospital público e privado (VARGAS et al., 2013); que os técnicos de enfermagem (mulheres e estatutárias) são categoria da enfermagem com maior quantitativo de afastamentos por curta duração em HU, relacionado principalmente às afecções respiratórias (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004); e sendo a equipe de enfermagem a de maior quantitativo de profissionais de saúde em UTI (MIYADAHIRA et al., 1999).

A partir de 2003, as análises apontaram para subtemas envolvendo processo de trabalho, gestão do trabalho e educação, saúde do trabalhador e questões de gênero e influências interpessoais e infraestruturais no clima organizacional.

Sobre processo de trabalho, houve ampla agenda de estudos. Eles reconhecem que a valorização profissional é importante ao clima organizacional, estilo de liderança e desenvolvimento das funções de cada categoria (DANET; MARCH; ROMERA, 2014). À enfermagem, o atendimento aos chamados de pacientes foi compreendido como possibilidade de desvio do foco por parte dos trabalhadores (KALISCH; LABELLE; BOQIN, 2013), a utilização de indicadores de qualidade foi apontada como importante para avaliação do cuidado, melhoria da qualidade assistencial e definição de estratégias e metas de trabalho (SILVEIRA et

al., 2015) e, na sua atividade gerencial, predominam atividades com materiais, equipamentos, custos e escalas de cuidados (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Quanto a suspensão de procedimentos cirúrgicos, médicos residentes revelam sentimentos de baixa credibilidade, dificuldade em comunicar aos usuários por ficarem insatisfeitos e reconhecem necessidade de melhorar o planejamento (NASCIMENTO; FONSECA; GARCIA, 2014). Associada a humanização da assistência, usuários, profissionais e gestores apresentam certo grau de desconhecimento sobre PNH, associando erroneamente com a baixa eficácia (GARCIA et al., 2010) e os voluntários para tal trabalho humanizado devem se atentar para não caírem na realização de atividades comuns aos funcionários (NOGUEIRA-MARTINS; BERSUSA; SIQUEIRA, 2010).

À gestão do trabalho, o absenteísmo representa aumento de gastos adicional na folha de pagamento de enfermagem e médicos (JUNKES; PESSOA, 2010), sendo maior na enfermagem quando associado a mais de um vínculo, sejam portadores de doenças osteomusculares, refiram nível de saúde ruim/regular, com vínculo efetivo e estado civil separados/divorciado, separados e viúvos (FERREIRA et al., 2012). Em um hospital público da Bahia, a incidência de afastamento por doença é maior ao sexo feminino, acima dos 40 anos, com mais de 12 anos de serviço, com vínculo estatutário e lotado em serviços de emergências e UTI (MARTINS, 2009). Sendo que a jornada de trabalho (quando longa e pesada) interfere na qualidade assistencial dos cuidados de enfermagem (SILVA et al., 2006).

Sobre gestão da educação, percebe-se que o ensino-aprendizagem requer práticas pedagógicas não bancárias que repensem um modelo de formação para esta competência profissional (AMESTOY et al., 2013). E a avaliação de desempenho, em específico para profissionais de enfermagem, foi reconhecida como critério que condiciona incentivos e demissões (BALBUENO; NOZAWA, 2004).

A saúde do trabalhador e questões de gênero emergem com a preocupação sobre a incidência da Síndrome de Burnout, relacionada aos aspectos laborais, regimes de trabalho diarista e duplo emprego (FRANÇA et al., 2012). Aos técnicos de enfermagem de HU, tem ocasionado desgaste emocional, baixa realização profissional e receio em cometer erros ocupacionais (FERREIRA; LUCCA, 2015). Os acidentes de trabalho são preocupações de enfermagem em UTI, onde predominam riscos associados a secreções, perfuro-cortante, queda e lesão de coluna (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004); na unidade de emergência, seus estressores são os processos de cuidados a pacientes com alta complexidade (PEREIRA et al., 2013). Assim, os acidentes de trabalho exigem estratégias de biossegurança independente

do porte hospitalar, devendo atentar ao maior risco dos dentistas, médicos e técnico de laboratórios, além de farmacêutico e profissionais de enfermagem (CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005).

Uma atenção especial se faz à violência no trabalho e questões de gênero. O primeiro principalmente pela exposição a agressão verbal e assédios moral e sexual em unidades de emergência (CEZAR; MARZIALE, 2006) e, o segundo, pela diferenciação entre os sexos nas jornadas de trabalho/doméstica que é maior para o grupo feminino quando a doméstica e total (soma da laboral com a doméstica), sendo este grupo tem maior consumo alimentar irregular/estimulante e prevalência de sobrepeso correlacionado (FERNANDES et al., 2013).

Os estudos sobre clima organizacional é o último subtema relacionado a RHS. Ele aponta para os conflitos devido relacionamentos interpessoais que exigem tempo e abordagem interdisciplinar por parte da gerencia (GUERRA et al., 2011) e correlação da qualidade infraestrutural com a baixa disponibilidades de recursos, capacitação, adoção de protocolos e indicadores de qualidade (SILVA; MATSUDA; WAIDMAN, 2012).

Sobre o financiamento, a literatura fez referência a implantação de metodologia de custos aplicadas principalmente à alta tecnologia assistencial com finalidade de melhoria da transparência e buscando de eficiência na gestão dos recursos públicos (BONACIM; ARAÚJO, 2010), a problemática limitação de recursos à viabilidade de execução dos contratos de gestão por OS (TIBÉRIO; SOUZA; SARTI, 2010) e diminuição da importante participação orçamentária federal aos gastos com atenção especializada e hospitalar com a descentralização (MACHADO; LIMA; ANDRADE, 2014).

Quanto as tecnologias de informação em saúde (TIS), merece destacar a importância dos SIS, principalmente orçamentário e de internação hospitalar, enquanto ferramentas de gestão. O SIOPS foi apresentado como relevante ao planejamento e gestão e como instrumento de controle social sobre os gastos públicos. Todavia, atenta-se para a falta de domínio na utilização da informática, desconhecimento das potencialidades que o sistema oferece e falta de regularidade na sua alimentação. Condições que levam a não utilização amplamente pelos gestores (SILVA et al., 2010). E quanto ao SIH, ele permite correlacionar as internações hospitalares, o quantitativo de serviços prestados, cobertura territorial e demanda de usuários. Sendo evidenciada relevância que as causas externas têm assumido nas internações hospitalares (TOMIMATSU et al., 2009). Sendo estas TIS consideradas como ferramentas de gestão.

Sobre os instrumentos de gestão especificamente, aparecem processos de tomada de decisão utilizando o SIH, através de colegiados gestores e núcleos de epidemiologia de hospitais

(MENDES; FREESE; GUIMARÃES, 2004; PITILIN et al., 2015; PINHEIRO FILHO; SARTI, 2012; BERNARDES et al., 2011; CASSIANI ET AL, 2006); a adoção de avaliação de desempenho na busca por melhores prestação de contas públicas (BONACIM; ARAÚJO, 2010) (GONÇALVES et al., 2007), eficiência e eficácia (TANAKA; TAMAKI, 2012); racionalização e dispensação de insumos conforme organização da cadeia produtiva (INFANTE; SANTOS, 2007); instrumentalização dos processos terapêuticos com protocolos assistenciais, reorganização infraestrutural, tecnologias de acolhimento e fortalecimento dos fluxos internos e regulatórios frente às superlotações das emergências (BITTENCOURT; HORTALE, 2009; GONÇALO; BORGES, 2010; GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013); rastreamento de eventos adversos (MENDES et al., 2008); e adoção de engenharia clínica no controle dos custos envolvendo equipamentos e tecnologias (SOUZA; MILAGRE; SOARES, 2012).

Os processos de acreditação ganhou grande repercussão por ser ferramenta de avaliação externa da qualidade gerencial e assistencial (FORTES; BAPTISTA, 2012; FELDMAN; CUNHA, 2006; SIMAN; BRITO; CARRASCO, 2014; MANZO; BRITO; ALVES, 2013) que permite aprimorar o modelo de gestão dos serviços e promover mudança na cultura organizacional (SCHIESARI, 2014).

A respeito dos Hospitais Universitários, identifica-se estudos apresentando a ampliação da integração docente-assistencial como estratégia de ganhos assistenciais, mas condicionada a políticas de incentivos (LOBO et al., 2010) e que seus prontuários precisam incorporar a informatização (SILVA; TAVARES NETO, 2007), pois a incorporação tecnológica é uma das características da cultura organizacional destes tipos de hospitais (NUNES et al., 2013).

## **Considerações Finais**

As centralidades categóricas apresentam fortes inter-relações. Inicialmente, o processo de redemocratização política na década de 1980 permitiu normatização da descentralização administrativa da saúde do início dos anos 1990, aproximando o planejamento, gestão e implementação de políticas públicas ao nível dos atores locais. Emergia a autonomia das unidades subnacionais e a nova institucionalidade das relações intergovernamentais. Ao final desta década, a Reforma Administrativa do Estado fortaleceu a via da gestão pública contratualizada. Assim, incorporou-se o modelo alternativo de gestão indireta que, a esta altura eram as Organizações Sociais, foram experimentadas na descentralização da gestão hospitalar.

Desta lógica, emerge a primeira consideração desta revisão: a descentralização da gestão hospitalar ao nível estadual e a descentralização administrativa ao novo setor público não-estatal conduziram à nova institucionalidade administrativo-jurídica da atenção hospitalar no SUS, caracterizada como centrada no gestor estadual, pactuada com os níveis federal e municipal/regional e contratualizada com o modelo alternativo de gestão indireta que for legítimo à época.

A análise dos textos da categoria PPGH, evidenciou o quão necessário são os dados epidemiológicos e estatísticos para o planejamento da atenção hospitalar, a ampliação da cobertura para atender a universalização e integralidade do direito à saúde e o fortalecimento do planejamento estratégico e situacional. Todavia, frente as imposições neoliberais e limitações orçamentárias, de RHS e da capacidade de gestão, a articulação público-privada cresceu inicialmente com a oferta de serviços especializados e disponibilização de leitos complementares. E, posteriormente, com a nova relação de gestão pública contratualizada, acompanhando tendência internacional de reformas dos Sistemas Nacionais de Saúde.

Nesta perspectiva, tem-se a segunda consideração: a relação público-privada no SUS se iniciou pela possibilidade de contratação complementar (como outrora) e avançou pelos modelos alternativos de gestão indireta através dos contratos de gestão. Pois estes possibilitam implementação de estratégias mais “flexíveis” em conjuntura de recursos escassos, principalmente para ampliação da cobertura hospitalar.

Assim, atenta-se para necessidade de investigações considerando as contratualizações de gestão que foram implementadas a fim de otimizar os processos de alocação de pessoal, aquisição de equipamentos para modernização do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e melhores meios de compra de materiais. Além da necessidade de trazer à tona, o que de fato esses modelos viabilizam à melhoria da capacidade de gestão sistêmica da rede hospitalar. Ou em que eles complexificam.

Da correlação entre análises da gestão do sistema e do serviço hospitalar, emerge a terceira consideração: com o avançar da implementação das estratégias voltadas para atenção hospitalar no SUS, pode-se apontar que houve maior empenho a readequação da gestão hospitalar no SUS no período do Poder Executivo Federal iniciado a partir de 2003.

Suscita-se pensar a partir das evidências produzidas por esta revisão um conjunto de novas questões de estudo que podem subsidiar uma agenda de pesquisa. O modelo de descentralização por via da contratualização de gestão se mostra realmente favorável à expansão da cobertura assistencial por parte do Estado? Quais as contribuições que os novos

modelos de gestão trazem à gestão da rede hospitalar? E, principalmente, como os Estados vivenciaram a sua adoção como alternativa para ampliação da cobertura assistencial e implementação de estratégias ministeriais (Redes de Atenção à Saúde, Internação Domiciliar, readequação do perfil hospitalar por linhas de cuidados prioritárias e ampliação da complexidade com abertura de leitos de UTI, entre outras)? Estas são novas problemáticas consideradas como relevantes à comunidade científica que devem ser fomentadas em estudos futuros da área de PPG hospitalar.



## **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO HOSPITALAR: di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do Executivo Federal**

### **RESUMO**

A atenção hospitalar se apresenta como modelo médico-hegemônico, que se desenvolveu sócio-historicamente desde início do século XIX. Sua subsidiariedade governamental à prestação da assistência no Brasil remota às Santas Casas de Misericórdia no período colonial e, no período contemporâneo pós Constituição Federal do Brasil de 1988, evidencia-se responsabilidade do Governo Federal em implementá-la como política pública, adotando aparato normativo que conformam estratégias à atenção hospitalar no SUS. Este estudo objetivou analisar Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e documentos sancionados que lhe subsidiaram, buscando identificar sua convergência ou divergência com as propostas discutidas nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e apresentadas nos Planos Nacionais de Saúde (PNS) pós Constituição de 1988. Trata-se de estudo qualitativo, a partir de 39 documentos oficiais deliberativos das Conferências Nacionais de Saúde, estratégico-governamental dos Planos Nacionais de Saúde e normativos do Poder Executivo Federal. A análise de formulação de políticas teve suporte teórico no Ciclo da Política Pública e perspectiva analítica político-contextual. O período de estudo envolveu momentos de pré decisão (1988-2002) e decisão (2003-2013) em torno da política, analisados em dois períodos governamentais: de Sarney a Fernando Henrique Cardoso 2 e de Lula 1 a Dilma 1. Constatou-se que no primeiro período a implementação da reforma administrativa constituiu *patrimônio normativo à contratualização*, instrumentalizando implementação da descentralização da gestão. O segundo, caracterizou-se pela janela de oportunidade e aprofundamento do tensionamento das Conferências Nacionais de Saúde devido crescimento dos modelos alternativos de gestão indireta. Como considerações, aponta-se que: os elementos balizadores da PNHOSP se construíram essencialmente no Executivo Federal a partir de 2003; estabeleceu-se dupla via de descentralização; houve divergências com as deliberações de todas as Conselho Nacional de Saúde pós-constituintes devido *continuum da gestão-contratualizada* fundamentada nas modalidades não-estatais e de direito privado.

**Descritores:** Política de atenção hospitalar; Políticas públicas de saúde; Atenção Hospitalar

## **Introdução**

A atenção hospitalar é temática importante na análise de políticas públicas de saúde e objeto constante de preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes na área. Cabe inicialmente destacar que é histórico o fomento a assistência hospitalar no Brasil, tendo recebido investimentos desde o período colonial, com a implantação das Santas Casas de Misericórdia em 1543, e a configuração do modelo assistencial-médico-hospitalocêntrico-liberal desenvolvido posteriormente nas repúblicas e ditaduras dos séculos seguintes (PAIM, 2009).

A organização hospitalar se transformou durante os séculos seguintes. Da concepção de unidade religiosa e destinada a separação de moribundos, tornou-se instrumento da prática médica terapêutica-curativa, com possibilidades investigativas marcantes no nascimento da clínica. Sua concepção moderna remete ao século XIX com os avanços da bioquímica, microbiologia e anatomopatologia. Neste período, desenvolveu-se com concepção disciplinar e relações de poder (FOUCAULT, 2015). Houve ampliação do porte estrutural e número de leitos, tornando-se preocupação central dos sistemas de saúde que se organizavam no pós-guerra na segunda metade do século XX (BRAGA NETO et al., 2012).

Diante dos desafios colocados sobre sustentabilidade financeira, relevância social e responsabilização do Estado brasileiro com o direito a saúde, foram exigidas readequações ao perfil dos hospitais, de modo a assumir novas funções nos sistemas nacionais de saúde (RIBEIRO; DACAL, 2012). Este fenômeno sócio-histórico associado a readequação da organização hospitalar brasileira se desenvolveu em meio ao processo de criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRAGA NETO et al., 2012).

A partir da última década do século XX, conceituado como período pós-constituinte de 1988, este nível de atenção já se apresentava como hegemônico e caracterizado pelo alto custo, grande demanda de financiamento, adoção e sobreposição de variadas tecnologias e necessidade de formação de pessoal especializado (SOLLA; CHIORO, 2012). Como problemas gerenciais contemporâneos, tem-se a baixa autonomia técnico-administrativa dos gestores das unidades, decorrente da burocracia da administração pública associada especificamente à responsabilidade fiscal, exigências licitatórias e processo de contratualização de pessoal qualificado. Aspectos que justificaram, dentre outros, a reforma gerencialista que prometia à administração pública um conjunto de possibilidades de flexibilização da burocracia (NOGUEIRA, 2011).

Ao final da primeira década dos anos 2000, amplo estudo sobre o SUS evidenciou importantes considerações sobre a atenção hospitalar (PAIM et al., 2011). As despesas hospitalares e ambulatoriais representavam aproximadamente 50% da despesa pública federal com saúde. O número de internações se concentravam nas regiões sudeste e nordeste e estavam associadas às especialidades clínicas, cirúrgicas e obstétricas, principalmente. Somente 35,4% dos leitos eram do setor público que, para ampliar cobertura assistencial ou terapêutica, ainda contratava 37,8% dos leitos do setor privado como caráter complementar. Destaca-se que o processo de descentralização da gestão e financiamento por internação hospitalar, levou a criação de novos hospitais, de modo que 60% destas unidades eram Hospitais de Pequeno Porte (HPP), sendo entre elas de caráter privado contratado ou público municipal. Porém, reconhecidamente de menor resolutividade. Quanto a densidade de leitos por habitantes, houve diminuição de 3,3 para 1,9 entre 1993 e 2009, evidenciando ampliação da cobertura assistencial.

Como considerações referentes à gestão, continuam os desafios, principalmente quanto ao controle de custos, melhoria da eficiência, garantia da qualidade assistencial e segurança do paciente, acesso com resolutividade e organização em rede regionalizada e regulada. Sobre a relação da administração pública com outros setores, aponta-se que o setor privado mantém e inova suas formas de relação com o setor público (PAIM et al., 2011). Situação que coloca a relação público-privado dentre as dimensões analíticas da implementação do SUS e do papel do Estado neste processo (HEIMANN et al., 2011).

Entre 2010 e 2014, o Governo Federal procedeu um conjunto de intervenções na atenção hospitalar. Neles são consideradas a relevância dos HPP, o apoio aos filantrópicos e de ensino, o incentivo ao desenvolvimento da internação domiciliar e a importância da reorganização pelas redes assistenciais. E como preocupações, destacam a heterogeneidade que caracteriza a rede hospitalar no país e a relação cobertura-produção destes serviços (BRASIL, 2011; 2012; 2013; 2014; 2015).

Diante do exposto, é relevante compreender o processo de formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), sancionada pelo Decreto nº 3390 em dezembro de 2013. Pressupondo-se que a sua regulamentação no Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988), pois nestes vinte e cinco anos (entre 1988 e 2013) foram instituídos documentos legais oriundos do Poder Executivo Federal. De tal modo, implantou-se processualmente as bases regulamentadoras à atenção hospitalar no SUS.

Chama atenção que a atenção hospitalar sempre se apresentou como desafio na agenda política, mas não havia documento próprio que a sancionasse como uma política pública. Deste modo, evidenciado o fenômeno da formulação da política de atenção hospitalar brasileira no período anteriormente referido e tendo em vista a lacuna identificada na produção científica, o presente artigo tem como objetivo analisar a PNHOSP e documentos que lhe subsidiaram, bem como sua convergência ou divergência com as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e Planos Nacionais de Saúde (PNS) pós CFB/1988.

## **Método**

Trata-se de uma análise documental, de natureza qualitativa e exploratória (MINAYO, 2012), com alinhamento à perspectiva conjuntural dos estudos de políticas públicas que considera a materialização (*politics*) da PNHOSP sancionada, documentos normativo-jurídicos editados pelo Estado (*polity*) e os processos de inclusão/exclusão de problemas (*politics*) levantados nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e priorizados nos Planos Nacionais de Saúde (PNS) (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014; VIANA; BAPTISTA, 2012).

Adotou-se a concepção teórica do Ciclo da Política Pública, em específico, a formulação da política como referencial de análise (VIANA; BAPTISTA, 2012; PINTO, 2008; KINGDON, 1995).

O período temporal dos documentos são 25 anos, intervalo entre a CFB/1988 e a PNHOSP em 2013. A busca eletrônica através de site público possibilitou inclusão de 39 documentos, sendo: 03 leis, 02 decretos, 24 portarias, 07 relatórios de CNS e 03 PNS. Após leitura exaustiva, foram identificados os aspectos inerentes à gestão da atenção hospitalar e organização cronológica dos conteúdos documentais alinhando aos respectivos períodos de governo federal (do Governo Sarney ao Governo Dilma 1).

A perspectiva crítico-científica adotada se fundamentou na triangulação entre os relatórios das CNS de 1988 a 2013, a PNS de 2004 a 2015 e a PNHOSP. Assim, apresenta-se o Quadro 5 com a síntese que permite reflexão a partir de três dimensões inter-relacionadas e condicionantes da formulação da PNHOSP: os períodos político-administrativas, os marcos normativo-legais da saúde e as estratégias dos documentos governamentais.

O presente estudo vincula-se ao Observatório de Análise Políticas e Saúde e tem aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CAAE 41872715.2.0000.5030).

### **Sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar**

A PNHOSP considera os hospitais como organizações complexas, destinadas a prestação de assistência conforme perfil epidemiológico e demográfico da rede de atenção à saúde locorregional. Suas diretrizes atendem aos (1) princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social, (2) regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços, (3) modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar, (4) financiamento tripartite conforme pactuação e (5) monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2013a).

Dos eixos estruturantes da política, destacam-se três. A gestão hospitalar que versa sobre qualidade da assistência, cumprimento de metas contratualizadas, eficiência e transparência, planejamento participativo, papel na RAS, fluxos regulatórios e critérios de monitoramento e avaliação. O financiamento tripartite e instrumentos formais de contratualização que regulariza a relação entre o gestor e os hospitais públicos e privados (com ou sem fins lucrativos) com critérios loco-regionais, condicionamento orçamentário ao monitoramento e cumprimento das metas quanti-qualitativas, aprimoramento dos serviços assistenciais e efetivação do controle social e transparência. Em terceiro, a responsabilidade das esferas de gestão que especifica competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente a: metas e prioridades para atenção hospitalar, co-financiamento tripartite, contratualização, monitoramento e avaliação por indicadores de desempenho, qualidade e gerencial (BRASIL, 2013a).

Especificamente sobre a contratualização, das diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 3410/2013, destacam-se que o ente contratante deverá regular ações, serviços e responsabilidades assumidas pelos contratados quanto a assistência, ensino-pesquisa, gestão e avaliação, bem como o cumprimento dos compromissos, metas e serviços contratualizados e monitoramento mediante avaliação e auditorias (BRASIL, 2013b).

Deste modo, evidencia-se a relevância da contratualização enquanto vertente da nova administração pública gerencialista (SECCHI, 2009), como eixo estruturante da gestão por

resultados (DITTERICH et al., 2015) e quiçá estratégia para avanço regulatório do Estado (IBANHES et al., 2007), características marcantes na alternativa escolhida pelo Poder Executivo Federal e evidenciada na formulação da PNHOSP.

### **Períodos normativos da formulação da PNHOSP**

A busca retrospectiva e organização cronológica, permitiu o aprofundamento em dimensões importantes para a análise das bases que sustentam a Política. Nesse sentido, a referencialidade legal e regimental da atenção hospitalar no intervalo de 25 anos pôde ser dividida em dois períodos analíticos de políticas públicas pelo poder executivo federal (PINTO, 2008; KINGDON, 1995) que fundamentam a estruturação do Quadro 5.

#### ***Primeiro período normativo da formulação***

Este período se constituiu pela perspectiva da legitimação, através das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e início da implantação do SUS pelas Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde (NOB e NOAS). E se delimita temporalmente entre 1988 e 2002, períodos dos Governos Sarney, Collor, Itamar e Fernando Henrique Cardoso 1 e 2 (FHC1 e FHC 2).

Assim, a análise se inicia no Governo Sarney (1985-1989), marcado pelo movimento pré-constituente que conduziu à nova CFB/1988 (DAVID, 2011). Conhecida como Constituição Cidadã, resultado do momento histórico de redemocratização do país e fortalecimento da participação da sociedade brasileira, inclusive no movimento vitorioso pelas eleições presidenciais conhecido como *Diretas, Já!* (PAIM, 2013).

Constitucionalmente, o SUS foi criado como parte da seguridade social e com diretrizes explícitas de descentralização, integralidade e controle social, sendo as organizações hospitalares definidas como unidades da rede hierarquizada e regionalizada do sistema (BRASIL, 1988). Fundamentação que inaugurou o novo caráter de Estado brasileiro, agora orientado ao bem estar-social, possibilitando legitimação da seguridade social que assegurou o direito a saúde (FLEURY; OUVÉNEY, 2012; LOBATO; GIOVANELLA, 2012) e permitiu sustentação da proposta de modelo de atenção contra-hegemônico na implementação de políticas de saúde (PAIM, 2012).

**Quadro 5. Di(con)vergências entre normas, conferências e estratégias do Executivo Federal na formulação da PNHOSP, por períodos de Governo Federal**

Períodos	Primeiro período normativo da formulação					Segundo período normativo da formulação		
Governos	Sarney	Collor	Itamar	FHC 1	FHC 2	Lula 1	Lula 2	Dilma 1
Dimensões	1985-89	1990-92	1992-94	1995-2002		2003-10		2011-14
<b>Contexto Político-administrativas</b>	<p>Em meio ao processo de redemocratização, este período se constituiu na perspectiva legitimadora através da sanção da CFB e LOS. Criou o SUS como parte da seguridade social e com diretrizes de descentralização, integralidade e controle social. Iniciou a implantação do SUS com as NOB e NOAS. Suas eleições sucederam cinco períodos do Governo Federal que se caracterizaram como: desenvolvimentista, com agenda neoliberal, controle inflacionário, tributação específica à saúde, normatização dos processos de compras e contratos pelo poder público e modernização administrativa. Implementou-se o novo gerencialismo a medida que fundamentou o neo-desenvolvimentista com plano de privatizações, diminuição do funcionalismo público, seletividade de políticas sociais e reforma previdenciária.</p> <p><b><u>Marcos administrativos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CFB/1988: expando os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade) e sua configuração como caráter direto ou indireto (por autarquias e fundações);</li> <li>- Lei nº8666/1993: instituiu normas para licitações e contratos da administração pública;</li> <li>- EC nº01/1994: criação do Fundo Social de Emergência (FSE);</li> <li>- MARE/1995: ministério criado e responsável pelo PDRAE;</li> <li>- EC nº19/1998: inclui o princípio da eficiência na administração pública;</li> <li>- Lei nº9637/1998: criou as OS com o Programa Nacional de Publicização</li> <li>- Lei nº9790/1999: criou as OSCIP e o Termo de Parceria;</li> <li>- Lei nº101/2000: estabeleceu normas públicas à responsabilidade de gestão fiscal;</li> <li>- EC nº27/2000: renomeado FSE para Desvinculação da Receita da União (DRU);</li> </ul>					<p>Iniciado no quinto governo eleito pós-constituente, caracterizou-se pela continuidade denominada de neo-desenvolvimentismo, caráter sócio-liberal. Consequentemente, estruturou agenda de inclusão, políticas sociais e incentivos de redistribuição de rendas. Administrativamente, aperfeiçoou a transparência e controle do Estado e ampliou estratégias de gestão pública por parcerias e concessões. Foi marcante no remodelamento normativo da atenção à saúde, e especificamente à atenção hospitalar, com valorização da intersectorialidade e relação entre os níveis de atenção.</p> <p><b><u>Marcos administrativos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lei nº 11079/2004: instituiu normas gerais para licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública;</li> <li>- Portaria nº161/2010: estabeleceu a cooperação entre entes públicos;</li> <li>- Portaria nº1034/2010: dispôs sobre participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos;</li> <li>- Lei Complementar nº141/2012: regulamentou valores mínimos a serem aplicados em serviços de saúde pelas esferas de governo;</li> <li>- Lei nº12550/2011: cria a EBSEH</li> <li>- Lei nº13019/2014: cria a OSC</li> <li>- EC nº42/2003, EC nº56/2007, EC nº68/2011: renovações da DRU;</li> </ul>		

<p style="text-align: center;"><b>Marcos Normativo-legais da Política de Saúde</b></p>	<p><b>1986:</b> 8ª CNS; <b>1988:</b> Instituída a nova CFB, onde a saúde é considerada direito social e dever do Estado, os serviços se vinculam ao SUS e podem ser público e privado, exercidos com caráter de público direto, complementar e suplementar; <b>1990:</b> LOS nº8080 e nº8142; <b>1991:</b> NOB 91; <b>1993:</b> NOB 93; <b>1996:</b> NOB 96; <b>2000:</b> EC nº29 que altera artigos e assegura constitucionalmente recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; <b>2001:</b> NOAS 01; <b>2002:</b> NOAS 02;</p>	<p><b>2003:</b> PNAU; <b>2004:</b> RAHB, PNH, PN-HPP; <b>2006:</b> Pacto Saúde; PPI-Assistência; <b>2008:</b> PN-Regulação; <b>2009:</b> Certificação das Entidades Beneficentes; <b>2010:</b> RAS/SUS; Termo de Cooperação entre Entes Públicos; Participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos; <b>2011:</b> RAU/SUS; Regulamenta LOS; CONITEC; Rede Cegonha; Rede Psicossocial; RDC Boas Práticas de Funcionamento; Readéqua PNAU, RAU, PNAB e a Certificação das Entidades Beneficentes; <b>2012:</b> Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência; Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde; <b>2013:</b> Redefine Atenção Domiciliar; Rede Atenção à Doenças Crônicas; Institui a PNHOSP, contratualização de hospitais/SUS;</p>
<p style="text-align: center;"><b>Di(con)vergências Estratégicas</b></p>	<p>As deliberações tomadas entre as 8ª e 11ª CNS evidenciaram importantes di(con)vergências com a formulação da PNHOSP. Entre as convergências, destacam-se: participação orgânica da sociedade no SUS, descentralização na perspectiva da municipalização. Como divergências: priorização da saúde frente ao cenário de crise política e econômica, mudança do modelo de atenção hegemônico e financiamento tripartite, complementaridade de serviços serem com caráter de direito público ou convênio, melhoria na qualidade e cobertura assistencial, contrário as múltiplas formas de privatizações e modelos alternativos de gestão, ampliação da autonomia, inadequados instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação.</p>	<p>Ocorreram da 12ª a 14ª CNS. Houve convergência quanto ao movimento sanitário brasileiro, desburocratização, descentralização à regionalização, reforço a seguridade social, fluxos de pactuações e financiamento tripartite, melhoria à gestão de RHS, ampliação da cobertura e fortalecimento dos HPP. Como divergências: reforma tributária e adequação da responsabilidade social, iniciativa privada em financiamento e regulação, mercantilização da saúde, função regulatória e proibição de privatização, não à DRU e gerencialismo.</p>

**Fonte:** Desenvolvido pelo autor a partir de documentos oficiais entre 1988 e 2013.



Na primeira eleição direta pós-constituente, foi eleito Fernando Collor de Melo que permaneceu por aproximadamente dois anos (1990 a 1992), manteve busca pelo desenvolvimentismo e adotou agenda de governo com caráter neoliberal, conforme Programa de Desestatização do Estado (PDE) (DAVID, 2011). Com o seu impeachment, Itamar Franco (1992 a 1994) assumiu a gestão focado no controle inflacionário através do Plano Real e a criação de normas para compras e contratos no setor público através da Lei de Licitações nº8666/1993.

No que tange ao setor saúde, estes governos foram responsáveis pela sanção das LOS e NOB-1991 e NOB-1993, inaugurando a implantação do SUS (ARRETCHE, 2002) e criando a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), primeiro tributo destinado à saúde (UGÁ, 2006).

A partir de 1995 com no Governo FHC, que permaneceu por dois mandatos (1995 a 2002), foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), erguendo a bandeira da modernização administrativa e implementando com vigor a agenda reformista da administração pública gerencialista (REZENDE, 2002). Seu projeto neo-desenvolvimentista emplacou à custas de privatizações infra-estrutural do poder executivo, diminuição do funcionalismo público, seletividade de políticas sociais e reforma previdenciária (COSTA; LAMARCA, 2013). Como instrumentos legais, destacam-se a EC nº19/1998, que incluía o princípio da eficiência na administração pública, as Leis de Responsabilidade Fiscal (LRF) nº101/2000 e de readequação do PDE (nº 9491/1997).

Como marco normativo à atenção hospitalar, destacam-se a continuidade do processo de implantação do SUS com a descentralização da gestão por esferas de governo através das normas operacionais (NOB-1996 e NOAS-2001 e 2002). Elas foram documentos importantes por iniciarem a reforma da saúde e representam perspectiva verticalizada (ANDRADE, 2001) do Poder Executivo Federal na implementação das políticas de saúde do primeiro período desta análise. Os documentos permitem agrupar estes períodos de governos quanto à regulação do sistema de saúde e atenção hospitalar no SUS.

A NOB-1991 não rompeu com a lógica reguladora estabelecido pelo INAMPS, conduziu à equiparação dos prestadores públicos e privados quanto ao repasse orçamentário para atenção hospitalar e conformou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Na NOB-1993, criaram-se os mecanismos de descentralização da gestão e capacidade regulatória aos municípios e estado e o orçamento através de repasses aos respectivos Fundos de Saúde, sendo histórico deste ano, a extinção do INAMPS e criação do Sistema Nacional de Auditoria. Bem como das Agências Nacionais de

Saúde (2000) e de Vigilância Sanitária (1999) que reiteram a concepção regulatória do Estado sobre o setor saúde (SANTOS; MERRY, 2006).

Destaca-se que foi através da NOB-1996 que se reajustou o orçamento da saúde à nova concepção baseada na densidade demográfica e série histórica<sup>35</sup>. E, atenta-se à coincidente relação entre instrumentalização dos processos de descentralização dependente (tutelada e/ou vinculada) (SCATENA; TANAKA, 2001), em especial da NOB-1996, com a transversalidade reformista da administração pública do período, que criava as Organizações Sociais como um dos modelos alternativos de gestão indireta. Via governamental denominada como publicização (COSTA, 2008).

A regulação sobre a rede hospitalar pública e privada ficou sob responsabilidade do nível estadual da gestão do SUS na NOAS-2001, recomendação orientada pelo processo de regionalização e que se instrumentalizou com a NOAS-2002, através da pactuação entre os três níveis de gestão (SANTOS; MERRY, 2006).

Entre 1988 e 2002, foram então sancionados documentos jurídico-normativos com objetivo de implementar o SUS, dos quais, somente as LOS foram consideradas na PNHOSP, atribuindo que a gestão do sistema hospitalar deve ser de competência estadual e que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) componha o seu orçamento. Revelando que, a não inclusão das normas operacionais, possivelmente ocorre como possível ruptura entre o primeiro e segundo períodos desta análise. Pois, existia corrente analítico-crítica apontando necessidade de mudanças na instrumentalização da gestão estratégica em saúde (CAMPOS, 2000).

Muito embora, com olhar retrospectivo, percebe-se que neste primeiro período houve manutenção de uma espécie de *patrimônio normativo*, em que entraram na agenda governamental (KINGDON, 1997): a responsabilização dos implementadores estaduais e municipais vinculadas à formalização da contratualização através de termo de compromisso, o planejamento integrado com pactuações de redes assistenciais microrregionais que tenham leitos de internação hospitalar, o financiamento submetido a critérios (parecer da auditoria do SUS, notificação no sistema de informação e pagamento dos prestadores dos serviços) e menção de estratégias ao controle social.

### ***Segundo período normativo da formulação***

Este período se iniciou com a mudança presidencial ao Governo Lula 1, em 2003, e seguiu até o ano da tomada de decisão pela PNHOSP em 2013, no Governo Dilma 1. O Governo

Lula permaneceu por dois mandatos (de 2003 a 2010) e se caracterizou pela continuidade agora denominada como neo-desenvolvimentismo (MORAIS; SAAD-FILHO, 2011) e de caráter liberal com ajustamento à dimensão social, de modo que foi um misto de continuidades e mudanças (COSTA; LAMARCA, 2013).

No início de seu primeiro mandato, em 2003 houve reunião governamental coordenada pela SAS/MS, desenvolveu o PRAHB publicado em 2004, objetivando apontar direcionalidades de esforços governamentais à recondução da atenção hospitalar. Documento que se constituiu como marco histórico da formulação de políticas, pois apresentava uma proposta de readequação do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2004a). Este foi marco histórico a normatização que se implementava à política pública de atenção hospitalar no Brasil.

A RAHB foi amplamente discutida nas Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e posteriormente aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (REIS; CECICLIO, 2009). Assim, possibilitava-se abertura de janela de oportunidade à formulação da PNHOSP (KINGDON, 1995).

Conjuntamente com a proposta de reforma, incluía-se o fomento a intersectorialidade e inter-relação com os níveis de atenção à saúde no processo de recondução da atenção hospitalar através da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003 (MENICUCCI, 2011).

Este documento foi marcante por conduzir alinhamentos que as futuras normatizações pré-decisórios deveriam respeitar. Juntos, a RAHB e a PNH inauguraram o segundo período da formulação da PNHOSP e apontaram a formulação da política à: dimensão social e subjetiva da saúde, atuação em rede solidária e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2004b), diretrizes da reestruturação e estratégias de adequação dos serviços hospitalares no SUS (BRASIL, 2004a).

Destaca-se que a saúde foi o principal setor com processo de descentralização da gestão neste período (COSTA; LAMARCA, 2013), sendo relevante destacar a via da contratualização como estratégia escolhida e incluída no PRAHB (REIS; CECICLIO, 2009).

Outros documentos normativos, que remetem a inovação do modelo de atenção hospitalar no SUS e a partir do PRAHB, sancionados nestes governos Lula 1 e 2 são: Políticas Nacionais de Atenção as Urgências (PNAU), de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e de Regulação do SUS, Pacto pela Saúde e de Gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Ainda podem ser destacados outros instrumentos regulamentadores da relação entre as esferas públicas estatal e não-estatal, tais como: Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP), Certificação da Beneficência na Seguridade Social e reestabelecimento sobre a

Participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos. Documentos vocacionados à continuidade descentralizadora das funções estatais que marcou a década de 1990 e continuaram como fenômeno nos anos 2000 (COHN, 2011).

Garantida sucessão nas eleições, o executivo federal seguiu sob o Governo Dilma Rousseff I (de 2011 a 2014), que se caracterizou pela continuidade da agenda de inclusão com as políticas sociais e incentivos de renda redistributivas, aperfeiçoamento da transparência e controle do Estado, bem como, ampliação das estratégias de gestão pública por parcerias e concessões (PESSOA, 2015).

Sobre os documentos analisados, dezoito deles foram sancionados neste governo e antecederam a PNHOSP. Em 2011 estabeleceram-se: Redes de Atenção às Urgências (RAU), Cegonha e de Atenção Psicossocial, regulamentação da LOS nº 8080, composição, competências e funcionamento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS, Boas Práticas de Funcionamento dos Serviços, readequação da PNAU e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Certificação das Entidades Beneficentes. Estratégias que tiveram grande relevância neste período de análise.

Destaca-se na PNAU e RAU, o protagonismo do governo federal frente ao financiamento, regionalização, processos formativos e implantação de comitês regionais (O'DWYER, 2010). O enfrentamento contemporâneo em adotar fluxos de incorporação e divulgar avaliações de tecnologias no SUS (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012) e fortalecimento da institucionalização do SUS com responsabilização de gestores, garantia de recursos e estratégias de acompanhamento das ações planejadas.

Em 2012, ascenderam na agenda a importância dos Cuidado a Pessoa com Deficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015), instituída como rede de atenção. Oportunidade aproveitada também para regularizar as ações e serviços aos usuários, com tabelas de preços e financiamento tripartite através da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) (BRASIL, 2009). Em 2013, redefiniu-se a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e instituiu a Rede de Atenção às Doenças Crônicas e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O conteúdo destes documentos normativos do segundo período de análise, podem ser agrupados em três dimensões: a) ajustes na determinação contratual das relações assistenciais e de gestão; b) aperfeiçoamento do planejamento da atenção hospitalar frente as redes de atenção; e c) redefinição conceitual da atenção assistencial hospitalar no âmbito do SUS.

Vale ressaltar que a PNHOSP não explicita consideração sobre a Portaria nº 1034/2010 que versa sobre a participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos

de assistência à saúde no âmbito do SUS. Ela é importante pois conceitua os instrumentos de contratualização como convênio (quando a parceria é firmada com instituição privada sem fins lucrativos) e contrato administrativo (quando estabelece relação de compra de serviços entre o ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos). Outra relevância desta portaria está no fato de ela obrigar o ente público a respeitar requisitos das Leis nº 8666/1993 (que dispõe sobre normas para licitações e contratos da administração pública).

### **CNS e a PNHOSP: convergências e divergências**

Buscando articulações e convergências entre o marco normativo-jurídico e as deliberações das CNS, pode-se destacar importantes aspectos em relação a gestão da atenção hospitalar. Conforme estruturados os períodos e análises, apresenta-se primeiramente o conjunto de deliberações produzidas entre a 8ª e a 11ª CNS, cujos temas emergiram da conjuntura de redemocratização política do país e implantação do SUS. Em seguida, o período iniciado em 2003, com a mudança governamental ocorrida na esfera federal, responsável pela realização da 12ª a 14ª CNS.

Registra-se que houve continuidade do tensionamento provocado pelas CNS no primeiro período, decorrente da falta de convergências do poder executivo federal com o processo de implementação do SUS. Estas considerações sobre a atenção hospitalar nos respectivos relatórios das CNS pós-constituintes constituíram o Quadro 6.

A 8ª CNS foi arena constituinte da saúde (ANDRADE et al., 2013) que oportunizou a sociedade civil, participação orgânica na redemocratização e construção do que seria o SUS na CFB de 1988 (BRASIL, 2009). Na 9ª CNS ocorreu em meio aos intensos debates de crise do Estado<sup>52</sup>. Oportunizou defesa pela descentralização municipalizada e participação da comunidade nas políticas públicas, mudança no modelo de atenção e financiamento tripartite através da Seguridade Social. Recomendando que a complementaridade de serviços privados no fosse por contrato de direito público ou convênio (ANDRADE et al., 2013).

Na 10ª CNS foi reforçada a importância do ajuste do modelo de atenção, ampliação da autonomia e do controle social nos serviços públicos de saúde e se posicionou contrário aos modelos alternativos de gestão. E, defendeu-se na 11ª CNS o financiamento definitivo e suficiente, suspensão dos contratos e convênios que substituíssem a gestão pública (BRASIL, 2009). Destacando como problemas: falta de modelo de gestão para efetivação do SUS,

**Quadro 6. Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde por períodos normativos de formulação da PNHOSP no pós Constituição Federal do Brasil de 1988**

CNS		Deliberações
Período		
Primeiro período normativo da formulação	8ª CNS	Ocorrida durante a constituinte, esta conferência representa um marco decisivo à formulação e inclusão do SUS na CFB/1988. Nela se estabeleceram diretrizes, sistematização dos níveis ascendente de gestão, complexidade dos problemas de saúde, fomento ao caráter público estatal e necessidade de unificação dos hospitais ao SUS.
	9ª CNS	Foi a primeira a acontecer no contexto de implantação do SUS, da implementação da LOS e primeira NOB e oportunizou intensos debates à priorização da saúde, em meio aos contornos dramáticos do cenário de recessão e desemprego da época. Posicionou-se resistência às múltiplas formas de privatizações (recomendando caráter de direito público ou convênio nos contratos de complementaridade de serviços. Apontou-se necessidade de mudanças quanto ao modelo hegemônico que vigorava, dependência do setor privado e restrita cobertura assistencial.
	10ª CNS	Houve manifestação contrária às NOB, definiu atribuições aos gestores e apontou preocupação com o curso da RAE que já se caracterizava pela ampliação da relação entre público e privado. Defendeu, assim, o caráter estritamente complementar e rejeitando contratos de gestão, terceirização e privatização dos serviços públicos.
	11ª CNS	Recomendou fortalecimento da regulação, melhoria do serviço público, inclusão da cultura de avaliação/auditoria/controle, novos mecanismos de controle social e rejeição a LRF, frente aos ajustes fiscais impulsionados pela reforma do Estado, cenário de crescimento dos planos e seguros privados, desarticulação entre os níveis de atenção, precariedade do acesso e insuficiente regulação governamental. De tal modo,
Segundo período normativo da formulação	12ª CNS	Ao processo reforma tributária, defende-se a democracia, efetivação da integralidade e seguridade social, reitera-se a importância de garantir o controle social, regionalização, descentralização e desburocratizar gestão dos serviços e fundos da Seguridade Social. Posicionou-se contrário à iniciativa privada nas atividades de intermediação do financiamento e regulação da assistência médico-hospitalar. No que tange a gestão da saúde, defende-se a consolidação do SUS através da descentralização, com mecanismos que impeçam o clientelismo e mercantilização da saúde, regulamentação dos fluxos de pactuações. Redefinição da relação dos hospitais universitários e integração da Rede Sarah ao SUS. Garantia de recurso para investimento e custeio dos serviços de urgência e emergência, internação domiciliar e ampliação da média e alta-complexidade e necessidade de redefinir formas de pagamento e recomendada criação de incentivos financeiros aos hospitais de referência públicos com menos de 50 leitos, incentivo financeiro aos que atingirem metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e tratar equitativamente os hospitais de ensino públicos e filantrópicos nas transferências de recursos).
	13ª CNS	Destacou que o SUS é uma política de Estado e, especificamente sobre a gestão e atenção hospitalar, aponta para necessidade de redes assistenciais, humanização, integração dos HU ao SUS, existência de conselho gestor e prestação de contas nos serviços financiados pelo SUS, apoio estadual e municipal aos HPP, estabelecimento de protocolos assistenciais e de referencialidade, bem como ampliação de leitos e cobertura.
	14ª CNS	Considera SUS como Política Pública e patrimônio do povo brasileiro. Rejeita alternativas de gestão por OS, OSCIP, Fundações Estatais de Direito Privado e criação da EBSERH. Preocupou-se com a DRU, regulamentação da EC nº 29, garantia do financiamento na Reforma Tributária, custeio do Complexo Regulador e exclusão do gasto com o pessoal na LRF. Recomendou a instituição dos Contratos Organizativos da Ação Pública e agenda do Pacto pela Saúde. Manteve sugestão de criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS e estruturação do Sistema Nacional de Auditoria. Quanto a rede de atenção à saúde e hospitalar, recomendou que hospitais universitários públicos sejam 100% SUS; implantação de Programa de Internação Domiciliar (PID) e do Tratamento Fora do Domicílio (TFD); otimização de fluxos e criação de centrais de regulação regionais. Preocupou-se com a qualificação da rede hospitalar de urgência e emergência e ampliação da oferta de leitos (UTI, trauma-ortopedia, perinatal, infantil, obstetrícia, oncológico e reabilitação), procedimentos e exames de alta complexidade. Apontou necessidade de ampliação dos recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, de debates sobre integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede de atenção básica e de atualização anual das tabelas de procedimentos do SUS de acordo com os índices de inflação.

Fonte: Relatórios da 8ª a 14ª CNS

inadequados instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação e continuidade do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (ANDRADE et al., 2013).

Com a mudança política no executivo federal ocorrida em 2003, as próximas CNS pós CFB/1988 mantiveram a militância sanitária e firmeza na posição contrária aos modelos alternativos de gestão. Mas novos tensionamentos se estabeleceram (BRASIL, 2009).

Na 12ª CNS, a expressiva participação popular teve alinhamento com o movimento sanitário brasileiro, merecendo destacar quatro dos dez eixos centrais do seu relatório: enfrentamento ao processo de reforma tributária, gestão do sistema, aspectos da atenção hospitalar e financiamento (BRASIL, 2009). Posicionou-se contrário à atuação da iniciativa privada, defendeu a necessidade de Lei de Responsabilidade Social (ANDRADE et al., 2013), melhoria do monitoramento e fiscalização dos contratos. Atentou-se para melhoria da qualidade, prestação de contas dos entes filantrópicos e conveniados, proibição de privatização e/ou terceirização de serviços hospitalares. Em específico à atenção hospitalar, destaca a necessidade de ampliação da cobertura com integralidade, melhoria da capacidade instalada e definição de responsabilidades dos serviços na referencialidade.

