

Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços

Hospital management in the SUS: correlations between local health care networks and service management capacity

Jessica Santos de Souza¹, Juliete Sales Martins², Lilian Barbosa Rosado³, Thadeu Borges Souza Santos⁴, Isabela Cardoso de Matos Pinto⁵

RESUMO Por meio das Redes de Atenção à Saúde, o hospital passou a ser ponto de um sistema de saúde que se pretende integrado. O objetivo desse estudo foi compreender os aspectos relacionados com a gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde – SUS Bahia – que facilitam ou dificultam o funcionamento das redes, a partir da percepção dos gestores. Realizou-se estudo do caso SUS Bahia, com diretores hospitalares, tomando o período de 2007 a 2014. Para o tratamento das entrevistas, adotou-se a técnica de análise de conteúdo. Fundamentou-se no referencial sobre capacidade de gestão do Triângulo de Ferro de Carlos Matus. Como achados, aponta-se para a importância da adequação do perfil assistencial dos hospitais às necessidades de saúde da população adstrita e seu alinhamento com a concepção de rede. Foram aspectos importantes para o funcionamento: a relação entre serviços, território; a relação entre hospital, central de regulação de leitos e gestão municipal; e como os diferentes modelos de gestão influenciam no monitoramento da prestação de serviços hospitalares. Considera-se necessário aperfeiçoar os instrumentos contratuais de gestão, para qualificar o papel do hospital com prestação de serviços adequados às demandas da região e melhorar sua relação com a gestão municipal e referencialidade aos outros níveis de atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Planejamento em saúde. Planejamento hospitalar. Regionalização. Hospitais públicos. Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *Through the local Health Care Networks (RAS), the hospital became the point of an integrated health system. The objective of this study was to understand the aspects related to hospital management in the Unified Health System – SUS Bahia that facilitate or hinder the operation of the RAS, from the perception of the managers. A study case of the SUS Bahia was conducted, with hospital directors, in the period of 2007-2014. For the treatment of the interviews, the content analysis technique was adopted. The benchmark used was the management capacity of Carlos Matus' Iron Triangle. The results point out the importance of the adequacy of the health care profile of the hospitals to the health needs of the population, in alignment with the network design. It stands out as important aspects for the operation of local RAS: the relationship between services, territory; the relationship between hospital, central regulation of beds, and municipal management; and how the different management models influence the monitoring of hospital services delivery. It is considered necessary to improve the contractual management instruments to qualify the hospital's role with providing services suited to the demands of the region and to improve its relationship with municipal management and referentiality to other levels of health care