No relatório da 13ª CNS, emergiu-se desafios como a gestão de recursos humanos, melhoria da qualidade da atenção e do acesso, aprimoramento de mecanismos de controle, ampliação dos recursos e sua alocação de modo eficiente. Intensificou-se preocupação quanto aos problemas de financiamento, Desvinculação de Recursos da União (DRU) e combate a racionalização neoliberal e privatista. Assim, rejeitou-se adoção de modelos de gerenciamento por Fundação Estatal de Direito Privado, Organizações Sociais e da Sociedade Civil de Interesse Público e regimes de concessão pública de modo a não privatizar o SUS (aspecto que motivou três moções).

Uma das quinze diretrizes temáticas da 14ª CNS teve foco na atenção hospitalar. Rejeitou as alternativas de gestão indireta e se preocupou com a continuidade dos problemas relacionados ao financiamento (ANDRADE et al., 2013). À gestão, sobre os convênios e contratos do SUS, fortalecimento dos órgãos de fiscalização, gestão do SUS 100% pública e estatal. Aprovou necessidade de fortalecimento do caráter regulatório do Estado e foi definitiva à condição que se deveria adotar à atenção hospitalar, com: implantação de Programa de Internação Domiciliar (PID), do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), criação de centrais de regulação regionais e qualificação da rede e ampliação da oferta de leitos hospitalares de urgência e emergência e estabeleceu que o perfil epidemiológico e sociodemográfico fosse parâmetro para construção de hospitais e unidades de média complexidade.

Neste segundo período analítico, a relação entre os marcos normativos e o fomento das CNS revela existência de um misto entre convergências e divergências estratégicas. Dentre as convergências: houve maior preocupação do Governo Federal em normatizar processos aperfeiçoando a capacidade de gestão pela pactuação (GUERREIRO, 2001), implantação de novos processos de financiamento (CARVALHO, 2007) e legitimação da Emenda Constitucional nº29, embora tenha frustrado as expectativas sobre a vinculação financeira do nível federal às despesas com ações/serviços públicos de saúde (BRASIL, 2013c).

Outros alinhamentos foram correlacionados ao processo de implantação das redes de atenção, como: reestabelecimento da relevância dos HPP na rede assistencial (UGÁ; LOPEZ, 2007), ampliação da cobertura assistencial com estabelecimento de fluxos regulatórios (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012), priorização de populações anteriormente negligenciadas como as pessoas com deficiências (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015), processo de aperfeiçoamento da gestão participativa com os colegiados gestores (ABRAHÃO, 2008) e avanços sobre a contratualização de modo a favorecer a ação reguladora do Estado (CARVALHO ET AL, 2012).

Todavia, duas divergências são centrais: a continuidade da DRU (como opção da política econômica adotada nestas décadas dos anos 2000, que agravou o subfinanciamento da Seguridade Social (PAIM, 2013) e, conseqüentemente, o orçamento contínuo e garantido à atenção hospitalar. Outro foi a ampliação das alternativas de gestão pública indireta, com a sanção das leis que criaram as leis das Parcerias Público Privada (PPP), da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e da Organização da Sociedade Civil (OSC), marcante caráter descentralizador à via da flexibilização administrativa (PESSOA, 2015).

### **Estratégias do Executivo Federal às CNS e PNHOSP**

Considerando o importante papel das CNS na inclusão de questões relevantes à agenda governamental e o processo de formulação de políticas públicas de saúde e ponderando que o período governamental iniciado em 2003 se caracterizou como janela de oportunidade (PINTO, 2008) à PNHOSP, tornou-se relevante cotejar as prioridades tomadas como ações estratégicas a serem implementadas no segundo período de formulação compreendido entre 2003 e 2013.

A partir da síntese dos PNS 2004, 2008 e 2012 (Quadro 7), revela-se que a atenção hospitalar foi um dos enfrentamentos do segundo período governamental analisado. De fato, houve alinhamento entre marcos normativos e CNS, desencadeando o reconhecimento pelo



governo das mudanças necessárias ao modelo de atenção, quais sejam: integração entre os níveis de atenção e esferas de gestão), incorporação de estilos gerenciais voltados à melhoria do desempenho e cogestão e redefinição do papel dos hospitais (enquanto pontos assistenciais de referência nas linhas de cuidados) (DEUS; MELO, 2015).

**Quadro 7. Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro, na janela de oportunidade à formulação da PNHOSH**

PNS		Estratégias
Período		
Segundo período normativo da formulação	PNS 2004-2007	Destaca como base da sua fundamentação o Plano Plurianual e a 12ª CNS. O documento menciona a necessidade de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e apresenta as seguintes ações estratégicas: readequação da alocação de recurso, regulamentação da EC29 e reforma do modelo de atenção. Para tanto, destaca aspectos que devem ser priorizados: aperfeiçoamento da gestão, financiamento e controle social e reorganização da atenção hospitalar com ampliação da cobertura e alinhamento entre as atenções ambulatorial, de urgência e emergência e de alta complexidade.
	PNS 2008-2011	Um dos objetivos foi fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, reconhecendo os desafios da atenção hospitalar, necessidade de aperfeiçoamento da capacidade resolutiva, ampliação do acesso, reestruturação da contratualização e qualificação da função regulatória. Aspectos que fundamentam a sua 4ª diretriz, abarcando a organização dos serviços em rede de atenção que envolva atenção pré-hospitalar móvel e fixo, hospitalar, de reabilitação e captação e transplante de órgãos, ampliação de leitos intensivos. Destaca-se o fomento as contratualizações com formas de gestão que permitam aos hospitais públicos prestar serviços resolutivos.
	PNS 2012-2015	Considerou a relevância das unidades hospitalares na conformação das RAS, estando mais associada a de atenção a urgência e emergência. Assim, prioriza ampliação da função regulatória, remodelação da rede de modo a melhorar sua qualidade, resolutividade, distribuição territorial e aumento no número de leitos de alta complexidade. Referente a gestão, destaca o Pacto pela Saúde com a prerrogativa do termo de compromisso de gestão, adoção dos instrumentos de contratualização e constituição de colegiados de gestão regional, fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria e qualificação de instrumentos de execução direta. Pretende-se com isto melhorar a atenção hospitalar através de ganhos de produtividade e eficiência. Assim, como intervenções planejadas, destacam-se: (1) o acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS com foco em resultados e com referência em contrato organizativo de ação pública e garantia de acesso; (2) implantação da gestão por competências e modernização administrativa; e (3) qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos.

Fonte: PNS 2004, PNS 2008 e PNS 2012

Esta última, foi experiência voltada a superação da fragmentação sistêmica, através das RAS, principalmente de atenção as urgências e emergências que qualificariam as unidades para as linhas de cuidado traumato-cérebro-cardiovascular e de leitos de retaguarda para internação e cuidados intensivos (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015). De tal modo, remodelou o processo de descentralização do SUS e empoderou estados e municípios às pactuações com vistas à regionalização da saúde (DOMINGUEZ, 2014).

Os avanços mencionados foram alcançados em decorrência da reestruturação dos aportes financeiros do Ministério da Saúde através dos recursos destinados a implantação das

PNAU e RAS (O'DWYER, 2010) e pela a aprovação da EC 29 (embora esta não especificasse os percentuais de investimentos) (CARVALHO, 2007).

Quanto aos aspectos relativos ao aperfeiçoamento da gestão e contratualização, apresentados nos PNS, os achados revelam uma espécie de *continuum da gestão contratualizada* em duplo sentido (pela municipalização-regionalizada e pelas alternativas de gestão indireta). Planejou-se inicialmente o fomento ao aperfeiçoamento da gestão e perpassou pela qualificação regulatória (embora incipiente) e reestruturação contratual através de formas de gestão que permitissem aos serviços serem mais resolutivos. Por fim, com o PNS 2012-2015, priorizou-se como ação estratégica a modernização administrativa, com introdução de termo de compromisso e instrumentos de contratualização, com vistas à racionalização de recursos com ganhos em produtividade.

Sabe-se que os contratos de gestão devem ser instrumentos gerenciais capazes de medir os resultados alcançados tanto quantitativamente como qualitativamente, além de ser estratégia da “nova administração pública” para alcançar a melhoria dos serviços públicos, inclusive das organizações do setor saúde. Trata-se ainda de fortalecer a concepção descentralizadora da gestão, atribuindo responsabilidades e fortalecendo a transparência e controle social (DITTERICH; ZERMIANI, 2015).

Outro aspecto que chama atenção no período analisado, é a introdução de alternativas polêmicas de gestão, tais como a criação de fundação estatal de direito privado para hospitais públicos federais (MENICUCCI, 2011), criação da EBSEH como novo modelo de gestão com caráter de empresa pública de direito privado para os hospitais universitários (SODRÉ et al., 2013), formulação de marco legal de concessão por parceria público-privada que possibilitou ao Executivo Federal atrair investimentos privados para desenvolvimento de infraestrutura e gestão de serviço (GIAMBIAGI, 2004), que inclusive viabilizou a abertura do Hospital do Subúrbio, nova unidade da rede pública do estado da Bahia (NOHARA, 2014).

As evidências produzidas a partir da análise dos documentos revelam que o aperfeiçoamento da gestão e a contratualização foram aspectos estratégicos dos PNS no segundo período de formulação da PNHOSP, bem como a complementaridade adotada pelo governo no que tange a e coexistência da dupla via descentralizadora: por municipalização-regionalizada e por parcerias com entes públicos não-estatais ou privados sem ou com fins lucrativos. De fato, esses aspectos constituem o eixo central do desalinhamento entre os três PNS analisados e as deliberações das Conferências, que assumiram o posicionamento contrário às alternativas indiretas de gestão pública apresentados da 9ª a 14ª CNS. Da mesma forma,

frente aos desafios enfrentados com a LRF, chama atenção outro desalinhamento: o não avanço do pleito pela construção da Lei de Responsabilidade Social.

## **Considerações Finais**

Entendendo política de saúde como ação governamental capaz de explicitar ou omitir ações, estratégias, serviços e regulação de serviços frente as necessidades e condições de saúde (PAIM, 2003), pode-se afirmar que a atenção hospitalar se definiu anteriormente aos aspectos constitutivos e diretrizes das suas Portarias nº 3390/2013 e nº 3410/2013. Principalmente quanto a contratualização. Considerando as correlações entre as conjunturas sócio-políticas, os marcos jurídico-normativos e as deliberações das Conferências pós CFB/1988, analisou-se a formulação da PNHOSP considerando dois períodos governamentais: de 1988 a 2002 e entre 2003 e 2013.

Observa-se que a PNHOSP foi instituída após dez anos da proposta de RAHB, documento que marca de alguma forma uma estratégia governamental à recondução normativa da atenção hospitalar brasileira, não sendo de fato uma abertura de janela de oportunidade, mas possibilitando a primeira consideração: os elementos balizadores da formulação da política foram construídos essencialmente pela atuação dos atores governamentais que assumiram o Poder Executivo Federal a partir de 2003.

Uma dimensão transversal à formulação nestes 25 anos analisados é a implementação de estratégias descentralizadoras e fomento ao controle social. No primeiro período, o processo da formulação foi conduzido à luz do projeto governista de terceirizações, privatizações e reforma administrativo-financeira que criou a via da publicização na gestão pública dos serviços de saúde, concomitantemente à normatização da descentralização da gestão as esferas subnacionais. No segundo, reconduziu-se à municipalização e regionalização, fortalecimento da contratualização como instrumentos de melhoria e aperfeiçoamento da administração pública (através dos termos de compromisso entre entes públicos e contratos de gestão) e fortalecimento das alternativas de gestão indireta.

Aspectos que subsidiam duas considerações deste estudo: houve simultâneo desenvolvimento de duas vias de descentralização (por municipalização/regionalização e por alternativas de parceria de gestão pública indireta) e se manteve o patrimônio administrativo formulado no primeiro período de análise (com destaque à criação de novas personalidades jurídicas).

A linha do tempo mostra fomento ao aprimoramento da gestão e fortalecimento da função regulatória estatal em 2004, contratualização com vistas a melhoria dos resultados em 2008 e, finalmente em 2012, aprovou-se a busca pelos instrumentos de contratualização hospitalar que permitissem ganhos de produtividade e eficiência. O Executivo Federal fez, então, alusão a implementação de gestão por competências, modernização administrativa e racionalização de gastos. Assim, a alternativa de publicização por OS foi reafirmada e desenvolveu-se outras personalidade jurídicas com caráter de gestão indireta (concessão por PPP e parcerias por Fundações Estatais, EBSEH e OSC).

As alternativas adotadas pelo governo conduziram à quarta consideração: no segundo período, a estratégia do Executivo Federal em desenvolver o *continuum* da gestão-contratualizada em dupla via de descentralização, teve nas modalidades não-estatais e de direito privado, o desalinhamento às deliberações contrárias apontadas deste a 9ª CNS.

As considerações levantadas por este estudo apontam os avanços jurídico-normativos sancionados entre 1988 e 2013 e os efeitos que produziram no processo de formulação da PNHOSP. Marcadamente, as conjunturas político-administrativas foram determinantes nas estratégias governamentais. Todavia, deve-se reconhecer que a mudança do Poder Executivo Federal ocorrida em 2003, não representou ruptura normativa à implementação da atenção hospitalar. Pelo contrário, representou avanço à nova administração pública, de modo que se alinhou a concepção gerencialista. Fenômeno que retrocedeu aos anos 1990, do ponto de vista das deliberações de resistência à gestão indireta pelas CNS pós CFB/1988.

## **ATENÇÃO HOSPITALAR NO SUS: estratégias organizacionais e capacidade de gestão governamental para expansão da rede própria do SUS Bahia**

### **RESUMO**

Um conjunto de marcos normativos da atenção hospitalar reiteraram a responsabilidade da esfera estadual enquanto implementador das políticas de saúde. Com a legitimação dos Modelos Alternativos de Gestão Indireta, cabe destacar a particularidade do caso SUS Bahia que ampliou sua rede hospitalar adotando as Organizações Sociais e Parceria Público-Privada. Este estudo objetivou analisar capacidade de gestão da equipe dirigente da Secretaria Estadual de Saúde na expansão da rede hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa, de análise de política pública de saúde, utilizando entrevistas semiestruturadas com atores da gestão central da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e aparelho estatal. A análise de conteúdo foi à luz dos elementos conceituais do Triângulo de Ferro elaborado por Carlos Matus articulado com a fase de implementação do Ciclo da Política Pública. Evidenciou-se grande responsabilidade quanto a formação da agenda dirigente com problemáticas voltadas à melhoria da gestão do serviço com maior autonomia e alocação orçamentária e do sistema através da reestruturação organizativa, fortalecimento contratual e ampliação da cobertura assistencial. E importância atribuída à gestão por operações adotando múltiplas naturezas jurídicas frentes aos entraves burocráticos, estratégias gerencialistas e de monitoramento-controle, aperfeiçoamento tecnoburocrático e acumulação de apoios no aparato estatal. Entretanto, houve menor força atribuída à categoria de prestação de contas e desempenho, decorrente da não existência de sistema de monitoramento e avaliação, critérios à gestão de contratos que levaram à necessidade de instrumentalização regulatória e organicidade nos programas estaduais de gestão indireta para fomentar melhorias na produtividade, eficiência e reequilíbrios contratuais. Conclui-se que a criatividade da equipe dirigente foi essencial ao enfrentamento dos desafios sistêmicos à gestão da atenção hospitalar, houve capacidade de fortalecimento dos modelos gestão direta e indireta por OS, de inovação com a Parceria Público-Privada e de melhoramento da capacidade regulatória junto ao aparato estatal, sendo esta última, vértice frágil da capacidade de gestão.

**Palavras-chave:** Política, Planejamento e Administração em Saúde; Hospitais Públicos; Regulação e Fiscalização em Saúde; Administração Hospitalar

## Introdução

A atenção hospitalar é temática importante das políticas de saúde e se constitui como um dos principais desafios à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, a prioridade de investimentos governamentais fortaleceu o modelo assistencial-hospitalocêntrico (PAIM, 2009), alinhando-o à concepção instrumental e terapêutica que o hospital moderno passou a representar a partir do final do Século XVIII (FOUCAULT, 2015). Momento em que se institucionalizava o Estado Liberal com a Revolução Francesa de 1789 (BONAVIDES, 2007), emergindo ideais que iniciaram reestabelecimento das novas relações entre o público e o privado nas estruturas estatais (HABERMAS, 2014).

O Estado Social decorreu do constitucionalismo democrático que caracterizou a segunda metade do Século XX (BONAVIDES, 2007) e o caráter provedor do Estado de Bem-Estar Social se caracterizou principalmente pelas políticas sociais dos países europeus no pós-guerra (LOBATO; GIOVABELLA, 2012). O Estado Democrático de Direito foi conquistado através da evolução das gerações do direito, que foi proclamado pela Constituição Federal do Brasil de 1988 (CFB/1988) (LA BRADBURY, 2007), na contramão do movimento internacional (PAIM et al., 2011), que reestruturava administrativamente o modelo burocrático inglês com a perspectiva do Novo Gerencialismo Público (CAPOBIANGO et al., 2013).

Esta estratégia de cunho neoliberal foi pautada no Consenso de Washington em 1989, como alternativa à crise econômica dos países latino-americanos (RANGEL; GARMEDIA, 2012). No Brasil, o marco normativo-jurídico da reforma estrutural foi a Emenda Constitucional nº19 (BRASIL, 1998), legitimando a prestação de serviços de saúde como atividade não exclusiva do Estado (PEREIRA, 1995) e possibilitando busca de maior autonomia através de organizações com diferentes naturezas jurídicas (BRAGA-NETO, 2012). Assim, constituíram-se os Modelos Alternativos de Gestão Indireta (MAGI) no Período Constitucional Pós-1988, de modo que à atenção hospitalar foi possível adotar as Organizações Sociais (OS), a Parceria Público-Privada (PPP) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

O Poder Executivo, enquanto esfera governamental, tem nos atores da gestão federal e estadual a responsabilidade pela formulação de estratégias e implementação das políticas públicas de saúde, respectivamente (BRAGA NETO ET AL, 2012). Os marcos normativos do processo de descentralização da gestão, principalmente à atenção hospitalar, foram as Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde (NOB e NOAS), entre os períodos de Governo Federal de 1990 a 2002. Enquanto que o segundo período governamental definido entre 2003 e 2014, foram marcantes o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (PRAHB), as

Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU), de Hospitais de Pequeno Porte (HPP), de Regulação do SUS e de Atenção Hospitalar (PNHOSP), além das estratégias de reorganização da atenção através das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Em especial, destacam-se o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006), Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011) e PNHOSP (BRASIL, 2013) que reiteraram, entre outras, a responsabilidade da Esfera Estadual em coordenar a implantação, monitoramento e avaliação da atenção hospitalar no SUS.

As análises realizadas sobre a produção científica da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (PPGS) apontam para o crescimento de estudos cujo objeto é a atenção hospitalar a partir de 1988 e sobre a experimentação dos MAGI na primeira década dos anos 2000. Estes estudos buscaram compreender o processo de incorporação das diversas modalidades jurídicas adotadas na gestão pública e seus instrumentos de contratualização, controle e regulação estatal (SOUZA; TEIXEIRA, 2012; TEIXEIRA, 2015). Em aproximação com a produção científica sobre gestão hospitalar no SUS (SANTOS et al., 2016), evidenciou-se relevante lacuna analítica sobre a capacidade de gestão dos atores em implementarem estratégias voltadas à atenção hospitalar no processo de descentralização e regulação.

Destacando a particularidade do estado da Bahia diante das demais unidades federadas, pode-se caracterizá-lo como caso peculiar de modelo de gestão pública adotada à atenção hospitalar no SUS, coincidindo com a capacidade de ampliação da rede própria da Secretaria Estadual de Saúde (SES) a partir do período governamental iniciado em 2007 (BARRETO; FREIRE, 2011). Nos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2008-2011 e 2012-2015, a capacidade instalada para serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e de atenção às urgências e emergências foram estabelecidas como prioridade, de modo que permitisse avançar na implementação da cobertura suprindo vazios assistenciais e desconcentrando a assistência hospitalar para outras macrorregiões não metropolitanas (BAHIA, 2009; BAHIA, 2012).

Enfrentamento pautado na necessidade de melhorar a baixa quantidade de leitos por habitantes no estado (BARRETO; FREIRE, 2011) e alinhado às estratégias ministeriais de fortalecimento da rede assistencial (BRASIL, 2014) com vistas a amenizar esta problemática que é reconhecida nacionalmente (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015).

Assim, cinco novos hospitais foram abertos, elevando para quarenta o quantitativo de hospitais da rede própria do SUS Bahia, sendo no final de 2014, 22 unidades sob modelo gestão direta e 18 com MAGI, destacadamente Organizações Sociais (OS) e uma Parceria Público-Privada (PPP). De fato, o Estado da Bahia é marcado pela ampliação dos contratos de gestão e ineditismo do contrato de concessão de parcerias, o que o diferencia dos demais estados

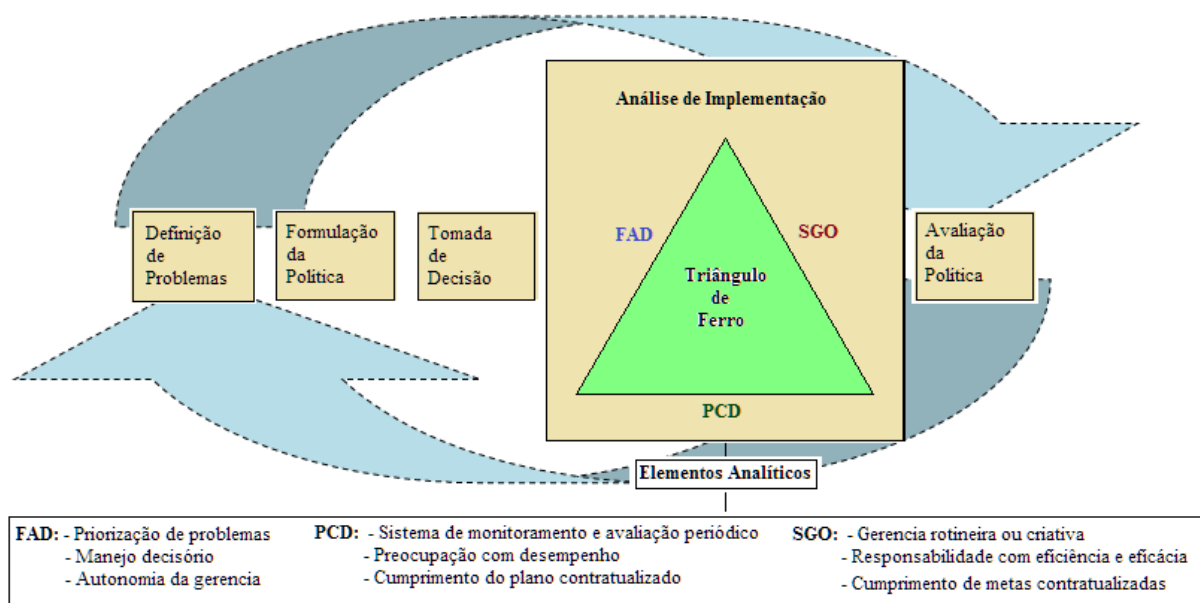
brasileiros dada sua peculiaridade de adoção de múltiplos MAGI à capacidade de gestão da atenção hospitalar.

Diante do exposto, buscou-se *analisar capacidade de gestão da equipe dirigente da Secretaria Estadual de Saúde na expansão da rede hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014.*

### Elementos teóricos para análise da capacidade de gestão

Trata-se de uma análise de implementação, fase do Ciclo da Política Pública (CPP) que considera os processos da ação governamental, estratégias adotadas e enfrentamentos vivenciados pelos atores em suas arenas de negociação e nas instâncias de operacionalização das decisões (PINTO, 2008; HOWLLET; RAMESH; PERL, 2013; PINTO; VIEIRA-DASILVA; BAPTISTA, 2014; KINDON, 1995). Com vistas à potencialização analítica, adota-se o Triângulo de Ferro elaborado por Matus (TFM) que se constitui de três vértices interarticulados: Formação da Agenda do Dirigente (FAD), o Sistema de Gestão por Operações (SGO) e a Prestação de Contas e Desempenho (PCD) (MATUS, 1997). Esta correlação estabelecida entre CPP e elementos analíticos do TFM subsidiou construção do referencial teórico conforme apresentado na Figura 1.

**Figura 01. Referencial teórico da capacidade de gestão da rede de atenção hospitalar no SUS, na perspectiva da esfera governamental**



**Fonte:** desenvolvido pelo autor a partir de Pinto (2008), Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Matus (1997)



Acredita-se que ele permitirá análise da complexidade organizacional que mescla diferentes modelos para o gerenciamento das unidades.

A FAD se refere ao sistema que cria ou desvia o foco de atenção do dirigente, permitindo subcategorizar a discussão dos resultados pela priorização de problemas (PP), manejo decisório (MD) e autonomia da gestão (AG). A segunda categoria versa sobre o SGO, fundamentado na ação criativa da gestão central que determina os caminhos no sentido da descentralização ou manejo rotineiro da gestão e planificação, conduz a análise à outras três subcategorias que são a gestão rotineira ou criativa (GRC), responsabilidade com eficiência e eficácia (REE) e cumprimento das metas contratualizadas (CMC). E a terceira categoria é sobre a PCD que remete à capacidade sistêmica de verificação do cumprimento das ações planejadas que tem como subcategorias a apresentação dos resultados em sistema de monitoramento e avaliação periódica (SMAP), preocupação com desempenho (PD) e cumprimento do plano contratualizado (CPC).

## **Método**

Trata-se de uma análise de políticas públicas de saúde (PAIM, 2003), situada na gestão de sistemas (LOBATO; GIOVANELLA, 2012; SOUZA; BAHIA, 2014), de caráter qualitativo que favoreceu emergência de novos aspectos interpretativos e constituição de correlações explicativas e/ou analíticas (SARAPIONI, 2000), sendo do tipo estudo de caso pela sua capacidade de compreender processos históricos da implementação de políticas públicas à luz da percepção dos atores envolvidos e aprofundamento analítico sobre determinado fenômeno (MINAYO, 2010; YIN, 2010) da capacidade de gestão à expansão da rede própria hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), entre 2007 e 2014.

O lócus de estudo foi a SESAB por representar nível de gestão responsável pela formulação e implementação da atenção hospitalar no SUS Bahia. Seu início foi após aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CEP/ISC/UFBA), sob parecer CAAE nº 41872715.2.0000.5030 (Anexo 1) e vincula-se ao Observatório de Análise Política e Saúde (OAPS).

A produção e tratamento dos dados respeitou os princípios éticos (BRASIL, 2012), adotou entrevista semiestruturada (Apêndice C) autorizada com assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), gravadas, transcritas na íntegra, submetidas ao referencial teórico-analítico e arquivadas por cinco anos.

Os sujeitos da pesquisa foram dezenove atores ao total. Primeiramente, treze que atuaram na gestão central da SESAB e diretamente relacionados com o fenômeno de estudo, pois assumiram funções como secretário estadual de saúde, chefe de gabinete, superintendente de atenção integral à saúde, diretor geral da rede própria e das redes com gestão direta e indireta, diretor de atenção especializada, coordenação de planejamento estratégico, núcleo de tecnologia da informação em saúde e outras funções técnicas desta gestão central.

Posteriormente, outros seis sujeitos do aparato público estatal foram sugeridos e concordaram em participar pela atuação coadjuvante na expansão da rede hospitalar própria do SUS Bahia. Eles se vinculavam às Secretarias de Administração do Estado da Bahia (SEAB) e da Fazenda (SEFAZ), Procuradoria Geral do Estado (PGE), Ministério Público da Bahia (MPBA) e Auditoria do SUS.

A análise de conteúdo foi sistematicamente realizada através de: leitura flutuante das falas transcritas, identificação dos núcleos de sentidos representativos e sintetização categórica à luz do referencial teórico adotado (MINAYO, 2010). Os resultados foram organizados em conformidade com os vértices do TFM e seus respectivos sub-vértices categóricos.

## **Resultados e Discussões**

O processo de tratamento dos dados empíricos e sua análise se fundamentou no referencial teórico apresentado, permitindo reconhecer aspectos inerentes à capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS implementada entre 2007 e 2014. A partir dos elementos que constituem o TFM, apontam-se evidências quanto a Formação da Agenda Dirigente, o Sistema de Gestão por Operações e Prestação de Contas por Desempenho (MATUS, 1997).

Estas categorias foram pormenorizadas através dos seus vinte e cinco núcleos de sentidos que se distribuíram pelos nove vértices sub-categóricos. A partir de três quadros sínteses, iniciarão as respectivas discussões em que são apontadas as evidências com as falas dos participantes da pesquisa.

## 1. Formação da Agenda Dirigente

Através desta categoria do TFM, identificou-se o foco de atenção do dirigente sobre as prioridades, exigindo relação com as estratégias de planejamento para conformar sua agenda gestora (MATUS, 1997). O Quadro 8 apresenta os vértices sub-categóricos com seus respectivos núcleos de sentidos

**Quadro 8. Elementos relacionados à Formação da Agenda do Dirigente na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia, entre 2007 e 2014**

<b>Evidências</b> <b>Vértices</b> <b>Sub-categóricos</b>	<b>Núcleos de Sentidos</b>
Priorização de Problemas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Complexa caracterização da rede hospitalar</li><li>• Desafios da regulação hospitalar</li><li>• Problemática envolvendo a gestão de RHS</li><li>• O complexo subfinanciamento à atenção hospitalar</li><li>• Impasses da gestão de contratos</li><li>• Fragilidades na gestão e gerência hospitalar</li></ul>
Manejo Decisório	<ul style="list-style-type: none"><li>• Importância do perfil de atuação da gestão e gerência hospitalar</li><li>• Estratégias para melhoria da gestão e gerência hospitalar</li><li>• Estratégias de enfrentamento aos desafios da gestão dos RHS</li><li>• Estratégias de fortalecimento dos modelos de gestão direta e indireta</li><li>• Estratégias de ampliação da rede própria hospitalar</li><li>• Estratégias de captação de novas fontes orçamentárias</li></ul>
Autonomia de Gestão	<ul style="list-style-type: none"><li>• Autonomia à gerencia do serviço hospitalar</li><li>• Autonomia do caráter administrativo-financeiro do sistema de saúde</li></ul>

Fonte: Banco de dados da pesquisa construído a partir das entrevistas transcritas e fundamentado nos TFM (MATUS, 1997)

### ***Priorização de Problemas***

Refere-se a capacidade de identificar e selecionar desafios importantes que exige estabelecimento de intervenções (MATUS, 1997). A partir das entrevistas, foram evidenciados pelos gestores seis aspectos que foram objeto de intervenção: a complexa caracterização da rede (própria) hospitalar, os desafios da regulação hospitalar, a problemática envolvendo a gestão de RHS, as complexidades do subfinanciamento, impasses da gestão de contratos e fragilidades na gestão e gerencia hospitalar. Sobre cada um deles, tem-se a discussão a seguir.

A complexa caracterização da rede hospitalar (própria) no SUS Bahia teve como destaque a grande extensão da rede e heterogêneo perfil e porte das unidades, por terem plantas prediais antigas e com precárias condições infraestruturais e sanitárias. Além de historicamente terem se concentrado na região metropolitana (Macrorregião Leste).

Nossa rede hospitalar é muito grande [...] estamos com mais de [...] 40 unidades hospitalares, [...] mais de 5 mil leitos hospitalares [...] a grande maioria concentrada na [...] região metropolitana. [...] São HPP, de médio e grande porte, especializados, maternidades ou gerais, com diversos níveis de complexidade (GC01). Tem problema predial [...], são unidades antigas [...], muitas precisavam de reformas e manutenção (GC04); [...] a parte elétrica, hidráulica, cozinha e infraestrutura eram chocantes (GC09). [...] teve sérios problemas de atendimento à legislação sanitária [...] (GC18). As carências regionais eram muito importantes. Nós só tínhamos neurocirurgias e [...] alta complexidade em oncologia [...] em Salvador e Itabuna. [...] nada de cardiologia fora de Salvador (GC12). [...] terapia intensiva limitada [...] (GC12).

A existência de vazios assistenciais e baixa capacidade instalada de Média e Alta Complexidade (MAC) foram justificadas historicamente pela falta de planejamento e investimentos em períodos de governos anteriores. Situação que levou a demandas reprimidas, itinerários terapêuticos sofridos às urgências/emergências e internações hospitalares prolongadas.

[...] se faltavam leitos e [...] hospitais, isso foi de um planejamento equivocado em períodos de governos anteriores (GC17). [...] existia demora de acesso aos leitos prejudicando a regulação dos pacientes [...] poucos leitos não conseguiam rodar [...] a regulação era precária. [...] não tinha retaguarda pós-hospitalar (GC06). [...] capacidade instala baixa da estrutura física e de equipamentos (GC09).

A problemática dos HPP foi mencionada pelas suas múltiplas naturezas jurídicas, baixa complexidade assistencial, baixa resolubilidade e baixa taxa de ocupação, desarticulação sistêmica e dependência de referencialidade de maior porte e especialidades.

A rede sob gestão direta contava com conjunto de HPP [...] ainda sob gestão do Estado (GC12). Os HPP estavam soltos, [...] se virando como podiam [...], sem densidade tecnológica. [...] quase 500 hospitais de até 50 leitos na Bahia [...] entre público, privado, estadual, federal [...] SUS ou não SUS. (GC18). [...] predominam no interior, [...] de baixa resolutividade [...] acabam encaminhando pra rede estadual (GC07). [...] orbitando as unidades hospitalares regionais da SESAB (GC03). Tem HPP da rede própria com só 27 leitos que a taxa de ocupação é baixíssima, [...] impacta negativamente no orçamento [...] (GC08).

Os desafios da regulação hospitalar foram associados a insuficiência de leitos, baixa retaguarda pós-hospitalar, precária ou baixa capacidade instalada da MAC e desarticulação dos pontos de referências da rede assistencial condicionaram a difícil atividade de regulação assistencial.

[...] antes de 2007 a ideia que a gente tinha era que estava cada hospital cumprindo um papel determinado, no contexto muito local [...] sem a menor proposta de organização (GC18). [...] a regulação pra mim era um dos maiores desafios [...] (GC09). Eu cheguei exatamente no período que estava sendo implementada a regulação em 2004, [...] Foi uma relação muito difícil [...] pouco apoiada. E com as redes eu percebi uma iniciativa de fortalecimento delas (GC14). [...] saímos daquela história de que Salvador é o centro [...] esquecendo do restante do estado (GC02).

Condições que justificavam o baixo acesso a internação em UTI, agravamento clínico da demanda e prolongamento da internação hospitalar. Além de prejudicarem a autoridade

sanitária das Centrais de Regulação do Estado (CRE) por levarem à existência de micro-poderes nos fluxos de (contra)referência da rede, entraves na efetivação das redes de atenção e necessidade de atenderem à judicialização do acesso.

A regulação fica muito desgastada [...] ela trabalha com os leitos que existem. Se não tem leitos, ela não vai inventar leitos. Então, quando se ouve “ah, a regulação não resolve nada.”, vírgula. Esse é um aspecto que eu acho que tem que ser resgatado (GC07). [...] a gestão dessas vagas nas unidades [...] não se dá nem pelo diretor da unidade, nem pelo núcleo de gestão de leitos. Às vezes é um amigo, uma pessoa [...] Os esquemas, né (GC09). [...] você tem a regulação formal do estado (legal e oficial) e você tem uma “microrregulação”, [...] pelo fisiologismo dos políticos [...] é um hábito [...] são dilemas éticos (GC09). Deveria jogar o pedido no sistema, o médico regulador [...] fazer encaminhamentos de acordo com a rede que está desenhada. [...] não funciona por uma série de motivos, inclusive insuficiência de leitos, [...] tem caso do mesmo profissional sair de uma unidade de saúde e [...] autorizar ida do paciente para outra unidade pública [...] é como se dessem um *by pass* na central (GC13).

A problemática envolvendo a gestão de RHS contemplaram cinco aspectos. O controle orçamentário imposto pelas limitações da responsabilidade fiscal ou pela autorização para ampliação do quadro de servidores estar sob controle de Secretarias Sistêmicas do Estado, como Fazenda e Administração.

[...] a Lei de Responsabilidade Fiscal impõe limites aos entes públicos e ao limite de gasto com pessoal (GC12). [...] analisando economicamente [...] ter o limite de gasto com pessoal [...] é um engessamento de algumas atividades como saúde, [...] que a produção é basicamente em cima das atividades desenvolvidas por pessoas. [...] e tem a parte de aposentados que aumentamos (GC03). [...] nossa autonomia ela tem limites, [...] está amarrada nas definições do governo, através [...] da SAEB com a questão de pessoal (GC02). O gestor dos hospitais da gestão direta não tem a liberdade pra contratação. Nem a própria secretaria tem a liberdade pra contratar pessoal na hora que quer, na hora que precisa. [...] tem que ter a autorização da Secretaria da Administração e da Procuradoria do Estado(GC09).

A baixa atratividade da remuneração em serviço público para profissionais médicos (decorrente da melhor oferta salarial no subsetor privado) e à função de diretora hospitalar da rede própria (associada a regra administrativa de bonificação por cargos), desatualização do PCCV e existência de múltiplos tipos de vínculos nos serviços.

O mercado de trabalho na área hospitalar tem um padrão de remuneração ao dirigente muito melhor do que a remuneração na gestão pública [...] isso é muito complicado. [...] não é atrativo principalmente ao profissional médico que tem um padrão de remuneração de mercado melhor (GC12). [...] o desafio da gestão direta [...] está na multiplicidade de vínculos de trabalho. Aí se incluem o REDA, o TAC, a Fundação Estatal (FESF), os terceirizados, as Pessoas Jurídicas. [...] realidade que exige razoabilidade no que diz respeito ao aspecto dos recursos humanos (GC17). [...] a realização de concursos não seria possível (GC17) [...] não tinham concursos a um bom tempo [...] tinha um monopólio de uma única cooperativa [...], ausência de plano de carreira adequado para o servidor [...] carência de investimentos na qualificação profissional [...] (GC12). [...]leitos desativados por falta de pessoal [...] (GC09). [...] a descentralização da gestão sem a descentralização do orçamento do pessoal [...] complexifica a gestão de recursos humanos no SUS (GC03). A gente fez um grande

concurso [...] mas tivemos muitas aposentadorias (GC04). [...] as aposentadorias foram priorizadas, contou com parte dos concursados pra modernizar quadro [...] das unidades sob gestão direta (GC12). Conseguimos avançar nas aposentadorias (GC07).

E, conseqüentemente, o quinto problema é determinado pela insuficiente quantidade de pessoal para reposição das aposentadorias e ativação de novos leitos/serviços. Situação que fechava o círculo por retornar às limitações fiscais novamente.

Ao complexo subfinanciamento à atenção hospitalar, dois elementos foram marcantes. O complexo sistema de financiamento tripartite que sobrecarrega a gestão estadual, repasses inespecíficos/discricionário que prejudicam a direcionalidade regular às unidades/atenção hospitalar, multiplicidade de modos de repasse orçamentário ministeriais que pulverizam o orçamento com valores fixos da MAC e incentivos por estratégias especiais (FAEC para implantação das RAS) e incentivos a contratação de complementares.

O orçamento da saúde deveria vir especificamente para os hospitais [...] mas ainda não chagamos a este pondo [...] Quando o fundo repassa, não repassa para o hospital específico [...] repassa para o gestor estadual (GC18). No incentivo financeiro chamado de FAEC também vem o dinheiro todo como um “bolo de dinheiro” só [...] sem especificar [...] é uma complicação (GC18). [...] tem a contratualização pela rede [...] de alta complexidade, média complexidade [...] tem a fonte do tesouro que é a obrigação do estado investir [...]. Isso tem que dá conta de atender tudo [...] é pouco dinheiro pra muita ação (GC16). [...] é um subfinanciamento (GC17).

E o subfinanciamento hospitalar propriamente dito independe do modelo de gestão. Ele é determinado pela desatualização da tabela de preços no SUS, incorporação da densidade tecnológica, atendimento às garantias terapêuticas de alto custo por processos de judicialização e necessidade de reajustes salariais com entrave do limite prudencial da responsabilidade fiscal.

O que compõe o financiamento hospitalar é a produção da MAC. São procedimentos ambulatorial e hospitalar. [...] Mas é uma série histórica da PPI na verdade (GC18). A tabela SUS está defasada (GC17). O subfinanciamento é crônico e grave[...] (GC12). A inflação, melhoria salarial e reajuste dos contratos iam corroendo tanto para as unidades sob gestão direta, como gestão indireta (GC12). [...] precisa ter fonte de financiamento maior (GC19). [...] começar o ano num déficit mensal de R\$ 30 milhões [...] (GC13). Há defasagem na tabela SUS como um todo [...] pra altíssima complexidade, o Ministério [...] repassa por procedimentos com contratualização específica (GC16). [...] a medicina se tornou muito cara pelos exames [...] aparelhos/tecnologias e também com a judicialização [...] (GC19). [...] hoje o problema está na falta de recursos financeiro mesmo pra manter a ampliação (GC09).

Quanto aos impasses da gestão de contratos, os modelos de gestão pública contratualizada já existiam antes do período governamental iniciado em 2007 e foram mantidos estrategicamente para ampliação da cobertura hospitalar. No entanto, haviam diferentes formas de terceirização, que foram revistas e algumas foram descontinuadas, como mostra o depoimento abaixo:

Como os hospitais precisam de muita mão de obra, o secretário viu que precisava inovar nesta área de gestão. Ai, encontrou na secretaria três modelos de gestão que já existiam: modelo de gestão direta (que é o tradicional), o modelo de gestão por empresas privadas e o modelo de gestão por OS (GC16). Não abrimos hospitais com gestão direta (GC09). [...] migramos contratos que estavam por empresas privadas lucrativas para contratos com OS [...] (GC12).

O modelo de gestão por OS (mantido com a justificativa de superação dos problemas da administração pública direta) apresentava impasses associados a: incapacidade de reequilíbrios orçamentário dos contratos para acompanhar a inflação médico-hospitalar; necessidade de redefinição do perfil assistencial contratualizado por carência de atenção especializada/ambulatorial nos territórios; e dificuldades no cumprimento do cronograma de pagamentos pactuado. Estas fragilidades diferenciavam o modelo de OS da concessão por PPP.

A ampliação da oferta em algumas unidades gera maior custo. Isso obviamente impacta tanto nos contratos de OS e de PPP. [...] se você não tem mecanismo de recomposição assegurado [...] e mecanismo de garantia do repasse na data preconizada, você tem um risco muito grande (GC12). Na hora que a coisa aperta, aperta na gestão direta [...] é quem sofre mais com o corte e o contingenciamento (GC09). A administração pública por conta de imposição de lei, termina sendo muito lenta para contratos de insumos e serviços implicando no dinamismo exigido na área de saúde (GC13). Os modelos de gestão têm injeções de dinheiro diferentes. Ai vai querer comparar os serviços prestados? Também quer comparar de igual pra igual? Não dá [...] seria injusto (GC06). [...] a lei não garante o mesmo dinamismo ou se ela cria amarra para um, eu utilizo a gestão indireta para fugir as amarras (GC13).

E as fragilidades na gestão e gerência hospitalar em que são destacadas à gerência das unidades a baixa capacidade administrativa e técnico-burocrática, justificada pela não realização de concursos públicos específicos que levou a realocação de pessoal não habilitado para tal função.

[...] os diretores dos hospitais, alguns são bem habilitados, outros nem tanto (GC14). Os diretores dos hospitais teriam que ter uma estrutura administrativo-financeira boa para executar os recursos dentro das unidades. Essa [...] é uma área com baixa formação e capacitação e com insuficiência de pessoal, [...] não se faz concurso público pra área administrativa (GC09). [...]A gestão pode ser melhorada, [...] precisa ser mais profissionalizada. Ela precisa ter pessoas com mais capacidade técnica pra ocupar os postos de gestão hospitalar (GC09). [...] reconheço como desafios a necessidade [...] de incorporação de instrumentos de gestão informatizados, [...] capacitação dos servidores que estão na parte gerencial, [...] vejo uma necessidade de capacitação e informatização (GC05). [...] tivemos dificuldades do tipo de cumprimento do fluxo, de organização de fluxo. [...] pela própria organização da estrutura dos hospitais com as recomendações da regulação de eleitos (GC14). [...] o hospital tinha que ser atenção hospitalar e ter grande ambulatório [...] (GC09).

E ao nível da gestão sistêmica da atenção hospitalar, uma fragilidade reconhecida foi a incipiente atividade de monitoramento e controle dos contratos de gestão, caracterizado pela baixa padronização dos instrumentos gerenciais e fragilidade dos relatórios de gestão.

[...] a SESAB nunca readequou esses modelos de relatórios padrões do CONGEOS (GC10), [...] relatórios da SESAB só abordam a questão de indicadores de produção,

de internação, de SADT. [...] não traz o contrato como um todo, é fragmentado (GC10). Tem OS com dificuldades do próprio mecanismo de financiamento (GC12).

### ***Manejo Decisório***

Vale destacar os posicionamentos e enfrentamentos estratégicos que os atores assumem para fortalecimento de sua capacidade de gestão (MATUS, 1997), dos quais emergiram: importância do perfil de atuação dos atores da gestão e gerência hospitalar, estratégias para melhoria da gestão e gerência hospitalar, enfrentamento aos desafios da gestão dos RHCs, fortalecimento dos modelos de gestão direta e indireta, de ampliação da rede própria hospitalar e estratégias de captação de novas fontes orçamentárias.

À importância do perfil de gestores para atuação na área hospitalar, o secretário de saúde ao montar a sua equipe, procurou identificar e valorizar para a área hospitalar o ator com perfil para a gestão, com experiências e características que demonstrassem a capacidade para administrar as unidades, incentivar existência de canais de diálogo nos colegiados de gestão, dando abertura aos membros da gestão central ou diretores hospitalares participar dos processos decisórios, fomentar agir consensual aos conflitos e ativar transformações organizacional.

Todos poderiam ter acesso a gestão central [...] o gabinete era aberto [...] inserimos o gestor em um processo decisório [...] quando decidimos pelo modelo de gestão, [...] concurso público, [...] plano de carreira [...] mudança do perfil de algumas unidades, todas essas decisões foram decisões colegiadas. [...] Na gestão hospitalar [...] também estimulava que se replicasse esse mesmo modelo de colegiados [...] (GC02). Uma equipe com perfil militante [...]. Pessoas que estão há 20 anos ou mais se dedicando pra que aquele serviço funcione bem e fazem daquilo uma coisa importante na sua vida profissional (GC12). [...] pessoa com larga experiência, do setor público [...] e da gestão no setor privado [...] capacidade de liderar [...] capacidade técnica e de diálogo [...] fazem a diferença (GC07). Era uma gestão que prezava pela democracia, [...] precisa saber lidar com as divergências [...] ter condição de negociar, debater e chegar ao consenso [...]. Isso significa disposição para o diálogo [...] despir de preconceções [...] e se colocar disponível para ouvir (GC09). É um erro o gestor maior da cúpula não trazer o seu colaborador que toma conta de um núcleo, do processo. Quando ele se sente parte, ele vem se justificando, falando que no próximo mês ele vai conseguir e tal [...]. O gestor da gestão hospitalar, tem que conhecer o dia a dia do hospital, fluxos. [...] definir perfil das unidades. [...] ter um olhar a partir do território (GC02).

A militância emergiu como compromisso com a defesa do direito à saúde, resistência às limitações impostas pela responsabilidade fiscal e razoabilidade frente a expansão do modelo de OS e desenvolvimento da concessão por PPP na atenção hospitalar.

Eu estava como superintendente, mas me envolvia pessoalmente. [...] é uma concepção política e ideológica que eu já tenho. E isso me mobilizava mais como gestora, porque me interessava pelos resultados concretos. [...] Eu acho importante essa coisa da trajetória (GC09). [...] sobre a Organização Social e a PPP, [...] quando eu comecei a estudar, tinha aquele olhar de qualquer gestor que tenha as suas origens



na esquerda, que tenho as origens na nossa luta pelo SUS e tudo mais. O olhar preconceituoso, “Não, a Organização Social não serve” [...] (GC02). [...] essa questão do modelos alternativos de gestão, não é algo de nossos princípios ideológicos [...] são as circunstâncias atuais do SUS, com o sufocamento do subfinanciamento e da Lei de Responsabilidade Fiscal que impedem o aumento de políticas sociais [...] (GC09). [...] nós que militamos na área de Saúde Coletiva dizemos que temos que enfrentar essa lei e discutir a Lei de Responsabilidade Sanitária (GC13).

Como estratégias para melhoria da gestão e gerência hospitalar, identificou-se implementação de reestruturação organizativa (buscando corrigir fragmentação da atenção à saúde decorrente da departamentalização da secretaria de estado) inicialmente em 2007 com o reestabelecimento da gestão hospitalar na SAIS e melhoria da tecnoestrutura de acompanhamento/monitoramento da produtividade. E a partir de 2010, guiou-se pela implementação das RAS, que exigiu dos atores criação de estratégias de fortalecimento das relações interdepartamentais, especialmente através de nova cultura organizacional e criação de Comitê Gestor das Redes.

Com a SAIS, mudou a lógica [...] os hospitais estava num nível hierárquico paralelo. É como se a rede hospitalar contratada, conveniada, municipal fosse um âmbito e a rede própria fosse outro (GC12). O acompanhamento foi requalificado com apoio institucional [...] (GC14). [...] voltamos aos HPP e aos complementares para conversar, mas eles respondiam: “eu não tenho nada a ver com a rede de urgência”. Dizíamos: “Tem, você faz urgência” (GC18). Recebemos as críticas e nos planejamos [...] obras na Tysila e no Ernesto Simões [...] vamos acabar as reformas que estão em andamento no Prado Valadares de Jequié, Vitória da Conquista, Guanambi [...] não só pra mudança de perfil, mas também para readequar ao novo padrão das RDC 50 e 306 [...] inclusive para mudanças de perfil [...] (GC04). [...] o modelo de gestão da Rede Própria teria que está integrado ao modelo das diretrizes da rede de atenção [...] (GC18). Foi criado um grupo gestor de redes aprovado em resolução da CIB (GC09). Eu diria que as redes de atenção contribuíram muito na concepção do trabalho interno da secretaria (GC12). Por consequência do decreto de 2011, que trazia a necessidade da gente em trabalhar em Redes de Atenção, incluiu uma nova organização pensando em rede [...] (GC14). Quando veio a Rede como diretriz, a SESAB tentou que suas várias caixinhas do organograma implementasse o modelo de rede de atenção (GC18).

No processo de implantação das RAS, outra estratégia adotada foi o fortalecimento da regulação de leitos. O alinhamento esteve entre as CRE e as linhas de cuidados prioritários, respeitando a Política de Regulação no SUS. Assim, foi necessário enfrentamento à cultura de tráfico de influências e micro-poderes; regionalizar serviços conforme territórios de saúde; instrumentalizar rotinas de referencialidade com protocolos terapêuticos; readequar perfis hospitalares para suas complementaridades e funções nas linhas de cuidados prioritárias; e disponibilização de leitos complementares como retaguarda. Estas estratégias buscaram reestabelecer autoridade sanitária às centrais de regulação.

Você tem uma regulação formal, [...] com as Centrais de Regulação [...] que buscamos fortalecer, [...] com seus protocolos, [...] prontuários, [...] análise do médico regulador

(GC09). [...] crescemos a contratação de vagas em unidades complementares [...] exclusivamente para utilização pela central de regulação e prioritariamente pra pacientes que tão na emergência dos hospitais do estado. (GC12). Muitas vezes não consegue regular um paciente porque uma técnica de enfermagem que pode simplesmente não viabilizar que o leito seja desocupado. [...] essa questão dos micro-poderes que o gestor por ser líder deve dispersar a partir do momento que dialoga com o seu conjunto (GC02). O diretor do hospital deve ter um plano de gestão pro hospital, dentro da capacidade instalada e recursos disponíveis para as unidades de produção (GC09). Os melhores eram os que inclusive tinham capacidade de interlocução com servidores, os outros atores na área de saúde e para além dessa lógica de gestores municipais, vendo outros serviços (GC12). Já existia a Central de Regulação Estadual aqui em Salvador fazendo regulação de leitos. Melhoramos os mecanismos e ampliamos as equipes. [...] Demos mais autonomia. Eu destacaria a central interestadual que fica em Juazeiro, que atende Bahia e Pernambuco, pegando 55 municípios do norte da Bahia e da região de Petrolina, [...] uma experiência muito boa [...]. Foi a primeira no interior. Tem duas mais recentes: a do sudoeste em Conquista e a do sul em Itabuna [...] (GC12)

E como terceira estratégia, buscou-se aperfeiçoamento da capacidade gerencial dos hospitais ampliando sua autonomia com instrumentos de gestão e readequando seus perfis à concepção das redes assistenciais e base territorial.

Foi entre 2012 e 2014 que começamos a montar as RAS e com elas fomos definindo as dificuldades prioritárias, [...] coordenação de atenção às urgências. A SAIS tinha função relevante, porque a SAIS tinha um assento importante nesse grupo condutor das Redes (GC14). A vantagem da gente conseguir trabalhar na própria estrutura de uma forma mais integrada [...] os planos de ação regionais, a construção e delimitação de redes de atenção foram muito interessantes. A instalação das Comissões Intergestoras Regionais conseguiu dar uma estrutura melhor a SESAB, [...] acho que em termos de qualificação, em equipamentos, [...] demos um salto muito grande [...] (GC14). A atenção hospitalar é um componente das redes. Os hospitais são pontos da rede, mas ela começa e deve se estruturar a partir das linhas de cuidado, dentro da atenção básica e regionalizada. É expandindo a cobertura na atenção básica e regionalizando aqueles serviços que são mais caros, onerosos, de maior complexidade (um custo tanto de recursos humanos) regionalizado (GC09).

Como estratégias de enfrentamento aos desafios da gestão dos RHS, buscou-se à alocação de profissionais e regularização dos vínculos, ampliando quadro de pessoal através de concurso público e efetivação de novos servidores. Para isto, houve processo de judicialização reajustando conduta para regularização dos vínculos precarizados e acelerar processos de aposentadorias. Consequentemente, houve ampliação do quadro que fortaleceu as unidades hospitalares com gestão direta, inclusive incorporando profissionais médicos, por meio da nomeação de efetivos concursados, expansão das residências médicas às macrorregiões com vazios assistenciais e permissão judicial (MP e TCE) para contratação por Pessoa Jurídica (desvinculando a contratação por cooperativa).

Teve aumento de leitos, aumento de serviços [...] sob gestão direta, [...] a maioria dos concursados foi pra suprir carências dessas unidades [...] outros para reposição de aposentados e reforço ou modernização do quadro [...] entraram quase 8600 concursados [...] fizemos um esforço grande para qualificar e modernizar os

servidores das unidades sob gestão direta (GC12). Recursos humanos não pode ser objeto de terceirização [...] tinha candidatos aprovados no concurso aguardando para serem chamados [...]foi motivo de Ação Civil Pública e Termo de Ajuste de Conduta (GC17). Entre 2006 e 2014 tivemos dois grandes concursos. [...] O de 2010 chamou todo mundo (GC18). [...] um continente enorme, que deu um total de quase nove mil profissionais. (GC09). [...] os REDA estavam ali na condição de vínculos supostamente precários, temporários, mas efetivamente exercendo funções permanentes do quadro efetivo. Se a gente tinha pessoas aprovadas no concurso público, porque que essas pessoas não viriam para o lugar dos REDA? [...] nos autos das Ações Civil Pública que a gente acionou contra o estado da Bahia, a gente tem atentado que por ter terceirizados, por ter REDA, há possibilidade de realização de concurso [...] habitualmente colocamos em todos os termos de ajustamentos de conduta que seja realizado concursos [...] em relação a questão da terceirização de mão de obra para enfermeiro e técnicos, a gente questionou na ação que tinha concurso em vigor. Esse foi um caso marcante. (GC17).

A flexibilização do vínculo médico se sustentou pela aprovação do MP e TCE, justificada pela razoabilidade na avaliação da transparência administrativa dos processos e a necessidade de garantir a continuidade assistencial, principalmente para especialidades com baixa atratividade ao vínculo público efetivo. De modo que também exigiu fortalecimento do vínculo público do profissional médico durante reforma do PCCV. E adoção de contratos de gestão por OS para alocar RHS, possibilitando quantidade de pessoal suficiente para atividade assistencial na ampliação da rede hospitalar.

Fizemos um processo [...] de democratização da contratação de profissionais médicos por pessoa física e jurídica, que antes era monopólio de uma cooperativa. (GC12). Foi feito Plano de Cargos e Salários, [...] (GC19). [...] tínhamos uma crise na área de neurocirurgia pediátrica, [...] o concurso não foi a contento [...] optamos em abrir processos de PJ [...] com todo cuidado na forma, transparência, legalidade dos atos [...] e nós conseguimos inserir (GC02).

Às estratégias de fortalecimento dos modelos de gestão direta e indireta, os modelos de gestão tiveram especial atenção no período de análise, sendo destacados três movimentos centrais. O fortalecimento da GD com recentralização da contratação dos fornecedores e serviços terceirizados, melhorando ganhos em escala e renovando quadro de pessoal (pelos efetivação de novos concursados como apresentado anteriormente, como já citado). Na gestão indireta, observou-se investimento no processo de qualificação das OS, através da readequação dos instrumentos contratuais (através de reequilíbrio financeiro por repactuações), da recomposição dos valores de pagamento (fundamentado em metas procedimentais e qualitativas), da adoção de avaliação de desempenho (justificando pagamentos com percentuais fixos e variáveis) e da inclusão de contratação de empresas de auditoria externa para aperfeiçoamento do controle, monitoramento e avaliação do modelo de gestão. Estratégias construídas junto ao Programa Estadual de OS (PEOS) e com anuência da Procuradoria Geral do Estado (PGE).

O ajuste da Lei das OS trouxe um aspecto muito positivo em relação a lei anterior. [...] que tinha um subjetivismo muito grande em escolher quem seria a Organização Social [...] passou a ser conforme critérios (GC19). [...] tinha que reequilibrar os gastos com os dois modelos de gestão [...] comprovou, eu tenho que fazer o reequilíbrio, mas só consigo se eu tiver condições de fazer aditivos no contratos (GC02). Qualquer pretensão da Secretaria de Saúde desejando publicizar, nós atuamos assessorando a construção do processo de publicização. Além disso, enquanto coordenadores, nós temos que estruturar alguns processos do programa. E aí existem matérias que estão na lei, que são submetidas aqui a essa coordenação. [...] O CONGEOS é o conselho de gestão das OS, ele está dentro da estrutura institucional da SAEB, o secretário da administração é o presidente do CONGEOS e tem assento todos os secretários que tenham contrato de gestão celebrada com OS [...] (GC10). Como é que eram feitos todos aditivo de OS? Na verdade, a gente precisava primeiro apresentar ao CONGEOS, que é o conselho da organização social, tá. O CONGEOS é para as várias secretarias que tenham OS. Para todos os contratos de OS no estado. Então a gente ia lá, apresentava, fazia o pedido (GC11).

E a terceira estratégia foi o desenvolvimento do modelo de concessão por PPP, primeira experiência na América Latina, marcada por premiações devido sucesso da sua implementação. Mas que exigiu colaboração ativa da SESAB no desenvolvimento de marco legal com fluxo garantidor de pagamento contratual. Modelo de gestão flexível caracterizado que superação de entraves do subfinanciamento à alta complexidade hospitalar com a garantia orçamentária e que supriu carente densidade tecnologia de apoio diagnóstico que existia na rede própria.

Pra montar um hospital, [...] o problema do nosso gasto é de custeio, principalmente (GC12). [...] no projeto era para o Hospital do Subúrbio e o Hospital da Criança em Feira de Santana serem na modelagem de PPP [...]. No final, optou-se em fazer apenas um por PPP [...] por conta do limite que tem na lei de PPP que não podia usar mais do que 3% da Receita Corrente Líquida (GC16). [...] com o Hospital do Subúrbio, a gente percebeu que poderíamos fazer um novo contrato de PPP, [...] Então, a proposta do novo Instituto Couto Maia já nasceu desse aprendizado [...](GC15). A lei de PPP diz que todo contrato tem que ser garantido por um fundo, um fundo garantidor, que garanta ao setor privado uma estabilidade naquele pagamento, porque o privado faz o investimento. [...] O Estado brasileiro é mau pagador, quando chega no final do ano, ele pode não pagar [...] pode entrar em precatórios (GC16). O projeto de PPP do hospital foi um projetor inovador, único no Brasil à época, e tendo no mundo poucas experiências na área de saúde, sobretudo na América Latina (GC19)

As estratégias de ampliação da rede própria hospitalar ficaram sob responsabilidade da DGRP/SAIS/SESAB e foi democraticamente discutido nas instâncias de participação, uma vez que a abertura de novos hospitais teve aprovação em Conferência Estadual de Saúde com intuito de avançar na conformação das redes regionais.

[...] nós levamos esse processo de discussão do modelo de gestão pra Conferência [...] foi a nossa grande vitória: aprovar na sétima toda essa autorização de utilizar diversos modelos de gestão (GC02). Abrimos quatro novos hospitais com OS e um no formato PPP (GC09). Nós tínhamos desafios diferentes aos cinco novos hospitais que, apesar de todos serem de porte regional, foram desafios diferentes. E pra eles as OS foram nossa alternativa de conseguir vencer (GC12).

Observa-se nos depoimentos a estratégia de ampliar a discussão sobre a necessidade da adoção de modelos diferenciados de gestão para a ampliação da rede hospitalar. Nesse sentido,

identifica-se também a decisão política do governo estadual de ousar na formulação e implementação de modalidades novas no SUS Bahia, a exemplo da PPP.

[...] nós iniciamos 2007 com a perspectiva de ampliar leitos [...] para garantir o acesso [...] conseguimos transformar nossa atenção hospitalar numa grande referência [...] cinco novos hospitais foram construídos que são o Hospital do Subúrbio (em regime de PPP), Irecê, Santo Antônio de Jesus, Juazeiro e o Hospital da Criança (em Feira de Santana) [...] lançamos a nossa política dos Hospitais de Pequeno Porte com a garantia de recurso pra esses hospitais (GC02). O secretário de saúde foi extremamente ousado, porque ele fez uma expansão muito grande, tinha o apoio do governador não é (GC09). Fizemos investimentos em unidades já existentes da rede própria, além daqueles cinco hospitais novos (GC12).

De fato, o investimento do governo na expansão da rede hospitalar, esbarrava nos desafios do limite fiscal, sendo alternativas as vias de GI, com destaque para manutenção e ampliação do modelo de OS e emergência da concessão por PPP que significou o fomento à inovação na gestão pública pautado pelo Governo Federal em parceria com o *International Finance Corporation* do Banco Mundial (IFC/BM) e BNDES.

[...] a série histórica dessa rede ampliou [...] sem falar que no processo de reorganização [...] a gente municipalizou algumas unidades [...] implantamos novo modelo de gestão por PPP [...] inclusive crescemos as gerenciadas por Organizações Sociais, nesse processo de reorganização da rede (GC01). [...] foram mais de 1400 novos leitos [...] Tivemos também a possibilidade de viabilizar planos com o pró-SUS, que são 200 milhões de dólares, do BID (GC02). Com certeza, se nós tivéssemos que trabalhar só na perspectiva de gestão direta, ao longo desses sete anos, não teríamos expandido a rede da forma como foi expandida. Porque o Estado anda no limite prudencial o tempo todo (GC01). E aí vale a pena registrar o motivo: não foi propriamente uma decisão política de se crescer a rede com esses modelos de gestão indireta, mas uma contingência, uma circunstância que estava atrelada às dificuldades do Estado em aumentar despesas com pessoal (GC09). A equipe do IFC foi uma equipe muito atuante conosco durante toda a estruturação do projeto. Então a gente tinha uma instituição internacional, multilateral, acostumada a tratar com regras e padronização internacionais. Então isso foi um crescimento muito grande. (GC15)

E como estratégias de captação de novas fontes orçamentárias, estando o financiamento da atenção hospitalar garantido pelo bloco orçamentário da MAC e através da FAEC, buscou-se negociação junto ao MS para aumento do teto de recursos federais de modo a ampliar oferta e/ou melhorar infraestrutura de leitos, principalmente de Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Como alternativas viáveis existiam a implementação das RAS (que apoiava a readequação dos perfis assistenciais das unidades hospitalares), o Incentivo de Adesão a Contração (IAC) (que favorecia ampliação dos leitos complementares através dos estabelecimentos filantrópicos).

O Ministério nos deu um incentivo sobre os leitos de UTI inseridos nas redes [...]. O estado tem este bolo de dinheiro vindo da MAC que entra direto, todos os meses no nosso fundo estadual [...]. O incentivo federal existiu por conta das redes [...]. Outra coisa que faz o aporte no orçamento hospitalar é o Fundo de Estratégia de Compensação (FAEC) [...] uma coisa nova [...] que o Ministério tem quando quer ampliar uma ação [...] (GC18). [...] expandimos com os complementares, que foi uma política ministerial de incentivo aos serviços complementares. [...] Eles recebem

Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) [...] (GC18). Nós utilizamos alguns registros de preços muito bons do Instituto de Traumatortopedia, do Ministério da Saúde, de hospitais das Forças Armadas. Isso foi muito interessante também. (GC12)

### *Autonomia da Gestão*

A possibilidade da equipe dirigente ter capacidade de se governar ou tomar decisões (MATUS, 1997) frente a atenção hospitalar foi condicionada a dois pontos de partida. O primeiro quando se fala em autonomia sobre a gerencia do serviço hospitalar e outra referente a autonomia administrativo-financeira do sistema constituído pela rede própria hospitalar da SESAB.

Quando se trata da autonomia à gerencia do serviço hospitalar, os gestores do nível central fizeram deferência à responsabilidade técnico-assistencial do serviço hospitalar, em que se tem pouca interferência de modo a respeitar as decisões tomadas pela direção frente a gestão do processo de trabalho, rotinas assistenciais e gestão do pessoal.

O processo decisório do planejamento é feito pela DGRP, e claro que junto com a SAIS à qual a DGRP integra. Então, toda atenção à saúde é pensada por essa superintendência. Inclusive esse desafio de articular, integrar a rede própria nos seus diversos níveis de complexidade e aos outros componentes do sistema (GC01). Todos os gestores têm autonomia gerencial (GC01). [...] em relação a questão da autonomia do gestor, você tem que diferenciar porque você tem o gestor que é o diretor da rede própria, os diretores de hospital e a figura do secretário. Seriam três autonomias porque são três gestores: do hospital direto, do hospital indireto e o gestor da SESAB (GC17). Você pode separar autonomia em de gestão hospitalar e autonomia administrativa e financeira (GC09). A gestão do hospital tem total autonomia pra implantar os modelos assistências dentro do hospital, o modelo assistencial. [...] mas não tem o repasse financeiro suficiente sob o controle dos diretores na direta (GC09).

Todavia, destacam-se fatores limitadores desta autonomia entre os modelos de gestão. Na GD, relata-se como impedimentos a autonomia dos diretores sobre os serviços hospitalares por conta da irregularidade das transferências de recursos orçamentários, estarem sujeitos a cortes decorrentes do subfinanciamento à atenção hospitalar e por causa da recentralização dos processos de compra de materiais, insumos e serviços por parte da SESAB com vistas ao ganho em escala.

Na gestão direta nós temos muito mais governabilidade da gestão, do que na gestão indireta (GC07). Eu percebo que a autonomia do gestor do hospital com gestão direta fica muito vinculada às determinações da SESAB (GC17). [...] o desafio da rede própria com gestão direta [...] está na multiplicidade de vínculos de trabalho. Aí se incluem o REDA, o TAC, a Fundação Estatal (FESF), os terceirizados, as Pessoas Jurídicas. [...] realidade que exige razoabilidade no que diz respeito ao aspecto dos recursos humanos (GC17). Nós temos uma forma de fazer escala de serviço na GI que é totalmente diferente da GD [...] (GC04). [...] na gestão indireta nós temos diversos

problemas que não estão dentro do contrato. [...] A parte médica, [...] tem um custo maior no mercado [...] a indireta tem muito mais facilidade de contratar [...] (GC04). [...] acho que é bem mais fácil ser diretor de um hospital sob gestão indireta do que gestão direta [...] você precisa de um esforço maior pra garantir a capacidade de resposta da unidade [...] devido procedimentos que a legislação exige, [...] gestão de recursos humanos que é muito mais difícil [...] não tem nenhum modelo que consiga prevalecer [...] todos tem prós e contras, vantagens e desvantagens, potencialidades e limites [...] por isso optamos em combinar diversas modalidades de gestão hospitalar na rede própria, tentando alcançar o máximo do objetivo que cada unidade com o perfil mais adequado deva ter (GC12). A autonomia ela não é plena e isso compromete a eficiência, [...] um gestor de unidade hospitalar não pode fazer uma gestão de modo mais pleno, se não tem autonomia na contratação de pessoal. (GC07). Eles tem autonomia em alguns contratos de serviços, [...] mas a maioria dos serviços contratados são de contratos centralizados. Não posso dizer que eles têm a autonomia que eles precisem. Os da direta, ok. (GC14). Até porque se tem ganhos em escala [...] Agora, quando não vale a pena ganhar em escala se eu preciso de uma quantidade pequena e muito específica, então [...] talvez a descentralização seja melhor (GC13).

Enquanto que a GI goza de maior autonomia gerencial e administrativa. Isto devido ao compartilhamento da responsabilidades contratualmente, estabelecimento de responsabilidades bilaterais, obrigatoriedade de cumprimento do cronograma orçamentário e aditivos de reequilíbrio orçamentário e privilegio de atuação no setor público sem as regras da administração pública.

A vantagem de ser indireta é não estar presa aos processos rígidos da licitação [...] ter processo de concurso (GC05). A grande diferença é a indireta ter autonomia pra gerenciar seu quadro de pessoal (GC01). Nela não tem os impedimentos que teria na administração pública para contratações (GC17). [...] tem autonomia maior por estar vinculada ao contrato, não as regras da administração pública. [...] Não segue as regras do público [...] isso dá uma certa autonomia nas compras (GC05). [...] numa gestão por OS ou por PPP, [...] podem ter os empecilhos, mas não tem os constrangimentos da administração direta pra poder fazer a compra de material e gestão [...] é mais ágil, por isso que talvez tenha melhor eficiência na gestão de custos e no controle (GC09).

Todavia, na GI por OS o não cumprimento do cronograma orçamentário a diferencia da GI por PPP que tem maior autonomia pelas garantias de financiamento, flexível execução orçamentária e permissão para compra de equipamentos/patrimônio e melhorias prediais. Os fatores de diferenciação entre as autonomia gerenciais conforme modelos de gestão são: gestão de RHC; parâmetros gerenciais estabelecidos contratualmente; (des)centralização dos processos de compras e contratações; flexibilização às normas licitatórias e tramites burocráticos; e limites de gastos com pessoal sobre responsabilidade fiscal.

O contrato de OS tem como dificuldade o limite de vigência que tem pouca atratividade para o deslocamento e atração de especialistas médicos [...] (GC16). A autonomia gerencial do Hospital do Subúrbio é maior do que nas OS, [...] pode comprar equipamentos e material permanente [...] tem o fundo garantidor do orçamento que nem atrasa (GC16). Mas a PPP está dentro da Lei de Responsabilidade Fiscal quando diz legalmente que o ente não pode contratar acima de determinado percentual, que agora é de 5%, da sua receita corrente líquida (GC16).

A autonomia quanto ao caráter administrativo-financeiro do sistema de saúde, a SESAB sofre interferências externas principalmente pelas outras secretarias sistêmicas de governo. A SAEB e a SEFAZ exercem importante influência através de seus Conselhos Gestores das OS e da PPP. Além desta relação estabelecida através da coordenação dos modelos de gestão indireta, estas secretarias também controlam os períodos de compras no serviço público, autorização de realização de concursos/seleções para efetivação/contratação de RHS e fluxo de liberação orçamentária. De tal modo, estes determinantes caracterizam a autonomia da SESAB como limitada frente a sua capacidade de gestão sistêmica da rede própria hospitalar do SUS Bahia.

A autonomia do comando do sistema de saúde é todo nosso da SESAB. Ao secretário cabem todos os problemas e todas as soluções (GC02). A DGRP tem o poder de coordenar toda a rede, [...] planejar as metas, [...] os indicadores. Mas na parte financeira, a autonomia é menor [...], a gestão dos recursos passa pela Secretária da Fazenda (GC01). O orçamento da saúde tem uma relação muito forte com a SAEB e a Fazenda. A Fazenda que define cotas de orçamento e você tem que se adequar [...] nossa autonomia tem limites [...] não é 100% [...] está amarrada nas definições do governo, através da Fazenda, do Planejamento com a questão do orçamento e da SAEB com a questão de pessoal (GC02). [...] tem o impedimento das compras por fechamento de período anual estabelecido pela SEFAZ [...] No final do ano há o fechamento do sistema de compras que reabre no mês de janeiro [...] o estado não compra [...] a saúde deveria ser vista diferentemente, porque tem assistência continuada e isso interfere na autonomia (GC17). Na gestão direta nós temos dificuldade [...] pelas amarras [...] o nível de burocratização e de empecilhos é tão grande pra você realizar as coisas que parece até que é pra não dá certo. É uma luta árdua. [...] A autonomia da SESAB e dos hospitais depende de que se tenha o orçamento, tenha o dinheiro. [...] A autonomia administrativa e financeira está condicionada ao repasse regular da secretaria (do nível central) para os hospitais. [...] Eles têm o orçamento, mas o repasse deve ser regular, de acordo com o que está orçado. Só que isso nunca acontece normalmente. Então, existe um impasse na autonomia administrativo-financeira (GC09).

Diante da exposição de resultados, vale tecer análises conforme cada uma das subcategorias acima. Quanto a priorização de problemas à formulação da agenda dirigente, percebe-se que há alinhamento com a problemática nacional, em que a rede hospitalar é complexa pelas estruturas antigas, incompatíveis à incorporação tecnológica moderna (COSTA, 2011) e com mau distribuição ou insuficiência dos leitos territorialmente (PAIM et al., 2011). Apesar da Bahia ser o estado brasileiro com maior número de estabelecimentos classificados como Somente SUS e o quarto em número de leitos SUS (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015), existem os vazios assistenciais, rede hospitalar pulverizada, carência médico-especializada e vasta rede de HPP com baixa resolubilidade no estado (ALMEIDA et al., 2016).

Entre outros problemas, destacam-se: insuficiência relação entre leitos de UTI e leitos-totais (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2015); estrangulamento na oferta de serviços de MAC por dificuldade de acesso; sobrecarga da atividade hospitalar (SOLLA; CHIORO, 2012). As



problemáticas também se inserem nos debates sobre desafios do SUS: prejuízos ao planejamento, alocação de recursos e gestão do setor saúde impostos pela LRF (MENDES, 2015; SANTOS, 2014); gestão do trabalho como nó górdio que envolve necessidade de melhorias nos PCCV, fixação e efetivação de profissionais (GUIMARÃES, 2014; SILVA, 2009; PINTO; TEIXEIRA, 2011), heterogênea distribuição geográfica médica (VICTORIA et al., 2011; CAMPOS; MACHADO; GIRARDI, 2009) e necessidade de reposição de servidores públicos nas aposentadorias e ampliação de serviços (NOGUEIRA, 2000); subfinanciamento levando à empecilhos na implementação de políticas públicas (MACEDO et al., 2015), difícil articulação tripartite conduzem a irregulares/múltiplos mecanismos de destinação dos recursos (AITH, 2010) e insuficientes valores por procedimentos na Tabela SUS (VICTORIA et al., 2011).

Os elementos apresentados sobre o manejo decisório apontam para qualidade da gestão pública que exige dos sujeitos a responsabilidade para com os problemas e estratégias criativas para reconduzir a situação real. Referente a autonomia de gestão, destacam-se as limitações da administração direta (SANTOS; SERVO, 2016) relacionados aos procedimentos licitatórios e responsabilidades fiscais (BRASIL, 2011; SANTOS et al., 2014). Fator decisivo na diferenciação entre GD e GI por OS (BARBOSA; ELIAS, 2010).

Quando analisada as autonomias entre os modelos de OS e PPP, a natureza jurídica desta última permite maiores possibilidades contratuais (BARBOSA; MALIK, 2015), dentre elas a ampliação do teto orçamentário, garantia de repasse em função da vinculação direta ao tesouro do Estado e maior transparência do contrato para o controle público.

## **2. Sistema de Gestão por Operações**

Esta categoria trata sobre a criação das bases para ação criativa e descentralizada da gestão. É nesta prática diária que se (des)estimula a avaliação de desempenho atentando-se a eficiência e eficácia. (MATUS, 1997). Apresenta-se a seguir, como subcategorias, a gestão rotineira e criativa (GRC), responsabilidade com eficiência e eficácia (REE) e cumprimento de metas contratualizadas (CMC). E seus núcleos de sentidos que estruturam o Quadro 9.

**Quadro 9. Elementos relacionados ao Sistema de Gerência por Operações na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia, entre 2007 e 2014**

Evidências Vértices Sub-categóricos	Núcleos de sentidos
Gerencia Rotineira e Criativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimento da gestão hospitalar na SES</li> <li>• Requisitos dos atores responsáveis pela implementação</li> <li>• Readequações propositivas</li> </ul>
Responsabilidade com a Eficiência e Eficácia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégias da gestão central</li> <li>• Natureza dos modelos de gestão</li> </ul>
Cumprimento de Metas Contratualizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulação dos objetos contratuais</li> <li>• Atenção ao planejamento</li> </ul>

Fonte: Banco de dados da pesquisa construído a partir das entrevistas transcritas e fundamentado nos TFM (MATUS, 1997)

### *Gestão Rotineira e Criativa*

Aqui não se refere a improvisação, mas sobre a busca sistemática de evolução da prática planificadora (MATUS, 1997), em que foram evidenciados o fortalecimento da gestão hospitalar na SES, os requisitos necessários aos atores responsáveis pela implementação e as readequações propositivas na atenção hospitalar.

Sobre o fortalecimento da gestão hospitalar na SES, destaca-se a estratégia de ação definida a partir de um “Plano de Gestão dos 100 dias”. Foi neste momento que se atribuiu à SAIS a função de coordenar por completo a rede hospitalar própria e complementar no SUS Bahia.

Na secretaria, nós temos uma Diretoria Geral que cuida da Rede Própria, dentro da Superintendência de Atenção Integral a Saúde. Dentro dessa DGRP, nós temos duas outras diretorias: a Gestão Direta e a Gestão Indireta. Dentro dessa SAIS, você ainda tem a DAB, a DAE e a Diretoria de Gestão do Cuidar (GC01). Houve um avanço na rede própria [...] cheguei em 2007 e encontrei a DGRP composta por duas coordenações [...] no Plano dos Cem Dias pensou-se numa proposta de reestruturação [...] que aconteceu (GC14). [...] essas diretorias devem fazer o papel de acompanhamento desses contratos que estão sobre a sua gestão (GC06). Quando veio a RAS em 2010, a SESAB tentou que suas caixinhas do organograma implementassem o modelo de rede [...] deixamos de fazer apenas atenção de alta complexidade, conforme nosso organograma de 2008 (GC18).

Notando-se que houve constituição de um plano de ação voltado à modernização da prática gestora. Para tanto, foram necessários esforços para instrumentalização da gestão da DGRP com melhoria do sistema de monitoramento da prestação de serviços, adoção de alternativas para agregar ganhos de escala nos processos de compras, valorização do custos-benefícios quanto a prestação de serviços e aperfeiçoamento administrativo das OS

(desburocratização administrativa, flexibilização gerencial e viabilidade de alocação orçamentária).

[...] precisa de gestão mais profissionalizada, evitando gastos, compras desnecessárias, [...] melhorar apuração para conseguir fazer mais com o mesmo dinheiro (GC19). [...] buscamos conhecer o valor do gasto [...] o custo baseado em todas as informações: recursos humanos, gastos de insumo, energia. Então, a gente tem buscado sempre aprimorar essas informações em cada hospital (GC04).

Como requisitos dos atores responsáveis pela implementação, complementando o perfil discutido ao manejo decisório, aqui os atores da gestão central foram estimulados a se esforçar na minimização das problemáticas da atenção hospitalar envolvendo principalmente RHS, planejamento assistencial e implementação das RAS.

Não tinha como não discutir as redes [...] passava pela própria SAIS, [...] era preciso aproximar os níveis de atenção e articular implantação dessas redes. [...] discutíamos as questões das redes temáticas no Colegiado Gestor da SAIS [...] principalmente sobre rede cegonha, urgência e emergência, [...] atenção psicossocial, às pessoas com transtorno mental e [...] com deficiência. [...] as diretorias traziam as questões, a gente discutia os problemas para implementação (GC09).

E os responsáveis pelos serviços, ocuparam-se da ativação de processos de trabalhos alinhados a função hospitalar na concepção das redes como atenção às linhas de cuidados prioritizadas ao território adscrito. E para ambos, exige-se agir comunicativo e condução de processos de gestão democrática e consensual, de modo a angariarem forças nas relações de poder associadas à implementação de projeto de atenção à saúde.

[...] em relação às resistências na implementação das redes [...] encontramos em todos os hospitais [...] os de gestão direta compreenderam [...] muitos gestores compraram e tentaram se adequar (GC14). [...] não existe gestão sem projeto, você está em disputa de projeto político de poder na saúde, na gestão. [...] A gestão representa um projeto político, projeto de poder. [...] Precisa ter clareza onde quer chegar [...] o que quer com aquela gestão. [...] tem que identificar quem são os seus aliados (GC09).

As múltiplas naturezas jurídicas foram estratégias criativas de gestão importante para conformação da rede hospitalar em que se permitisse aproveitamento das respectivas vantagens e reforçou a via descentralizadora aliada aos avanços regulatórios à reboque.

Dos contratos de gestão, quase 90% são Organização Social e temos uma PPP [...] são nossos modelos de gestão indireta (GC04). Optamos pelas OS pela rapidez de todo o processo [...] (GC02). [...] é muito flexível (GC07). Já existiam relatórios, mas a gente precisava melhorar, já que a gente estava crescendo. Eles já não dava subsidio ao que a gente precisava. [...] a consultoria foi como um apoio pra monitorar melhor (GC11).

Entre outras estratégias criativas, adotou-se fortalecimento do monitoramento, novas fontes de recursos, aperfeiçoamento contratual e manutenção da cobertura hospitalar como prioridade na agenda governamental.

## ***Responsabilidade com Eficiência e Eficácia***

Definida pela criatividade adotada com vistas ao melhor desempenho (MATUS, 1997), seus núcleos de sentidos foram quanto aos aspectos estratégicos da gestão central e natureza dos modelos de gestão.

No primeiro, investiu-se em aperfeiçoamento da tecnoburocracia para monitoramento da GD e GI, com vistas a melhoria do resultado assistencial, custo-benefício e eficiência do serviço, fortalecimento da função de monitoramento, avaliação e regulação. E reitera-se a importância de processos de compra de equipamentos hospitalares com ganho de escala e poder de barganha.

Chegamos a fazer até a primeira licitação pública feita durante a feira hospitalar, [...] um espaço muito forte de negócios pro setor privado, mas pelas limitações da legislação pública, o setor público nunca tinha se utilizado desse espaço. Nós inovamos, fizemos uma licitação dentro da Qualihosp e foi muito interessante a experiência. Fizemos um conjunto de licitações presenciais dentro da feira pra mobiliário hospitalar, equipamentos na área de imagem (até tomógrafo e ultrassom) e um monte de coisa que a rede precisava. Assim, ganhamos na “pechincha” direta com os representantes (GC12). [...] avançamos na questão dos custos hospitalares no SUS [...] com a implantação do sistema de custos, junto com o pessoal da economia da saúde. [...] as ações do serviços de saúde devem ser pautadas pela questão do custo (GC01).

Sobre os aspectos da natureza dos modelos de gestão, considera-se que a sobrecarga de atendimento na GD prejudica sua efetividade e eficiência, devido superlotação das unidades hospitalares que leva aos desgastes enquanto instrumento terapêutico.

A administração pública não favorece autonomia ao modelo. Se a própria administração vai comprar insumo centralizado, mas se você permitir que cada unidade compre, com licitações próprias, isso será entendido como fracionamento de licitação. [...] A partir da aquisição centralizada, só faz a distribuição. [...] Mas os diretores dos hospitais não têm autonomia para decidir tudo. [...] As unidades sob gestão indireta vinculadas às OS, normalmente fazem compras centralizadas para ganhar na escala [...]. No caso da PPP [...] tem autonomia praticamente plena, que lhe garante dinamismo (GC13). A falha na autonomia já gerada pelo próprio sistema é um problema, porque acaba desassistindo (GC17). A gestão direta tem muitas diferenças da indireta. Primeiro que quando você gere um hospital com a lei de licitação é muito difícil. Por mais que você planeje. Segundo que tem o efeito surpresa no gerenciamento dos vários contratos, gasta-se muito com a atividade meio. O diretor administrativo financeiro tem que regular diversos contratos: com médicos, de manutenção, contrato disso e daquilo. Na indireta isso tudo é mais simples, é uma mão na roda (GC19).

Acredita-se que a flexibilização dos entraves burocráticos com a GI pode facilitar o atendimento das demandas espontâneas, levando gestores do nível central a buscar readequações contratuais para melhorar eficiências administrativas e assistenciais.

## *Cumprimento de Metas Contratualizadas*

Em atenção aos resultados alcançados, exige-se avaliação do plano pactuado e acompanhamento do desempenho (MATUS, 1997). Assim, foram evidenciados dois núcleos de sentidos, quais são: regulação dos objetos contratuais e planejamento da ampliação de unidades hospitalares.

Quanto a regulação dos objetos contratuais, existem duas opiniões divergentes em torno da relevância destes instrumentos de contratualização da gestão hospitalar. Os atores situados no nível central consideram que as metas contratuais são desafiadoras para GI por OS, pois os valores praticados são abaixo do necessário para enfrentamento dos desafios vivido pelos serviços. Condição que justifica o recorrente não cumprimento da produtividade neste modelo de gestão. Porém, os atores vinculados ao controle interno (Auditoria do SUS) expressam preocupação frente a movimentação de valores vultuosos no SUS através de contratos de gestão, sendo necessárias análises pelos órgãos de controle externo (MP e TCE) e atenção sobre os custos estimados pelas contratadas.

A auditoria é um controle interno permanente [...] audita programas, serviços, sistemas, contratos, convênios [...] não acompanharmos. [...] Se vamos auditar contratos, [...] tem inúmeros objetos de contratos celebrados [...] precisa elege as prioridades [...] contratos de prestação de serviço de lavanderia, de fornecimento de refeição, de laboratórios para o hospital (GC06). Tem que ver se a forma como o orçamento está sendo direcionado para área da saúde está adequado, se fiscalizam os contratos de gestão indireta mesmo. Se os contratos dizem respeito ao cumprimento da tabela SUS? Ou se tem contratos superestimados desde o termo de referência? Com 11 vezes a mais do valor da tabela SUS, como a gente tem casos aqui? [...] Devem ter preocupação com a efetivação dos contratos, são necessárias cautelas para não atirar contra o próprio pé. No caso da SESAB, que não seja um mecanismo de perda de dinheiro público (GC17). Nós do Ministério Público não temos um acompanhamento das unidades [...]. Nossa função não é fazer esse acompanhamento imediato, mas se houver ilegalidade ou violação de direito, fazer ajuste através de inquérito civil. Quando é identificado pela auditoria (GC13). Quanto ao limite prudencial, é com o TCE (GC17). Tenhamos que ser reportados sobre o que acontecendo nos contratos. Entre eles: dizer se a OS cumpriu metas contratuais, se cumprem as cláusulas contratuais, se houve notificações de órgãos de controle. Uma série de itens que esse relatório traz e que fala dos repasses financeiros (GC10).

E quanto a atenção ao planejamento, destaca-se o cumprimento do plano de abertura de cinco novos hospitais que constitui um fenômeno histórico de priorização da atenção hospitalar no programa de governo estadual. Ele foi acompanhado de ampla estratégia de reforma da atenção hospitalar no SUS Bahia, determinada pelo aumento da cobertura de leitos de UTI, cobertura em vazios assistenciais e ampliação da oferta de MAC, descentralização assistencial,

qualificação de polos regionais com linhas de cuidados estratégicas condicionadas às necessidades do perfil epidemiológico e desenvolvimento da formação de RHS.

Houve muitos avanços entre 2007 e 2014. Acho que, foi uma definição de política mesmo, [...] houve uma opção clara em investimentos nessa área. Isso foi muito notório com o aumento dos números de hospitais, [...] (GC19). Nós triplicamos o número de leitos de UTI nesse período [...] (GC12). Nós regionalizamos, descentralizamos e desconcentramos serviços como neurocirurgia, cardiologia, ortopedia, terapia renal substitutiva e oncologia que tem a ver com a questão hospitalar, [...] distribuindo no território do estado de maneira mais equilibrada. [...] a gente conseguiu avançar muito na rede hospitalar com esta descentralização territorial [...] o mapa da saúde ficou com olhar da regionalização [...] desse período de oito teve maior garantia do acesso (GC02). A rede vem ampliando com abertura de novos leitos [...] de alta complexidade e de UTI [...] entre 2007 e 2014. Mas isso é um problema crônico que vem melhorando, só que o aumento ainda não é no tamanho ideal (GC04).

Estas preocupações com a Gerencia por Operações não foram simplesmente padronização de condutas, burocratização ou racionalização para atingir objetivos, houve um grande investimento na implementação de estratégias técnico operacionais para o fortalecimento da capacidade de gestão da SESAB, explicitadas no Plano de 100 dias pelo governo do Estado da Bahia (JESUS; TEIXEIRA, 2010).

Essas ações podem ser analisadas como fomento às metodologias de avaliação e monitoramento da gestão pública, a perspectiva conciliadora nos processos de tomada de decisão e o foco na melhoria de resultados na prestação de serviços e na instrumentalização contratual de gestão. Elementos essenciais na gestão pública dos sistemas de saúde (TAMAKI et al., 2012; DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012), pois o desempenho deve ser uma das preocupações do gestor (MATUS, 1997).

Sendo as metas contratualizadas uma das dimensões do TFM (MATUS, 1997), destaca-se a efetivação da ampliação da cobertura da atenção hospitalar enquanto compromisso de governo. Todavia, pondera-se que os contratos de gestão possibilitam valores orçamentários de maior vulto, uma vez que, diferentemente das unidades de GD que recebe por procedimentos da tabela SUS, os modelos de GI estão vinculados a negociação contratual.

Outro fator à análise dos múltiplos modelos de gestão adotados é a fragilidade dos contratantes em administrar seus contratos de gestão. Possivelmente, ocorre devido acompanhamento inadequado, baixa transparência pública ou aumento da complexidade que a multiplicidade de parceiros contratados impõe (NAVARRETE; ROSA, 2016). Assim, emergem as repactuações com aditivos como estratégias de sustentabilidade da gestão pelas OS (COUTINHO, 2006).

Cerne do debate em que a Auditoria do SUS ganha notoriedade reguladora no sistema de saúde (VICTORIA et al., 2011), ocupando-se (entre outras) das dimensões orçamentárias e de contraprestação da esfera jurídico-administrativa estatal nas concessões de serviços (VILARINS; SHIMIZUI; GUTIERREZ, 2012). Além dela iniciar processos de regulação estatal por órgãos externos como o Ministério Público (MP) e Tribunal de Contas (TC) (BUGARIN, 2007; COSTA; GOFMAN, 2016).

### 3. Prestação de Contas por Desempenho

Este vértice do TFM permite fechar a compreensão sobre a responsabilidade gestora, que poderá ser alta ou baixa como nas outras categorias; porém, nesta a importância está na sua coerência e interferência nos outros dois vértices anteriores (MATUS, 1997). Condição que a faz ser uma espécie de fechamento analítico. No estudo, as evidências permitiram estruturar o Quadro 10 com os núcleos de sentidos sobre sistema de monitoramento e avaliação periódica, preocupação com desempenho e cumprimento do plano contratualizado.

**Quadro 10. Elementos relacionados à Prestação de Contas por Desempenho na gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia, entre 2007 e 2014**

<b>Evidências</b> <b>Vértices</b> <b>Sub-categóricos</b>	<b>Núcleos de Sentidos</b>
Sistema de Monitoramento e Avaliação Periódica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle/regulação macroorganização</li> <li>• Estruturação organizacional para monitoramento</li> <li>• Fragilidades do sistema de monitoramento-controle</li> </ul>
Preocupação com Desempenho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposições favoráveis ao desempenho da gestão/gerencia hospitalar</li> </ul>
Cumprimento do Plano conforme Contratualizado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilidades ao cumprimento contratual da GD</li> <li>• Potencialidades ao cumprimento contratual da GI</li> </ul>

Fonte: Banco de dados da pesquisa construído a partir das entrevistas transcritas e fundamentado nos TFM (MATUS, 1997)

#### *Sistema de Monitoramento e Avaliação Periódica*

Refere-se ao conjunto de indicadores e dados associados ao acompanhamento, exigindo capacidade de readequações para melhorar a qualidade da gestão (MATUS, 1997). Deste modo, evidenciou-se três núcleos de sentidos.

Referente ao controle/regulação, foram percebidos dois elementos. Primeiro, a constituição do aparato de controle estatal através da atuação dos órgãos de controle externo e interno, assessoria jurídica e Secretarias de Governo na coordenação dos programas de OS e PPP. Condição que transpareceu ter aumentado a complexidade gestora do sistema hospitalar.

A contratualização traz também a necessidade de acompanhamento do contrato, aí envolve outros fatores: envolve a Procuradoria Geral, a SEFAZ pra PPP e a SAEB pra OS. Então, isso torna a vida mais complexa também (GC19). No processo decisório, o gestor estadual utiliza as recomendações da Auditoria do SUS (GC06). A gente do MP é um contraponto de controle [...] de reflexão muito importante para as ações disparadas pela SESAB. Acaba sendo contraponto de controle e ponto de apoio também. [...] Porque a gente faz muita atuação preventiva (GC17).

E referente a instrumentalização deste controle, destacaram-se o Inquérito Civil Público (ICP) e o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) instaurados pelo MP frente às inconformidades na garantia do direito à saúde e moralidade administrativa. Junto, pode-se considerar também os Relatórios de Gestão Anuais (RAG) que são enviados para apreciação do TCE, os Relatórios de Auditoria do SUS sobre avaliação da prestação dos serviços e os relatórios consubstanciados da PGE quanto as normatizações contratuais pleiteadas. E quanto aos modelos de GI por OS e por PPP, tem-se os Relatórios Trimestrais de Gestão que são apresentados aos respectivos conselhos dos Programas Estaduais de OS e PPP coordenados pela SAEB e SEFAZ, como parte do acompanhamento da Capacidade de Desempenho da Gestão contratualizada.

O GEPAM do MP pedia que fossem reservados R\$ 30 milhões da verba de publicidade do Governo do Estado, para garantir o pagamento dos fornecedores e a continuidade da prestação do serviço (GC13). [...] porque o problema era de não ter fornecedor para as licitações [...] então a gente entrou com uma ação judicialmente (GC17). Eu tenho conversado com o procurador do Tribunal de Contas do Estado [...] tentando ver se a gente muda a nossa forma de pensar o orçamento da saúde e o planejamento da saúde [...] porque é inconcebível começarmos o ano já com o déficit de R\$ 30 milhões [...] é uma violação da Lei Complementar. [...] Tanto nós do Ministério Público, como o Tribunal de Contas já pontuamos problemas da contratação de recursos humanos por contratos de gestão e PJ [...] (GC13). O que a gente questiona é que esses mecanismos de gestão eleitos sejam eficientes, econômicos e legais. [...] Porque se não for, não se justifica [...] estaria saindo de um modelo público, que supostamente não atende ao princípio da eficiência, partindo-se para outro modelo novo também sem ser eficiente e econômico? Então, a gente só quer que se fiscalize bem, funcione [...] não viole a legalidade, não inconstitucional. A gente não tem óbice (GC17). [...] me preocupava como procurador, aferir se esse serviço seria muito mais caro, se respeitaria princípio da economicidade. [...] que esse modelo de PPP ou OS oferecesse serviço mais facilmente ao cidadão, tivesse sensação de serviço bem prestado, que a PPP alçasse novo paradigma para outras instituições. [...] Inclusive, à própria Procuradoria Geral, é minha função subsidiar o processo (GC19).

O segundo aspecto analítico foi a estruturação organizacional para monitoramento que, internamente à SES, estabeleceu-se sistema de monitoramento das unidades hospitalares com GD e GI. Ambos concentrados na Diretoria Geral da Rede Própria (DGRP) e com função de



acompanhamento dos contratos de gestão e concessão e relacionamento com a macroorganização de regulação/controlado estatal.

Entre 2009 e 2010 nós criamos um Termo de Compromisso entre Entes Público para estabelecer critérios na relação com o hospital que é da rede com gestão direta. Eles assinaram junto ao secretário, tinha a oferta de serviços oferecidos, metas de produção e qualidade. É a forma da gente pactuar o planejamento com as unidades (GC04). Na gestão indireta temos um contrato. O que é que a gente busca, toda vez que a gente faz o contrato? A gente vai criticando esse contrato e vai melhorando a formatação desse contrato. Então, teve uma discussão de como é que a gente formataria esses novos contratos. Eles tem meta de qualidade, meta de produção, tem números de profissionais previstos, tem tipos de serviços previstos, então eles geralmente têm (GC04). Os contratos mais recentes de 2012 e 2013 pra cá já estabelecem que eles têm que fazer reuniões com os atores locais e os atores regionais. Então, eles são estimulados a participarem dos colegiados regionais, conversar com os secretários municipais de saúde, quando é o caso, ou com outros representantes (GC03). Então o contrato de concessão prevê uma série de reajustes ordinários, preestabelecidos, pra que a gente pudesse voltar e olhar pra aqueles indicadores. Pra ver se eles estavam de acordo com o perfil epidemiológico, que gente não tinha uma referência sólida de informação. Então, isso tudo traz crescimento, traz desenvolvimento. Acho que o hospital do subúrbio reflete isso. (GC15). [...] o contrato é todo pautado em metas [...] no planejamento se estabelece quais são as metas daquela unidade hospitalar que a OS administrará (GC10).

Seus instrumentos de gestão na GI são os Contratos de Gestão e de Concessão, Relatórios de Informação Hospitalar (RIH) mensal e de Visitas Técnicas trimestrais. E como instrumentos à GD, adotou-se a prerrogativa contratual através dos Termos de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) e um Sistema de Monitoramento desenvolvido a partir das informações primárias fornecidas pela notificação de produtividade da MAC e dos dados secundários oriundos do Sistema de Informação em Saúde coletados no DATASUS.

O crescimento da gestão indireta teve que ser com a profissionalização da equipe de trabalho, [...] no momento foi uma equipe muito boa, que realmente estava empenhada em fazer acontecer [...] e se comprometeu em fazer o acompanhamento dos contratos. Quer dizer, não posso dizer que erros não podem ter acontecido, certo. Mas, dentro da estrutura que se tinha, deu pra fazer um trabalho muito bom, avançar bastante (GC11). [...] uniformizamos indicadores das unidades com perfil parecido. [...] para a gente monitorar mais de perto, são: a taxa de ocupação e o tempo de permanência. [...] O tempo inteiro e de toda a rede direta e indireta, certo. E no ponto de vista qualitativo nós temos alguns indicadores que são importantíssimos: o índice de mortalidade geral e a infecção hospitalar (GC09). [...] no modelo de relatório de gestão padronizado [...] tem cada indicador com um parâmetro de avaliação, com uma pontuação específica, peso específico, que poderá me dizer o quanto [...] a OS desempenhou naquele contrato (GC10). Quem faz o monitoramento é a gestão que contrata. [...] tem uma diretoria na SAIS que faz isso [...] (GC06). A rigor, o monitoramento você tem, dentro da própria secretaria. A direção daquela equipe é responsável pelo monitoramento [...] justamente sobre a prestação de serviço que é feita, como a produtividade etc., que depois será definida a remuneração dessas unidades (GC13). A DGRP monitora os contratos que são realizados, sua execução, metas e compromissos (GC01). No gerenciamento da SAIS, existe um processo de trabalho formal com instrumentos de acompanhamento, são: relatórios trimestrais, uma planilha que é alimentada pelo relatório de informações hospitalares e visitas técnicas que eles realizam. Então eu acho que esse é um sistema de monitoramento para os hospitais com gestão contratada (GC05). [...] quando nós auditamos uma gestão indireta, [...] identificamos que existem metas qualitativas e quantitativas que

estão previstas nesses contratos. Nós auditamos, pontualmente, mas sabemos que tem falhas (GC06). Um grupo de técnicos são responsáveis pelo acompanhamento e monitoramento dos hospitais que eram divididos por grupos e tínhamos os técnicos supervisores ou apoiadores institucionais, como nós chamamos (GC09). O acompanhamento se fazia trimestralmente. Se fazia uma visita. Então tinham técnicos designados que eram enfermeiros e médicos, pessoal da assistência mesmo. Eles faziam visitas as unidades (GC11).

E o terceiro foram as fragilidades do sistema de monitoramento e controle que, embora tenham tido avanços na avaliação periódica, alguns elementos devem ser ponderados com cautela. Trata-se das fragilidades institucionais da SES ao monitoramento da GI como sobrecarga da equipe responsável pelo monitoramento, fragmentação do processo de acompanhamento contratual, inconsistências nos instrumentos contratuais e baixa criticidade analítica dos relatórios.

[...] mas os relatórios que recebemos da SESAB não observa esse modelo do CONGEOS (GC10). Eu auditando via muita falta de acompanhamento e planejamento, ai acaba precisando comprar medicamento com dispensa de licitação. Isso acarretava custos mais altos. [...] Precisava comprar melhor, [...] percebi muita falta de controle [...] falhas de almoxarifado, compras, medicamentos, manutenção, equipamentos, manutenção predial. [...] isso demonstra uma falta de gerenciamento das unidades (GC05). Outra coisa [...] é a falta de controle interno mesmo, [...] ineficiência dos controles (GC13). [...] quando eu cheguei, uma grande dificuldade que nós tivemos foi não ter um sistema de monitoramento, acompanhamento e avaliação da Gestão Indireta bem estruturado, certo (GC03). É muito baixo o nível de execução daquilo que está estipulado como meta. [...] A maioria das unidades tem baixo alcance. [...] Em questão de faturamento, sempre vai está abaixo do que está no contrato. [...] vai faturar muito menos do que ele vai pagar [...] Por isso que não se baseia somente no faturamento (GC08).

E fragilidades macro-organizacionais como insuficiente equipe de assessoria jurídica à SES e o incipiente controle por parte do PEOS. Outros forma associados a resistência das DIRES à tentativa de descentralização do monitoramento ao nível local e a descontinuidade nas renovações dos instrumentos contratuais à GD.

[...] eu tentei muito que as DIRES compartilhassem a responsabilidade de acompanhar as unidades com GI, mas foi uma estratégia com muitas resistências (GC11). Em relação às OS [...] temos que melhorar muito ainda no que diz respeito à nossa capacidade técnica [...] precisamos melhorar nossos mecanismos de fiscalização (GC17). [...] o RIH é o Relatório de Informações Hospitalares [...] no caso da GD a gente não conseguiu fazer isso [...] até tentou implantar nas unidades [...] não obteve sucesso. Então aí a gente optou: vamos trabalhar com o Tabwin [...] o RIH é um Excel que tem os dados da unidade, da parte financeira (quanto ganhou de receita, quanto gastou), tem a parte dos gases medicinais e tal. Tem a parte também de indicadores hospitalares: taxa de ocupação por clínica, tem a parte de leitos, quantos leitos ele tem ativos. Na GI tem mais controle. [...] Na GD nós tentamos criar no ano de 2011 foram os Termos de Compromisso entre Entes Públicos, um tipo de contratualização, mas que não pegou (GC08). No contrato, pode ter denominado atos fiscais, podem fazer mil previsões no âmbito do contrato, mas não concretizar nada disso. A administração não concretiza nada disso. Diz que vai emitir relatório mensal e não emite. A questão é querer fiscalizar, a questão é corrigir, e a questão é querer executar o que estiver previsto em termos de fiscalização esse é o problema dos contratos. (GC17).

## ***Preocupação com Desempenho***

Refere-se a valorização dos resultados alcançados e esforços aplicados pela equipe gestora (MATUS, 1997), assim foram evidenciadas proposições favoráveis ao desempenho da gestão e gerência hospitalar.

Como estratégias que favoreceram a melhoria do desempenho da gestão da atenção hospitalar, reitera-se a busca por melhoria da produtividade e eficiência, ganhos em escala nos processos de compras centralizados, reequilíbrios contratuais com oportuna adequação do perfil assistencial, fortalecimento da notificação da produção de serviços nos Sistemas de Informação Hospitalar e incorporação de monitoramento da capacidade de desempenho da gestão hospitalar.

E quanto a GI especificamente, apoiou processo de legitimação e fortalecimento do modelo de OS com aperfeiçoamento do PEOS, que através de consultoria com vistas ao desenvolvimento da função regulatória estatal, a SESAB e SAEB melhoraram os contratos, relatórios, parâmetros e capacitaram equipe técnica.

Então, a flexibilidade da gestão por OS vem de você fugir um pouco das legislações que terminam engessando: concurso público, a lei de licitação e outras coisas. Quando você faz um contrato de gestão você não abre mão integralmente disso, você tenta ver que estabeleceu os limites e aí a gente vai para os princípios constitucionais da eficiência, da publicidade, da legalidade, da economicidade, certo. Essas coisas que precisam ser vistas (GC03). E o absentéismo nas unidades sob gestão indireta é menor (GC12). [...] estava aqui na Auditoria do SUS [...] e com contrato de consultoria da SAEB me convidaram junto com a SESAB [...] ai participamos na avaliação dos instrumentos de controle que se pretendiam desenvolver (GC05). [...] o projeto de implantação dos Termos de Compromisso de Gestão, foi a partir da consultoria da Catalunha (Ernst Young) contratada pra fazer um modelo de contratação de serviços. Aí na GI, o objetivo era aperfeiçoar os contratos da GI. E, no caso da GD [...] fizemos os termos que são “quase contratos” (GC08). Houve um contrato que o Estado celebrou, através da SAEB, com a empresa Ernst & Young pra produzir dois manuais (de gestão e de auditoria dos contratos de gestão das OS). O outro produto era realizar as auditorias em unidades hospitalares geridas por OS, que essa auditoria subsidiasse a construção desses outros dois manuais. E os outros produtos que foram a capacitação dos auditores do SUS e da AGE ao módulo de auditoria e pros gestores no outro modulo (GC05).

À inovadora adoção do modelo de PPP, introduziu a tendência internacional de excelência administrativo-assistencial na rede hospitalar, possibilitando incorporação da acreditação assistencial, satisfação do usuário, indicadores e metas como critérios de pagamento variável conforme desempenho da gestão hospitalar e desenvolvimento da nova perspectiva reguladora do Estado frente aos contratos administrativos. E adequações legais dos modelos de GI.

As consultorias não estavam ligadas uma a outra. O IFC veio muito depois pro Hospital do Subúrbio pra PPP e a da Catalonia (Ernest Young) foi o pessoal da Catalonia que veio pra OS (GC16). Tiveram ajustes recentes na lei de OS e PPP, tínhamos que melhorar porque não havia critérios para selecionar os entes ou não dava garantia ao pagamento do contrato [...] A gente trouxe algumas inovações [...] que permitisse qualificar a entidade, tipo experiência anteriores e posteriormente ela ser qualificada. Foram aspectos que deixou mais objetivo, menos casuístico (GC19). [...] fizemos essa mudança na lei e ficou na procuradoria para ser aprovada. A gente fez todo esse trabalho lá na SAEB, porque foi o CONGEOS que liderou isso (GC11). O modelo PPP, eu acho que foi uma experiência fantástica Eu acompanhei o Hospital do Subúrbio não só quando eu era diretor da DGRP, e também porque fiquei na acessória da Superintendência de Atenção Integral a Saúde focado em acompanhar a PPP do Subúrbio. Então conheço bem os indicadores e são muito bons. São poucos os hospitais públicos que a gente encontra aquele nível de qualidade, de eficiência de gestão (GC07). Tradução do sucesso do Hospital do Subúrbio no país é o reconhecido dele pela melhor prática. Em todos os seminários e congressos ele é muito bem apresentado. Todos os outros estados e vários municípios querem saber como foi feito, como é que a gente faz. E assim, ele ainda não foi aplicado nacionalmente, você só tem em Belo Horizonte uma experiência que está sendo construído no modelo contratual de PPP do Instituto Couto Maia, que é nosso segundo contrato. Ou seja, o Governo do Estado da Bahia, não sei se você tem conhecimento, a gente é o modelo porque tem o Hospital do Subúrbio e temos um outro hospital que está contratado para ser construído e operado nos serviços não clínicos (o modelo bata cinza de PPP) que é o ICM (Instituto Couto Maia) e vamos modernizar o parque tecnológico de imagem da rede própria direta ainda com a PPP da imagem. (GC15)

### ***Cumprimento do Plano Contratualizado***

Trata-se da comprovação de prestação de serviços em conformidade às expectativas do contratante (MATUS, 1997), que permitiu evidenciar fragilidades na GD e potencialidades relativas nos modelos de GI.

Quanto as fragilidades ao cumprimento contratual da GD, percebe-se que fatores circunscritos na esfera pública atribuíram prejuízos ao cumprimento contratual, tais como: rotatividade de diretores a frente do serviço e não renovação do TCEP (que caracterizou principal fragilidade pela descontinuidade da instrumentalização contratual).

[...] na área de saúde pública, tanto as normas quanto as diretrizes são muito complicadas e específicas. Daqui que o diretor comece a se inteirar de como o sistema funciona, é capaz de já está chamando outro diretor para a unidade. Ai começará tudo novamente (GC13). E na gestão direta, a gente tem uma outra questão, quando muda o diretor do hospital, se o diretor for vascular, diz: “eu quero tudo de vascular”, se muda pra oncologista: “eu não quero vascular”. Isso ainda é paradigma. Só vai resolver isso no dia que não tivermos tanta rotatividade de diretores (GC18). Uma outra coisa que a gente observa, cada gestor quer impor seu traço e como cada gestor quer deixar sua marca, você deixa de ter continuidade administrativa. Você deveria ter processos desenhados, diretrizes desenhadas e cada gestor deveria deixar sua marca na forma como está seguindo aquelas diretrizes que foram traçadas ou pela Política Nacional acerca do assunto ou pela diretriz do eixo central em si. Os Planos

Plurianuais e o Plano Estadual de Saúde têm uma diretriz que deve ser seguida, mas funciona muito pouco (GC13).

E sobre as potencialidades ao cumprimento contratual da GI, tem-se as prerrogativas de priorização de cumprimento do pagamento de contratos e de seus reequilíbrios orçamentários para melhoria do desempenho da gestão por OS e PPP. Nesta última, ainda coube a garantia orçamentária como característica da sua natureza jurídica.

Assim como relacionado a macroorganização, aponta-se o fortalecimento e institucionalização da atividade regulatória às OS com a apresentação da Capacidade de Desempenho de Gestão (CDG) e instrumentalização do Sistema de Monitoramento e Avaliação (SIMA). E contratação de empresa de fiscalização externa independente no contrato de concessão de PPP que possibilitou ampliar capacidade regulatória neste modelo.

Na GI tem mais controle. Na GD não. Na GD nós tentamos criar no ano de 2011 foram os Termos de Compromisso entre Entes Públicos, um tipo de contratualização, mas que não pegou (GC08). O que diferencia na contratualização entre direta ou indireta é o controle e avaliação [...] no âmbito da gestão indireta ele é mais rigoroso do ponto de vista da execução das metas, do que na gestão direta (GC01). Hoje a SESAB tem profissionais hipercapitados pra acompanhar qualquer projeto, em qualquer lugar que seja aqui ou fora daqui. Tudo isso foi feito nesse primeiro grande desafio (GC02). Na Diretoria da Rede Própria temos um núcleo onde pega as informações e vai me passando, cada vez que vai tendo essa informação por eles, da meta, de produção, de tudo, eu vou sabendo quantos internados, quantos foram operados, quantos saíram de alta, quantos óbito. Entendeu? Eu vou acompanhando isso através desse nosso Núcleo de Informação que foi criado a um tempo atrás pra gente buscar informação que não fosse separada por GD e GI, assim temos melhores informações. [...] A gente procura sempre os seguintes indicadores: taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, tempo de permanência. Quando a gente começa a ver que tem algum desses muito aumentado, a gente tem que procurar o motivo pra tentar otimizar. Ai quando a gente vai buscar a informação é a falta de um determinado exame que não faz naquela unidade que tá sendo o problema principal, de ficar mais tempo no leito os pacientes (GC04). Hoje, mesmo na GD, a gente não tem nenhum instrumento que a gente tenha dados gerenciais como a GI tem. Porque a GI criou um relatório de informações gerenciais. Então, ele tem todo mês, o que produziram de serviços e os indicadores. Na GI tem da própria fonte lá dos hospitais. Aqui não. A gente pega do faturamento, a gente pega do DATASUS (GC08).

Tendo em vista os resultados sobre a prestação de contas por desempenho, destaca-se que a instrumentalização contratual e monitoramento-avaliação de desempenho avançou principalmente no que tange a GI.

A importância atribuída ao controle e contratualização coaduna com a idéia de que as atividades e/ou serviços públicos, quando transferidos, devem estar sob rigoroso controle estatal (BRAGA, 2007). Para tanto, os órgãos de controle interno e externos assumem importante função na verificação da boa prática de execução orçamentária (FIGUEIREDO, 2001) e de prestação de contas para atender à transparência pública (HARADA, 2001). Principalmente

quanto ao caráter normativo-legal e orçamentária por meio do TC e MP/BA (BUGARIN, 2007; COSTA; GOFMAN, 2016).

Sobre o controle exercido pelos Programas Estaduais de Organizações Sociais e Parceria Público-Privada, aponta-se o quanto foram ativos nas negociações das contratualizações de transferência de serviços de interesse público aos entes parceiros e abertura às estratégias de melhoria da função de regulação estatal e em prol do desempenho dos serviços. De tal modo, constituíram-se em importante arena de negociação.

Nesta perspectiva, a gestão dos contratos demandou melhoramento na expertise da tecnoburocracia, exigindo mecanismos de acompanhamento continuado por parte do contratante com especificação de indicadores (BAHIA, 2016).

Como evidenciado, apesar da existência de instrumentalização para controle macroorganizacional e existência de institucionalização do monitoramento da gestão das unidades hospitalares, o Sistema de Monitoramento e Avaliação ainda se apresenta como aspecto frágil do ponto de vista regulatório, levando a considerar que a Prestação de Contas por Desempenho foi vértice fraco do TFM (MATUS, 1997). Mas deve ser ponderado que isto decorre principalmente de um problema externo à capacidade de gestão dos responsáveis pela rede própria hospitalar do SUS Bahia, tendo em vista incipiente desenvolvimento da função reguladora no Estado brasileiro (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

## **Considerações Finais**

A análise qualitativa sobre o fenômeno determinado pela expansão da rede hospitalar própria, no caso do SUS Bahia, foi relevante por evidenciar a multiplicidade de elementos intervenientes e estratégias adotadas pelos atores da gestão central de uma Secretaria Estadual de Saúde, frente a implementação da política de atenção hospitalar. É importante destacar a potencialidade da articulação entre o Triângulo de Ferro Matusiano (MATUS, 1997) e o referencial teórico de análise da fase de implementação do Ciclo da Política Pública, permitindo crítica estruturada e organização dos núcleos de sentidos com vistas a compreensão sobre capacidade de gestão dos atores envolvidos. *Assim, possibilitou situar o estudo na corrente da Teoria do Estado que se preocupa com as decisões políticas, por entender a relevância das vias de descentralização neoliberais, responsabilização da sociedade civil na gestão de serviços e eficiência estatal oriundas das reformas estruturais (THERBORN, 2000).*

De tal modo, quanto à Formação da Agenda Dirigente, houve preocupação dos gestores em priorizar problemas que fundamentaram o processo decisório ancorado no consenso que, conseqüentemente, conduziram à capacidade de gestão da rede própria hospitalar. Para tanto, transversalizou-se a departamentalização, efetivou-se política de gestão de RHS, atribuiu organicidade aos modelos de gestão indireta, profissionalizou a gestão pública contratualizada e buscou alternativas de ampliação orçamentária e da autonomia administrativa-financeira. Sendo possível considerar que esta categoria foi vértice do TFM (MATUS, 1997) com maior força quanto a capacidade de gestão.

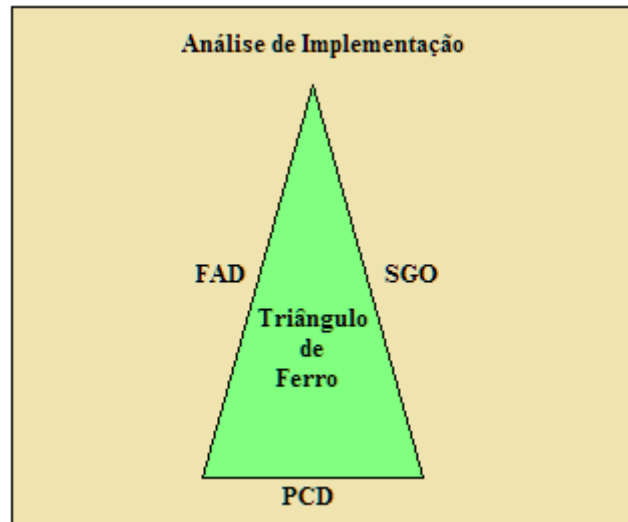
Através do Sistema de Gestão por Operações, percebeu-se a existência de atitude criatividade por parte da gestão central para reestabelecimento administrativo-gerencial e ampliação da rede de serviços hospitalares própria e complementar. Como estratégias adotadas, destacam-se o estabelecimento de coordenação única da rede hospitalar própria e complementar na SES, incorporação da flexibilidade dos modelos de gestão indireta à gerência dos serviços da rede própria, aperfeiçoamento tecnoburocrático voltado à melhoria da eficiência e eficácia e busca por apoios governamental, político-administrativo e jurídico que angariassem forças às ações estratégicas, reforma da atenção hospitalar e ampliação da rede assistencial. Enquanto vértice do TFM, foi categoria forte na capacidade de gestão da rede própria hospitalar do SUS Bahia.

Referente a Prestação de Contas e Desempenho, a SES teve atuação fundamental no fortalecimento dos instrumentos de gestão, monitoramento e regulação dos entes contratantes e dos Programas Estaduais de parceria de gestão por Organizações Sociais e Parceria Público-Privada, demonstrando-se claramente que reconhece a importância da força regulatória na função do Estado reformado (BORON, 2003). Todavia, suas fragilidades enquanto categoria do TFM decorreram do descompasso entre desenvolvimento da capacidade regulatória estatal brasileira e a criação das alternativas de gestão indireta.

O estudo de caso realizado permitiu perceber correlações entre os resultados, tais como: necessidade da SES assumir suas fragilidades quanto a capacidade instalada para monitoramento; compartilhamento de apoio entre as Secretarias de Estado coordenadoras de programas de GI por OS e PPP e a SES por esta possibilitar expansão dos modelos enquanto alternativa a sua desafiante gestão da rede própria; atribuição das consultorias externas ao desenvolvimento da contemporânea função reguladora do Estado e aperfeiçoamento instrumental dos relatórios, contratos e sistema de avaliação por desempenho de gestão; e a PGE se apresentou como importante ator aliado da SES, permitindo-lhe validar estratégias de implementação das políticas de atenção hospitalar através da contratualização com as OS e

intermediar fluxo de garantia orçamentária que permitisse adoção do modelo de PPP no setor da saúde. Condições que podem ser correlacionadas a força que os vértices da FAG e SGO apresentaram como ilustrado na Figura 3.

**Figura 3. Delimitações das forças categóricas sobre a capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia entre 2007 e 2014, segundo atores situados na alta direção da SESAB**



**Fonte:** desenvolvido pelo autor a partir de Pinto (2008), Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Matus (1997) e análise de dados empíricos

Finalmente, cabe destacar que as evidências produzidas nesta pesquisa lançam novas luzes sobre a problemática das reformas gerenciais, principalmente quanto ao categoria de análise que trata sobre a PCD, pois esta foi o ponto de fragilidade da capacidade de gestão sob a ótica do TFM (MATUS, 1997). Do mesmo modo, agregam elementos que podem vir a ser considerados nos futuros projetos de pesquisa sobre a formulação e implementação de medidas reformistas no contexto brasileiro. Essas conclusões também ajudaram a identificar os constrangimentos e fragilidades que se tentou superar à capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS, levando a acreditar que novas pesquisas sobre a implementação dos modelos de gestão indireta serão relevantes para a superação dos desafios e estímulo às mudanças no âmbito das organizações públicas.



## **GESTÃO INDIRETA CONTRATUALIZADA NA ATENÇÃO HOSPITALAR: análise da publicização adotada para rede própria do SUS Bahia**

### **RESUMO**

A administração pública brasileira passou por três reformas, cujo marcos normativos foram Decretos-Lei nº 579/1938 e nº200/1967 e Emenda Constitucional nº19/1998, sendo esta última em meio ao atual período de Estado Democrático. A partir dela, foram criados Modelos Alternativos de Gestão Indireta com destaque às Organizações Sociais que legitimam a descentralização da gestão hospitalar pela publicização. Dentre os instrumentos da administração pública, destacam-se os contratos de gestão como marca característica do Novo Gerencialismo Público que exige regulação desta gestão indireta. Este estudo objetivou analisar os instrumentos de contratualização e prestação de contas adotados na publicização de serviços hospitalares no SUS Bahia entre 2007 e 2014. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo fontes Contratos de Gestão e Relatórios Trimestrais de Gestão as fontes documentais e entrevistas semiestruturadas com atores da alta direção e regulação da gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia. Foi necessário correlacionar características das unidades hospitalares contidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde durante o tratamento dos dados. A análise se fundamentou nos elementos conceituais da prestação de contas e desempenho do Triângulo de Ferro de Carlos Matus articulado especificamente com a fase de implementação do Ciclo da Política Pública. Evidenciou-se: rasa correlação entre metas contratuais e necessidades de saúde do território de cobertura assistencial; orçamento composto por parte fixa e variável condicionada ao desempenho; transparece ser responsabilidade do contratante a garantia de flexibilizações administrativas; buscou-se desenvolvimento das metodologias para monitoramento e controle, mas ainda são incipientes à função regulatória do Estado; e as metas e indicadores gerenciais e assistenciais estabelecidos justificam ocorrência de cortes ou reequilíbrios orçamentários conforme desempenho atingido. Percebe-se ampliação do modelo de Organizações Sociais para gestão de hospitais já existentes da rede própria e para os novos, conduzindo à necessidade de melhoria do sistema de monitoramento e regulação; os aditivos orçamentários foram desafios aos reequilíbrios orçamentários e correlacionam-se à ampliação quantitativa e complexidade dos leitos, mas não associada à recursos humanos de saúde. Considera-se que a fragilidade contratual e a baixa transparência dos aditivos contratuais levaram à necessidade de melhorias quanto a capacidade de monitoramento e regulação. Transparece que o Poder Público contratante se coloca como principal responsável pela gestão eficiente e pela ampliação da estratégia de descentralização por publicização. E quanto aos instrumentos de contratação e prestação de contas, considera-se que possuem fragilidades decorrentes a sua rasa composição, baixa criticidade e fragmentada sistemática de acompanhamento à ampla adoção na gestão da rede hospitalar própria.

**Descritores:** Políticas Públicas de Saúde; Descentralização; Regulação e Fiscalização em Saúde; Hospitais Públicos.

## Introdução

A Emenda Constitucional (EC) nº19/1998 reformou a administração pública brasileira incluindo no texto constitucional de 1988 o princípio da eficiência que fundamenta bases da Nova Gestão Pública (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014). Com a possibilidade de criação de novos atores não-governamentais para estabelecimento de parcerias (BONAVIDES, 2007), tem-se uma das vias de descentralização da gestão pública (PINTO, 2010).

As relações entre o público e o privado no setor saúde é anterior a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Sua historicidade remete as ordens religiosas no período colonial, perpassa pelo setor privado das Caixas de Aposentadorias e Pensões da Era Vargas (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012) e, constitucionalmente, no SUS existe há possibilidade de contratualização do privado em caráter de complementar (SANTOS, UGÁ, PORTO, 2008).

Com o gerencialismo, as personalidades jurídicas da administração indireta eram as autarquias, fundações e empresas públicas (PINTO et al., 2014) e, foi com o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRAE) que se criou o Programa Nacional de Publicização reestabelecendo a descentralização da responsabilidade de gestão do ente público estatal para o *público não-estatal*. Dentre os serviços, estavam os hospitais públicos (BRASIL, 1995). Para tanto, criaram-se novas naturezas jurídicas, que se convém denominar de Modelos Alternativos de Gestão Indireta (MAGI) como Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) nos anos 1990 (PINTO et al., 2014) e Parceria Público-Privado (PPP), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e Organizações da Sociedade Civil (OSC) na década 2000 (BRASIL, 2004; 2013; 2014).

Para formalização das relações entre público e privado, o PDRAE estabelecia o *contrato de gestão* (BRASIL, 1995), documento entendido como instrumento de implementação da Nova Gestão Pública, que fundamenta avaliação de desempenho através de metas e indicadores prévios (ABRUCIO, 2002). E também podem ser citados os contratos de concessão às PPP, o termo de cooperação e execução descentralizada à EBSERH e os termos de colaboração, fomento ou acordo de cooperação que são destinados às OSC.

Mantendo a finalidade contratual, ainda podem ser citados o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) decorrentes das Normas Operacionais e reiterado pelo Pacto de Gestão (BRASIL, 2001; 2002; 2006), o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) estabelecido no Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011).

Tendo em vista a implementação das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde adota contratualização para aporte orçamentário complementar ao teto da Média e Alta

Complexidade (MAC) através dos Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e com os acordos aos programas de contratualização dos Hospitais de Ensino, Filantrópicos e de Pequeno Porte.

Esta formalização contratual fomentada na administração pública (MARTINS, 2009) ficou estabelecida como obrigatória para atenção hospitalar no SUS através da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013a). Cabe destacar três das suas diretrizes: a regulação das ações e serviços por parte do ente contratante; descrição de responsabilidades por parte dos hospitais quanto a assistência, ensino-pesquisa, gestão e avaliação; e o monitoramento, avaliação e auditorias sobre as metas e serviços (BRASIL, 2013b).

Assim, pode-se considerar existência de bases legitimadoras da denominada gestão pública contratualizada, onde ocorre tentativa de passagem das concepções de Estado-liberal ou Estado-social à perspectiva de Estado-regulador, principalmente pelo distanciamento feito à administração burocrática e concomitante aproximação à gerencial (SOARES, 2013; CENCI; BEDIN; FISCHER, 2011).

Na saúde, a regulação foi reiterada com a Política Nacional de Regulação no SUS, exercida aos níveis sistêmico, da atenção e do acesso à assistência (BRASIL, 2008). Quanto à sistêmica, determina-se responsabilidade em definir normas, monitorar e fiscalizar resultados, controlar e avaliar prestação de cuidados (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

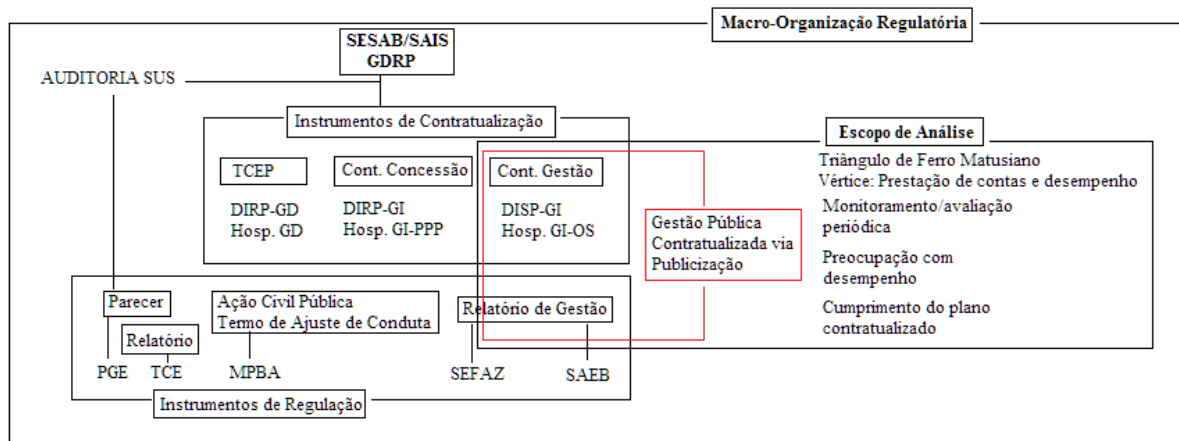
No caso da atenção hospitalar no SUS Bahia, a OS foi MAGI largamente e historicamente adotada para viabilização da expansão da rede própria, além da inovação com o modelo de PPP para um dos cinco novos hospitais públicos. Esta condição permite afirmar que a rede própria hospitalar do SUS Bahia se caracteriza pela multiplicidade de naturezas administrativas e, conseqüentemente, com fomento à gestão pública contratualizada, pois adota TCEP, contrato de gestão e contrato de concessão. Com enfoque no processo de publicização adotado como via de descentralização da gestão, dar-se ênfase ao modelo de OS. Fenômeno que não foi identificado na revisão de literatura nacional e internacional, permitindo afirmar que é uma lacuna científica quanto aos estudos sobre instrumentos de contratualização e regulação da gestão da atenção hospitalar no SUS.

Entendendo que é através do contrato de gestão que a OS celebra compromissos e se submete a fiscalização do Poder Público (COUTINHO, 2006), teve-se como objetivo deste estudo *analisar os instrumentos de contratualização e prestação de contas adotados na publicização de serviços hospitalares no SUS Bahia entre 2007 e 2014.*

## Elementos analíticos da prestação de contas e desempenho

Este estudo é uma análise de política pública de saúde (PAIM, 2003), cujo referencial teórico adotado está estruturado na correlação entre o Ciclo da Política Pública (CPP) (PINTO, 2008; HOWLLET; RAMESH; PERL, 2013) e elementos da Prestação de Contas e Desempenho do Triângulo de Ferro de Matus (TFM). Seu plano analítico foca no sistema de monitoramento e avaliação periódico, preocupação com o desempenho e cumprimento do plano contratualizado, segundo Matus (1997). E que permite apontar sua criticidade sobre a centralidade regulatória estatal quanto a capacidade de gestão por meio da publicização na atenção hospitalar do SUS Bahia, conforme diagramado na Figura 5.

**Figura 4. Diagramação da regulação macro-organizativa da publicização na rede própria hospitalar do SUS Bahia**



**Fonte: Desenvolvido pelos autores**

Parte-se da consideração que a atividade regulatória sobre a rede hospitalar própria do Estado deve ser exercida pelo SUS, enquanto ente público do setor saúde (HEIMANN ET AL, 2011). E outra via regulatória é decorrente da administração pública que extrapola as funções exercidas pela SESAB, incorporando atores da máquina administrativa e de controle do Estado: Secretarias de Administração e da Fazenda do Estado da Bahia (SAEB e SEFAZ) que coordenam os Conselhos de Gestão das Organizações Sociais (CONGEOS) e o do Programa de Parcerias Público-Privada (CGPPP), respectivamente. Outras organizações que se relacionam são a Auditoria do SUS, o Ministério Público, o Tribunal de Contas do Estado e a Procuradoria Geral do Estado.

Nesta perspectiva, configura-se uma macroorganização por ser sistema de organizações que atuam no espaço político-institucional, com relações verticalizadas (hierárquicas) ou

horizontalizadas (MATUS, 1997). É esta compreensão envolvendo a contratualização da atenção hospitalar que fundamenta o plano de análise dos contratos de gestão e RTG.

## **Método**

Trata-se de estudo qualitativo, com foco na análise documental (MINAYO, 2010), cujo lócus foi a SESAB. Vincula-se ao Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS) e iniciou após aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CEP/ISC/UFBA), sob parecer CAAE nº 41872715.2.0000.5030 (Anexo 1). As fontes foram os Contratos e os Relatórios Trimestrais de Gestão (RTG). O primeiro é instrumento de gestão firmado entre a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e as OS para legitimar a publicização de determinada unidade hospitalar da rede própria. O segundo é instrumento de controle, apresentado pela SESAB ao CONGEOS/SAEB com finalidade de controle e acompanhamento da publicização.

Foram incluídos para análise os contratos firmados e relatórios de 2007 e 2014. Temporalidade justificada por corresponder ao período de governo estadual que planejou e implementou expansão da atenção hospitalar no SUS Bahia, tendo a capacidade de abertura de cinco novas unidades e ampliação da adoção dos MAGI para rede própria (BAHIA, 2009; BAHIA, 2012).

Ao total, 259 documentos foram incluídos, sendo 16 Contratos de Gestão e 243 RTG. Foram critérios de inclusão: serem de unidades hospitalares da rede própria do SUS Bahia, corresponderem ao período de 2007 a 2014, terem sido aprovados pelo CONGEOS e que os contratos fossem de publicização por OS.

Todos os documentos foram submetidos ao plano de análise que consistia em: leitura individual, profunda e exaustiva (MINAYO, 2010), reconhecimento dos aspectos caracterizadores dos instrumentos de gestão e prestação de contas, tabulação em planilha Microsoft Excel, agrupamento de fatores de análise e sínteses de elementos crítico-científicos. Posteriormente, fez-se alinhamento com marcos normativos e com os dados caracterizadores das unidades hospitalares conforme Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esta estruturação em quadros analíticos possibilitou identificar características dos instrumentos contratuais quanto a descrição epidemiológica e aspectos orçamentário-financeiras, técnico-administrativos, responsabilidades assistenciais e contratuais mínimas. Assim como

reconhecimento da responsabilidade da SESAB sobre o monitoramento dos seus parceiros contratualizados para rede hospitalar própria.

Como estratégia de complementação a análise documental foram extraídos unidades de conteúdo de entrevistas (MINAYO, 2010) realizadas com treze gestores situados na gestão central da SESAB e diretamente relacionados com o fenômeno de estudo, pois assumiram funções como secretário estadual de saúde, chefe de gabinete, superintendente de atenção integral à saúde, diretor geral da rede própria e das redes com gestão direta e indireta, diretor de atenção especializada, coordenação de planejamento estratégico, núcleo de tecnologia da informação em saúde e outras funções técnicas desta gestão central.

Assim, apresenta-se os resultados estruturados em quadros e com contrapontos feitos pelos participantes sobre o sistema de monitoramento e controle da contratação de OS para gestão hospitalar no SUS Bahia. As sínteses subsidiaram análise e compreensão quanto a Prestação de Contas e Desempenho (PCD), vértice do Triângulo de Ferro de Matus (TFM) (MATUS, 1997).

## **Resultados e discussões**

As análises sobre os instrumentos de gestão e entrevistas permitiram estruturar a discussão em relação a quatro aspectos: a caracterização dos contratos de gestão, a caracterização dos relatórios de prestação de contas ao PEOS, a compreensão orçamentária das contratualizações e as fragilidades dos instrumentos na percepção dos gestores da atenção hospitalar.

### ***Quanto aos instrumentos de contratualização de gestão hospitalar***

A leitura em profundidade dos dezesseis contratos de gestão permitiu extrair cinco elementos centrais: descrição do perfil de atenção à região territorial, dimensões orçamentário-financeiras, dimensões técnico-administrativos, as responsabilidades assistenciais e obrigações contratuais mínimas.

Em relação a descrição sócio-epidemiológica da região adstrita, esperava-se identificar melhores descrições territoriais e sanitárias. Os contratos apresentaram simplesmente o logradouro, determinação de assistência continuada, pública e com respeito aos princípios e legislação do SUS. Citaram também o rol de competências ambulatoriais e de assistência

hospitalar que contemplam a vocação das unidades hospitalares. Não houve menção à caracterização social, ambiental e demográfica que constituem as necessidades de saúde da concepção regionalizada. A rasa descrição não contempla completude recomendada pelo Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011).

À dimensão orçamentário-financeira, o contratante se compromete a cumprir repasse pactuado, global e mensalmente, composto por percentuais fixo e variável e compondo despesas previstas do Estado e de repasse obrigatório condicionado à prestação de serviços e atenção ao reequilíbrio econômico-financeiro. À contratada por sua vez, fica garantido o direito de reembolso extra referente a utilização de Órteses Próteses e Materiais Especiais, aditivos para investimentos em infraestrutura e equipamentos, possibilidade de investir recurso em mercado financeiro, gasto máximo de 65% com RHS e a prestação de contas mensalmente.

Percebe-se que o Estado insere os gastos da publicização em sua programação de orçamento público tendo como teto o valor contratual, que pode ser uma vantagem competitiva do modelo (BARBOSA ET AL, 2015). Mas se obriga à novos aportes financeiros adicionais por meio de termo aditivo e utilização de insumos especiais de alto custo. Condição que permite escape do controle financeiro baseado na gestão eficiente e eficaz do orçamento público e de gestão baseada em atividades ou desempenho (BONANCIM; ARAÚJO, 2010b).

No conteúdo técnico-administrativo, o contratante se obriga a eliminar possíveis entraves burocráticos que impeçam a flexibilização desejada pelo modelo com vistas ao alcance de metas contratuais. Compromete-se também com o monitoramento periódico por meio de visitas presenciais trimestrais, análise dos Relatórios de Informação Hospitalar (RIH) e prestação de conta ao CONGEOS/SAEB e TCE. A contratada por sua vez, deve estar legalmente autorizada para parceria, demonstrar capacidade operacional e priorizar qualidade compatível à acreditação hospitalar. Sua gestão de precisa adotar processo seletivo, respeitar direitos trabalhistas e princípios da administração pública, monitorar produtividade de internações e cirurgias, satisfação de usuários, notificar produção e prestação de serviços em Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar e apoiar sistema de regulação de pacientes.

Especificamente para o sistema de monitoramento e controle, os parceiros contratados devem emitir os Relatórios de Informação Hospitalar (RIH) mensalmente, apresentando produtividade comparada às metas estabelecidas, dados da gestão eficiente de leitos e anexos como notas fiscais, faturas/taxas/impostos quitadas, licenças/alvarás atualizados.

Do ponto de vista assistencial, o contratado orienta adoção de protocolos terapêuticos e a continuidade da prestação de serviços. A OS deve apresentar capacidade condizente às Políticas de Saúde, equipe qualificada ao porte e perfil assistencial, atender as emergências por

demanda espontânea, respeitar direitos do paciente e princípios da humanização e gestão da clínica ampliada. Além de disponibilizar documentações ao contratante e Auditoria do SUS e manter funcionante as comissões de serviços hospitalares.

A adoção de critérios qualitativos nos instrumentos de contratualização coaduna com as recomendações ministeriais, que estruturaram posteriormente as diretrizes formuladoras da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (BRASIL, 2013). Por fim, sobre as metas mínimas contratualizadas, os dezesseis contratos apresentam composição orçamentária sendo 70% de valor fixo e 30% variável. Existem nove indicadores quantitativos administrativos que subsidiam o pagamento contratual. Como indicadores, tem-se doze comissões permanentes além das taxas de satisfação do usuário, treinamento de cuidadores, visitação a equipamentos sociais, reunião multiprofissional, discussão de casos clínicos, referencialidade para continuidade de tratamentos e relação número de enfermeiros por leitos.

O acompanhamento pelo Poder Público contratante é obrigatoriedade legal, que condiciona as irregularidades à ação de controle externo (COSTA; GOFMAN, 2016). Todavia, este monitoramento se concretiza por visitas periódicas não-contínuas e informações dos próprios contratantes. Situação que impõe ao contratante a convivência com os dados fornecidos e em risco de baixa acurácia avaliativa da real eficiência e efetividade e, conseqüentemente, com baixa accountability (controle, fiscalização e avaliação pelos atores políticos) fomentada com o modelo gerencialista e/ou controle social sobre as implementações de políticas públicas (ALCOFORADO; MORAES, 2008).

### ***Quanto aos relatórios de prestação de contas ao PEOS***

Os RTG evidenciaram sobre a responsabilidade da SES quanto ao monitoramento de seus entes públicos não-estatais parceiros para gestão indireta dos hospitais da rede própria, que pode ser estruturado no Quadro 11.

Diante dos formatos e periodicidade não tão padronizados inicialmente, eles não continham quadros comparativos com metas por resultados alcançados. Porém houve incorporação paulatina de alguns elementos estruturantes, tais como: caracterização do perfil da unidade relatada; quadros com quantitativo de RHS, procedimentos contratualizados e percentuais de cobrança conforme metas alcançadas; taxas de ocupação média, realização de procedimentos de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT), de cesarianas e mortalidade.



**Quadro 11. Aspectos analítico-qualitativo da série histórica dos Relatórios Trimestrais de Gestão da rede hospitalar própria publicizada do SUS Bahia, entre 2007 e 2014**

Ano	Aspectos regulatórios registrados
2007	Os relatórios das seis unidades hospitalares tiveram considerações comuns quanto a redução de repasses justificados pelos cortes orçamentários associados ao não cumprimento de metas contratuais e a existência de justificativas bem fundamentadas para o não cumprimento de metas contratuais, citando cláusulas contratuais não respeitadas.
2008	Quatro dos sete hospitais tiveram as seguintes críticas aos seus relatórios: houve relatório que apresentou avaliações de janeiro a dezembro; o quadro de pessoal fazia parte das informações relatadas; houve mudança do modelo de gestão terceirizada para publicizada de uma unidade hospitalar; houve repactuações que possibilitaram os hospitais ao cumprimento de metas contratualizadas; os relatórios possuem imagens na descrição do perfil das unidades hospitalares.
2009	Cinco das dez unidades tiveram como críticas a existência de unidade com apresentação de apenas dois relatórios (semestrais); ocorreu de uma unidade apresentar quadro com quantitativo de pessoal e respectiva carga horaria; houve unidade em que os relatórios não constaram metas a serem cumpridas, apenas a quantidade contratada em valor absoluto; houve aplicação de penalização contratual por não cumprimento de meta estabelecida; um dos relatórios incluiu anexo com quadro de percentuais a serem pagos a depender da meta alcançada.
2010	Seis dos onze hospitais tiveram críticas envolvendo: metas como taxa de ocupação e média de permanência foram ajustadas no decorrer do ano; houve diminuição na quantidade de leitos para 129 em uma unidade hospitalar; ocorreu de seis unidades apresentarem quadro com quantitativo de pessoal e respectiva carga horaria nos quatro relatórios do ano; apresentou-se o cumprimento de procedimentos de SADT muito acima do contratualizado em um relatório, porém sem justificativa ou readequação contratual.
2011	Cinco de onze unidades tiveram os relatórios criticados por não haver clareza na descrição ou completude nas conclusões e não estabelecimento de metas contratuais claramente, prejudicando avaliar se houve realmente o cumprimento contratual; houve crescimento do quantitativo de leitos para 119 e 202 em duas unidades; considerou-se como alcançada a meta ambulatorial, embora tenha atingido apenas 33%; conclusão apresenta alcance de metas apesar de percentuais baixos de produção de serviços ambulatoriais; houve repetição do valor de alguns indicadores em relatórios consecutivos; houve aplicação de desconto orçamentário de 6% no valor contratual pelo não alcance da meta contratual estabelecida para produção ambulatorial; passou-se a se avaliar a taxa de cesária como indicador contratual; foi incluída a taxa de mortalidade geral como indicador.
2012	Cinco de doze hospitais tiveram considerações decorrentes aos seguintes aspectos: conclusão do relatório considerando alcance de todas as metas contratuais, porém existiu quadro de informações em um dos relatórios que não apresenta alcance de meta de internação; houve crescimento do quantitativo de leitos cresce para 130 e 96; não há padronização dos relatórios de modo a permitir uniformidade da análise de avaliação quanto ao alcance das metas. Houve o seguinte caso: no 1º trimestre o valor alcançado para Média de Permanência foi de 6,16, quando a meta era 6,0. Nesse item a meta foi dada como alcançada. No 2º trimestre o valor alcançado foi 6,13 e a mesma foi tida como não alcançada, mesmo a meta também sendo 6,0. Não é explicitado o não alcance de meta no relatório, somente sendo percebido o não cumprimento quando analisado quadro e justificativa. E não cumprimento de meta da taxa de cesária contratualizada.
2013	Nove de quinze unidades analisados tiveram críticas, sendo destacadas: houve unidade hospitalar com aumento no número de leitos totais informados, porém com manutenção do quantitativo anterior quando somado o quantitativo de leitos especificados (10 UTI; 56 clínica médica; 20 pediátricos e 24 cirúrgicos), evidenciando inconsistência do número de leitos informados; houve aumento na taxa de ocupação hospitalar; o total de leitos subiu para 110, 244, 280, 97 em quatro unidades analisadas sem especificar consistência do referido aumento; continuidade e aumento do não cumprimento de metas contratuais; os relatórios apresentam-se com semelhanças, mudando apenas as informações sobre os quantitativos de procedimentos; ocorre permanência de justificativas semelhante a relatórios anteriores, porém sem permanecer o não cumprimento de metas; não há clareza na descrição ou completude nas conclusões dos relatórios; aumento no quantitativo do número de leitos erradamente provocou notificação da unidade hospitalar; não cumprimento paulatino das metas contratuais e/ou taxas de ocupação durante todo o anos, com as mesmas justificativas. Houve solicitação de ratificação de percentual da taxa de ocupação pelo gestor central da saúde, em decorrência do erro contido no relatório que apresentava percentual abaixo do contratualizado.
2014	Sete das dezesseis unidades hospitalares analisadas tiveram críticas quanto ao: não cumprimento de metas pactuadas para as taxas de internação, infecção hospitalar, cesárias, ocupação hospitalar, permanência média e mortalidade, bem como das metas ambulatoriais, muitas vezes sem justificativas; não existia clareza na descrição ou completude nas conclusões de relatórios; casos em que a produtividade realizada ultrapassava a quantidade contratualizada exageradamente; ocorrência de apresentação quantitativa de produtividade ambulatorial, SADT e internação em quadros desuniformes. Um caso de mudança de ente contratualizado ocorreu, evidenciando apresentação simultâneas de dois relatórios distintos para gestão do mesmo hospital.

Fonte: Relatórios Trimestrais de Gestão de 2007 a 2014

Estes instrumentos celebram acordo com responsabilidades e obrigações a serem cumpridas pelas partes e formas de controle sobre o desempenho da prestação de serviço que fundamentam a atividade de regulação (COUTINHO, 2006). Todavia, a baixa especificidade dos dados de monitoramento da contraprestação, parece contrariar a ideia que a gestão indireta superaria a menor eficiência operacional existente na administração pública (BARBOSA; MALIK, 2015). E a instrumentalização do seu processo de monitoramento somente se efetivou como manual técnico-educativo, em 2016 no Estado da Bahia (BAHIA, 2016).

Quanto aos aspectos incorporados aos RTG, seis chamaram atenção à fragilidade regulatório-contratual na construção histórica da análise crítica feita a partir da leitura dos RTG. A primeira trata sobre a não padronização do formato dos relatórios que dificultava a análise comparativa e proporcional dos resultados apresentados. E outros são devido a descontinuidade dos cortes orçamentários consequentes ao não cumprimento de metas estabelecidas, inclusão de novos indicadores sem estimar valores limites; realização de procedimentos de SADT superior ao pactuado contratualmente; repactuação como fomento ao cumprimento de metas contratuais e por aumento de leitos. E por fim, que apesar de acordos de responsabilidades e obrigações, a fragilidade das atividades de regulação e monitoramento contrariam a eficiência operativa que a GI superaria.

### *Quanto ao aspecto orçamentário das contratualizações*

A princípio, tem-se a análise sobre o ponto de vista orçamentário que os RTG permitiram desenvolver e sintetizar no Quadro 12. O maior quantitativo de relatórios (112) corresponderam a 05 hospitais que se mantiveram publicizados de 2007 a 2014. Apresentando fidelização das parcerias aos objetos contratuais. E o crescimento de 05 para 16 hospitais com gestão por OS aponta progressiva ampliação anual da publicização. Fenômeno anteriormente descrito como experiências emergentes no início dos anos 2000 (MACHADO, 2001), evoluiu a ponto de ser visto como perspectiva consolidada de gestão pública nesta década, tendo em vista as análises dos casos paulista, goiano e baiano (BARBOSA et al., 2015; BARBOSA; ELIAS, 2010).

Sobre a distribuição territorial, as unidades hospitalares geridas pelas OS estão situadas em 07 das 09 macrorregiões de saúde, sendo as leste, nordeste, oeste e extremo sul desde 2007, com destaque para macrorregião leste. Característica que suscita necessidade de melhoria do sistema regulador, nova função assumida pelo Poder Público contratante, que deve controlar, avaliar e

**Quadro 12. Aspectos analítico-orçamentários da gestão pública contratualizada adotada para rede hospitalar própria publicizada do SUS Bahia, entre 2007 e 2014**

Unidades		CNES			Orçamento Mês/Ano				Publicização			Relações				
Hospital	Macroregião	Nº de Leitos	Nº de RHS	Leitos de UTI	Máximo (R\$)	Mínimo (R\$)	Diferença Orçamentária (R\$) (DO)	Nº de Aditivos	Org. Social	Entre 2007-2014	Nº RTG Incluídos	Nº RHS/ Nº Leitos	Orç. Max/RHS (R\$)	Orç. Max/Leitos (R\$)	DO/RHS (R\$)	DO/Leitos (R\$)
H01	Centro Leste	153	401	Sim	5.543.560,00	2.774.625,00	553.787,00	0	ISG AOSID IIPFF	2010-12 2013-13 2014-14	17	2,62	13.824,33	36.323,41	1.381,01	3.619,52
H02	Centro Norte	120	312	Sim	3.519.345,03	3.216.326,24	101.006,26	0	AOSID	2012-14	07	2,60	11.279,95	29.327,87	323,73	841,71
H03	Extremo Sul	130	388	Sim	3.096.669,72	1.125.997,00	246.334,09	3	Monte Tabor	2007-14	22	2,98	7.981,10	23.820,53	634,88	1.894,87
H04	Leste	27	76	Não	4.36.409,60	303.384,62	22.170,83	4	APMICA	2009-14	18	2,62	6.146,61	16.163,31	312,26	821,14
H05	Leste	52	113	Não	840.689,07	840.689,07	-	0	IFF	2013-14	06	2,17	7.439,72	16.167,09	-	-
H06	Leste	236	308	Sim	4.257.459,13	2.245.037,33	402.484,36	5	IFF	2010-14	18	1,30	13.822,91	18.040,08	1.306,76	1.705,44
H07	Leste	155	739	Sim	6.350.000,00	2.710.424,33	454.946,95	4	Santa Casa	2007-14	24	4,76	8.592,69	40.967,74	615,62	2.935,14
H08	Leste	108	559	Sim	3.104.289,53	3.104.289,53	-	0	IBDAH	2014-14	02	5,17	5.553,29	28.743,42	-	-
H09	Leste	84	152	Não	922.171,30	922.171,30	-	0	IFF	2013-14	04	1,80	6.066,91	10.978,22	-	-
H10	Leste	-	-	-	1.627.125,22	1.076.650,95	137.618,56	2	AOSID	2009-14	14	-	-	-	-	-
H11	Nordeste	116	561	Sim	2.750.738,82	1.185.767,30	195.621,44	6	Monte Tabor	2007-14	23	4,83	4.903,27	23.713,26	348,70	1.686,39
H12	Nordeste	96	211	Sim	1.564.407,97	693.583,26	108.853,08	3	FJS	2007-14	20	2,19	7.414,25	16.295,91	515,89	1.133,88
H13	Norte	181	470	Sim	3.074.363,09	1.774.139,50	216.703,93	2	IIPFF	2009-14	19	2,59	6.541,19	16.985,43	461,07	1.197,25
H14	Oeste	-	-	-	643.057,94	356.458,31	40.942,80	3	AOSID	2008-14	22	-	-	-	-	-
H15	Oeste	292	560	Sim	4.557.926,01	1.932.451,78	328.184,27	5	AOSID	2007-14	23	1,92	8.139,15	15.609,33	586,04	1.123,91
H16	Oeste	32	85	Não	570.747,00	514.000,00	28.373,50	0	Pró-Saúde	2013-14	04	2,65	6.714,67	17.867,09	333,80	886,67

Fonte: Relatórios Trimestrais de Gestão de 2007 a 2014

auditar com vistas à melhoria da equidade do acesso e garantia assistencial efetiva (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Quanto as OS, dez se responsabilizaram pela gestão de 16 hospitais da rede própria. Entre elas, destacaram-se AOSID a frente de 05 estabelecimentos, IFF com 03, Monte Tabor e IIPFF com 02 cada. Quanto a permanência da gestão por período ininterrupto, 05 unidade permaneceram por todo o período de 2007 a 2014 com a mesma OS e apenas um hospital teve relatórios de mais de uma OS responsável. Situação que leva a acreditar a publicização foi estratégia de longo prazo aos serviços hospitalares, e ainda uma clara fidelização entre os contratantes e contratado.

A partir da diferença entre o valores máximo e mínimo dos orçamentos apresentados nos relatórios da série histórica, pode-se inferir análises sobre quantitativo de leitos e de recursos humanos de saúde (RHS).

O acréscimo orçamentário no valor mensal/ano ocorreu em todas as dezesseis unidades hospitalares. Porém, não houve fidedignidade na menção dos aditivos de contratos nos relatórios, reiterando a fragilidade do instrumento regulatório e obrigando os pesquisadores à maior atenção quanto as mudanças nos valores citados e, estrategicamente, adoção de série histórica com valores máximos e mínimos por ano correspondente.

Através de série histórica, reconheceu-se que os acréscimos orçamentários mês/ano variaram, sendo proporcional ao porte hospitalar. As unidades, com maior quantitativo de leitos, com maior complexidade por possuírem UTI e serem de médio e grande porte, receberam maior acréscimo orçamentário-contratual no período. Coadunando com a estratégia de implementação das RAS conforme na Portaria nº2395/2011 (BRASIL, 2011). A estratégia contratual para expansão da maior complexidade assistencial favoreça a SES na ampliação da captação de financiamento da Média e Alta Complexidade (MAC), através do bloco de incentivos estabelecidos pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) e que estão relacionados com a expansão das linhas de cuidados estratégicas (BRASIL, 2011).

E quando correlacionado o quantitativo total de RHS com o porte hospitalar e acréscimo orçamentário mês/ano, evidencia-se que as unidades com menores acréscimos se caracterizaram como sendo de pequeno e médio porte com UTI. As unidades com moderado acréscimo-contratual são quatro hospitais de médio e um de grande porte, ambos com leitos de UTI. Como desfecho, as unidades de pequeno porte tiveram menor acréscimo orçamentário-contratual, enquanto que às unidades de médio e grande porte tiveram heterogêneo acréscimo

correlacionado aos RHS, sendo mais evidente quando correlacionado a existência de leitos de UTI.

Embora o modelo de gestão por OS tenha melhor autonomia para contratação de pessoal e este seja um fator determinante à eficiência do contrato de gestão (BARBOSA; ELIAS, 2010). E se saiba que o plano de incentivos profissionais é pilar da gestão baseada em resultados (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

### ***Fragilidades dos instrumentos de gestão e prestação de contas na percepção dos gestores da atenção hospitalar***

Em relação as características relacionadas aos contratos, relatórios de gestão e aspectos orçamentários das contratualizações na Gestão Indireta por OS, na perspectiva dos atores envolvidos neste processo, merece destaque aspectos que foram reconhecidos como fragilidades, quais sejam: prender-se às informações fornecidas pelos contratados, deficiente capacidade instalada para monitoramento, necessidade de aperfeiçoamento dos critérios de acompanhamento, necessidade de incorporação da satisfação do usuário como critério qualitativo e acompanhamento com certo distanciamento em relação aos serviços.

A análise desses relatórios às vezes passam até por um crivo de pessoas que não conhecem o segmento da saúde, que não tem essa capacidade toda de questionamento do porquê que não ter cumprido (GC03). Há discussão pra tentar modificar os indicadores, incorporando outros mais novos, porque as vezes a gente pensa que está moderno, e não está. [...] A gente quer colocar uma pesquisa de satisfação para saber opinião do cliente, pra que ele faça parte desse projeto nosso como um indicador de qualidade. (GC04). Nós já identificamos falhas. Essas metas quantitativas são analisadas e avaliadas pela autodeclaração da empresa. E as qualitativas elas são compulsoriamente informadas. Alguns indicadores de qualidade não consegue acompanhar pra poder fazer pagamento [...] são tão simplórios que não conseguem acompanhar o desempenho. Precisa fazer pesquisa de satisfação do usuário (GC06). A GI não tem nenhum sistema, são relatórios em Excel, são cálculos que mensalmente os hospitais têm que encaminhar como informações (GC08).

Quanto a capacidade de monitoramento por parte da SESAB, falta organizar um conjunto de conhecimentos necessários à avaliação da gestão de serviços de saúde (complexidades assistenciais, contábil-econômico, engenharia, jurídico e trabalhistas). O Estado deve assumir sua função regulatória, desenvolver nas suas secretarias melhorarias da: baixa capacidade de crítica sobre os resultados apresentados conforme as metas contratuais, insuficiente equipe para controle, relatórios de acompanhamento pouco detalhados,

distanciamento da equipe de monitoramento por problemas ou longo período de intervalo entre as visitas.

[...] nós precisamos ter mais um conjunto de conhecimentos. [...] precisa ter gente com competência dentro da Secretaria para verificar se a manutenção dos equipamentos está adequada, adequação dos fluxos de atendimentos, se os protocolos de atendimento estão adequados, de seleção de pessoas [...] Não é necessariamente que essa competência seja requerida apenas para dois ou três membros da comissão, e sim a Secretaria inteira. [...] teria que ter também melhoria de habilidades na parte administrativa, economia e jurídico, [...] a segurança trabalhista. São essas habilidades que, em tese, o próprio Estado precisa desenvolver na condução do seu processo (GC03). Os hospitais da gestão indireta são regidos por um contrato, porém o que nós nos perguntamos é: o Estado tem hoje a capacidade? Ele internalizou, teve um aprendizado, mas ele tem a capacidade suficiente para um acompanhamento eficiente desses contratos? Ainda não (GC09). Inclusive vem se promovendo discussões, buscando a revisão da legislação, melhorando e aprimorando. [...] mas o Estado tem crescido muito essa gestão por Organização Social. Mas precisa ir aprimorando porque é muito recurso, precisa que o Estado tenha a capacidade de gastar melhor, certo (GC03). Eu percebi fragilidade dos controles dos contratos da gestão indireta. [...] As metas qualitativas muitas vezes são simples. Não são metas que apuram com profundidade. E até as quantitativas, pouco acompanhadas pela gestão, em termo do rigor de acompanhamento. [...] sempre fiquei preocupada com aquelas planilhas, dizia: mas como? O que eles apresentam não tem uma crítica mais detalhada. [...] Então eu percebi uma fragilidade na equipe, em termos até de quantidade de pessoas que trabalham na equipe, [...] eu percebia uma fragilidade deste acompanhamento, e dos instrumentos que eles utilizam pra acompanhar que eu não percebia bom nível de detalhamento do valor financeiro por internações e procedimentos. [...] Deveriam estar mais perto da unidade da gestão indireta, acompanhando o dia a dia dela. Eu não conseguia, nas minhas conversas com eles, perceber que havia um acompanhamento mais próximo (GC05).

E como aspecto relacionado a função regulatória, os fatores correlacionados ao não cumprimento das pactuações contratuais estiveram relacionados a: inexistência de instrumento de avaliação do custo-efetividade sobre os modelos de gestão pública, instrumentos de controle pouco efetivos, monitoramento complexificado pela heterogeneidade das unidades hospitalares, por ser distanciado e pouco crítico, baixa implementação dos conselhos gestores com fomento ao controle social voltado às metas contratuais, não adesão da SESAB aos padrões de instrumentos de contratos e relatórios conforme sistematização do CONGEOS e processo de monitoramento fragmentado.

A gente não tem um estudo comparativo dos gastos entre estes os modelos de gestão (GC03). O nível de complexidade que está em um hospital e em outro não é exatamente o mesmo. Então assim, a gente tentou fazer um trabalho pra que a gente chegasse a desenvolver um indicador, com um fator de correção que levasse em consideração a complexidade dos pacientes, do que a unidade atende, mas não conseguiu (GC07). Uma das coisas que a gente estava discutindo é a proposta de trazer para o conselho gestor dos hospitais representantes da comunidade, [...] é uma forma de cobrar mais de perto não só as metas, mas a qualidade do serviço (GC09). Outros órgãos que fazem publicização, são assessorados por nós na construção do projeto. Eles constroem o projeto com nossa metodologia. Já a SESAB não. [...] os relatórios que recebemos da SESAB não observa esse modelo. [...] O modelo de contrato de gestão da SESAB é bem atípico em relação aos outros contratos. [...] Ela tem uma estrutura própria que ela se divide em parte assistencial, parte jurídica etc. É por partes, então, cada equipe cuida de uma parte do contrato. [...] Eles criaram um

processo, cada equipe cuida de uma parte do contrato. Então se você perguntar sobre o contrato sobre uma matéria que não é daquela equipe, ela não sabe lhe dizer, eles fizeram a estrutura dessa forma. [...] O monitoramento é fragmentado, no processo de trabalho. [...] Os relatórios da SESAB só abordam a questão de indicadores de produção, de internação, de SADT. É com um ou dois blocos e alguns indicadores qualitativos. Ele não traz o contrato como um todo, como nosso padrão de relatório aborda, não é. É fragmentado. (GC10)

Estes evidências possibilitam reconhecer que a instrumentalização contratual e dos relatórios de gestão são elementos de fragilidade na publicização da gestão hospitalar do SUS Bahia. Isto por considerar que à capacidade gestora, cabe a categoria da Prestação de Contas e Desempenho, vértice considerado como fraco no Triângulo de Ferro de Matus (Matus, 1997) no caso analisado.

## **Considerações**

A primeira dimensão analítica trata sobre o sistema de monitoramento e avaliação periódico, devendo destacar que os contratos de gestão são frágeis para com o monitoramento e avaliação. E os participantes reiteraram esta crítica, considerando a fragmentação do método adotado pela SESAB e problemas que prejudicam avaliação com maior proximidade.

Os instrumentos não apontam critérios de acompanhamento da melhoria das necessidades de saúde e condição sócio-sanitária, determinantes que devem pautar as ações implementadas pelos hospitais com vistas ao perfil epidemiológico da macrorregião. Também não são estabelecidos critérios avaliativos e de monitoramento sobre os rendimentos obtidos pelas OS.

Tocante a preocupação com o desempenho, os contratos levam a acreditar que, é o Poder Executivo Estadual contratante que assume a responsabilidade pela gestão eficiente e resolutiva, sendo que este deveria se ocupar da função regulatória. Mas ele se compromete em subsidiar OS contratada com valores estabelecidos, garantir acréscimos por aditivos/reembolso para alcance de prestação de serviços e permitir flexibilização de entraves burocráticos. E cabe à contratada, respeito ao direito trabalhista, normas e princípios do SUS, comprovação da capacidade de desempenho, preceito por qualidade e cumprimento de dados nos Sistemas de Informação em Saúde. Todavia, percebe-se que a função regulatória do Estado não se desenvolveu rapidamente, exigindo esforços à melhoria do sistema de acompanhamento e controle.

Quanto ao cumprimento do plano contratualizado, destaca-se que, para além da heterogeneidade quanto ao porte hospitalar, a complexidade da gestão contratualizada por publicização é condicionada a baixa capacidade de monitoramento do nível central da atenção hospitalar. Houve readequação da parte variável conforme desempenho de 10% para 30% do orçamento total, tornando-se parte importante da composição financeira do instrumento contratual e estrategicamente estimulando a melhoria dos resultados. Outras condicionantes implicaram na fragilidade do monitoramento: dificuldades para visitas trimestrais, baixa capacidade da equipe de acompanhamento quanto aos aspectos jurídicos, contábil, trabalhista e predial. A fragilidade evidenciada, leva a acreditar na baixa implementação deste elemento regulador da publicização, que é marcante no âmbito estatal.

Deve-se destacar a evidência da responsabilidade estatal sobre a manutenção da oferta de serviços públicos estatais com alternativa da gestão indireta. No instrumento contratual, o Estado transfere a competência de gestão do serviço, mas mantém-se corresponsável pela prestação de serviços, apontando adoção de protocolos terapêuticos, valorizando certificação por acreditação e recomendando atuação de comissões com fomento de temas alinhados à implementação de políticas públicas sociais e de saúde. E se compromete a retomar a condução da gestão direta em casos de não cumprimento contratual da OS.

Por fim, devendo-se destacar que os RHS é uma das centralidades analíticas nestes instrumentos de gestão. Primeiro porque corresponde a maior parte do orçamento destinado contratualmente; porém, não apresentou correlação quando associado ao valor acrescido nas publicizações dos hospitais da rede própria do SUS Bahia.

Assim, pode-se considerar que os instrumentos de contratualização e regulação somente serão estratégias fortes a regulação da publicização quando suas fragilidades forem superadas, de modo a permitir que o Estado regulador exerça sua atribuição de monitoramento fidedigno e contínuo, análise crítica consistente aos desempenhos dos parceiros contratados e superação dos entraves que condicionam a regulação sistêmica e conseqüentemente a qualidade do cuidado que é prestado à população.



## **IMPLEMENTAÇÃO DA PUBLICIZAÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR: as Organizações Sociais como alternativa à rede própria do SUS Bahia**

### **RESUMO**

As Organizações Sociais (OS), personalidades jurídicas de direito privado, compõem conjunto de Modelos Alternativos de Gestão Indireta originárias a partir da Reforma Administrativa do Estado dos anos 1990, fundamentadas no novo gerencialismo público, princípio da eficiência e descentralização flexibilizada dos serviços não-exclusivos. No Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido alternativa dos atores governamentais à implementação da atenção hospitalar. Este estudo objetivou analisar debate ocorrido no âmbito da arena decisória acerca da publicização adotada para gestão hospitalar da rede própria do SUS Bahia entre 2004 e 2014. Desenvolveu-se pesquisa qualitativa de análise de política pública de saúde, utilizando como fonte documental Atas do Conselho de Gestão das OS da Secretaria de Administração do Estado da Bahia (CONGEOS/SAEB). A análise de conteúdo se fundamentou nos elementos conceituais do Triângulo de Ferro elaborado por Carlos Matus em articulação com a fase de implementação do Ciclo da Política Pública e focou no processo de implementação das OS à gestão hospitalar no SUS e interferência dos órgãos de controle à capacidade de gestão da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Evidenciou-se que o novo marco legal do Programa Estadual de Organizações Sociais (PEOS) abriu janela de oportunidade à implementação da publicização como estratégia para atenção hospitalar, oportunizando atuação da SES na ampliação da alocação de recursos via contratos e modernização do modelo de gestão avançando no controle estatal e capacidade de desempenho. Registra-se expansão do PEOS principalmente pelo setor saúde. E houve mobilização liderada pela SES para instrumentalização da regulação com vistas ao cumprimento das metas contratualizadas e avaliação de desempenho. Conclui-se que a publicização na rede própria hospitalar determinou notoriedade da SES no PEOS, principalmente a partir de 2007, condicionada ao desenvolvimento da capacidade de monitoramento, institucionalização dos instrumentos de gestão e negociações por maiores aportes orçamentários à expansão e melhorias na atenção hospitalar. Para tanto, contou com importante apoio da Procuradoria Geral do Estado (PGE) no aperfeiçoamento contratual e repactuações.

**Palavras-chave:** Modernização do Setor Público; Descentralização; Regulação e Fiscalização em Saúde; Hospitais Públicos

## Introdução

As Organizações Sociais (OS) são personalidades com natureza jurídica de direito privado e pertencente a administração pública indireta brasileira. Sua criação é livre ao particular da sociedade civil, em observância aos regramentos impostos pela Lei nº 9637/1998, e qualificada pelo Poder Público que considera sua inscrição como privada sem fins lucrativos e orientada à prestação de serviços não-específicos do Estado (BRASIL, 1997; BRASIL, 1998).

Historicamente, origina-se na terceira Reforma Administrativa do Estado (RAE) brasileiro, oportunidade em que se reconceituou os tipos de propriedades como pública, privada e pública não-estatal. À primeira aplicada às chamadas Atividades Exclusivas do Estado e às outras duas como Serviços Não-Exclusivos em que avançam as privatizações e a publicização, respectivamente (BRASIL, 1995). Possui alinhamento com a perspectiva neoliberal ditada pelo Consenso de Washington através do *New Public Management* (ANDREWS, 2010; CAPOBIANGO ET AL, 2013) e o marco normativo foi a Emenda Constitucional nº 19 de 1998 (EC19/1998) que introduziu a eficiência como um dos princípios da administração pública.

Até então, as naturezas administrativas que existiam eram a direta (estabelecida pelo caráter burocrático com o Decreto-Lei nº579/1938) e, como administração indireta, existiam as fundações públicas, empresas públicas e autarquias (consonantes a reforma com concepção gerencialista instituída pelo Decreto-Lei nº200/1967) (BARIANI, 2010; SILVA, 2010).

Assim, a OS foi o primeiro Modelo Alternativo de Gestão Indireta (MAGI) criado com base no Novo Gerencialismo Público. Sua vinculação com o Poder Público se estabelece pelo contrato de gestão (COUTINHO, 2006) que instrumentaliza a parceria através de um programa de publicização (BRASIL, 1997) e se submete a fiscalização dos órgãos de controle externo como Tribunal de Contas e Ministério Público (COSTA; GOFMAN, 2016; BUGARN, 2007) além do monitoramento pelo contratante e regulação pela coordenação do programa de parcerias de gestão. Funções do contemporânea Estado regulador (VILARINS; SHIMIZUI; GUTIERREZ, 2012).

Os outros MAGI foram legitimados e demarcam pontos históricos na linha temporal definida entre 1998 e 2014. Para melhor percepção evolutiva, distribuiu-se os marcos-legais pelos seus respectivos períodos de governo do Poder Executivo Federal. As OS e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP, Lei nº9790/1999) foram do primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso (FHC1); a Parceria Público-Privada (PPP, Lei nº11.079/2004) e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, Lei nº12.550/2011) foram do primeiro

e segundo Governo Lula (Lula 1 e Lula 2) e as Organizações da Sociedade Civil (OSC, Lei nº13.019/2014) situada no primeiro Governo Dilma Rousseff (Dilma 1). Assim, compõem o leque de MAGI originados no Período Constitucional Democrático e de Direito, iniciado a partir da constituição cidadã de 1988.

De tal modo, na hermenêutica administrativa, o princípio comum destas alternativas de gestão indireta é a normatização do processo de descentralização aliada a flexibilização dos serviços estatais pelo Poder Executivo (VILAS-BOAS, 2010). De tal modo, as relações entre as esferas pública e privada no setor saúde brasileiro que eram justificadas pelo caráter complementar (SANTOS; UGÁ; PORTO, 2008), avançou para o caráter relacional com a publicação. Inter-relação instrumentalizada por contratos de gestão, estabelecida entre o ente público e o ente público não-estatal qualificado como OS (BRASIL, 1997).

O estado da Bahia é caso peculiar na legitimação do modelo de OS. Ele foi primeira unidade federada a sancionar uma lei específica de incentivo à publicização (Lei Estadual nº 7027) em 31 de janeiro de 1997, antecedendo até mesmo a Lei Federal nº 9037 de 15 de maio de 1998 (BAHIA, 1997; BRASIL, 1998). Suas dificuldades de adoção para sua rede própria hospitalar naquele momento decorreu da não existência de apoios e incentivos a superação das dificuldades operacionais, o que retardou a ampliação das OS na Bahia (PINTO, 2004). No entanto, com a nova Lei Estadual nº 8647/2003 (BAHIA, 2003), houve conjuntura política favorável ao retorno desta prioridade à agenda governamental, conseguindo decisão legislativa positiva e adesão dos gestores.

Ao sancionar o novo marco legal, abriu-se janela de oportunidade para adoção do modelo de OS para hospitais da rede própria. Modelo sob poder deliberativo do Conselho de Gestão das OS (CONGEOS) que é órgão consultivo, deliberativo e de supervisão, com a finalidade de planejar, coordenar, acompanhar e implementar as ações do Programa Estadual de Organizações Sociais, coordenado pela Superintendência de Gestão Pública (BAHIA, 2003) presidido pela Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB) (BAHIA, 2016). Consequentemente, atuando diretamente sobre a capacidade gestora das demais Secretarias Estaduais de Governo, tal como a de Saúde (SESAB).

Assim, o objetivo deste estudo foi *analisar o debate ocorrido no âmbito da arena decisória acerca da publicização adotada para gestão hospitalar da rede própria do SUS Bahia, entre 2004 e 2014.*

## **Método**

O estudo é de natureza qualitativa e documental (MINAYO, 2010), parte da pesquisa sobre Modelo de Gestão na Atenção Hospitalar no SUS Bahia que tem aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), com CAAE nº 41872715.2.0000.5030 e vinculado ao Observatório de Análise Políticas e Saúde.

Adotou-se como fonte documental as atas do CONGEOS, de 2004 a 2014 por corresponder ao período de governo estadual que implementou ampliação da gestão pública contratualizada via publicização, expandiu a cobertura e unidades hospitalares no estado ampliou adoção da gestão por OS para hospitais da rede própria. Destaca-se sua relevância à capacidade de gestão da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), pela viabilidade à abertura de quatro dos cinco novos hospitais entre 2007 e 2014. Assim, este é o MAGI de maior representação na expansão da rede própria hospitalar baiana (BAHIA, 2009; BAHIA, 2012).

Foram incluídos no estudo 41 documentos, tendo como critérios: abordar sobre publicização à saúde, citar unidades hospitalares como objeto de contratualização, mencionar sobre processo de qualificação para natureza administrativa de OS à saúde, tratar de temas relacionados ao monitoramento/controle da publicização e corresponder ao período de 2004 a 2014.

Todos os documentos foram submetidos ao plano de tratamento dos dados que consistia em: leitura individual, profunda e exaustiva (MINAYO, 2010), sucessiva listagem das unidades de conteúdo e agrupamento dos respectivos núcleos de sentidos que permitiu desenvolver análises crítico-científicas conforme temporalidade dos períodos de governo do estado.

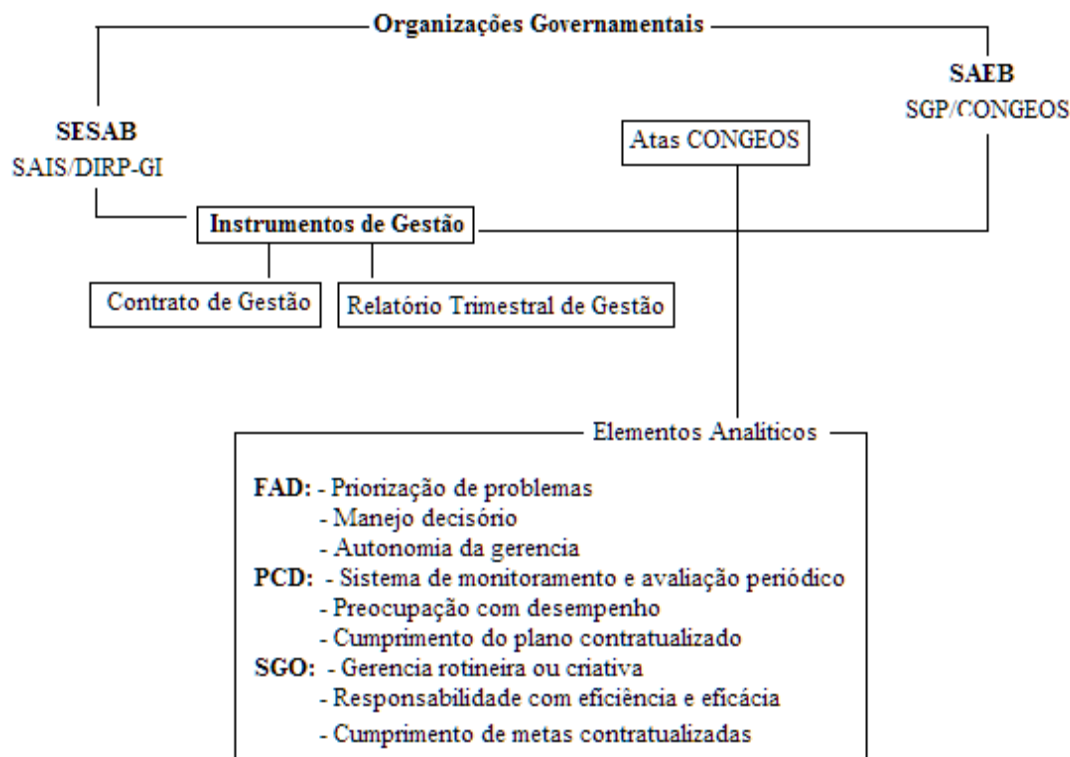
Os resultados são apresentados em um quadro (Apêndice D), conforme os vértices categóricos que constituem o referencial teórico estruturado com a fase de implementação do Ciclo da Política Pública e elementos do Triângulo de Ferro de Matus (TFM) (MATUS, 1997). Assim, trata-se de uma análise de política pública de saúde, preocupada com os processos de inclusão de problemas em arena de negociação pelos atores (governamentais e dos aparelhos administrativos) responsáveis pela implementação do Programa de Publicização à atenção hospitalar no SUS Bahia (PAIM, 2003; FREY, 2000; PINTO, 2008; HOWLLET; RAMESH; PERL, 2013).

## Elementos analíticos da publicização na rede própria hospitalar do SUS Bahia

As Secretarias de Estado compõem administração pública vinculada à Governadoria da Bahia. Juntas, responsabilizam-se pela priorização de problemas, formulação, decisão, implementação e avaliação de políticas públicas. Tocante à implementação do programa de publicização para rede própria hospitalar, a SESAB precisa da interlocução e autorização das Secretarias Sistêmicas (SAEB, SEFAZ e SEPLAN), além do assessoramento da PGE.

Explicitada as estruturas responsáveis pela gestão indireta por OS, tem-se o CONGEOS/SAEB e a Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SESAB que firmam Contratos de Gestão e presta-se conta com os Relatórios Trimestrais de Gestão (RTG). E como documento de registro, tem-se as Atas do CONGEOS (BAHIA, 2016). O CONGEOS, enquanto arena de negociação de ações vinculadas à implementação das OS na Bahia, pode facilitar ou dificultar a capacidade de gestão da SESAB, considerando os elementos do TFM, constituído pela Formação da Agenda do Dirigente (FAD), Petição/Prestação de Contas e Desempenho (PCD) e Sistema de Gerência por Operações (SGO) (MATUS, 1997), cujo elementos da discussão são apresentados na Figura 4.

Figura 5. Referencial analítico da publicização implementada na rede própria hospitalar do SUS Bahia, entre 2004 e 2014



Fonte: Desenvolvido pelos autores

Assim, interessa-se em identificar como as questões relacionadas as prioridades contidas na agenda da SESAB foram tratadas pelo CONGEOS, a fim de avançar no processo de expansão da atenção hospitalar planejada no período de 2007-2014.

## **Resultados e Discussões**

Os registros em atas do CONGEOS que foram analisados evidenciaram múltiplos elementos relacionados a condução gerencial e regulatória estatal sobre a publicização adotada para gestão da atenção hospitalares da rede própria do SUS Bahia, entre 2004 e 2014. A estruturação da apresentação dos resultados conforme categorias analíticas necessitou de alinhamento temporal. Entre aprovação da Lei nº 8647/2003 e o final da análise em 2014, existiram três períodos de governo no Poder Executivo estadual: Paulo Souto 2 (2003 a 2006), Jaques Wagner 1 (2007 a 2010) e Jaques Wagner 2 (2011 a 2014). Períodos que subsidiou estruturação dos resultados, articulado com os elementos do TFM e evidenciando núcleos de sentidos como uma espécie de enquadramento analítico-temporal (MINAYO, 2010, MATUS, 1997) acerca da negociação na arena com vistas à capacidade de gestão para implementar a atenção hospitalar no SUS Bahia.

### **1. Quanto a Formação da Agenda Dirigente**

Esta categoria versa sobre o sistema que cria ou desvia o foco de atenção do dirigente; seus vértices permitiram compor três sub-categorias: a priorização de problemas, o manejo decisório e autonomia da gestão (MATUS, 1997). Seus conteúdos estruturaram o Quadro 13.

À **priorização de problemas**, pôde-se perceber que o primeiro período de governo da implantação do Programa Estadual de OS (PEOS) se caracterizou pela conjunção de forças apoiadoras que deu capacidade de decisão governamental para aprovação da nova Lei nº 8647/2003. Sob coordenação da SAEB, o PEOS abrangia o setor saúde dentre as nove áreas estratégicas (BAHIA, 2003). Entre 2004 e 2006, os representantes da SESAB no CONGEOS sinalizava à necessidade de publicização de 07 hospitais em caráter emergencial.

Entre 2007 e 2010, o caráter emergencial da publicização foi estendido também às prorrogações dos contratos. O CONGEOS buscava ampliar a publicização e iniciou discussão sobre a

reformulação legal do PEOS com vistas a sua modernização para melhorar o monitoramento, processo de qualificação dos entes e método de publicização. Assim, a SESAB ampliou sua rede sob gestão por OS, ganhando notoriedade e conseguindo aumentar alocação de recursos financeiros para readequações da rede própria hospitalar.

Estratégia voltada à melhoria infraestrutural, definição de perfil assistencial, ampliação da oferta de média e alta complexidades (oncológica, cardiológica, neurológica, nefrologia, neonatologia, urgência-emergência e terapia intensiva), implantação da internação domiciliar, educação permanente e ampliação da contratação de RHS. Entre 2011 e 2014, com o contínuo avanço na ampliação da publicização e qualificação de novos entes como OS para gestão hospitalar, o setor saúde se caracterizou pelo maior quantitativo de contratos de publicização no PEOS, levando o CONGEOS a considerar que a SESAB tinha consolidado o modelo de publicização.

No que tange a avaliação de desempenho das OSs identifica-se nas atas a cobrança da apresentação dos RTG pela SESAB. Situação que leva os membros do CONGEOS a pensarem na necessidade de rede de consultores e contratação de empresa fiscalizadora para efetivação da capacidade de monitoramento/controle do Estado regulador. Estratégia já adotada pela SESAB com a inovação do modelo de gestão por concessão.

As circunstâncias que conduziram os gestores à opção das OS para atenção hospitalar tem relação com o processo histórico e enfrentamentos aos desafios de implementação do SUS. Um dos fatores é o aparato legal de responsabilidade fiscal, que exerce notória influências sobre os RHS. E o baixo financiamento consequente a política econômica iniciada nos anos 1990 que se baseia em superávits primários e desvinculações de receitas (MENDES, MARQUES, 2009) e estimula adoção de gestão gerencial fundamentada na EC19/1998 e descentralização por via da publicização. Percurso que consolidou o modelo de OS (PAIVA; LIMA, 2014). Todavia, sua rápida expansão, como no caso baiano, não apresentou semelhante estruturação de sistema de monitoramento e controle.

A segunda subcategoria foi o *manejo decisório* que no entre 2003 e 2006, se caracterizou pela corrida à qualificação como OS, processo que provocou discussão entre os conselheiros quanto à falta de critérios bem estabelecidos para cumprir um processo de qualificação. Mas somente entre 2007 e 2010, que se iniciou a tramitação do Projeto de Lei que modernizaria a base legal do PEOS. Dentre suas readequações, buscava-se melhoria da (des)qualificação, criação da Sistemática de Monitoramento e Avaliação (SIMA) e instrumentalização da contratualização. Como órgão apoiador, teve-se a PGE através das

avaliações consubstanciadas. E neste momento, o CONGEOS já considerava a SESAB diferenciada também por adotar instrumentos de monitoramento como Relatório de Informação Hospitalar (RIH) e Trimestral de Gestão (RTG).

Algumas temáticas provocaram intensos debates sobre a publicização implementada pela SESAB à rede própria hospitalar: limite orçamentário contratual de 65% para gastos com pessoal; aprovação de cláusula disponibilizando recurso adicional não mensal destinado a melhorias dos serviços e aprovação do seu aumento de 10% para 25% do valor global; atrasos no cronograma de pagamento das OS condicionada à espera pela aprovação da SEFAZ; solicitação de acréscimo orçamentário à assessoria contábil por parte das OS; preocupação com alto índice de repactuações; necessidade de fortalecimento do monitoramento e controle da larga publicização adotada; necessidade de cumprimento legal da entrega dos Relatórios Trimestral e Anual de Gestão ao CONGEOS e TCE, respectivamente.

Entre 2011 e 2014, a SESAB manteve estratégia de repactuação para implementação da atenção hospitalar, favorecendo principalmente a readequação do perfil assistencial, inserção das redes assistenciais e ampliação da internação domiciliar e RHS. A garantia de alocação de recursos financeiros ocorreu através da prorrogação contratual e expansão da publicização. Inclusive, reiterou a importância de ampliação do período de vigência contratual e do prazo de readequação da prestação de serviços. E quanto ao monitoramento dos contratos de gestão, a SESAB apresentou modelo de instrumento para avaliação do Desempenho da Capacidade de Gestão das unidades hospitalares.

Estas buscas por melhorias foram sistematizadas pelo CONGEOS, apreciadas pela PGE e possibilitaram a edição do Manual de Gestão em 2016. Nele ficam estabelecidas normatizações de trabalho como qualificação, seleção e responsabilidades de monitoramento e avaliação. Assim, uma Matriz de Marco Lógico foi desenvolvida com elemento da “[...] lógica de intervenção, requisitos, indicadores, metas, meios de verificação, parâmetros de desempenho e pressupostos” (BAHIA, 2016, p. 20).

À *autonomia da gerência* entre 2003 e 2006, evidenciou-se dois níveis decisórios na implementação da publicização adotada à atenção hospitalar. O primeiro vinculado ao CONGEOS/SAEB sobre as demais Secretarias de Estado. O segundo nível corresponde a própria Secretaria de Estado, neste caso, a SESAB com competência para planejar estrategicamente a publicização para sua rede própria hospitalar e decidir pela mudança do modelo de terceirização para gestão por OS para duas unidades hospitalares.



Entre 2007 e 2010, a SESAB fortaleceu estratégia de publicização adotada para gestão hospitalar, ampliando quantidade de unidades da rede própria com gestão por OS, adotando o modelo como alternativa à abertura de quatro novos hospitais e também para formação em saúde. Tendo necessidade de enfrentar seus desafios à publicização, a SESAB apoiou ativamente o CONGEOS nos debates sobre melhoria do PEOS com sua adoção de instrumentos de gestão, defesa da publicização para melhoria dos serviços e alocação de RHS e necessidade de melhorias nos processos de qualificação, aprovação de pagamentos e processo de publicização. E entre 2011 e 2014, não houve mudanças, mantendo-se a necessidade de aprovação (quase) proforme das renovações de publicizações, repactuações com aditivos contratuais e qualificação dos entes como OS. Condições que sugerem consolidação da gestão pública contratualizada via publicização à rede própria hospitalar da SESAB.

A autonomia é um dos elementos desencadeadores dos processos de reformas administrativas que buscaram flexibilizações na gestão das organizações públicas, mas sendo partes das estruturas estatais, deveria ser equilibrada com a atividade de regulação (PEREIRA, 1997). O processo de regulação no setor saúde se institucionalizou por Política Nacional própria (Portaria nº1559/2008) que estabelece três dimensões de atuação do SUS, como representante do Poder Executivo: as regulações do sistema, da atenção e do acesso à saúde (BRASIL, 2008). Mas como evidenciado, constituiu-se uma macro-organização regulatória sobre a atenção hospital com gestão publicizada: a de regulação e controle sediado no CONGEOS/SAEB exercida sobre as demais Secretarias de Estado que adotam o contratos com OS e da SAIS/SESAB sobre seus contratos de gestão. Situação que configura estratégia de gestão com apoio-regulado para as publicizações implementadas pela SES.

Uma importância atribuída a SES decorre da sua estruturação de sistema de monitoramento que, apesar de criticado pela pequena capacidade frente a ampla adoção do modelo de OS, possui os Contratos de Gestão e RTG. Instrumentos de gestão e prestação de contas que busca profissionalização e institucionalização da capacidade de gestão e monitoramento por parte do Poder Público contratante (COUTINHO, 2006; DITTERICH; MOYSES; MOYSES, 2012).

## **2. Quanto a prestação de contas e desempenho**

A prestação de contas é categoria que remete à coerência da verificação sistêmica exercida pela alta direção e seus vértices sub-categóricos são o sistema de monitoramento e

avaliação periódica, preocupação com o desempenho e cumprimento do plano contratualizado (MATUS, 1997).

O *sistema de monitoramento e avaliação periódica*, entre 2003 e 2006, o CONGEOS iniciou progressiva normatização da sua função de controle, definiu que o monitoramento e avaliação da publicização são atribuições do poder executivo contratante, aponta a necessidade de uniformização e padronização da apresentação de RTG, solicita apresentação de metas globais dos contratos de gestão e institui visitas técnicas aos serviços publicizados pela sua Secretaria Executiva. Coube à SESAB institucionalizar atividades de monitoramento e avaliação da publicização. Para tanto, incorporou a Auditoria do SUS como órgão consultivo e de controle interno e criou diretoria que posteriormente constituiu a superintendência de acompanhamento dos contratos de gestão e terceirização. O CONGEOS decidiu incorporar a avaliação da satisfação do usuário como cláusula contratual por entendê-lo como importante indicador de qualidade avaliativa.

Entre 2007 e 2010 o CONGEOS reiterou o princípio de transparência do modelo de gestão pública por publicização que conduziu ao aumento de cobrança por apresentação dos RTG e se responsabilizou por fornecimento de dados e contratação de consultoria para desenvolvimento de um Sistema de Monitoramento e Avaliação (SIMA). Aspectos que foram incorporados ao início da mudança legal da publicização. Para tanto, conselheiros apontaram necessidade de desenvolvimento de capacidade de regulação do Estado para com os contratos de gestão, valorizando existência de indicadores qualitativos e controle social. Enquanto que a PGE aprecia projeto e sugere melhorias avaliativas com influências do novo modelo de gestão concessão que se desenvolvia com consultoria para dois dos novos hospitais da rede própria.

De tal modo, novamente a SESAB se destacou no PEOS por adotar instrumentos de monitoramento/avaliação inovadores consequentes ao novo modelo de gestão por concessão de PPP para atenção hospitalar. Esta secretaria, estando fortalecida no PEOS, apresenta os desempenhos de gestão com necessidade de melhorias, reiterando a repactuação como processo de melhoria do desempenho da capacidade de gestão hospitalar pelas OS.

Entre 2011 e 2014, o CONGEOS destacou melhorias na capacidade regulatória do Estado sobre os contratos de gestão através da consultoria contratada que desenvolveu padronizações dos instrumentos contratuais, relatórios, planos de trabalho da OS e desenvolvimento de manuais de gestão e auditoria. Neste aperfeiçoamento, contribuíram a PGE, Auditoria do SUS, PGE, SEFAZ, SAEB e SESAB. Todavia, quanto a necessidade de cumprimento da apresentação dos RGT, ponderou-se a baixa capacidade estrutural da

administração pública em concretizar sua atribuição regulatória, sendo sugerido incluir nos contratos de gestão, orçamento destinado a contratação de verificadoras independentes que é outro destaque de inovação já experimentado pela SESAB, no desenvolvimento do instrumento contratual da PPP para um dos novos hospitais da rede própria.

Após definição das funções por instancias do Poder Público do Executivo Estadual, o CONGEOS sistematizou Unidade de Monitoramento e Avaliação (UMA) com comissão específica no Manual de Gestão das OS editado em 2016 (BAHIA, 2016). Mas durante os três períodos analisados, somente a partir de 2007 que se problematizou quanto ao desempenho gerencial, capacidade de gestão e instrumentalização do processo de monitoramento e avaliação do PEOS.

Durante este tempo de discussão, a SES apoiou a necessidade de contratação de Consultoria Externa para auxiliar no desenvolvimento das habilidades exigidas à atuação do CONGEOS. Este tipo de contrato é marcante nos processos reformistas da esfera pública, que se justifica pela tentativa de modernização da administração pública através das influencias exercidas pelos atores consultores com expertises gerencialistas próprios do setor privado (SIQUEIRA; MATTOS, 2008).

Esta não era uma opção legítima às implementações dos Programas de Publicização inicialmente, mas foi incorporada nas experiências do Poder Executivo para evidente desenvolvimento de capacidade técnico-burocrática com perspectiva da Nova Gestão Pública. Mas o processo de transformação da esfera pública que se readequou a descentralização das suas funções não específicas por meio de contratos, tornou-se mister o desenvolvimento da capacidade de gestão e fiscalização dos contratos administrativos (BARRAL, 2016). Neste âmbito, teve-se no estudo a discussão sobre as repactuais para garantia do reequilíbrio financeiro e respeito ao cronograma de pagamentos pactuados com as OS. Com a exposição de que estes meios é que conduziriam a melhora da capacidade de desempenho na gestão hospitalar da rede própria.

À *preocupação com desempenho*, a SESAB não apresentou defesa nas reuniões do CONGEOS ao ser questionada quanto ao desempenho do modelo de gestão por OS até 2006. Mas acreditava-se que se tratava de um modelo eficiente pela justificativa que lhe foi atribuída na reforma administrativa. Foi entre 2007 e 2010 que a SESAB reconheceu necessidade de aperfeiçoar o modelo através de fortalecimento do monitoramento e avaliação.

Firmemente, pautou-se que o melhor nível da capacidade de gestão central e do desempenho OS se condicionava aos motivos das repactuações contratuais, tais como:

regularidade orçamentária, adequação do perfil assistência às necessidades de saúde, referencialidade dos serviços hospitalares, agilidade na apreciação da PGE aos objetos de publicização, instrumentos contratuais ou termos aditivos. Embora o modelo advenha com a flexibilização da administração burocrática, a PGE se obriga a analisar publicizações em respeito as recomendações legais da responsabilidade fiscal e licitatórios. Deve-se atentar que foi neste período que o CONGEOS estabeleceu apresentação da avaliação técnica das capacidades de gestão das OS e desenvolveu projeto de Sistema de Monitoramento e Avaliação (SIMA).

Entre 2011 e 2014, a SESAB se posicionou altivamente no CONGEOS para viabilizar implementação orçamentária da rede própria hospitalar, ela defendeu o aumento do período de vigência contratual na reformulação legal do PEOS e apresentou desempenhos das gestões hospitalares apontando necessidade aprovação de aditivos ou prorrogação das publicizações. E foi secretaria em destaque na oportunidade da consultoria de desenvolvimento da capacidade de gestão e de auditoria do Estado sobre a publicização, pois ela já adotava instrumentos de monitoramento (RTG e RIH), incorporou Auditoria do SUS como controle interno e inovou incluindo verificador externo no modelo de gestão por PPP que desenvolveu e implantou na rede própria hospitalar.

Sobre o *cumprimento do plano contratualizado*, entre 2003 e 2006, houve discussão conceitual sobre a contratualização do modelo de gestão por OS por parte do CONGEOS, diferenciando-a das Organizações Não-Governamentais pela possibilidade de assumir administração de serviços estatais, perpassando pelo entusiasmo da publicização permitir cumplicidade entre poder executivo e a sociedade personificada como ente público não-estatal.

Entre 2007 e 2010, o CONGEOS e SESAB pautaram problemática entorno do cumprimento contratual propriamente dito. Foi a partir do baixo desempenho das unidades hospitalares publicizadas que se justificou a recondução do processo de contratualização através de repactuações, levando a acreditar que a melhoria no DCG das OS se condicionavam ao atraso do repasse orçamentário (que exige garantias financeiras ao cronograma pactuado), condições infraestruturais e tecnológicas (que exigem melhoria da capacidade instalada). E as repactuações se mantiveram fortemente como estratégia de implementação das políticas de atenção hospitalar, justificadas pela necessidade de reforço aos moderados desempenhos de gestão com aprovação dos aditivos e reequilíbrios financeiros entre 2011 e 2014.

Em respeito à Lei nº8.666/1993 que trata sobre licitações e contratos da administração pública, a PGE apreciava todos os pedidos de repactuações (com caráter de urgência ou não)

apresentados pela SES. Em notória ponderação quanto aos artigos que esta lei estabelece a possibilidade de reequilíbrio econômico-financeiro (BRASIL, 1993), as repactuações eram aprovadas. Assim, acontecia de inversão sobre tal lei federal, pois da mesma forma que é considerada como entraves à autonomia no processo de compra da administração pública direta (BARBOSA; ELIAS, 2010), a SES revertia sua prerrogativa em estratégia de ampliação de recursos alocados à implementação de ações na atenção hospitalar, melhorias infraestruturais e busca de aperfeiçoamento do desempenho da gestão publicizada.

### **3. Quanto ao sistema de gerencia por operações**

O sistema de gerencia por operações fundamenta a ação criativa da gestão central, que será determinado por dois caminhos. No primeiro haverá descentralização ou manejo rotineiro da gestão e planificação. Na segunda alternativa, ter-se-á um conflito estabelecido entre a eficiência-eficácia com a gerencia rotineira ou criativa. Este conjunto de relações desenvolverá a compreensão sobre o sistema de desempenho da gestão, que pode se caracterizar como criativa ou baseada nas urgência deliberativas (MATUS, 1997).

À *gerencia rotineira ou criativa*, entre 2003 e 2006, o CONGEOS planeja ação estratégica de expansão do PEOS com qualificação de entes como OS, divulgação do modelo na SESAB e busca de experiências de publicização em outros estados. Inicia inovação na gestão pública contratualizada incorporando a relação entre ente gestor e sociedade, inclusão de indicadores quantitativos e qualitativos e possibilidade de complementação salarial aos servidores que estiverem cedidos as OS.

Entre 2007 e 2010, a SESAB buscou estratégias de fortalecimento e inovação da gestão descentralizada por meio da publicização e formulação da Fundação Estatal. A SESAB teve importante atuação criativa organizacional no CONGEOS para ampliação/fortalecimento do PEOS: instituiu que as repactuações contratuais fossem via de implementação da atenção hospitalar, adoção da cogestão do poder executivo municipal junto com as OS, realocação de RHS às unidades com carência de pessoal, pautou-se a necessidade de revisão da base legal do PEOS (tornando-a com maior discricionariedade e transparência). A inovação também ocorreu na ampliação dos objetos de publicização, tendo autorização para a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) com a formação profissional, gestão da captação de órgãos e internação domiciliar.

Entre 2011 e 2014, a publicização para atenção hospitalar se caracteriza pelo mix de inovação e continuidades. Como gerencia rotineira, tem-se as repactuações, ampliação da publicização na rede própria hospitalar e os aditivos de contratos, com manutenção das exposições de motivos. Houve novas qualificações de OS, vivenciou-se desafio de troca de ente contratualizado para uma determinada unidade hospitalar (por causa de não demonstração de adequado desempenho). A criatividade ficou por conta da SESAB se destacar no PEOS com ampliação da publicização como estratégias de implementação da atenção hospitalar com as estratégias de melhoria da acessibilidade à atenção hospitalar através da implementação do Programa de Internação Domiciliar (PID), ampliação da cobertura em antigos vazios assistenciais e pautando necessidade de ampliação do tempo contratual de gestão pelas OS.

Observa-se o apoio do CONGEOS na fase de implementação das OSs na Bahia, onde os atores governamentais puderam explorar a circunstância da expansão do PEOS como uma janela de oportunidade (PINTO, 2008). Se para SAEB foi interessante ter a SESAB como membro do CONGEOS, esta também encontrou no processo de modernização do programa a via estratégica para ampliar o orçamento da rede própria hospitalar.

Situação que evidencia o quanto “Os burocratas são os atores mais significativos na implementação de política [...]”. Suas habilidades de interlocução permitem a inclusão de problemas administrativos nas agendas e enquanto participam da arena governamental (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p.179). Assim, o CONGEOS pode ser percebido como espaço de fortalecimento das alternativas de ações que a SAS/SESAB aproveitou para somar forças em prol do início das atividades assistenciais hospitalares, abrir novas unidades, ampliar quantitativo e complexidade de leitos e avançar com as recomendações ministeriais de implantação das linhas de cuidados necessárias às RAS. Condições que evidenciam o potencial criativo dos atores (MATUS, 1997) envolvidos.

A *responsabilidade com eficiência e eficácia*, entre 2003 e 2006 não houve mais que uma simples menção de que a publicização era estratégia de melhoria da gestão pública. Coube aos atores envolvidos nos períodos entre 2007 e 2014, fortalecer, instrumentalizar e legitimar processos que potencializassem a função reguladora do Estado sobre a gestão dos contratos de publicização. Assim, o CONGEOS apontou necessidade estabelecimento de funções estatais sobre o PEOS (regularização da gestão de RHS nos instrumentos contratuais, áreas que se beneficiarão com a gestão indireta, construção de novo Projeto de Lei do PEOS que modernizasse o monitoramento, avaliação, critérios de qualificação e processo de publicização) fomentando fortalecimento e ampliação da gestão pública contratualizada por OS na Bahia.

Neste cerne do melhoramento, a SESAB teve expressiva atuação com vistas à eficiência, eficácia e efetividade da adoção do modelo para implementação de estratégias à atenção hospitalar. Foi através da publicização na rede própria hospitalar do SUS Bahia que se estabeleceu controle interno e externo, padronização de instrumentos de gestão e contratualização, necessidade de sistemas de monitoramento com desempenho da capacidade de gestão e contratação de empresa de verificação independente. Sendo a publicização experiência interessante à alocação de RHS e de captação de recursos às estratégias de cobertura assistencial, aumentando rotatividade de leitos, metas procedimentais e instituir novos critérios qualitativos. Bem como, inovado com as experiências do modelo na otimização da captação de órgãos, internação domiciliar e capacitação/formação.

Considerando a Lei nº 8647/2003 como marco legal, somente em 2007 que houve conjuntura priorizando o problema da instrumentalização regulatória articulada com a avaliação de desempenho no PEOS. Condição que reitera a análise sob o ator governamental. Neste prisma, sua característica situacional permite compreender que a sensibilidade aos entraves administrativos, vontade de melhorar as condições orçamentárias e estruturais e avançar a cobertura assistencial foram essenciais a sua participação no jogo macro-organizativo, definido pelo CONGEOS (MATUS, 1997).

Este processo tem alinhamento com a normatização da Política Nacional de Regulação do SUS, regulamentada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº1559/2008 (BRASIL, 2008), por parte da SES. E por parte da Superintendência de Gestão Pública (SGP), a condicionalidade de eficiência como princípio administrativo e respeito a garantia de reequilíbrio econômico-financeiro dos contratos administrativos, regulamentados pelas EC nº19/1998 e Lei nº8666/1993 respectivamente (BRASIL, 1998; BRASIL, 1993; FRANÇA, 2007).

Por fim, quanto ao *cumprimento das metas contratualizadas*, o primeiro período não expressou qualquer registro nas atas analisadas. E mais uma vez, os períodos entre 2007 e 2014 se destaca pelas avaliações de desempenho, instrumentos de controle, busca de melhorias através de repactuações. Transparecendo a relevância da SESAB para o aperfeiçoamento do PEOS.

Entre 2007 e 2010, problemas como não atingimento de metas e queixas sobre humanização dos serviços contratualizados motivaram termos aditivos e reequilíbrios orçamentários, justificando as repactuações contratuais que fomentaram melhorias infraestruturais e readequações de perfil assistencial conforme necessidades territoriais, desenvolvimento do SIMA. Neste processo, destaca-se a SESAB pelos RTG e RIH

apresentados ao CONGEOS/SAEB e TCE. E, entre 2011 e 2014, apresenta-se que as melhorias implementadas através das repactuações implicaram positivamente no desempenho das gestões hospitalares por OS.

Firmada a eficiência como princípio da administração pública ao lado da legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade (BRAGA, 2007), os meios de controle quanto ao cumprimento contratual foram priorizados na agenda de modernização PEOS (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Com especial influência da SES enquanto membro do CONGEOS.

### **Considerações**

A análise das atas do CONGEOS permitiu compreender a dinâmica dessa instância de controle das Organizações Sociais no Estado da Bahia, produzindo evidências capazes de demonstrar o grau de interferência na dinâmica da publicização adotada pela SESAB. Nesse sentido aspectos importantes foram identificados na articulação com a agenda do dirigente e capacidade de governo.

Os achados apontam a capacidade governamental do primeiro Período de Governo (2003-2006) que aprovou nova Lei das OS, permitindo que a SESAB priorizasse publicizações de suas unidades hospitalares em caráter de urgência. Oportunamente, houve no CONGEOS uma “corrida à qualificação das entidades como OS”. Situação ampliada nos outros dois períodos (2007-2010 e 2011-2014) que ampliaram o caráter de urgência como justificativa também das renovações contratuais, bem como definir a publicização como via de descentralização da gestão alternativa à implementação da expansão da rede própria e implementação de estratégias ministeriais à atenção hospitalar. Todavia, frente ao fortalecimento da publicização na gestão hospitalar, evidencia-se notória necessidade de fortalecimento da capacidade de monitoramento e avaliação do poder executivo contratante e da contemporânea função regulatória do Estado. A SESAB foi “voz ativa” no processo de reformulação de política pública que objetivava melhorar o PEOS com vistas a ampliação do tempo de vigência contratual, dos valores aditivos e dos objetos de gestão por OS. Bem como, tendo se firmado como Secretaria de Estado com modelo de publicização consolidado, foi lócus da esfera executiva estadual na consultoria que desenvolveu SIMA baseado no DCG das OS.

Deve-se destacar a relevância da PGE enquanto órgão governamental consultivo. Ele esteve presente nas necessidades de fundamentação jurídica que modernizou o PEOS, sendo



priorizada sua inserção como membro do CONGEOS, e apoio a SESAB na consolidação da publicização e no desenvolvimento da Fundação Estatal e do modelo de concessão por PPP.

Então, para além das outras vias de descentralização (municipalização e Fundação de Apoio de uma IFES) da gestão hospitalar, a SESAB pautou e inovou nas alternativas de gestão pública por MAGI, notadamente a OS, com apoio consultivo da PGE.

Frente a discricionariedade que a SESAB teve em priorizar a publicização à expansão da rede própria hospitalar e sua limitação burocrática associada à estrutura macro-organizativa de carácter consultivo-moderador que a Auditoria do SUS, PGE e SGP/SAEB exercem, percebe-se autonomia regulada da publicização da SESAB pelo CONGEOS.

No primeiro período de governo, o CONGEOS percebeu necessidade de normatização da sua função e controle. Assim, a SESAB como órgão executivo contratante, institucionalizou atividades de monitoramento e avaliação da publicização e o CONGEOS incorporou a avaliação do usuário no instrumento contratual. A partir do segundo período de governo, com o fortalecimento da cogestão macroorganizacional reiterou importância da transparência pública associada a apresentação de RTG, desenvolvimento de SIMA e importância do desenvolvimento da capacidade de regulação estatal sobre os contratos de gestão. De tal modo, reconheceu-se a importância da SESAB como órgão executivo estadual no desenvolvimento do sistema de monitoramento e avaliação periódico do PEOS. Isto se deve ao SIMA, DCG e inovadora inclusão de verificação independente e externa, demonstrando influência do modelo de concessão por PPP no processo de reformulação da Lei do PEOS.

De tal modo, somente a partir de 2007 que a antiga discussão sobre desempenho foi estabelecida como prioridade. Em reflexões conceituais sobre contratualização na gestão pública, buscou-se diferenciar os instrumentos de publicização e de concessão. Momento em que o CONGEOS percebeu novamente a relevância criativa da SESAB com o modelo de PPP, pois neste existia sistema de monitoramento externo/independente e garantia orçamentaria, que são importantes para a capacidade regulatória estatal e cumprimento do cronograma de pagamento contratualizado.

Parte-se de compreensão que a implantação do PEOS é uma perspectiva de gerencia criativa aos desafios da administração pública burocrática na gestão hospitalar, que se justifica com a característica das (renovações) publicizações em carácter de urgência pelos três períodos de governo do estado. Deve-se marcar como importante, a atuação propulsora da SESAB na criatividade da publicização, que não se apontou somente para eficiência e contratação de RHS. Ela foi marcante para ampliação orçamentária que garantiu a implementação de estratégias à

atenção hospitalar do SUS Bahia, tais como ampliação da rede própria, cobertura territorial, complexidade assistencial, acessibilidade e regulação aos leitos hospitalares, implantação de redes de atenção à saúde, programas de internação domiciliar e alocação de recursos financeiros para atenção hospitalar.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos aqui apresentados encadearam construção teórico-científica que permitiram analisar a gestão da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014. Os dois primeiros cumpriram os objetivos de apresentar estado da arte sobre gestão hospitalar no SUS e analisar a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Suas ponderações tiveram alinhamento com os marcos da Constituição Federal do Brasil de 1988 (CFB/1988), Plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira de 2004 (PRAHB/2004), períodos de Governos Federais, recomendações das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) pós-constituintes e estratégias prioritizadas nos Planos Nacionais de Saúde (PNS) da janela de oportunidade à recondução da atenção hospitalar brasileira. De tal modo, permitiram aproximação com a historicidade da temática, formulação normativa e (des)alinhamentos entre estratégias governamentais e societária.

Oportunidade de auto-reconhecimento do autor aos desafios impostos pela complexidade do fenômeno proposto como objeto deste estudo de caso e que exigiu regressão ao “âmago do próprio ato de conhecer”, que Bachelard (1996, p.17) explica ser o desenvolvimento de criticidades necessárias à superação dos obstáculos epistemológicos internos do pesquisador e externos oriundos da realidade a ser analisada.

Assim, com a análise da formulação da PNHOSP, evidenciou-se divergências entre o Poder Executivo Federal e as recomendações das Conferências Nacionais de Saúde, pois estas foram contrárias aos modelos de gestão indireta desde a sua 9ª reunião em 1992. Na revisão da produção científica sobre gestão hospitalar no SUS, reconheceu-se que o processo histórico de descentralização da gestão da saúde e da administração pública conduziram os gestores estaduais à nova institucionalidade administrativo-jurídica das unidades hospitalares e os conduziu às alternativas de contratualizações gerencialistas. A correlação entre os resultados destes dois estudos permite apontar que a condução reorientadora da atenção hospitalar brasileira por parte do Ministério da Saúde a partir de 2003, não rompeu, mas sim aprofundou o modelo gerencialista nas estratégias adotadas para gestão hospitalar no SUS.

Valendo-se desta análise, parte-se para as correlações entre os achados das pesquisas de campo, frente ao caso do SUS Bahia que, entre 2007 e 2014, caracterizou sua atenção hospitalar com a ampliação da rede própria e adoção de múltiplos modelos de gestão pública. Neste momento, à vigilância epistemológica, tratou-se de manter o *distanciamento ideal* entre as verdades faladas pelos entrevistados e a razão analítica do pesquisador. Isto para que a

aproximação entre estas duas unidades de pensamento não esmaecesse como uma espécie de deslumbramento do achado empírico (BACHELARD, 1996). E, principalmente, para que houvesse aproximação consciente e autocrítica ao *sensu comum doutro*, permitindo efetivação da primeira ruptura epistemológica.

À frente do processo de implementação, atores situados na alta direção da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e outros coadjuvantes com atuação profissional em outras organizações do aparato público apontaram fatores intervenientes à capacidade de gestão da atenção hospitalar, em especial da rede própria (unidades públicas com gestão direta ou indireta por OS ou PPP).

Neste empenho à capacidade de gestão da atenção hospitalar, ressalta-se a importância do caráter criativo-consensual que fomentou a instrumentalização contratual-regulatório da SESAB, apoio jurídico da PGE e ressalvas quanto a autonomia, pois esta é ampla quando se relaciona a gestão do sistema de serviços hospitalares e limitada quanto ao poder decisório administrativo-financeiro por depender da anuência das SAEB e SEFAZ. Sendo destacada como fragilidade o vértice categórico que trata da Prestação de Contas e Desempenho no TFM (MATUS, 1997).

Avançou-se na análise do modelo de GI por OS, sob a justificativa dele ter se destacado entre 2007 a 2014 por seus dois processos de legitimação na agenda governamental, ter sido estabelecido como estratégia à ampliação da rede própria hospitalar em Planos Estaduais de Saúde, ser o modelo de GI mais antigo e representar o maior quantitativo de contratualização de gestão hospitalar. Através do aprofundamento sobre as deliberações do PEOS, notória arena de negociação sobre a publicização, emergiram elementos relacionados à capacidade de gestão da atenção hospitalar através de Modelos Alternativos de Gestão Indireta (MAGI). Assim, foi tomado como foco específico à implementação da atenção hospitalar, valendo-se primeiro das atas do seu Conselho Gestor e, posteriormente, dos contratos e relatórios trimestrais de gestão.

Com a primeira análise documental, reconheceu que *a SESAB teve voz ativa no PEOS*. Como Secretaria de Estado, gozava de discricionariedade quanto a priorização dos objetos de publicização, mas ganhou destaque pela sua atuação orgânica no desenvolvimento do sistema de monitoramento e avaliação contratual e estabelecimento de critérios de desempenho da capacidade de gestão. Justificou no CONGEOS a necessidade de maior alocação de recursos financeiros para implementação de variadas estratégias à atenção hospitalar, sob justificativa de repactuações, aditivos e reequilíbrio contratual. Processos que reiteraram o apoio da PGE à

SESAB e desta ao fortalecimento do PEOS quanto a contemporânea atividade regulatória do Estado.

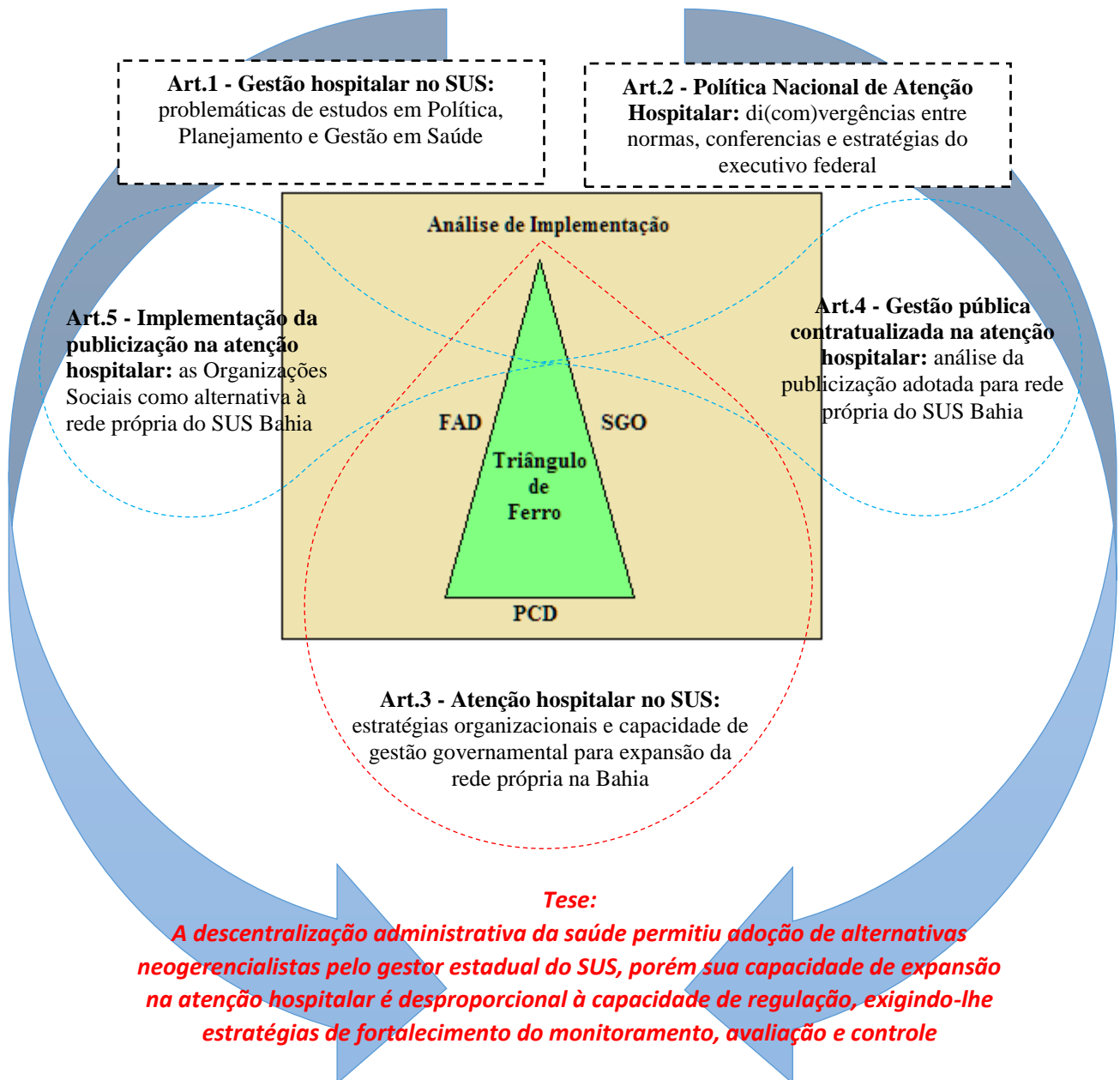
A segunda análise aprofundou entendimento de que o referido aumento de recursos financeiros se associou a readequação do perfil das unidades hospitalares à maior complexidade assistencial, principalmente para ampliação do número de leitos de UTI, e não devido ao aumento de RHS.

A correlação entre os dois estudos documentais leva a acreditar que a contratualização de gestão por OS favoreceu implementação da readequação do perfil assistencial hospitalar e ampliação da cobertura por leitos de maior complexidade, através de aprovações às repactuações e reequilíbrios contratuais. Aprovações condicionadas ao apoio da PGE às justificativas apresentadas pela SESAB.

Outra evidência foi que o CONGEOS se constituiu como importante arena de negociação onde a SESAB adquiriu relevante função devido oportunidade de ampliação do PEOS e fortalecimento da função regulatória do Estado contemporâneo.

Diante das cinco conclusões expostas acima, uma “ruptura abstrata-concreta” se constituiu com a triangulação dos resultados das análises teórico-políticas iniciais (que aproximaram o autor à temática de estudo) e empíricas decorrentes do “senso comum doutro” e documental. Assim, defende-se a tese de que a descentralização administrativa da saúde por dupla via (municipalização-regionalização e por alternativas de parceria de gestão pública indireta) permitindo adoção de alternativas neogerencialistas pelo gestor estadual do SUS, porém sua capacidade de expansão na atenção hospitalar é desproporcional à capacidade de regulação. De tal modo, exige-lhe estratégias de fortalecimento do monitoramento, avaliação e controle para satisfazer o desenvolvimento da função regulatória estatal sobre a gestão pública contratualizada. Evidência apontada na triangulação dos resultados alcançados e estruturado na Figura 6.

Figura 6. Modelo teórico-crítico da tese sobre capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS



**Fonte:** desenvolvido pelo autor a partir de Pinto (2008), Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Matus (1997) e análise de dados empíricos

## REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.13, n.1, p.95-102, 2008.
- ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Rev. Adm. Pública*, v.41, n.spe, p.67-86, 2007.
- ABRUCIO, F.L. Descentralização e coordenação federativano Brasil: lições dos anos FHC. IN: ABRUCIO, F.L.; LOUREIRO, M.R. **O Estado numa era de reformas: os anos FHC.** Parte 2. Brasília: MP, SEGES, 2002, p. 143-246.
- LOUREIRO, M.R.; ABRUCIO, F.L. Incrementalismo, negociação e accountability: análise das reformas físicas no Brasil. IN: ABRUCIO, F.L.; LOUREIRO, M.R. **O Estado numa era de reformas: os anos FHC.** Parte 2. Brasília: MP, SEGES, 2002, p. 57-102.
- AITH, F. Perpectivas do direito sanitário no Brasil: as garantias jurídicas do direito à saúde e os desafios para sua efetivação. IN: SANTOS, L. (org). **Direito da saúde no Brasil.** Campinas: Saberes Editora, 2010, p. 183-238.
- AKERMAN, M. O sistema de saúde britânico após as reformas de 1991: uma avaliação inicial. *Saude soc.*, São Paulo, v.2, n.2, p. 85-99, 1993.
- ALBUQUERQUE, M. do S.V.; MORAIS, H.M.M. de; LIMA, L.P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.20, n.6, p.1825-1834, 2015.
- ALBUQUERQUE, M.do S.V.de. et al. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.
- ALCOFORADO, F; MORAES, T.C. A responsabilização na gestão das políticas públicas e a contratualização com organizações sociais. *REPERE*, Salvador, n.15, p.01-14, set/nov 2008.
- ALMEIDA, P.F. de et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.25, n.2, p.320-335, 2016.
- AMARANTES, P.D. de C. (orgs). **Gestão pública e relação público privado na saúde.** Coleção Pensar em Saúde. RJ: Cebes, 2011, p. 208-219.
- AMESTOY, S.C. ET AL. Percepção dos enfermeiros sobre o processo de ensino aprendizagem da liderança. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Abr-Jun; 22(2): 468-75.
- ANDRADE, F.A.G. de. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciêñ Saúde Colet.*, São Paulo, v.6, n.2, p.292-318, 2001.
- ANDRADE, L.L. et al. As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Tempus Actas Saúde Col.*, Brasília, v.7, n.1, p.263-279, 2013.
- ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, Panamá, v.8, n.1-22, p.85, 2000.

- ANDRÉ, M.A. de. A efetividade dos contratos de gestão na Reforma do Estado. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 39 n. 3, 42-52, Jul./Set. 1999
- ANDRÉ, M.A. de. Uma avaliação da implantação de Contratos de Gestão nas empresas estatais do Governo Estadual de São Paulo. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 35, n.3, p. 6-13, mai./jun., 1995.
- ANDREWS, C.W. Da década perdida à reforma gerencial: 1980-1998. IN: ANDREWS, C.W.; BARIANI, E. (orgs.) **Administração pública no Brasil: breve história política**. SP: Editora Unifesp, 2010, p. 85-118.
- AQUINO, E.M.I. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.7, p.1765-1776, 2012
- ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educ. Soc.*, Campinas, v.23, n.80, p.25-48, set. 2002.
- AYACH, C.; MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.22, n.1, p.237-248, 2013.
- BAHIA. SAEB. **Manual de gestão**. Programa Estadual de Organizações Sociais. 2016
- \_\_\_\_\_. SESAB. Plano estadual de saúde 2007-2010. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.33, supl.1, Nov. 2009.
- \_\_\_\_\_. SESAB. Plano estadual de saúde 2012-2015. **Revista Baiana de Saúde Pública** v.36, supl.1, dez. 2012.
- \_\_\_\_\_. PALACIO DO GOVERNO. **Lei nº 7.027**. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providencias. Salvador: DOE, 1997.
- \_\_\_\_\_. PALACIO DO GOVERNO. **Lei nº 8.647**. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providencias. Salvador: DOE, 2003.
- \_\_\_\_\_. PALACIO DO GOVERNO. **Lei nº 9.290**. Institui o Programa de Parcerias Público-Privadas do Estado da Bahia – PPP Bahia e dá outras providencias. Salvador: DOE, 2004.
- \_\_\_\_\_. GESTAO DA REDE PRÓPRIA. **Hospitais de gestão direta e gestão indireta**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=comcontent&view=article&id=8198&catid=43&Itemid=37>>. Acesso em: dez. 2017.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Tradução: Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BALBUENO, E.A.; NOZAWA, M.R. Levantamento dos tipos de repercussões resultantes da avaliação de desempenho em enfermagem hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.12, n.1, jan/fev, p.58-64, 2004.
- BALSANELLI, A.P.; CUNHA, I.C.K.O. O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. *Acta Paul Enferm.*, v.26, n.6, p.561-8, 2013.
- BANCO MUNDIAL. Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos. 2007



- BARBIERI, A.R.; HORTALE, V.A. Desempenho gerencial em serviços públicos de saúde: estudo de caso em Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.21, v.5, set/out, p.1349-1356, 2005.
- BARBOSA, A.P.; MALIK, A.M. Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil. Análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.49, n.5, p.1143-1165, set./out. 2015.
- BARBOSA, B.A. Há responsabilidade do parecerista jurídico no processo licitatório? *Revista TCEMG*, jan/mar., p.37-52, 2014.
- BARBOSA, N.B.; ELIAS, P.E.M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciêns Saúde Colet*, São Paulo, v.15, n.5, p.2483-2495, 2010.
- BARBOSA, N.B. et al. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso Huana. *Revista do Serviço Público*. Brasília, v.66, n.1, p. 121-144, jan/mar, 2015.
- BARBOSA, D.V.S.; BARBOSA, N.B.; NAIBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p. 49-54, 2016.
- BARIANI, E. DASP: entre a norma e o fato. IN: ANDREWS, C.W.; BARIANI, E. (orgs.) **Administração pública no Brasil: breve história política**. SP: Editora Unifesp, 2010, p. 39-62.
- BARRAL, D. de A.O. **Gestão e fiscalização de contratos administrativos**. Brasília: Enap, 2016.
- BARRETO JUNIOR, I.F.. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.24, n.2, p.461-471, 2015.
- BARRETO, L.D.; FREIRE, R.C. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v.35, n.2, abr./jun., p.334-347, 2011.
- BARROS, M.E.D.; PIOLA, S.F. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. IN: MARQUE, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. (orgs) **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rj: ABrES; Brasília: Ministerio da Saúde, Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS, 2016, p.101-138.
- BERNARDES, A. et al. Contextualização das dificuldades resultantes da implementação do Modelo de Gestão Participativa em um hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v.20, n.6, nov/dez, p. 1-10, 2012.
- BERNARDES, A. et al. Modelo de gestão colegiada e descentralizada em hospital público: a ótica da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.19, n.4, p.1-8, jul.-ago., 2011.
- BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1439-1454, jul., 2009.
- BOBBIO, N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, SP: UNB, Imprensa Oficial do Estado, 1995.

- BONACIM, C.A.G.; ARAÚJO, A.M.P.de. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.44, n.4, p.903-31, jul./ago. 2010a.
- BONACIM, C.A.G.; ARAÚJO, A.M.P. Influência do capital intelectual na avaliação de desempenho aplicada ao setor hospitalar. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.15, Supl.1, p.1249-1261, 2010b.
- BONACIM, C.A.G.; ARAÚJO, A.M.P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.16, Supl.1, p. 1055-1068, 2011.
- BONAVIDES, P. O Estado Social na sua evolução rumo a Democracia Participativa. IN: SOUZA NETO, P.; SARMENTO, D. **Direitos Sociais**. Fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. RJ: Lúmen Juris Editora, 2007, p. 63-83.
- BONFIM, W.L. de S.; SILVA, I.N. de. Instituições políticas, cidadania e participação: a mudança social ainda é possível? *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n.21, p.109-123, nov. 2003.
- BORON, A.A. El Estado y las “reformas del Estado orientadas al mercado”. Los “desempeños” de la democracia em América Latina. IN: KRAWCZYK, N.R.; WANDERLEY, L.E. **America Latina**. Estado e reformas numa perspectiva comparada. SP: Cortez, 2003, p. 19-67.
- BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.3, p.575-586, 2012.
- BORBA, G.S. de; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. *Saúde Soc*. São Paulo, v.17, n.1, p.44-60, 2008.
- BORGES, A. GOVERNANÇA E POLÍTICA EDUCACIONAL: a agenda recente do Banco Mundial. *Revista Brasileira De Ciências Sociais*, v.18, n.52, p.125-217, 2003.
- BORGES, L.O. ET AL. A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n.1, p.189-200, 2002.
- BORGES, J.F.; MIRANDA, R.; VALADÃO JUNIOR, V.M. O discurso das fundações corporativas: caminhos de uma “nova” filantropia? *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.47, n.4, out/nov, p.101-115, 2007.
- BRAGA NETO, F.C. et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. IN: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. RJ: FIOCRUZ, 2012. p. 577-608.
- BRAGA, P. Ética, direito e administração pública. Brasília: Senado Federal. 2007, p. 168-213.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 19.** Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 4 de junho de 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8666.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 21 de junho de 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei 11.079.** Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. Brasília: Casa Civil, 31 de dezembro de 2004.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.550.** Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, de 15 de dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.661.** Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSEH, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, , de 28 de dezembro de 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei 13.019.** Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. Brasília: Casa Civil, 31 de Julho de 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei 8987.** Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 13 de fevereiro de 1995.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9637.** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 15 de maio de 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 101.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 04 de maio de 2000.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9610.** Altera, atualiza e consolida sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 19 de fevereiro de 1998.

\_\_\_\_\_. SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL. Página on-line. Acesso em 05 de março de 2016. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=289678>>.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E REFORMA DO ESTADO. **A reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais: síntese & respostas a dúvidas mais comuns.** Brasília: MARE, 1997a.

\_\_\_\_\_. **Plano de reestruturação e melhoria da gestão do MARE.** Brasília: MARE, 1997b.

\_\_\_\_\_. **Exposição no Senado sobre a Reforma da Administração Pública.** Brasília: MARE, 1997c.

\_\_\_\_\_. **Organizações sociais.** Brasília: MARE, 1997d.

\_\_\_\_\_. **A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle.** Brasília: MARE, 1997e.

\_\_\_\_\_. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado.** Brasília: MARE, 1995.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2004-2007.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde 2008-2011.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011

\_\_\_\_\_. **Portaria 3390.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Portaria 3410.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2013b.

\_\_\_\_\_. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466,** de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. **Regulação em Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** Brasília: CONASS; 2009.

\_\_\_\_\_. **A Lei nº 141/2012 e os Fundos de Saúde.** Brasília: CONASS, 2013.

\_\_\_\_\_. **Incentivo 100% sus.** Nota técnica 02/2012. Brasília: CONASS, 2012.

\_\_\_\_\_. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira.** Brasília, 2004

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 95.** Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 26 de janeiro de 2001.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 373.** Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 27 de janeiro de 2002.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 399.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 22 de fevereiro de 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1559.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 01 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7508.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 28 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão SAS MS 2010.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão SAS MS 2011.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão SAS MS 2012.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão SAS MS 2013.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

\_\_\_\_\_. **Relatório de gestão SAS MS 2014.** Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

\_\_\_\_\_. **HumanizaSUS.** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde.** Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Gestão administrativa e financeira no SUS.** Coleção para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.** Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011d.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Acessado em 05 de março de 2017. Disponível em: <<http://cnes2.datasus.gov.br/>>.

\_\_\_\_\_. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRITO, M.J.M. et al. Interfaces das mudanças hospitalares na ótica da enfermeira-gerente. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.44, n.Esp., p.34-47, 2004.

BUGARIN, P.S. O TCU e a fiscalização dos contratos de gestão. *RERE.*, Salvador, n.10, p.1-21, jun/ago, 2007.

BUSS, P.M. A IX Conferência Nacional de Saúde. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, jul/set., p.297-300, 1991.

CABRAL, S.; FERNANDES, A.S.A.; RIBEIRO, D.B. de C. Os Papéis dos Stakeholders na Implementação das Parcerias Público-Privadas no Estado da Bahia. *Cad. EBAPE.BR*, v.14, n.2, p. 325-339, Rio de Janeiro, abr/jun., 2016.

CAIXETA, R.B.; BARBOSA-BRANCO, A. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.737-746, mai-jun, 2005.

CAMPELO, C.S.G.; ARAÚJO, C.F. dos S.Responsabilidade fiscal: adequação orçamentária e financeira da despesa. *Revista do TCU*, p.27-36, jan/dez 2006.

CAMPOS, C.M.S.; VIANA, N.; SOARES, C.B.S. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.24, supl.1, p.82-91, 2015.

CAMPOS, F.E.; MACHADO, M.H; GIRARDI, S.N. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n44, p.13-24, maio, 2009.

CAMPOS, M.F.; SOUZA, L.A. de P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.19, n.52, p. 207-10, 2015.

CAMPOS, R.O. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 723-731, 2000.

CAPOBIANGO, R.P. et al. Reformas administrativas no Brasil: uma abordagem teórica e crítica. *REGE*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 61-78, jan./mar. 2013.

CARNEIRO JUNIOR, N.; ELIAS, P.E. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.40, n.5, p.914-20, 2006.

CARNEIRO, M.F.; IRIART, J.A.B.; MENEZES, G.M.S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface*, Botucatu, v.17, n.45, p.405-18, abr./jun. 2013.

CARVALHO, A.L.B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Cien Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v.17, p.4, p.901-911, 2012.

- CARVALHO, D.M.T. de. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.12, n.4, p.879-892, 2007.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.6, n.2, p.435-444, 2001.
- CARVALHO, M.C.de et al. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.22, n.3, p.746-53, jul-set., 2013.
- CARVALHO, T.C. de; GIANINI, R.J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. *Rev Bras Epidemiol.*, v.11, n.3, p.473-83, 2008.
- CASSIANI, S.H. de B. et al. O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. *Rev Esc Enferm USP*, v.39, n.3, p.280-7, 2005.
- CASTRO, J.D. de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, v.4, n.7, p. 122-135, jan/jun, 2002.
- CAPOBIANGO, E.P. et al. Reformas administrativas no Brasil: uma abordagem teórica e crítica. *REGE*, São Paulo, v.20, n.1, p.61-78, jan./mar., 2013.
- CECILIO, L.C. de O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.3, p.557-566, mar, 2010.
- CECÍLIO, L.C.de O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.973-983, out-dez, 2000.
- CENCI, A.R.; BEDIN, G. de L.; FISCHER, R.S. Do liberalismo ao intervencionismo: o Estado como protagonista da des regulamentação econômica. *Revista da Academia Brasileira de Direito Constitucional*, Curitiba, n.4, jan/jun., p.77-97, 2011.
- CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO-CLAD. *Uma Nove Gestão Pública para América Latina*, [S.l.], 1998. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/CLAD/ngppor.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.
- CESCONETTO, A.; LAPA, J. dos S.; CALVO, M.C.M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n.24, v.10, p. 2407-2417, out, 2008.
- CEZAR, E.S.; MARZIALE, M.H.P. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.217-221, jan, 2006.
- COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. IN: Santos NR dos, Amarante PD de C. (orgs). **Gestão pública e relação público privada na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 244-251.
- CONILL, E.M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Cienc Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v.17, n.4, abr, 2012.

- CONILL, E.M. A recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.963-971, out-dez, 2000.
- CONTEL, F.B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.24, n.2, p.447-460, 2015.
- COSTA, E. BA: A prioridade é o acesso à saúde, diz Solla. **PORTAL VERMELHO**. 15 de fevereiro de 2011. Disponível em: <[http://www.vermelho.org.br/ba/noticia.php?id\\_secao=58&id\\_noticia=147665](http://www.vermelho.org.br/ba/noticia.php?id_secao=58&id_noticia=147665)>. Acesso em: 15 de março de 2017.
- COSTA, F.L. da. Brasil: 200 anos de Estado; 200 anos de administração pública; 200 anos de reformas. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.42, n.5, p. 829-874, 2008.
- COSTA, I.G. da; GOFMAN, B. As parcerias com as organizações sociais e a fiscalização por parte do Ministério público. *Revista Aporia Jurídica*, vol. 1, jan/jul, p.157-173, 2016.
- COSTA, L.A.; NEVES, J.A.B. Burocracia e inserção social: um estudo sobre o Ministério da Saúde na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde Soc.*, São Paulo, v.22, n.4, p.1117-1131, 2013.
- COSTA, N. do R.; LAMARCA, I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. *Ciê. Saúde Colet*, São Paulo, v.18, n.6, p. 1601-1611, 2013.
- COSTA, N. do R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v.34, n.1, p.209-227, jan./fev, 2000.
- COSTA, R.G.R. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.53-66, dez.2011.
- COSTA, R.C.R. da. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev. Sociol. Polít.*, Curitiba, n.18, p.49-71, jun. 2002.
- COUTINHO, D.R. O direito nas políticas públicas. IN: MARQUES, E.; FARIA, C.A.P. de (orgs). **A política pública como campo multidisciplinar**. São Paulo: Editora Inesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013, p.181-200.
- COUTINHO, N.N. As organizações sociais e o contrato de gestão. *Revista de Direito Público*, Londrina, v.1, n.2, p.25-40, mai/ago; 2006.
- CUNHA, J.A.C. da; CORREA, H.L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.53, n.5, p.485-499, set-out, 2013.
- DANET, A.; MARCH, J.C.; ROMERA, I.G. Comunicação, participação e liderança na percepção do clima emocional em um hospital universitário da Andaluzia, Espanha. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.546-558, mar, 2014.
- DAVID M. O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). *Revista UFG*, v.13, n.11, p.98-108, 2011.



- D'ÁVILA, A.L.V.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.7, n.3, p.493-507, 2002.
- DESLANDES, S.F.; SILVA, C.M.F.P. da. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.34, n.4, p.367-72, ago., 2000.
- DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P.; UGÁ, M. A. D. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.287-299, abr-jun, 1998.
- DEUS, A.D. de; MELO, E.M. de. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. *Saúde em Debate*, v.39, n.106, p.601-615, 2015.
- DENIS, J.L. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.10, supl.1, p.229-237, nov., 2010.
- DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. & UGÁ, M. A. D. O custo do atendimento emergencial às vítimas de violências em dois hospitais do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.287-299, abr-jun, 1998.
- DITTERICH, R.G. et al. A contratualização como ferramenta da gestão na Atenção Primária à Saúde na percepção dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Brasil. *Saúde Debate*, v.39, n.especial, p.207-220, 2015.
- DITTERICH, R.G.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.615-627, abr, 2012.
- DOMINGUEZ, B. Regionalização é o caminho. *Radis*, v.145, p.11-17, out., 2014.
- DOMINGUEZ, A.G.D.; MARTINS, J.R.P. Avanços e desafios do Sistema Único de Saúde em seus 20 anos. *Saúde em debate*, v.34, n.84, p.108-118, jan/mar. 2010.
- DOURADO, D.A.; ELIAS, P.E.M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Rev Saúde Publica*, v.45, n.1, p.204-11, 2011.
- DRAIBE, S.M. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. *Revista USP*, n. 17, São Paulo, 1993.
- DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a Hospitais Regionais de Urgência e Emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.345-369, 2013.
- ELIAS, P.E. Descentralização e saúde no brasil: algumas reflexões preliminares. *Saúde e Sociedade*, v.5, n.2, p.17-34, 1996.
- ERMEL, R.C. et al. Algumas perspectivas para análise da gestão da saúde no estado de São Paulo (Brasil). *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.16, n.3, p.1899-1906, 2011.
- ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História da política de saúde no Brasil de 1822 a 1963. IN: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. RJ: Fiocruz, 2012, p. 279-322.

- ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.12, n.3, p.655-666, 2007.
- ESCRIVÃO JUNIOR, A.; KOYAMA, M. F. O relacionamento entre hospitais e operadoras de planos de saúde no âmbito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.12, n.4, p.903-914, 2007.
- EVANGELISTA, P.A.; BARRETO, S.M.; GUERRA, H.L. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.767-776, abr, 2008.
- FALLETI, T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez, p.46-85, 2006.
- FARAH, M.F.S. A contribuição a administração pública para a constituição o campo de estudos de políticas públicas. IN: MARQUES, E.; FARIA, C.A.P. de (orgs). **A política pública como campo multidisciplinar**. SP: Editora Unesp; RJ: Editora Fiocruz, 2013, p.91-126.
- FARIAS, D.C.; ARAÚJO, F.O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, 2017
- FARIAS, S.F. et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des)caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.16, supl.1, p.1043-1053, 2011.
- FAUSTO, M.C.R. Limites e impasses atuais da municipalização da saúde: a experiência de Cabo Frio. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.67-94, 2001.
- FEIJÓ, M. C. C.; PORTELA, M. C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.3,p.627-637, mai-jun, 2001.
- FELDMAN, L.B.; CUNHA; I.C.K.O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.14, n.4; p.540-5, jul-ago, 2006.
- FERREIRA, L.C.M.; GARCIA, F.C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores Hospitalares. *Rev. Adm. Mackenzie*, v.11, n.6, p.31-54, São Paulo, nov/dez, 2010.
- FERREIRA, N. do N.; LUCCA, S.R. de. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.*, v.18, n.1, p.68-79, jan/mar, 2015.
- FERREIRA, R.C. et al. Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública*, v.46, n.2, p.259-68, 2012.
- FERNANDES, J. da C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.21, n.5, set/out., 2013
- FERNANDES, V.B.L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.43, p.6, p.928-36, 2009.

- FERREIRA, A. R. Modelo de excelência em gestão pública. *Revista Eixo*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 31-43, jan./jun. 2012.
- FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.
- FGV. Lei de Responsabilidade Fiscal: historia e desafios. *Cadernos FGV Projetos*, ano.5, n.15, 2010.
- FIGUEIREDO, M. a Lei de Responsabilidade Fiscal. Notas essenciais e alguns aspectos da improbidade administrativa. *Revista dialogo jurídico*, Salvador, ano I, v.1, n.9, dez 2001,
- FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. *Saude Debate*. Rio de Janeiro, v.44, n.107, p.1127-1137, out/dez, 2015.
- FLEURY, S.; OUVERNEY; A.M. Política de saúde: uma política social. IN: GIOVANELLA, L. et al (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 25-58.
- FONSECA, C.M.O. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. RJ: Editora FIOCRUZ, 2007.
- FONSECA, P.C.; FERREIRA, M.A.M. Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. *Saúde Soc.* São Paulo, v.18, n.2, p.199-213, 2009.
- FORTES, M.T.R.; BAPTISTA, T.W.F. Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde? *Acta Paul Enferm*, v.25, n.4, p.626-31, 2012.
- FORTINI, C. Organizações Sociais: natureza jurídica da responsabilidade civil das organizações sociais em face dos danos causados a terceiros. *RERE*, n.6, jun/ago, Salvador, 2006.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. IN: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015. p. 171-189.
- FRANÇA, L.M.; MANTOVANELI JUNIOR, O.; SAMPAIO, C.A.C. Governança para a Territorialidade e Sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. *Saúde Soc.* São Paulo, v.21, supl.3, p.111-127, 2012.
- FRANÇA, F.M. de et al. Burnout e os aspectos laborais na equipe de enfermagem de dois hospitais de médio porte. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.20, n.5, set/out. 2012.
- FRANÇA, V.R. A licitação e seus princípios. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, Salvador, n.8, 2007.
- FRANCO, S.C.; HERNAEZ, A.M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. *Ciêñ Saude Colet*, São Paulo, v.18, n.7, p.1871-1880, 2013.
- FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro, n. 21, p.211-259, 2000.
- GAMARRA, T.P.das N. Contribuições epistemológicas da ergologia para a regulação em saúde. *Trab. Educ. Saude*, Rio de Janeiro, v. 12 n. 3, p. 483-498, set./dez. 2014.

- GAWRYSZEWSKI, A.R.B.; OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v.22, n.1, p.119-140, 2012.
- GAWRYSZEWSKI, V. Reorganização dos Serviços de Saúde: Algumas Considerações Acerca da Relação entre a Descentralização, Autonomia Local e a Participação do Cidadão. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.210-215, abr/jun, 1993.
- GARCIA, A.V. et al. O Grupo de Trabalho de Humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.811-834, 2010.
- GARCES, A.; SILVEIRA, J.P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público*, a.53, n.4, out-dez, 2002, 53-77.
- GUSMÃO-FILHO, F.A.R. de et al. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.15, supl.1, p.1227-1238, 2010.
- GERSCHMAN, S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. *Cien Saude Colet.*, v.6, n.2, p.417-434, 2001.
- GIAMBIAGI, F. A política fiscal do governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público? *Planejamento e políticas públicas*, v.27, n.2, p. 5-60, 2004.
- GIL, A.C. **Estudo de caso**. SP: Atlas, 2009.
- GOHN, M.G. Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.
- GOMES, A.M. de A. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. *Interface, Comunicação saúde educação*, v.12, n.27, p.773-82, out./dez. 2008.
- GOMES, A.M.V. As parcerias público-privadas na gestão hospitalar no Brasil. *Argumentum - Revista de Direito*, n. 10, p. 269-293, 2009.
- GOMES, F. de F.C. et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.31-43, jan, 2014.
- GOMES, R. et al. A polissemia da governança clínica: uma revisão da literatura. *Cien Saude Colet.*, v.20, n.8, p.2431-2439, 2015.
- GONÇALVES, A.C. et al. Análise Envoltória de Dados na avaliação de hospitais públicos nas capitais brasileiras. *Rev Saúde Pública*, v.41, n.3, 2007.
- GONÇALO, C.R.; BORGES, M. de L. Organizações de Saúde Intensivas em Conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.2, p.449-461, 2010.
- GOUVEA, C,S,D.; TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1061-1078, jun, 2010.

- GUEDES, M.V.C.; HENRIQUES, A.C.P.T.; LIMA, M.M.N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.66, n.1, p.31-7, jan-fev., 2013.
- GUERRA, S.T. et al. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.*, v.19, n.2, mar/abr, 2011.
- GUERREIRO, J.V.; BRANCO, M.A.F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.16, n.3, p.1689-1698, 2011.
- GUIMARÃES, C. Desafios da gestão municipal do SUS. *Revista Poli*, 2014. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/desafios-da-gestao-municipal-do-sus>>. Acesso em 15 de março de 2017.
- GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p.1795-1807, set, 2006.
- HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública: investigações sobre uma categoria da sociedade burguesa**. 1929. Tradução: Denilson Luis Werlee. SP: Editora: Unesp, 2014.
- HARADA, K. Comentários à Lei de Responsabilidade Fiscal. *Jus Navigandi*, Terezina, anos 5, n. 49, fev. 2001.
- HARTZ, Z. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.17, n.4, p.829-837, 2012.
- HARTZ, Z. Avaliação em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde. FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>. Acessado em: 15 de fev. de 2017.
- HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.18, n.2, p.258-65, abr-jun, 2009.
- HEIMANN, L.S. et al. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para gestão em saúde. IN: SANTOS, N.R. dos; AMARANTE, P.D. de C. (orgs.) **Gestão pública e relação público privada na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 208-219.
- HOWLETT, M; RAMESH, M.; PERL, A. **Política pública**. Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Tradução técnica: Francisco G. Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed. Porto Alegre-RS: Bookman, 2010.
- YUNES, J. Situação da assistência médico-sanitária e hospitalar no estado do Ceará, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, v.7, n.2, p.123-38, 1973.
- IBANHES, L.C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.3, p.575-584, 2007.
- IBAÑEZ, N. et al. Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.6, n.2, p.391-404, 2001.
- IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.12, supl., p.1831-1840, 2007.

- INFANTE, M.; SANTOS, M. A. B. A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde. *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.12, n.4, p.:945-954, 2007.
- JESUS, W.L.A.; TEIXEIRA, C.F. Planejamento estadual no SUS: o caso da SESAB-Bahia. IN: TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde**: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, p. 95-116.
- JUNKES, M.B.; PESSOA, V.F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, *Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v.18, n.3, mai-jun 2010.
- KALISCH, B.J.; LABELLE, A.E.; BOQIN, X. Trabalho em equipe e tempo de resposta às chamadas de enfermagem: estudo exploratório. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v.21, n.espec, jan.-fev. 2013
- KEINERT, T.M.M. Reforma administrativa nos anos 90: o caso da prefeitura municipal de São Paulo.** *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.33, n.4, p.66-61, jul/ago., 1993.
- KOTAKA, F.; PACHECO, M.L.R.; HIGAKI, Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, v.31, n.2, p.171-7, 1997.
- KINGDON, J.W. **Agendas, alternatives and public policies.** 2 ed. United States of America: Addison-Wesley Longman; 1995.
- KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate *Cien Saude Colet.*, São Paulo, v.15, n.5, p. 2307-2316, 2010.
- KUGELMAS, E.; SOLA, L. Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo soc.*, São Paulo, v.11, n.2, p.63-81, out. 1999.
- LA BRADBURY, L.C.S. Estados liberal, social e democrático de direito: noções, afinidades e fundamentos. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 11, n. 1252, 2007.
- LEBRÃO, M.L. Análise da fidedignidade dos dados estatísticos hospitalares disponíveis na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em 1974. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, v.12, n.2, p.234-49, 1978.
- LEVCOVITZ, E.; DIAS, L.D. DE; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciêns Saúde Colet*, São Paulo, v.6, n.2, p.269-291, 2001.
- LIMA, L.D. de. A Comissão Intergestora Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.199-252, 2001.
- LIMA, L.D. de et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciêns Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.7, p.1903-1914, 2012.
- LIMA, L.D. de et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciêns Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.11, p.2881-2892, 2012
- LIMA-GONÇALVES, E.; ACHÉ, C.A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.39, n.1, p.84-97, Jan./Mar. 1999.

- LIMA, J.C.; RIVERA, F.J.U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.2, n.10, p.2179-2189, out, 2006.
- LIMA, S.M.L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1249-1261, set-out, 2004.
- LIMA, S.M.L.; RIVERA, F.J.U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.9, p.2507-2521, 2012.
- LINS, M.E. et al. O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.12, n.4, p.985-998, 2007.
- LOBATO, L de VC; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. IN: GIOVANELLA, L. et al. (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 89-120.
- LOBO, M.S. de C. et al. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, v.44, n.4, p.581-90, 2010.
- LOPES, J.R. Terceiro setor. A organização das políticas sociais e a nova esfera pública. *São Paulo em Perspec.*, v.8, n.3, p.57-66, 2004.
- LORENZETTI, J. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.23, n.2, p.417-25, abr-jun, 2014
- LOTTA, G.S. Avaliação de desempenho na área pública: perspectivas e propostas frente a dois casos práticos. *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v.1, n.1, p.1-12, jul/dez, 2002.
- LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.77-96, 1991.
- MACÊDO, D.F.; ROMEIRO, T.I.C.; MARSIGLIA, D.C. A importância do administrador na gestão hospitalar: percepção de médicos, enfermeiros e administradores de um hospital universitário. *Revista FOCO*, v.8, n.2, p. 37-58, ago./dez. 2015.
- MACEDO, D.F. et al. Análise da judicialização do direito a saúde, subfinanciamento do setor e políticas públicas: estudo de caso no estado de Alagoas. *Revista de Administração de Roraima*, Boa Vista, v.5 n.2, p.300-325, jul/dez. 2015.
- MACHADO, C.V. Novos modelos de gerencia nos hospitais públicos: as experiências recentes. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.105-197, 2001.
- MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2113-2126, set, 2007.
- MACHADO, C.V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, v.48, n.4, p.642-650, 2014.
- MACHADO, C.V. Novos modleos de gerencia nos hospitais públicos: as experiências recentes. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.104-197, 2003.
- MACHADO, J.P.; MARTINS, M.; LEITE, I. da C. O mix publico-rivado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v.39, n.spe, p.39-50, dez 2015.

- MAIO, M.C.; LIMA, N.T. Fórum. O desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Introdução. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1611-1613, jul, 2009.
- MÂNICA, F.B. Parcerias público-privadas no setor de saúde: viabilidade econômica e estabilidade jurídica. *FEMIPA.ORG*, ano 4, n.6, jan/jun, 2014.
- MANZO BF, BRITO MJM, ALVES M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.66, n.1, p.46-51, jan-fev, 2013.
- MARINI, C. O contexto contemporâneo da administração pública na América Latina. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF,, ano 53, n. 4, p. 31-35, out./dez. 2002.
- MARTINS, M.; BLAIS, R.; LEITE, I. da C. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, sup.2, p.268-282, 2004.
- MARTINS, R.M. Contratos administrativos. *Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico*, Salvador, n.17, jan-mar, 2009.
- MARTINS, P.F. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v.34, n.120, p.172-178, 2009.
- MARQUES. Rede de atenção às urgências avanços e desafios. *Tempus, actas de saúde colet.*, Brasília, v.8, n.1, p.41-48, mar, 2014.
- MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; OCKÉ-REIS, C.O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. IN: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABRES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS, 2016, p.247-258.
- MARSIGLIA, R.M.G. Funcionários públicos, Estado e Saúde no Brasil. *Saúde soc.*, S. Paulo, v.2, n.1, p.93-118, 1993.
- MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Tomo I. Brasília: IPEA, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Los cinturones Del gobierno**. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997.
- \_\_\_\_\_. **O líder sem Estado-Maior**. SP: FUNDAP, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Teoria do jogo social**. SP: FUNDAP, 2005.
- MATTA, I. B. da; FERREIRA, M. A. M.; SILVA, E. A. Políticas públicas no setor de saúde: mudanças, tendências e desafios sob a perspectiva da administração pública. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v.11, n.1, p.1112-27, jan/mar, 2014.
- MATTOS, R.A. de. Em busca de novos projetos coletivos. Debatedor de: SCHRAIBER, L.B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.4, n.2, p.243-261, 1999.
- MATOS, C.A.; POMPEU, J.C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v. 8, n.2, p.629-643, 2003.
- MORAIS, L.; SAAD-FILHO, A. Da economia política à política econômica: o novo-desenvolvimentismo e o governo Lula. *Revista de Economia Política*, v.31, n.4, p. 507-527, out/dez, 2011.



- MORAZ, G.; ET AL. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v. 20, N.10, P.3211-3229, 2015.
- MENDES, A.; FUNCIA, F.R. O SUS e seu financiamento. IN: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS, 2016, p.139-168.
- MENDES, Á.; MARQUES, R.M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.14, n.3, p.841-850, 2009.
- MENDES, A.N.; SANTOS, S.D. de S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, v.9, n.1/2, p.111-125, 2000.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.
- MENDES-GONÇALVES, R.b.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. IN: SCHRAIBER, L.B. (org). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: HUCITEC, 1990, P. 37-63.
- MENDES, M.F.de M.; FREESE, E.; GUIMARÃES, M.J.B. Núcleos de epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de saúde situados no Recife, Pernambuco: avaliação da implantação. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.4, n.4, p.435-442, out./dez. 2004
- MENDES, W. et al. Adaptação dos instrumentos de avaliação de eventos adversos para uso em hospitais brasileiros. *Rev Bras Epidemiol*, v.11, n.1, p.55-66, 2008.
- MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.7, p.1620-1625, jul, 2009.
- MENICUCCI, T.M.G. A Política de Saúde no Governo Lula. *Saúde Soc.*, v.20, n.2, p.522-532, 2011.
- MÉSZAROS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2004.
- MINAYO, M.C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.3, p.621-626, 2012.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. SP: Hucitec, 2010.
- MIYADAHIRA, A.M.K. et al. Recursos humanos das unidades de terapia intensiva do município de São Paulo. *Rev. latino-am. enfermagem*, Ribeirão Preto, v.7, n.5, p.15-23, dez., 1999.
- MONNERAT, G.L.; SENNA, M.C.M.; SOUZA, R.G. A reorganização dos serviços de saúde no cenário local. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.7, n.3, p.509-521, 2002.
- MOTTA, F.C.P. **Teoria geral da administração: uma introdução**. 11 ed. SP: Livraria Pioneira Editora, 1973.
- MUNIZ, M.A.N.; BROTO, M.E. Política de saúde e organizações sociais: limites para a consolidação da universalização da saúde no Rio de Janeiro. *R. Pol. Públ.*, São Luís, v.20, n.1, p.153-170, jan./jun. 2016.

- NASCIMENTO, L.A. do; FONSECA, L.F.; GARCIA, A.C.K.A. Suspensão cirúrgica: perspectiva do residente de medicina em clínicas cirúrgicas. *Rev. bras. educ. med.*, v.38, n.2, p.205-212, p.2014.
- NAVARRETE, A.C.; ROSA, G.F. Modelo neoliberal de gestão da saúde pública. A história recente das organizações sociais no município de São Paulo. *Revista Le Monde Diplomatique Brasil*. 2016 Disponível em: <http://diplomatique.org.br/a-historia-recente-das-organizacoes-sociais-no-municipio-de-sao-paulo/>. Acessado em: 15 de março de 2017.
- NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.12, n.2, p.204-11, março-abril, 2004.
- NUNES, A.A. et al. Avaliação e incorporação de tecnologias em saúde: processo e metodologia adotados por um hospital universitário de alta complexidade assistencial. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, sup, p.179-186, 2013.
- NOGUEIRA, R.P. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. IN: SANTOS, N.R. dos; AMARANTE, P.D. de C. (orgs.) **Gestão pública e relação público privada na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 24-47.
- NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F.; BERSUSA, A.A.S.; SIQUEIRA, S.R. Humanização e voluntariado: estudo qualitativo em hospitais públicos. *Rev. Saúde publ.*, S. Paulo, v. 44, n.5, p.942-9, 2010.
- NOHARA, I.P. Desafios jurídicos das Parcerias Público-Privadas (PPPs) e desenvolvimento nacional sustentável. *Rev. Direito Econ. Socioambiental*, v.5, n.2, p.184-203, 2014.
- NOGUEIRA, R.P. O pacto de descentralização do SUS e a aposentadoria dos servidores federais. Texto para discussão. *IPEA*. 2000.
- NORONHA, J.C. de; SOARES, L.T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.6, n.2, p.445-450, 2001.
- O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.15, n.5, p.2395-2404, 2010.
- O'DWYER, G.; MATTA, I.E.A. da; PEPE, V.L.E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.13, n.5, p.1637-1648, 2008.
- OLIVEIRA, M.S.; ARTMANN. E. Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.751-760, abr, 2009.
- OLIVEIRA, L.H. de; MATTOS, R.A. de; SOUZA, A.I.S. de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Ciêñ Saúde Colet*, São Paulo, v.14, n.5, p.1929-1938, 2009.
- PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p.1927-1953, 2013.
- PAIM, J.S. ET AL. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *TheLancet.com.*, p.11-32, may, 2011.

- PAIM, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. IN: GIOVANELLA, L ET AL (orgs.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 459-493.
- PAIM, J.S. **O que é o SUS**. RJ: Editora Fiocruz, 2009.
- PAIM, J.S. Políticas de saúde no Brasil. IN: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, **Epidemiologia e Saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 587-603.
- PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde publ.*, S. Paulo, v.40, n.esp, p.73-8, 2006.
- PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. Debatedor de: SCHRAIBER, L.B. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.4, n.2, p.243-261, 1999.
- PAIVA, W.S. de; LIMA, A.J. de. A financeirização da Saúde Pública no Brasil: uma análise do subfinanciamento da área da saúde e da priorização do campo privado na saúde brasileira. *Revista FSA*, Teresina, v.11, n.2, p.350-365, abr./jun. 2014.
- PALMA-SOLIS, M.A.; GIRALDO, A.F.; ÁLVAREZ-DARDET, C. Influencias y hegemonías en la orientación de la investigación de las reformas de salud. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2527-2537, dez, 2006.
- PASCHE, D.F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar./apr. 2007.
- PAULA, A.P.P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de administração de empresas*, v.45, n.1, jan./mar. 2005, 36-49.
- PEIXOTO NETO, p.a. de S.; ACCIOLY, N.V. da C.C. A supremacia do interesse público sobre o privado: breves reflexões. *Rev. SJRJ*, Rio de Janeiro, v.19, n.35, p. 35-57, dez. 2012.
- PEREIRA, D.S. et al. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.34, n.4, p.55-61, 2013.
- PEREIRA, J.M.M. Poder, política e dinheiro: a trajetória do Banco Mundial entre 1980 e 2013. IN: PEREIRA, J.M.M.; PRONKO, M. (orgs). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p. 19-64.
- PEREIRA JUNIOR, N.; CAMPOS, G.W. de S. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. *Interface. Comunicação, saúde, educação*, v.8, supl.1, p.895-908, 2014.
- PEREIRA, L.C.B. **A Reforma do estado dos anos 90**: lógica e mecanismos de controle. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.
- PESSOA, R.S. Disputa política e agenda administrativa: do governo FHC à gestão Lula-Dilma. *Arquivo Jurídico*, v.2, n.1, p. 61-81, 2015.
- PERRECHI, M.C.T.; RIBEIRO, A.S. Tratamento de tuberculose: integração entre assistência hospitalar e rede básica na cidade de São Paulo. *J Bras Pneumol.*, v.35, n.11, p.1100-1106, 2009.

PESSOTO, U.C.; RIBEIRO, E.A.W.; GUIMARÃES, R.B. O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015.

PINHEIRO FILHO FP, SARTI FM. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.17, n.11, p.2981-2990, 2012.

PINTO, C.R.J. As ONGs e a política no Brasil: presença de novos atores. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. **Administração pública no Brasil**: breve história política. São Paulo: Unicamp, 2010. p. 183-208.

PINTO, I.C. de M. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental**: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia. 2004. 237 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, 2004.

PINTO, I.C. de M. Mudanças nas políticas públicas: a perspectiva do ciclo de políticas. *Rev. Pol. Publ.*, São Luiz, v.12, n.1, p.27-36, jan./jun. 2008

PINTO, I.C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva**: teoria e prática. RJ: MedBook, 2014, p. 231-244.

PINTO, I.C. de M. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária. IN: COSTA, E.A. **Vigilância sanitária**. Temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 171-194.

PINTO, I.C. de M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.; BAPTISTA, T.V. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva**: teoria e prática. RJ: MedBook, 2014, p. 69-82.

PINTO, I.C.M; TEIXEIRA, C.F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1777-1788, set, 2011.

PIOLA, S.F.; BARROS, M.E.D. O financiamento dos serviços de saúde no Brasil. IN: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de Saúde no Brasil**: organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS, 2016, p. 101-138.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; VIVAS-CONSUELO, D. Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, sup., p.181-190, 2002.

PIRES, M.R.G.M.; DEMO, P. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, v.15, n.2, p.56-71, maio-ago 2006.

PITILIN, E.B. ET AL. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.20, n.2, p.441-448, 2015.

PORTELA, M.C. Accountability e qualidade. *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.12, n.3, p.840-848, 2007.

- PORTELA, M.C. et al. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.399-408, fev, 2010.
- PORTELA, M.C. et al. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.28, n.6, p.811-8, 2004.
- PUGLIESE, C. et al. Inquérito sobre assistência hospitalar e morbidade hospitalar no município do Salvador (Bahia), Bbrasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.5, p.1-16, 1971.
- RAMOS, R.de S.; GOMES, A.M.T. A judicialização da saúde ública no brasil: um estudo de representações sociais. *Rev Cuid* [online], v.5, n.2, p.827-836, 2014.
- RANGEL, R.M.; GARMEDIA, E.S.R. El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en America Latina. *Politica y Cultura*, primavera 2012, n. 37, pp. 35-64.
- REIS, A.A.C. dos; CECILIO, L.C. de O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em debate*, v.33, n.81, p.88-97, 2009.
- REIS, M.S.M. dos. **As organizações sociais:** da sistematização a uma análise crítica do modelo. São Paulo: Baraúma, 2015.
- REY, M.T. O Estado em debate: transições e contradições. IN: LINERA, A.G. ET AL (orgs.) **Margem Esquerda**. São Paulo: Boitempo, 2010, p. 44-55.
- REZENDE, F. da C. As reformas e as transformações no papel do Estado: o Brasil em perspectiva. IN: ABRUCIO, F.L.; LOUREIRO, M.R. (orgs.) **O Estado numa era de reformas:** os anos FHC – Parte 1. Brasília: SEGES; 2002. p. 163-208.
- ROCHA, J.S.Y.; SIMOES, B.J.G. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.1, p.44-54, 1999.
- ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. *Revista Pós Ciências Sociais*. São Luis, v.1, n.11, 2009.
- ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Consensus*, ano IV, n.11, p.12-23, abr/jun., 2014.
- ROSSONI, L. MACHADO-DA-SILVA, C.L. Institucionalismo organizacional e práticas de governança corporativa. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v.14, n.esp., p. 173-198set., 2010.
- RIBEIRO, J.C.S.; DACAL, M.D.P.O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. SBPH*, v.15, n.2, p.65-84, 2012.
- RIBEIRO, J.M. et al. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*, São Paulo, v.13, n.5, p.1477-1487, 2008.
- RIBEIRO, S.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, mai/jun, 2009.
- RIVERA, F.J.U. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.357-372, jul/set, 1996.

- SACARDO, D.P.; FORTES, P.A.de C.; TANAKA, O.Y. Novas Perspectivas na Gestão do Sistema de Saúde da Espanha. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.19, n.1, p.170-179, 2010.
- SALGADO, V.A.B. **Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização.** Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.
- SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidencia científica. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos, v.11, n.1, p.83-89, jan./fev. 2007.
- SANCHO, L.G. Revisitando a literatura sobre custo-efetividade e utilidade em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2735-2746, dez, 2008.
- SANTO, A.C.G.E.; TANAKA, O.Y. Financiamento, gasto e oferta de serviços de saúde e grandes centros urbanos do estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.3, p.1875-1885, 2011.
- SANTOS, A.M. dos; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saúde Pública*, v.48, n.4, 622-631, 2014.
- SANTOS, C.A. et al. A auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.36, n.2, p.539-559 abr./jun. 2012.
- SANTOS, J.C.; OLIVEIRA, S.S. A importância da administração pública indireta para a prestação do serviço público. *ReFAE*, v.1, n.2, 2010, 64-89.
- SANTOS, F.A.S. et al. Motivações para expansão de organizações sociais da saúde: percepções de gestores estaduais. *J Nurs UFPE on line*, Recife, v.8, sup.1, p.2220-7, jul, 2014.
- SANTOS, F.P.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.
- SANTOS, I.S.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.13, n.5, p.1431-1440, 2008.
- SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Vinte anos de SUS: o sistema de saúde no Brasil no século 21. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.82, p.201-213, mai/ago, 2009.
- SANTOS, M.A.B. Autonomia financeira em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.30, n.1, p.201-206, jan, 2014.
- SANTOS, M.A.B. dos; SERVO, L.M.S. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. IN: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento.** Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS, 2016, p. 205-246.
- SANTOS, N.R. O Estado que temos e os rumos que queremos. Contribuição para posicionamento com os novos governos: federal e estadual. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v.34, n.87, p.616-630, out/dez. 2010.
- SANTOS, R.J.M. dos; LUIZ, V.R. de. Transferências federais no financiamento da descentralização. IN: MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de Saúde no**

**Brasil:** organização e financiamento. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde; OPAS/OMS, 2016, p. 169-204.

SANTOS, T.B.S. ET AL. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. IN: TEIXEIRA, C.F. **Observatório de análise política em saúde**. Abordagens, objetos e investigações. Salvador: EDUFBA, 2016, p.397-430.

SARAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.2, p.47-74, 2001.

SCHNEIDER, A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.51-66. 2001.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.347-69, mar/abr, 2009.

SCHIESARI, L.M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferentes? *Ciênc. saúde coletiva*, v.19, n.10, p.4229-4234, 2014.

SCHRAIBER, L.B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.4, n.2, p.221-242, 1999.

SÉGUIN, F.; CHANLAT, J.F.. As terias da organização: de um paradigma a outro. IN: SÉGUIN, F.; CHANLAT, J.F. **A Análise das organizações**. Uma antologia sociológica. Tradução: Luis Eugenio de Souza. Tome I. Montreal: Gaëtan-Morin, 1987, p. 3-73.

SESTELO, J.A. de F.; SOUZA, L.E.P.F. de; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.851-866, mai, 2013.

SHCHEIDER, A. Os consórcios intermunicipais de saúde no estado do Rio de Janeiro. *PHYSIS; Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.51-666, 2001.

SHIMIZU, H.E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1101-1122, 2013.

SILVA, C.V. e; SILVA, D.F.L.; SOUZA, E.M de. A Participação da Sociedade Civil na Democratização do Setor de Saúde no Brasil. *Revista brasileira de educação médica*, v.37, n.2, p.254-259, 2013.

SILVA, H.P.; PETRAMALE, C.A.; ELIAS, F.T.S. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. *Rev Saúde Pública*, v.46, n.supl, p.83-90, 2012.

SILVA, S.F. Formação e fixação de profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde: um debate necessário e urgente. *Divulgação em saúde para debate*, Rio de Janeiro, n.44 p.25-28, maio, 2009.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, v.16, n.6, p.2753-2762, 2011.

- SILVA, L.B. A reforma administrativa de 1967. IN: ANDREWS, C.W.; BARIANI, E. (orgs.) **Administração pública no Brasil: breve história política**. SP: Editora Unifesp, 2010, p. 63-84.
- SIQUEIRA, M.E.G. de; MATTOS, P.L.C. L. de. Consultoria externa em reforma do Estado tem função técnica ou estratégica? Um estudo de caso. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v.42, n.1, p.35-60, jan/fev, 2008.
- SILVA, B.M. da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.15, n.3, p. 442-8, jul-set, 2006.
- SILVA, E.C. da; GOMES, M.H. de A. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. *Saúde Soc*. São Paulo, v.23, n.4, p.1383-1396, 2014.
- SILVA, F.G.; TAVARES-NETO, J. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. *Revista brasileira de educação médica*. V.31, n.2, p.113-126, 2007.
- SILVA, K.L.S. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, p.391-7, 2005.
- SILVA, K.S.de B. et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p.373-382, fev, 2010.
- SILVA, L.G. da; MATSUDA, L.M.; WAIDMAN, M.A.P. a estrutura de um serviço de urgência público, na ótica dos trabalhadores: perspectivas da qualidade. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.21, n.2, p.320-8, abr-jun, 2012.
- SILVEIRA, T.V.L. et al. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. v.36, n.2, p.82-8, jun, 2015.
- SIMAN, A.G.; BRITO, M.J.M.; CARRASCO, M.E.L. Participação do enfermeiro gerente no processo de acreditação hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*, v.35, n.2, p.93-9, jun, 2014.
- SOARES, E.P.; SCHERER, M.D. dos A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde em Debate*, v.39, n.106, p.616-626, 2015.
- SODRÉ, F. et al. EBSERH: um novo modelo de gestão? *Serv. Soc. Soc*, v.114, n.3, p.365-380, 2013.
- SOUZA, L.E.P.F.; VIANA, A.L.D'A. Gestão do SUS: descentralização, regionalização e participação social. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Ed: Medbook, 2014, p. 261-270.
- SOLLA, J.J.S.P. ET AL. Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v.7, n.4, out/dez, 2007.
- SOLLA, J.J.S.P, CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. IN: Giovanella L et al organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
- SOLLA, J.J.S.P.; PAIM, J.S. Relações entre atenção básica, média e alta complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Ed: Medbook, 2014, p. 343-352.



SOUZA, G.C. de A.; COSTA, I. do C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010

SOUZA, H.S.; MENDES, A.N. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. *Rev Esc Enferm USP*, v.50, n.2, p.284-291, 2016.

SOARES, Paulo Firmeza. Do Estado Liberal ao Estado Regulador: aspectos político-jurídicos. *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF: 28 jun. 2013. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.44127&seo=1>. Acesso em: 15 mar. 2017.

SOUZA, M.K.B. de; TEIXEIRA, C.F. Produção científica sobre gestão de sistemas de saúde: um estudo realizado em espaço Web (1987-2009). *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.4, p.935-944, 2012.

SOUZA, L.E.P.F. de; BAHIA, L. Componentes de um sistema de serviços de saúde: população, infra-estrutura, organização, prestação de serviços, financiamento e gestão. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. RJ: MedBook, 2014, p.49-68.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciênc. saúde coletiva*, v.7, n.3, p.431-442, 2002.

SPINK, P. The rights approach to local public management: experiences from Brazil. *Rev. adm. empres.* vol.40 no.3, p. 45-65, jul./set. 2000.

SPEDO, S.M.; PINTO, N.R.S.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.953-972, 2010.

SPEDO, S.M.; TANAKA, O.Y.; PINTO, N.R.da S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1781-1790, ago, 2009.

SILVA, K.L.S. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.3, p.391-7, 2005.

SOARES, V.M.N. et al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v.34, n.12, p.536-43, 2012.

SOUZA, D.B.; MILAGRE, S.T.; SOARES, A.B. Avaliação econômica da implantação de um serviço de Engenharia Clínica em hospital público brasileiro. *Rev. Bras. Eng. Biom.*, v.28, n.4, p.327-336, dez. 2012.

SOUZA, P.C. de; SCATENA, J.H.G. É economicamente viável regionalizar a atuação de um hospital público de médio porte? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.571-590, 2010.

TAMAKI, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para monitoramento e avaliação da gestão do SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.4, p.839-849, 2012.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.4, p.821-828, 2012.

TANAKA, O.Y. et al. Gerenciamento do setor saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde públ.* São Paulo, v.26, n.3, p.185-94, 1992.

TORRES, R. Público e privado na gestão da saúde. Diversos modelos para gerir o SUS têm surgido nos últimos anos. Quais serão suas implicações? *Revista Poli.* 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/publico-e-privado-na-gestao-da-saude>>. Acessado em 27/12/2016.

TEIXEIRA, C.F. Produção científica na área de política, planejamento e gestão em saúde 1975-2010: temas e teorias. IN: BAPTISTA, T.W. de F.; AZEVEDO, C. da S.; MACHADO, C.V. (org). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015, p. 81-111.

TEIXEIRA, C.F. et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. IN: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (org). **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 585-594.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p.268-283. 2005.

TEIXEIRA, C.F.; SÁ, M.de C. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciênc. saúde coletiva*, v.1, n.1, 1996.

THERBORN, G. As teorias do Estado e seus desafios no fim do século. IN: SADER, E.; GENTILI, P. **Pós-neoliberalismo II**. Que Estado para que democracia? Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p. 79-89.

TIBERIO, A.A.; SOUZA, E.M.; SARTI, F.M. Considerações sobre Avaliação de Estabelecimentos de Saúde sob Gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saúde Soc.* São Paulo, v.19, n.3, p.557-568, 2010.

TOJAL, S.B.de B. A Constituição Dirigente e o Direito regulatório do Estado Social: o direito sanitário. In: ARANHA MI, TOJAL SBB, organizadores. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p.21-37.

TOMIMATSU, M.F.A.I. et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*, v.43, n.3, p.413-20, 2009.

UGÁ, M.A.D. Sobre o financiamento da seguridade social e, em particular, da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.30, n.72, p.80-88, jan./abr. 2006.

UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E.M., Os hospitais de pequeno porte sua inserção no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.4, p.915-928, 2007.

UGÁ, M.A.D. et al. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Rev Saúde Pública*, v.43, n.5, p.832-8, 2009.

URRÚTIA, G.; BONFILL, X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *MedClin* (Barc), v.135, n.11, p.507–511, 2010.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, R.; COSTA, N. do R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”, por Jeni Vaitzman, Marcelo Rasga Moreira e Nilson do Rosário Costa. *Cienc. Saude Colet.*, v.14, n.3, p.899-901, 2009.

- VALADARES, J. L.; EMMENDOERFER, M. L. Cargos de Livre Nomeação: Reflexões com Base no Empreendedor Público em um Estado-Membro do Brasil. *Rev. adm. contemp.*, Rio de Janeiro, v.16, n.5, art.5, pp.723-743, set./out. 2012.
- VAGHETTI, H.H. et al. Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. *Acta Paul Enferm.*, v.24, n.1, p.87-93, 2011.
- VARGAS, M.A.O. et al. Internação por ordem judicial: dilemas éticos vivenciados por enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.34, n.1, p.119-125, 2013.
- VÁZQUES, M.L. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.579-591, mar-abr, 2003.
- VERAS, C.M.T.; MARTINS, M.S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.339-355, jul/set, 1994.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, v.12, n.4, p.825-839, 2007.
- VIANNA, S.M. A Seguridade Social e o SUS: re-visitando o tema. *Saúde e soc.*, v.14, n.1, p.7-22, jan-abr 2005.
- VIANA, A.L.D'A. ET AL. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.18, supl., p.139-151, 2002.
- VIANA A.L.D'Á.; MACHADO, C.V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, p.3, p.807-817, 2009.
- VIANA, A.L.D'A.; BAPTISTA, T.W. de F. Análise de políticas de saúde. IN: GIOVANELLA, L. et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. RJ: Fiocruz, 2012, p. 59-87.
- VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, v.17, n.4, p.921-934, 2012.
- VICTORIA, C.G. et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *TheLancet.com.*, p.90-102, may, 2011.
- VIEIRA-DA-SILVA, L.M et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.355-370, fev, 2007.
- VIEIRA, E. **A república brasileira 1951-2010**: de Getúlio a Lula. SP: Cortez, 2015.
- VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C.R.; LEZANA, A.G.R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.54, n.5, p. 496-509, set-out, 2014.
- VILAS-BOAS, R.M. Hermenêutica jurídica: uma questão intrigante. Consilium - *Revista Eletrônica de Direito*, Brasília n.4, v.1 maio/ago. de 2010.
- VILAS, C.M. O Banco Mundial e a reforma do Estado na América Latina: fundamentos teóricos e prescrições políticas. IN: PEREIRA, J.M.M.; PRONKO, M. (orgs). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2014. p. 65-87.

- VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.640-647, out./dez. 2012.
- VILLA, R.A.D. Formas de influência das ONGs na política internacional contemporânea. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, n.12, p.21-33, 1999.
- VILLA, R.A.D. a questão democrática na agenda da OEA no Pós-Guerra Fria. *Rev. Sociol. Polit.*, Curitiba, 20, p. 55-68, jun. 2003.
- VITALIS, A. Estado prestador versus Estado regulador Um diagnóstico do direito social à saúde no Brasil. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, a.53 n.210, p. 267-290, abr./jun. 2016.
- VITURIL, D.W.; ÉVORA, Y.D.M. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Enferm.* v.68, n.5, p.945-52. set-out, 2015.
- WILSON, R.H. Understanding local governance: na international perspective. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v.40, n.2 • p.51-63, abr./jun, 2000.

## APÊNCICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos para participar voluntariamente da pesquisa intitulada: **Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS Bahia**. Pesquisa com objetivo geral de **Analisar processo de gestão indireta adotada para rede própria de atenção hospitalar no SUS Bahia, entre 2007 e 2014**. Ela será desenvolvida sob coordenação da Professora Isabela C. de M. Pinto, vinculado ao Programa de Pós-Graduação e Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A coleta de dados será realizada adotando entrevistas semiestruturadas (agendadas previamente, em turno e local de trabalho, nos meses de janeiro a junho de 2015, de acordo à disponibilidade do participante), observação dirigida e análise documental. Para as entrevistas serão respeitados os princípios éticos em pesquisa científica, a participação não será remunerada, a entrevista durará entre 30 e 60 minutos, será gravada e transcritas na íntegra, sendo seu conteúdo arquivado em caixa arquivo, lacrada, pelo período de 10 (dez) anos no núcleo de pesquisa coordenado pela professora responsável da pesquisa, no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Após este período, procederá a destruição por meio de calor (queimar). Caso decida participar, os pesquisadores asseguram anonimato, respeito a integridade intelectual, cultural e social. Garantimos a você a disponibilização das informações desta pesquisa, através de explicações das eventuais dúvidas. Caso sinta sua privacidade invadida ou constrangido(a) evitaremos ou minimizaremos e lhe deixamos livre para suspender a entrevista, caso perceba qualquer risco de consequência danosa à expressão livre de suas opiniões. Serão considerados os princípios bioéticos conforme resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12.

Decidindo por participar, solicitamos assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido (em duas vias) que comprova sua autorização para o uso das informações exclusivamente para a construção de produtos científicos vinculados ao programa de pós-graduação citado, tais como: tese do curso, artigos científicos, apresentação e resumos em eventos. Informamos que ao final serão apresentados os resultados, em caráter de devolutiva, à Secretaria Estadual da Saúde da Bahia (SESAB), por meio da Superintendência de Atenção Integral a Saúde (SAIS). As dúvidas futuras poderão ser minimizadas com os pesquisadores, através do telefone (71) 3283-7410 do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Deixamos cientes que você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase da mesma, com exclusão das informações, sem qualquer penalização.

Após ter ciência dos aspectos éticos da pesquisa, eu \_\_\_\_\_ me considero devidamente esclarecido(a) e aceito participar voluntariamente das atividades da pesquisa intitulada **MODELOS ALTERNATIVOS DE GESTÃO PÚBLICA NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS**.

Estou ciente dos benefícios, minimização dos riscos, sigilo, possibilidade de desistência, tempo de guarda e utilização das informações desta pesquisa e fico com uma via do TCLE.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_



## APÊNCICE C – Instrumento de Entrevista Semiestruturado



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

### **INSTRUMENTO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**Título: Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS Bahia**

**Responsáveis: Thadeu Borges Souza Santos, Isabela Cardoso de M. Pinto**

<b>Variáveis</b>	<b>Perguntas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Formação da agenda do dirigente:<ul style="list-style-type: none"><li>- Priorização de problemas (importantes e urgentes)</li><li>- Manejo decisório</li><li>- Autonomia da gerencia</li></ul></li><li>• Petição/prestação de contas (desempenho):<ul style="list-style-type: none"><li>- Sistema de monitoramento e avaliação periódico</li><li>- Preocupação com desempenho</li><li>- Cumprimento do plano (ações, resultados, metas e regras) conforme contratualização</li></ul></li><li>• Gerência por operações:<ul style="list-style-type: none"><li>- Gerencia rotineira ou criativa</li><li>- Responsabilidade com a eficiência e eficácia</li><li>- Cumprimento de metas contratualizadas</li></ul></li></ul>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Caracterização: iniciais do nome, formação, vinculação com a atenção hospitalar, atuação entre 2007 e 2014;</li><li>2. Quais suas atividades profissionais quanto a atenção hospitalar da Rede Própria da SESAB? Como você caracteriza esta rede no SUS Bahia? Como a percebe entre 2007 e 2014 (avanços, desafios ou ajustes)?</li><li>3. Quais as habilidades considera como necessárias à gestão da atenção hospitalar no SUS Bahia? Como se desenvolve o processo decisório na GD ou GI? Como priorizam os problemas na GD ou GI?</li><li>4. Quais os desafios na gestão da atenção hospitalar da rede própria por GD ou GI? Como lida com estes desafios?</li><li>5. Quais (des)vantagens da GD e GI? O que diferencia sua contratualização com as unidades hospitalares? Como o planejamento é relevante para as atividades dos hospitais contratualizados? Como percebe o desempenho destas unidades hospitalares? Acompanha? Possui metas, regras, indicadores quanti/qualitativo nos contratos?</li><li>6. Como se relaciona/monitora a gestão dos hospitais? Existe alguma especificidade entre eles? Algum se destaca pelo desempenho, como? Possuem algum sistema de regulação ou monitoramento da efetividade e eficiência?</li><li>7. Como percebe a autonomia gerencial nos hospitais desta GD ou GI?</li><li>8. Considera que os gerentes dos hospitais da rede própria (GD ou GI) possuem desafios quanto aos seguintes aspectos: financeiro, predial, recursos humanos ou suprimentos?</li><li>9. Alguma consideração que deseje acrescentar? Como se relacionam as unidades com GD e GI?</li></ol>

Fonte: PINTO (2008); MATUS (1993; 1997; 2000); HOWLLET; RAMESH; PERL, 2013.

## APÊNCICE D – Quadro Síntese do Tratamento das Atas

Quadro 11. Conteúdo documental referente à Formação da Agenda Dirigente nas Atas do CONGEOS entre 2004 e 2014	
Subcategoria	Unidades de conteúdo das Atas do CONGEOS
Priorização de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006:</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Houve decisão governamental que aprovou a Lei nº8647/2003, que dispõe sobre Programa Estadual de OS e cria o Conselho de Gestão das OS (CONGEOS) com responsabilidade de planejar, coordenar, acompanhar e implementar o Programa Estadual de Organização Social (PEOS).</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Defendida necessidade de publicização em caráter emergencial do Hospital Santa Tereza. Defendida necessidade de publicização das seguintes unidades ou serviços hospitalares: Ernesto Simões Filho, do Oeste, Maternidade José Maria de Magalhães Neto, Instituto do Coração da Bahia (INCOBA), Serviço de Nefrologia, Centro de Assistência à Mulher, Hospital Universitário, Geral de Macaúbas e Luiz Eduardo Magalhães. Refere interesse de OS paulistas em assumir gestão de unidades hospitalares. Defendida necessidade de publicização em caráter de emergencial do Hospital Dantas Bião e da Maternidade José Maria de Magalhães;</li> <li>- <b>Deliberações.</b> Planejamento das áreas a serem publicizadas em 2005/2006;</li>   <li>• <b>Período 2007-2010</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Destaca que SESAB tem maior parte dos contratos do PEOS. Destaca importância de modernização para melhorar monitoramento dos indicadores, processo de qualificação e método de publicização. Necessidade de alteração da legislação para melhoria e ampliação do modelo na esfera pública estadual;</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Propõe discussão sobre novas formas de gestão como estratégias de descentralização, em especial da Fundação Estatal. Reitera preferência do modelo de publicização à terceirização por ter maior controle social. Defendido necessidade de repactuações frente ao não cumprimento de metas contratualizadas, para melhoria da capacidade instalada, aumento da complexidade assistencial, implantação de leitos de UTI e de Programas de Educação Permanente, fortalecimento das unidades como pontos de referência nos pólos assistenciais e desenvolvimento de sistema informatizado para monitoramento e avaliação. Informado abertura de seleção para contratualização de gestão para Hospital Deputado Luis Eduardo Magalhaes, Hospital de Castro Alves, Hospital de Santo Antônio de Jesus e Hospital de Juazeiro. Informado sobre inauguração do centro de oncologia no HR de Juazeiro, recebimento de orçamento para construção e aquisição de equipamentos para o serviço de diálise peritoneal pelo Hospital do Oeste e aprovadas ampliações dos serviços de: oncologia, neurologia, cirurgia vascular e internação domiciliar do Hospital do Oeste; neonatologia e ampliação da contratação de profissionais médicos por CLT para Maternidade José Maria de Magalhães Neto; equipe de cirurgia, anestesia, pediatria e ajuste de plantão médico no contrato do Hospital Dantas Bião. Solicita aprovação para publicização do Hospital Luiz Viana Filho, justificada pela abertura de UTI, apesar de atingido o limite estabelecido para contratualização de pessoal e esforçar-se em justificar à PGE que, apesar do parecer negativo emitido, existe a necessidade de aumentar do número de leitos e contratação de pessoal. Solicitado aprovação para inclusão de internação domiciliar no Hospital Dantas Bião e em outras unidades. Solicita apreciação e tem aprovação e análise da PGE para repactuação de metas com aumento do repasse financeiro ao Hospital São Jorge, Hospital de Juazeiro, Hospital Dantas Bião, Hospital Eurídice Santana, Hospital de Santo Antônio de Jesus, Maternidade José Maria de Magalhães Neto, Hospital do Oeste, Hospital Regional de Castro Alves. Foram justificativas: tempo insuficiente para a seleção de nova OS, importância da continuidade do funcionamento da unidade para a população; mudança de perfil do hospital, aumento no número de leitos, ampliação de RHS, ampliação na estrutura predial, aumento na oferta de procedimentos ambulatoriais, implantação de Programa de Internação Domiciliar. Quanto a necessidade de aprovação da solicitação de aumento do repasse financeiro decorrente de repactuações dos contratos da SESAB, pondera-se</li> </ul>



necessidade de verificação do fluxo de caixa do Estado, relevância da incorporação de programas de saúde, autorização da PGE e avaliação pelo TCE. Solicita autorização para os Contratos Emergenciais para manutenção da gestão do Hospital Santa Tereza, Hospital Deputado Luiz Eduardo Magalhães.

**- Deliberações.** Constituído Grupo de Trabalho para elaborar alteração da Lei de OS. Aprovada proposta de projeto de alteração da Lei de OS e criação do Sistemática de Monitoramento e Avaliação (SISMA). Iniciado tramitação do novo Projeto de Lei na PGE. Aprovada necessidade de publicização para Programa de Internação Domiciliar estratégica à desospitalização após análise da PGE. Aprovado necessidade de contrato de gestão em caráter emergencial para Hospital Luiz Eduardo Magalhães; prorrogação do Hospital Eurídice Santana e permanência de outros seis contratos por impossibilidade de interrupção dos serviços prestados à população; renovação de contratos vigentes para hospitais regionais, adotando repactuação de metas; solicitações de publicização dos Hospitais de Santo Antônio de Jesus, Hospital São Jorge e Hospital Nair Alves; prorrogação sem reajuste contratual da Maternidade José Maria de Magalhães Neto devido contingenciamento do Estado; adicional de 10% do valor global do contrato do Hospital de Juazeiro para manutenção, obras e serviços eventuais; publicização do Hospital de Juazeiro, de Itaparica (que mudou do modelo de gestão terceirizado para publicizado), do Nair Alves (que antes precisou ser transferido da CHESF para a SESAB), do Eládio Lassere, do Regional de Castro Alves, do Hospital de Santo Antônio de Jesus.

• **Período 2011-2014**

**- Posicionamentos do CONGEOS.** Apresentado avanços do PEOS entre 2006 e 2014, destacando aumento de entidades qualificadas, dos contratos de publicização, importância da SESAB por ter a maioria das publicizações e consolidado o modelo para o setor saúde. Fomenta aprimorar instrumentos/processo de seleção, SISMA e Desenvolvimento da capacidade de gestão (DCG); contribuições da Consultoria Ernest Young para análise dos custos, identificação de causas dos problemas (contratos com custo fixo inicial subestimado, principalmente quanto ao destinado à contratação de pessoal), metodologia de auditoria operacional, regularização dos instrumentos de contratualização e desenvolvimento do Manual de Auditoria; considera importante a constituição de uma Rede de Consultores Internos e a contratação da Consultoria Externa ao PEOS. Ressaltada importância do CONGEOS como órgão consultivo, deliberativo e de supervisão superior, que tem por finalidade planejar, coordenar, acompanhar e implementar as ações do PEOS. Apresenta baixo percentual de entrega de relatórios técnicos trimestrais pelas secretarias, ponderado necessidade de punições irregularidade legal, mas pondera necessidade de razoabilidade punitiva diante da falta de estrutura do Estado e carência de servidores para Comissões de Monitoramento e Avaliação dos Contratos. Sugere que parte orçamentária contratual seja destinada à criação de estrutura para o monitoramento e avaliação no contrato de gestão (com respeito ao distanciamento entre equipe de monitoramento/avaliação e OS) reconhecendo como sensata a contratação de empresa para acompanhamento contratual. SESAB apresenta necessidade de desenvolvimento de competências para acompanhamento contratual, informa que no contrato de concessão por PPP prevê contratação de verificadora independente. Fato que reitera pioneirismo da SESAB. Juntas concorda que pela baixa capacidade de monitoramento do Estado, a contratação de empresa fiscalizadora é alternativa viável. Coordenador do PEOS reitera existência de parâmetros para medir as metas de gestão e as metas finalísticas e que a Consultoria da Ernst Young foi justamente para desenvolver metodologias específicas para auditoria operacional e de regularidade dos contratos de gestão e informado que minuta do Projeto de Lei do PEOS está em análise na PGE e posteriormente será apresentada a SAEB. CONGEOS relatada continuidade de atrasos na apresentação dos Relatórios Trimestrais de Gestão que aponta o desempenho das OS por parte das secretarias, inclusive SESAB.

**- Posicionamentos da SESAB.** Informa abertura de licitação para contrato de gestão aos Hospitais do Oeste, Maternidade José Maria de Magalhães Neto e Dantas Bião; andamento das publicizações dos Hospitais Luiz Eduardo Magalhães e Carvalho Luz. Apresentado interesse em publicar o Hospital Clériston Andrade por depender de contrato para alocação de RHS, apresentar baixa eficiência e inviabilidade à gestão direta, necessidade de ampliação e qualificação do serviço. Aprovada, mas a SESAB não deu continuidade ao processo de publicização após negativa em consulta pública.

**- Deliberações.** Aprovadas publicizações dos Hospital Luiz Eduardo Magalhães, Carvalho Luz, Mario Dourado Sobrinho, Eládio Lassere, Regional de Ibotirama e da Chapada. Aprovados contratos emergenciais para Hospitais Eurides Santana e Dep. Luiz Eduardo Magalhães e Geral de Vitória da

	<p>Conquista e da Criança. <u>Aprovados Termos Aditivos aos contratos de gestão</u> dos Hospitais de Juazeiro, São Jorge, Eurídice Santana, Santo Antônio de Jesus, Deputado Luiz Eduardo Magalhães, de Castro Alves com repactuação de metas e aprovação de reformas ou ampliação. Os termos aditivos passam a ter indicadores e metas para repactuação da prestação dos serviços pela OS responsável pela gestão ao Hospital de Santo Antônio de Jesus. <u>Aprovada qualificação como OS para</u> o IMIP Hospitalar, Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia, Inovação e Saúde (INTS), Instituto Médico Cardiológico da Bahia (IMCBA) e Instituto médico de Gestão integrada (IMEGI).</p>
<p><b>Manejo decisório</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006:</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Discute-se que processo de qualificação se restringe ao preenchimento documental, sendo necessários pareceres mais substanciados. Houve discussão quanto a qualificação de três solicitações devido dúvidas quanto as funções capacitação de órgãos para transplante, experiência com alimentação e não comprovar experiência com gestão hospitalar. Porém não configuraram inviabilidades às aprovações;</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Relatada importância da publicização do Hospital Santa Tereza para viabilização do início operacional, permitir pactuação técnico-financeira, ressaltando importância das cláusulas que estabelece valor global em 90% e variável em 10% (conforme indicadores de produtividade e qualidade);</li> <li>- <b>Deliberações.</b> Aprovadas qualificações: Fundação José Silveira, Promoção da Saúde de Livramento, Pró-Saúde, Grupo de Apoio à Criança com Câncer, Associação das Obras Sociais Irmã Dulce, Monte Tabor, Real Sociedade Espanhola de Beneficência e Fundação de Saúde Paramirim, Associação de Proteção à Maternidade e a Infância de Castro Alves, Instituto Sócrates Guanaes, Fundação José Montello, Instituto Fernando Filgueiras, Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Fundação Baiana de Medicina, Associação Baiana da Boa Alimentação e Saúde, Instituto de Saúde pela Promoção da Vida e Instituto de Saúde Integral.</li> <li>• <b>Período 2007-2010</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Reitera-se importância do modelo de gestão por publicização, com necessidade de modernização dos processos de contratualização e qualificação e fiscalização. Preocupa-se com atrasos dos repasses financeiros, pois inadimplência do Estado influenciam negativamente o PEOS. Informado sobre parceria com Instituição Federal de Ensino Superior para apoio na avaliação de desempenho entre gestão própria, terceirizada e OS. Analisam solicitação de uma OS para rateio de gastos com serviços de assessoria jurídica, contábil e imprensa com a SESAB, justificando que são gastos não contemplados contratualmente. Define-se como importante que a SESAB elabore parecer de razoabilidade e economicidade quando solicitar publicização de unidades hospitalares para ser encaminhado a PGE. Conselheiros se preocupam com o alto índice de repactuação de metas nos contratos de gestão por parte da SESAB, podendo significar falhas nos projetos preliminares devido constantes discrepâncias entre os valores, mas reitera-se possibilidade de tempo contratual de um a três anos e renovação por até 5 anos, ponderando que a SESAB necessita repactuar anualmente com vistas ao cumprimento das metas. SESAB é tida como diferenciada das outras secretarias por adotar Relatório de Informação Hospitalar além do Relatório Trimestral de Gestão como prestação de contas.</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> A SESAB relata que o atraso no cronograma de pagamento das OS se deve ao trâmite burocrático da administração pública. Apresenta intenção de publicar o projeto da universidade aberta ao SUS (UNASUS). Pondera que com a refederalização do Hospital Ana Nery e a municipalização do Hospital Mário Dourado Coutinho, suas publicizações serão descontinuadas e não renovadas respectivamente. Proposto implantação de sistema de captação de órgão no Estado com gerência de OS. Apresentada proposta de aumento da disposição de recursos financeiros não mensal de 10% para</li> </ul>

25%, determinando que a SAIS tem responsabilidade de avaliação da necessidade deste acréscimo quando solicitado. Informado sobre participação da Auditoria do SUS como órgão consultivo ao sistema de monitoramento da publicização.

**- Deliberações.**

Elabora-se readequação legal e inicia trâmite de apreciação do novo Projeto de Lei do PEOS pela PGE, contemplando padronizações (editais, minutas do contratos, ampliação do prazo de vigência, redefinição de prazos para qualificação, critérios de des-qualificação, inclusão de audiência pública no processo de seleção, inclusão da PGE como membro do CONGEOS, ampliação das áreas publicizáveis). Aprovada cláusula que disponibiliza recursos financeiros não mensal (aditivos) de até 10% para ampliação/reforma infraestrutural, aquisição de equipamentos ou ampliação de serviços no caso da SESAB. Aprovadas qualificações: PROCIDADE, Sociedade Médica de Promoção Humana, Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, Instituto de Gestão e Humanização e Fundação de Apoio a Pesquisa e Extensão. Aprovada inclusão da atividade de captação e transplante de órgãos como publicizável. Destaca-se importância da PGE como apoiadora na padronização documental do PEOS. Legislação limita gasto orçamentário com RHS até 65%, cancelamento da concessão de servidores públicos à OS (mantido somente para UNASUS). Nova legislação estabelecerá correlação entre a PGE e as Secretarias do Estado para apreciação de objetos contratuais com mínimo de 60 dias de antecedência. Recomenda-se fortalecimento das avaliações dos projetos de publicização através de SISMA. Aprova-se aumento para 25% dos aditivos contratuais conforme a Lei nº9433/2005 (cabendo análise da PGE) e esta proposta de alteração de 10 para 25% do recuso adicional não mensal fica inserida na nova Proposta de Lei das OS, assim como o assento das OS no conselho.

**• Período 2011-2014**

**- Posicionamentos do CONGEOS.**

Novo Projeto de Lei das OS está em apreciação no PGE, entre suas mudanças: PGE tem assento no CONGEOS, amplia duração do contrato de gestão para até dez anos, possibilita participação do servidor público à eventuais prestação de serviços de docência. Sugere-se que as reuniões do CONGEOS sejam abertas para favorecer transparência e participação social. Representante da SESAB explica que Termo de Aditivo contratual solicitado para UNASUS, o termo será oportuno para reajustar contrato com OS que readequará plano de trabalho em 90 dias. Também explica que a SESAB não está delegando todos os serviços às OS, mas que se trata de uma cogestão com existência de Colegiado de Gestão Intersetorial com representação de todas as superintendências das secretarias e do Conselho Estadual de Saúde. Presidente do CONGEOS reitera necessidade de adequação do Termo de Aditivo solicitado pela EESP por parte da SESAB. Enfatiza que a missão da SAEB é dar apoio e fortalecer o PEOS, disponibilizando-se para assessorar o processo de aditamento do contrato junto a SESAB. Conselheiro relata possibilidade de melhoria da gestão na administração pública por meio das OS devido flexibilidade proporcionada, citando como sucesso os casos hospitalares da SESAB. Menciona importância avaliação da capacidade de gestão realizada pelos técnicos da SGP (através do método desenvolvida em parceria com a UFBA), melhorias/avanços proporcionadas pela nova legislação como tempo de contrato de gestão adequado para até dez anos e inclui a PGE no CONGEOS. E ressalta que o novo Projeto de Lei tramita na PGE; Apresenta avanços do PEOS entre 2006 e 2012 (aumentaram de 30 para 74 entidades qualificadas; aumentaram de 8 para 28 os contratos, sendo 22 destes vinculados à SESAB); fomentou-se aprimoramento dos instrumentos/processo de seleção, monitoramento e avaliação, desenvolvimento da capacidade de gestão (DCG); padronizou-se minutas de edital de publicização, prestação e análise de contas; importância da metodologia específica de auditoria operacional e regularização dos instrumentos de contratualização constituídos a partir Consultoria da Ernst Young. Relatada continuidade de atrasos na apresentação dos Relatórios Trimestrais de Gestão. Ponderada necessidade de razoabilidade punitiva diante da condição de falta de estrutura do Estado devido carência de servidores para participarem das Comissões de Monitoramento e Avaliação dos Contratos. Também foi ponderada necessidade da SESAB criar competências para acompanhar os contratos. Sugere-se elaboração de um Projeto de Lei para dotação orçamentária no próprio contrato de gestão destinada à criação de estrutura para o monitoramento e avaliação, com determinado distanciamento entre equipe e o ente contratualizado. Definindo-se mais satisfatória a contratação de empresa para realização do acompanhamento desses contratos com recursos oriundos

dos próprios Contratos de Gestão. Esclarece-se que existem parâmetros para medir as metas de gestão e que a consultoria desenvolver metodologias específicas para auditoria dos contratos de gestão, qualificando PEOS através do processo de celebração, execução e prestação de contas dos contratos de gestão. Os produtos desta consultoria foram: Plano de trabalho; Auditoria em seis contratos de gestão de saúde; Manual de auditoria operacional e de regularidade dos contratos; Manual de gestão dos contratos de gestão e Capacitação ao manual de gestão. Informado que ainda está em revisão a minuta do Projeto de Lei do Programa de OS.

**- Posicionamentos da SESAB.**

SESAB reitera importância de permissão legal de maior vigência contratual e ampliação do prazo de 30 dias para OS sanarem pendências. Informado sobre repactuação de metas ao Hospital de Juazeiro com readequação do perfil e complexidade assistencial; apresentado desempenhos das unidades publicizadas: Hospital Regional Dantas Bião (cumpre metas acima do estabelecido), Maternidade José Maria de Magalhães Neto (permanecem com os valores inalterados), Hospital da Criança (realizam-se ajustes no contrato e expõem dificuldades financeiras da OS); que o Hospital de Santo Antônio de Jesus não apresenta problemas, passou por ampliação de serviços incluindo área de queimados. Apresentado aumento da taxa de permanência nos hospitais e percepção da potencialidade do programa de internação domiciliar para a redução dessas taxas. Informa andamento de outras publicizações: Hospital Luiz Eduardo Magalhães e Carvalho Luz. Quanto a UNASUS, relatou-se dificuldades como salário não atrativo aos docentes e insuficiente percentual previsto para a contratação de outras instituições prejudicando cumprimento de programação. Apresentou-se solicitação de Termo Aditivo com alterações prevendo despesas para deslocamento, possibilitando participação docente de outros Estados e a ampliação de 30 para 70% para a possibilidade de subcontratação das ações educacionais. Hospital Regional Mario Dourado Sobrinho está gerido pela AOSID por contrato emergencial e o Hospital Estadual da Criança está em homologação da seleção de publicização, tendo sido ganhadora a OS IMIP, mas relata que a OS ISG tenta suspender judicialmente a licitação. Coloca-se como inovadora e pioneira na contratação de um verificador independente para o Contrato de Concessão de PPP, custeado pela parte contratada, destacando que isto não descarta a necessidade de fiscalização direta pelos contratantes. Por isto sugere necessidade de capacitação da equipe do Estado para realizar fiscalização, já que cabe ao Estado ser fiscalizador.

**- Deliberações.**

Aprovada prorrogação de contratos para Hospital São Jorge, Eurídice Santana, do Oeste, Dantas Bião e da Maternidade José Maria de Magalhães Neto. Prorrogado prazos e repactuado metas com Hospital Castro Alves. Solicita-se apresentação do plano de trabalho correspondente ao termo de aditivo contratual com inclusão dos indicadores, metas, principais atividades a serem desenvolvidas e o orçamento. Projeto de Lei para modernização do PEOS foi analisado pela PGE, encontra-se em ajustes na Coordenação de Programas de Parcerias de Gestão da SAEB. Aprovado Termo Aditivo solicitado para UNASUS. Baixa capacidade de desempenho contratuais pela UNASUS levou a conduta de não renovação do contrato. PGE avalia os editais para seleção de gestão para oito hospitais. Consultoria da Catalunha permitiu inserir nova metodologia e elaboração de padrão de edital e anexos técnicos ao PEOS. Aprovadas minutas contratuais aos Hospitais de Juazeiro, Geral de Itaparica e Santa Tereza. Aprovados Termos Aditivos dos Hospitais de Juazeiro, São Jorge, Eurídice Santana, Santo Antônio de Jesus, Deputado Luiz Eduardo Magalhães, Regional de Castro Alves com repactuações de metas. Apreciada e aprovada publicização dos Hospitais Eládio Lassere, Regional de Ibotirama e da Chapada. Aprovado Contrato Emergencial para gestão de unidades hospitalares publicizadas com a justificativa de equilíbrio financeiro, ampliação de RHS, implantação de centrais de regulação, ampliação de serviços, internação domiciliar. Aprovada qualificação do IMIP Hospitalar, Instituto Nacional de Amparo à Pesquisa, Tecnologia, Inovação e Saúde. Aprovados Relatórios Trimestral de Gestão, Relatório Anual, Plano de Monitoramento e Avaliação dos Contratos de Gestão. Aprovados Termos Aditivos que renovam os prazos contratuais para gestão dos Hospital Regional de Castro Alves e de Juazeiro. Aprovado novos processos de seleção para publicização dos hospitais que estão em contrato emergencial. Apreciado Relatório Técnico Trimestral: Hospitais Manuel Vitorino, Santa Tereza que atingem metas. Aprovados contratos emergenciais para os Hospital Deputado Luiz Eduardo Magalhães e Hospital Eurídice Santana; termo aditivo com indicadores e metas para repactuação da prestação dos serviços pela OS responsável pela gestão do Hospital de Santo Antônio de Jesus; prorrogação do contrato de gestão do Hospital Regional de Castro Alves, Hospital Luiz Eduardo Magalhães; solicitação de

	qualificação do Instituto Médico Cardiológico da Bahia (IMCBA) e Instituto médico de Gestão integrada (IMEGI) como OS; e publicizações da UPA anexa ao HGRS e do Hospital Geral de Vitória da Conquista;
<b>Autonomia da gerencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Apreciação e aprovação dos pedidos de qualificação como OS pelo CONGEOS/SAEB; das intenções de publicização dos serviços hospitalares da rede própria; e do instrumento contratual da publicização.</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Mudança de modelo de terceirização para publicização de 02 unidades hospitalares. Planejamento estratégico da publicização para seus serviços ou subunidades hospitalares da rede própria.</li> <li>• <b>Período 2007-2010 e 2011-2014</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Necessidade de aguardar liberação de parecer da PGE sobre edital de seleção para contratação de OS pelos seguintes motivos: aprovação de caráter contratual emergencial, aprovação mediante negativa do governo municipal em assumir municipalização de unidade hospitalar, por necessidade de aditivo orçamentário para melhoria infra-estrutural determinante ao cumprimento da meta contratual. Defende-se como poder discricionário das secretarias a identificação de áreas publicizáveis. Destaca que a SESAB representa grande parte da Gestão por OS. Ressalta-se importância da PGE para melhorar processo de qualificação da natureza jurídica das OS. Solicitação de planos de trabalho correspondente ao termo de aditivo contratual pretendido pela SESAB, com inclusão dos indicadores, metas, principais atividades a serem desenvolvidas e orçamento para subsidiar o parecer conclusivo da coordenação do PEOS às repactuações.</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Coloca-se no debate tecnicamente à melhoria do modelo, e não ideologicamente. Ressalta-se: preferência de publicização à terceirização pelo maior controle social; destaca como entraves burocráticos: demora na emissão dos pareceres pela PGE; complexidade do tramite de repasse financeiro que depende da autorização da SEFAZ mesmo a SAEB coordenando o PEOS e tramitação para repactuações para redefinição de perfis assistenciais. Pondera que gestão por OS se aplica para contratação de RHS, compra de insumos e manutenção de equipamentos.</li> </ul>
<b>Prestação de Contas e Desempenho nas Atas do CONGEOS entre 2004 e 2014.</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de conteúdo das Atas do CONGEOS</b>
<b>Sistema de monitoramento e avaliação periódica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006:</b></li> <li>- <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Decide que se ocupa de funções deliberativas, e não operacionais; estabelece que o monitoramento e avaliação devem estar sob responsabilidade das Secretarias de Estado contratantes. Preocupa-se com irregularidade e desuniformização na apresentação dos relatórios e desempenhos contratuais à SESAB. Aponta-se necessidade de padronização, sistematização e apresentação dos Relatórios Trimestrais de Gestão. Secretaria Executiva do CONGEOS realiza visitas técnicas às unidades hospitalares publicizadas e apresenta relatórios consubstanciados quanto as condições e melhorias da estrutura física, regularidade sanitária, conformidades do quadro de pessoal, leitos ativos e prestação regular dos serviços.</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b></li> </ul>

SESAB cria coordenação de acompanhamento dos contratos de gestão por OS; a Auditoria do SUS é apresentada como órgão consultivo que também exerce controle interno sobre os contratos de gestão; e uma experiência de pesquisa de satisfação dos usuários é apresentada, tornando-se indicador de monitoramento e sendo definido como uma das cláusulas contratuais.

- **Período 2007-2010**

- **Posicionamentos do CONGEOS.**

Assume-se necessidade de melhoria no SISMA. Reitera-se importância de revisão dos contratos de gestão vigentes quanto as metas pactuadas, objetivando efetividade dos serviços prestados, rigor na cobrança das metas e estabelecimento de meios de execução eficientes dos contratos; a necessidade de encaminhamento de Relatórios Trimestrais de Gestão com regularidade; fortalecimento da transparência e ampla publicidade. Planeja-se contratação de consultoria para sistematizar metodologia de monitoramento e avaliação dos contratos de gestão. Aponta-se necessidade de ampliação da capacidade de fiscalização estatal e constituição de corpo técnico capacitado tal função reguladora, maior capacidade de gestão das OS, inclusão da sociedade civil na fiscalização dos contratos e adoção de indicadores de impacto social. Desenvolvido projeto de SISMA com critérios que permitem classificação (baixo, médio e alta) do Desempenho da Capacidade de Gestão (DCG) das OS. Secretaria Executiva adota critérios do DCG nas avaliações técnicas da OS visitadas, expondo avaliação quanti-qualitativa das unidades hospitalares. Evidencia-se discrepâncias entre as metas, índices de ocupação hospitalar, desafios de acesso e baixa resolutividade hospitalares. Recomenda-se fortalecimento das avaliações dos projetos de publicização em análise pela PGE, que recomendou novos parâmetros embasados na consultoria destinada ao projeto de PPP hospitalares da rede própria. Constituiu-se do GT para desenvolvimento do Projeto de Lei com modernização da Lei de OS de 2003, sendo um dos fomentos a melhoria do SISMA, processo de (des)qualificação, importância da Auditoria do SUS e do controle social no monitoramento do PEOS.

- **Posicionamentos da SESAB.**

É destacada pelo presidente do CONGEOS por representar grande parte dos contratos do PEOS e representante da SESAB ressalta preferência pelo modelo devido maior controle social. É defendida por conselheiros quanto a necessidade de repactuações anuais dos contratos de gestão para satisfazer as readequações que implicam no não cumprimento das metas. Diferencia-se das outras Secretarias de Estado por já adotar, além do Relatório Trimestral de Gestão, o Relatório de Informação Hospitalar como regra de prestação de contas contratual. Depende de aprovação quanto as solicitações de aumento orçamentário decorrente de repactuações contratuais, condicionando-se à verificação do fluxo de caixa do Tesouro do Estado, autorização da PGE e avaliação pelo TCE. Apresenta indicadores de desempenho das unidades hospitalares, destacando necessidade de repactuação diante do não atingimento das metas contratualizadas; compromete-se em melhorar monitoramento de seus contratos e incorporação da Auditoria do SUS como órgão consultivo de controle interno; informa sobre parceria com Instituição Federal de Ensino Superior para apoio na avaliação de desempenho.

- **Período 2011-2014**

- **Posicionamentos do CONGEOS.**

Considera necessário aprimorar instrumentos/processo de seleção, SISMA, critérios de DCG e instrumentos de prestação e análise de contas. Apresenta como importante a metodologia específica de auditoria operacional, regularização dos instrumentos de contratualização constituídos com a Consultoria da Ernst Young que identificou problemas de cálculo do orçamento de contratação de pessoal subestimado, desenvolveu planilha de economia da saúde, metodologia de avaliação e padrão de edital/anexos contratuais, além de estar concluindo elaboração de seis manuais de auditoria e gestão. Condições que avançará na capacidade regulatória estatal. Define-se como importante a constituição de rede de consultores internos e externos. Avaliações técnicas evidenciam média capacidade de gestão das OS e recomendações de melhorias. Os contratos de OS passam a garantir repasses de recurso conforme avaliação e alcance de metas e resultados. Pondera-se quanto a punição por baixo encaminhamento de RTG, pois

	<p>considera que há baixa capacidade de monitoramento por parte das estruturas administrativas do Estado. Sugere-se inclusão da contratação de empresa para acompanhamento com recursos oriundos dos próprios Contratos de Gestão, mas garantindo não existência de conflitos de interesse.</p> <p><b>- Posicionamentos da SESAB.</b>          Continuam os atrasos na entrega dos RTG prejudicando acompanhamento do desempenho das OS. Mantem-se como instrumentos os RTG à SAEB, o Relatório Anual de Gestão ao TCE e RIH das unidades à coordenação de monitoramento da SESAB. RTG evidenciam médio e alto DCG, condicionados ao perfil assistencial, rol de serviços ofertados, problemas com equipamentos e baixa fixação dos profissionais. Destaca-se experiência inovadora e pioneira de contratação de verificadora independente no instrumento contratual de PPP.</p>
<p><b>Preocupação com desempenho</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006:</b>  <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b>            Não houve considerações.  <b>- Posicionamentos da SESAB.</b>            Relata-se desempenho adequado das OS, mas não apresenta instrumentos e afirma necessidade de tempo para consolidação do modelo. Afirma-se que os hospitais publicizados são considerados referências de gestão em outros estados, principalmente quanto ao custo/benefício, existência de metas a serem cumpridas e melhoria dos controles internos e da qualidade dos serviços.</li> <li>• <b>Período 2007-2010</b>  <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b>            Aponta-se que o modelo não impõe barreiras administrativas, respeita condicionantes legais da licitação (Lei nº8666). Exige-se modelo padronizado de seleção pública e instrumento contratual, sendo necessário apoio jurídico. PGE se compromete em apoiar e agilizar análises das publicizações e do processo de alteração do marco legal das OS para aperfeiçoamento do modelo. Quanto as demoras das análises, justifica-se pela necessidade de fundamentá-las com as recomendações da Lei de Licitação de licitações e de Responsabilidade Fiscal. Recomenda-se o fortalecimento das avaliações dos projetos de publicização, criando-se o SISMA dos contratos de gestão e Desempenho e Capacidade de Gestão que avaliam as OS como baixo, médio e alta, cujo desenvolvimento contou com apoio da PGE.  <b>- Posicionamentos da SESAB.</b>            Comprometeu-se em aperfeiçoar seu sistema de monitoramento da gestão indireta, com avaliação do desempenho da capacidade operacional. Exige necessidade de regularidade da transferência orçamentária contratual e repactuação das metas para readequação do perfil assistencial às necessidades de saúde das regiões. Considera as OS importantes para atenção hospitalar por melhorar as manutenções de equipamentos, contratação de RHS e aquisição de insumos que interferem diretamente no desenvolvimento das atividades assistenciais. Apresentada avaliação quanti-qualitativa das unidades hospitalares que apresentam de médio a alto desempenho, embora não tenha regularidade.</li> <li>• <b>Período 2011-2014</b>  <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b>            Aprovam-se prorrogações, repactuações e termos aditivos de contratos de gestão hospitalar com as seguintes justificativas: caráter emergencial para não descontinuar assistência, impedimentos/atrasos no processo de seleção, cumpre das metas superior ao pactuado, ampliação de serviços. Aprovam-se novos processos de seleção para publicização dos hospitais que estão em contrato emergencial. Consultoria da Ernst Young desenvolveu justamente as metodologias para auditoria operacional, regularização dos contratos de gestão e parâmetros para medir as metas de gestão; permitindo qualificação do Estado e aperfeiçoamento da capacidade reguladora da Comissão de Acompanhamento da Execução do</li> </ul>

	<p>Contrato e de pessoas ligadas a gestão dos contratos. Reitera importância dos Relatórios Trimestrais de Gestão, e queixa-se da falta de regularidade da sua apresentação.</p> <p><b>- Posicionamentos da SESAB.</b></p> <p>Reitera importância da ampliação da duração contratual na oportunidade de reforma legal do PEOS; aponta como problema ao DCG das OS a baixa cobertura da APS, reajuste de valor contratual, morosidade na manutenção de equipamentos. Destaca a baixo DCG da OS do Hospital da Criança (com recomendações ao Plano de Melhorias), aumento do Hospital Dantas Bião e de Barreiras, descumprimento dos indicadores qualitativos dos Hospital do Oeste e de Juazeiro; registra que aumentou a taxa de permanência nos hospitais e aponta à potencialidade do programa de internação domiciliar. Destaca-se como inovadora por já adotar verificadora independente no contrato de concessão de PPP.</p>
<p><b>Cumprimento do plano contratualizado</b></p>	<p>• <b>Período 2003-2006</b></p> <p><b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b></p> <p>Pontua-se que o PEOS é “fantástico” pelo diferencial do contrato permitir cumplicidade entre entidade gestora e órgão contratante, discutindo-se sobre diferenciação entre ONG, OS e PPP, importância de existirem metas de prestação dos serviços. Salienta-se importância das Secretarias do Estado atentarem aos vencimentos dos seus contratos.</p> <p><b>- Posicionamentos da SESAB.</b></p> <p>Atenta-se para necessidade de cumprimento do cronograma de repasse orçamentário contratualizado por parte do Estado e que quando ocorrem superação das metas de atendimentos devem ser renegociados os contratos.</p> <p>• <b>Período 2007-2010</b></p> <p><b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b></p> <p>Conselheiro se preocupa com continuidade do não cumprimento das metas pactuadas e questiona se não há mal dimensionado ou falta de análise territorial. Coordenadora do PEOS destaca importância do cumprimento do cronograma de repasse orçamentário como condicionalidade ao sucesso do modelo de gestão por OS. SAEB respondeu aos inquéritos do MP quanto ao descumprimento contratual dos Hospitais Deputado Luiz Eduardo Magalhães, Dantas Bião, Santa Tereza e Maternidade José Maria de Magalhães Neto. Coube ao representante da SESAB sustentar defesa e correlacionar à necessidade de ampliação dos leitos de UTI. Apontado que caso o percentual das metas seja abaixo de 80% no RTG, eles deverão ser encaminhados ao TCE conforme determina a legislação. Ressalta-se que as secretarias precisam aumentar seu quadro de recursos humanos em monitoramento.</p> <p><b>- Posicionamentos da SESAB.</b></p> <p>Unidades hospitalares não atingem metas contratualizada, justificando-se pela necessidade de melhorias infraestruturais que exigem repactuação com aditivos. Mantem-se problema de atraso dos repasses financeiros, ocasionando necessidade de empréstimos bancários pelas OS e influenciando negativamente no PEOS; questiona-se sobre a atuação do CONGEOS frente à inadimplência do Estado, pois deve-se adotar estratégias os entraves do repasse orçamentário. Aponta-se necessidade de apresentação do plano de trabalho correspondente aos termos de aditivo contratuais com indicadores, metas, atividades e o orçamentos para subsidiar pareceres do CONGEOS às repactuações.</p> <p>• <b>Período 2011-2014</b></p> <p><b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b></p> <p>Relatório da Comissão de Fiscalização, Monitoramento e Avaliação do contrato da UNASUS evidenciou baixo DCG, não sendo renovado e estabelecido retorno do recurso financeiro repassado que não foi executado.</p>



	<p><b>- Posicionamentos da SESAB.</b> Diretor da Rede Própria apresentou DCG das unidades hospitalares, destacando casos de: cumprimento de metas acima do estabelecido contratualmente, permanência de valores pactuados, necessidades reajustes contratuais, dificuldades financeiras de algumas OS e resolução de problemas com a troca de outras OS.</p>
<b>Sistema de Gerencia por Operações nas Atas do CONGEOS entre 2004 e 2014</b>	
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de conteúdo das Atas do CONGEOS</b>
<b>Gerencia rotineira ou criativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006:</b> <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b> Informa sobre realização de evento de sensibilização da SESAB ao modelo de OS, pois sua atual gestão investirá nele. Planeja-se convidar OS de São Paulo para relatar sua experiência. Menciona-se sobre possibilidade de complementação salarial para os servidores estaduais que sejam disponibilizados à gestão por OS.</li> <li><b>- Posicionamentos da SESAB.</b> Realizado contrato de gestão para Hospital Santa Tereza aliando ação social, percentuais fixos e variáveis de indicadores de quanti-qualitativos para transferência orçamentária. Relata-se importância da publicização para novas unidades hospitalares.</li> <li>• <b>Período 2007-2010:</b> <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b> À melhoria do modelo com a revisão da Lei de 2003, busca-se padronização contratual para flexibilizar entraves impostos pela Lei nº8666, disponibiliza recursos financeiros não mensais de até 10% do orçamentário (que posteriormente foi aumentado para 25%), possibilidade de audiência pública no processo de seleção, fórum entre a PGE e Secretarias do Estado quanto aos objetos de publicização, ampliação das áreas publicizáveis, limitação dos gastos com RHS em até 65% do valor contratual. Informa-se constituição de comissões de monitoramento pelas Secretarias de Estado; sugere-se à SESAB realocação dos RHS de serviços publicizados para outras unidades; PGE apoia repactuações com aditivos;</li> <li><b>- Posicionamentos da SESAB.</b> Foram redefinidos metas, perfil de serviços e incorporados aditivos nas repactuações contratuais; adotou-se descentralização por via da municipalização e aprovação da Fundação Estatal além da publicização; experimentou-se repactuação com inserção do poder executivo municipal como cogestão; apoiada solicitação de IFES em tornar o Hospital de Juazeiro como de ensino; vinculou-se Hospital de Santo Antônio de Jesus como unidade de ensino para abertura de uma IFES; considera-se que o PEOS desburocratiza a gestão hospitalar facilitando processos de compras, contratação de RHS. SESAB se destaca por adotar indicadores e ter a melhor estrutura de monitoramento; inclui-se estratégia de internação domiciliar, captação de órgão do Estado, atenção oncológica como publicizável;</li> <li>• <b>Período 2011-2014:</b> <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b> Realizado seminário “Modelos de Descentralização e Parcerias de Gestão” para ampliar PEOS. Representante da SESAB reitera importância da legislação ampliar tempo contratual para até 10 anos. Coordenador do PEOS defende importância do reequilíbrio orçamentário contratual.</li> </ul>

	<p>Preocupa-se e aperfeiçoa processo de qualificação da natureza jurídica com critérios a serem contemplados (experiência em gestão hospitalar, natureza sem fins lucrativos), amplia-se transparência tornando as reuniões públicas. Relata importância de aperfeiçoamento e quantitativo do pessoal responsável pelo monitoramento e avaliação contratual, contrata consultoria para aperfeiçoamento do PEOS,</p> <p><b>- Posicionamentos da SESAB.</b> Aprovados aditivos contratuais e repactuações com ampliação da complexidade assistencial, diminuição dos contratos emergenciais, articulação com central de regulação de leitos; apresentado aumento da taxa de permanência nos hospitais e percepção da potencialidade do programa de internação domiciliar. Ponderado que implantação da cobertura hospitalar nos vazios assistenciais houve redução de migração de usuários baianos outros estados. Informa andamento de novas publicizações para unidades com gestão direta, mas um foi abortado após consulta pública. Apoiado como lócus na consultoria de melhoria da capacidade de gestão do PEOS, desenvolvimento do SISMA, da DCG e manuais de auditoria e gestão. Ressalta-se pela inovadora adoção de verificadora externa em contratos de PPP.</p>
<p><b>Responsabilidade com eficiência e eficácia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006:</b> <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b> Presidente do CONGEOS explana que “Com apoio das OS, o Estado poderá responder com mais eficiência às demandas da sociedade”.</li> <li><b>- Posicionamentos da SESAB.</b> Não houve conteúdo relacionado.</li>   <li>• <b>Período 2007-2010</b> <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b> Conselheiros declaram descontentamento com a gestão de RHS pelas OS desencadeando discussão sobre importância do CONGEOS e o papel deste “novo Estado”. Compartilha-se da preocupação com a readequação das metas contratuais nas repactuações, necessidade de regularidade das transferências financeiras, melhoria do monitoramento/avaliação; problematiza-se sobre revisão da Lei de OS de 2003. Sendo pontos específicos: melhoria do instrumento legal quanto ao monitoramento, assento da PGE no CONGEOS e estreitamento com vistas a celeridade das autorizações de contratação, garantia de ampla concorrência, inclusão de metas fixas e variáveis, redefinição de tempo contratual para viabilizar adequação dos serviços, melhoria do processo de publicização (documentos, regras, resoluções, edital e modelo contratual padrão). Projeto de Lei que revisa os PEOS possui SISMA com CDG. E PGE recomendou novos parâmetros de avaliação considerando experiência da consultoria para desenvolvimento do modelo de PPP para unidade hospitalar da rede própria.</li> <li><b>- Posicionamentos da SESAB.</b> Auditoria do SUS é incluída como órgão consultivo ao sistema de monitoramento da publicização. IFES participará da qualificação do processo de avaliação de desempenho. Apresentada avaliação das unidades hospitalares, sendo heterogêneo os desempenhos da prestação de serviços, necessitando defesa sobre fatores intervenientes.</li>   <li>• <b>Período 2011-2014</b> <b>- Posicionamentos do CONGEOS.</b> Aponta-se continuidade de atrasos na apresentação de RTG conforme programado. Sugere-se elaboração de um Projeto de Lei para dotação orçamentária no próprio contrato de gestão destinada à criação de estrutura para o monitoramento e avaliação, sendo adequada proposta para contratação de empresa acompanhamento contratual.</li> <li><b>- Posicionamentos da SESAB.</b></li> </ul>

	<p>Apresentado desempenho das OS com destaque para heterogênea DCG, casos com melhoras, descumprimento de indicadores de metas. Responsabiliza-se em readequar perfil assistencial para melhoria dos serviços prestados. Aprovam-se aditivos para melhoria das condições estruturais, adequações assistenciais, estratégias de ampliação de leitos. Aponta pioneirismo na contratação de verificadora independente para modelo de gestão por PPP.</p>
<p><b>Cumprimento de metas contratualizadas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período 2003-2006</b> Não houve conteúdo relacionado.</li>   <li>• <b>Período 2007-2010</b> - <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Aponta-se necessidade de corpo técnico capacitado para monitoramento, capacidade de gestão das OS, relevância da sociedade civil na fiscalização dos contratos e a ampliação da capacidade de fiscalização por parte do Estado; que a SESAB deveria repactuar anualmente com vistas ao cumprimento das metas; consideram que SESAB se diferencia por adotar RIH além do RTG. Projeto de Sistema de Monitoramento e Avaliação dos contratos de gestão, as instituições serão avaliadas e classificadas de acordo com o Desenvolvimento Capacidade de Gestão (DCG) das OS como baixo, médio e alta. MP exerce função de controle externo com inquéritos administrativos e termos de ajuste de conduta. TCE é mencionado como órgão de controle externo, devendo ser informado através de Relatório Anual de Gestão e, principalmente quando não se atinge desempenho contratual pactuado.</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Unidades hospitalares não atingiram metas contratualizadas ou houve queixas quanto a humanização dos serviços. Após justificativa associadas aos problemas infraestruturais, perfil de usuário incompatível com serviço prestado ou necessidades regionais, foram necessárias repactuações das metas através de aditivos de reequilíbrios financeiros, melhoria da caracterização territorial e inclusão de estratégias ministeriais à atenção hospitalar (internação domiciliar, qualificação às linhas de cuidado prioritárias, ampliação da cobertura assistencial e melhora da relação quantitativa entre número de leitos gerais e de UTI).</li>   <li>• <b>Período 2011-2014</b> - <b>Posicionamentos do CONGEOS.</b> Relata-se continuidade de atrasos na apresentação dos RTG com desempenho das OS. Aprovados termo aditivo que renovam os prazos, orçamento, qualificação de estrutura física, implantação de estratégias de atenção hospitalar nos instrumentos contratuais. Aprovados novos processos de seleção pública para publicização dos hospitais que ainda em contrato emergencial.</li> <li>- <b>Posicionamentos da SESAB.</b> Apresenta-se desempenho das unidades publicizadas com destaque para casos de baixo desempenho, necessidades de reajuste contratual, baixa taxa de ocupação e melhorias estruturais ou do perfil assistencial. E outros casos com melhora da taxa de permanência e importância do programa de internação domiciliar para melhoria das taxas.</li> </ul>

## ANEXO A – Termo de Anuência da Instituição Coparticipante



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - **SESAB**  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - **SAIS**

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização do estudo intitulado “ Modelos Alternativos de Gestão da Atenção Hospitalar do SUS Bahia”, coordenado pelos pesquisadores Isabela C. de M. Pinto e Thadeu B.S. Santos, vinculado ao programa de pós-graduação do ISC-UFBA, em conformidade ao projeto apresentado e disponibilizado.

  
Gisélia Santana Souza  
**Superintendente**

Gisélia Santana Souza  
Superintendente



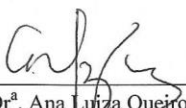
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
Rua Basílio da Gama, s/n. Caneta, Salvador – Bahia, Brasil CEP 40-110-040

Salvador, 20 de novembro de 2014.


À Exm<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gisélia Souza Santana  
Superintendente de Assistência Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde  
da Bahia (SAIS- SESAB)

Solicitamos a V. Ex<sup>a</sup>, na qualidade de Superintendente de Assistência Integral a Saúde da SESAB, autorização para a realização da pesquisa intitulada “Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS Bahia”, coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabela Cardoso de M. Pinto . Espera-se que mediante o desenvolvimento deste estudo, sejam analisados os processo de gestão indireta adotada para rede própria de atenção hospitalar no SUS Bahia. Assim como oferecer subsídios ao gestor do SUS/Bahia para a avaliação da atenção a saúde.

Atenciosamente,

  
Prof. Adj. Dr<sup>a</sup> Ana Luiza Queiroz Vilasbôas  
Vice-Diretora – ISC/UFBA

Autorizo,

  
Gisélia Souza Santana  
Superintendente de Assistência Integral à Saúde  
Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

## ANEXO B – Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA / UFBA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Titulo da Pesquisa:** MODELOS ALTERNATIVOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR DO SUS

**Investigador:** Isabela Cardoso de Matos Pinto

**Área Temática:**

**Classificação:** 1

**AE:** 41872715.2.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Financiador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.023.116

**Data da Relatoria:** 24/02/2015

#### Resumo do Projeto:

O projeto discute a atenção hospitalar enquanto uma temática importante na organização do sistema de saúde, constituindo-se como um dos principais desafios na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na década de 1990, com a Reforma do Estado Brasileiro, os novos arranjos organizacionais de saúde pública indireta constituem um fenômeno relevante para as políticas de saúde.

Observa-se no estado da Bahia diferentes modelos de gestão pública indireta para ampliação da rede de atenção hospitalar. Assim, entre 2007 e 2014, o caso da atenção hospitalar do SUS Bahia se apresentou como um desafio à capacidade de governo do gestor estadual de saúde, que adotou diferentes arranjos jurídico-institucionais de contratualização para a gestão dos serviços hospitalares. Diante disso, cabem alguns questionamentos quanto a este fenômeno:

1. Como a SESAB adotou diferentes modelos de gestão pública indireta na implementação da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014?

2. Como se caracteriza a gestão indireta nas unidades hospitalares contratualizadas pela SESAB no SUS Bahia entre 2007 e 2014?

3. Como a SESAB regula a relação nos modelos de gestão pública indireta contratualizadas para atenção hospitalar do SUS Bahia?

4. Quais indicadores de eficiência são adotados pela SESAB para o monitoramento das metas?

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Tel:** (71)3283-7441

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** cepisc@ufba.br



contratuais pactuadas com os modelos de gestão pública indireta para atenção hospitalar do SUS Bahia?

**Objetivo da Pesquisa:**

2.1 Objetivo Geral

- Analisar o processo de gestão (in)direta adotada para rede própria de atenção hospitalar no SUS Bahia, entre 2007 e 2014;

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear natureza jurídico-institucional das modalidades de gestão/administração pública em estabelecimentos hospitalares do Brasil e estado da Bahia, conforme Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES);
- Conhecer produção científica nacional e internacional sobre modelo de gestão/administração pública (direta e indireta) adotada na atenção hospitalar e disponíveis em bases LILACS, SCIELO, PUBMED, MEDLINE e Banco da CAPES;
- Reconhecer desafios da gestão direta dos hospitais da rede própria da SESAB;
- Identificar fatores intervenientes (determinantes e condicionantes) à adoção de modelos de gestão pública indireta na implementação da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014;
- Caracterizar a gestão indireta dos entes contratados para atenção hospitalar da rede própria do SUS Bahia entre 2007 e 2014;
- Analisar os mecanismos e a capacidade de regulação e monitoramento dos contratos de gestão pública indireta firmados pela SESAB para implementação da atenção hospitalar do SUS Bahia entre 2007 e 2014;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O projeto garante respeitar os princípios bioéticos de não maleficência, beneficência, justiça e equidade; por ser realizada com seres humanos, reconhece a existência de riscos à dimensão moral, intelectual e social da população/participantes, ao tempo que adota como medidas que os minimizem: anonimato dos participantes, sigilo e confidencialidade das informações fornecidas, respeito aos princípios éticos, privacidade durante as fases de coleta de dados, autorização para gravação da entrevista semiestruturada, disponibilidade dos documentos e utilização dos dados coletados exclusivamente para fins científicos previstos no protocolo de pesquisa.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n  
Bairro: Canela CEP: 40.110-040  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7441 Fax: (71)3283-7460 E-mail: cepisc@ufba.br

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo de casos múltiplos que enfoca a incorporação de diferentes modelos de gestão hospitalar, contemplando análise documental, observação sistemática e entrevistas semiestruturadas, a ser realizado em duas etapas. A primeira corresponde a um estudo de revisão sistemática com perspectiva de fazer síntese sobre o conhecimento científico nacional e internacional (publicados nas principais bases de dados indexadas – LILACS, SCIELO, PUBMED, MEDLINE – e Banco Teses e Dissertações da CAPES), acerca do modelo de gestão pública e modelo de administração pública. A busca será feita a partir de descritores em saúde e as categorias analíticas a serem adotadas foram reconhecidas em estudo de aproximação através do Google Acadêmico. A segunda se fundamenta em busca de dados secundários, utilizando o sistema de informação governamental intitulado Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O estudo deve abordar um sistema composto por 17 organizações hospitalares que se constituem como parceiros públicos estatal e não estatal. Acrescenta-se uma maternidade (das quatro vinculadas a rede própria) que tem contrato de gestão pública indireta. Elas se vinculam através de instrumento de contratualização.

. Assim, estas unidades da rede própria com gestão pública indireta estão assim distribuídas: 04 em Salvador, 01 em Feira de Santana, 01 em Itaparica, 01 em Santo Antônio de Jesus, 01 em Castro Alves, 01 em Alagoinhas, 01 em Porto Seguro, 01 em Mairi, 01 em Ribeira do Pombal, 01 em Juazeiro, 01 em Ibotirama, 01 em Sta. Rita de Cássia e 01 em Barreiras. E 01 maternidade em Salvador.

Existem dez entes contratualizados, a citar: SM-Gestão Hospitalar, Obras Sociais Irmã Dulce (OSID), Instituto Fernando Filgueiras, APMICA-Associação de Proteção à Maternidade e Infância de Castro Alves, Monte Tabor, Santa Casa de Misericórdia, Fundação José Silveira, DMX-Assessoria e Gestão, IMIP-Instituto de Medicina Legal Prof. Fernando Figueira e Prodal Saúde. Destas, as que possuem mais contratualizações firmadas são SM-Gestão Hospitalar e OSID.

Para fins de realização de estudo, adotar-se-á os seguintes critérios de inclusão dos entes parceiros: serem unidades hospitalares da rede própria da SESAB, incluir todas as modalidades de gestão pública indireta (OS e PPP) contratualizada, incluir os dez entes contratualizados, contemplar pelo menos uma unidade por macrorregião de saúde da Bahia.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes chave da pesquisa, constituído por atores que assumiram funções de secretários de saúde da SESAB, superintendentes da SAIS, diretores da Gestão Própria e da Gestão Indireta, bem como seus respectivos servidores técnico-administrativos da tecnoestrutura da SESAB-SAIS). Outro grupo de população se constitui pelos

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7441

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** cepisc@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.023.116

diretores dos hospitais da rede própria com modelos de gestão pública indireta e membros de sua equipe. Conforme respeito aos aspectos éticos da pesquisa (BRASIL, 2012), os atores que assinarem termo de consentimento, serão considerados participantes desta pesquisa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto apresenta os documentos obrigatórios, os quais: TCLE para os informantes chave; Roteiros de entrevistas, de análise documental e observação; Carta de anuência institucional; Cronograma e orçamento (financiamento do CNPq).

**Recomendações:**

Favorável à aprovação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 03/03/2015, o processo referente ao projeto de pesquisa em tela.

Não tendo apresentado pendências na época da sua primeira avaliação, atendeu de forma adequada e satisfatoriamente às exigências da Resolução nº 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

**Endereço:** Rua Basílio da Gama s/n

**Bairro:** Canela

**CEP:** 40.110-040

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7441

**Fax:** (71)3283-7460

**E-mail:** cepisc@ufba.br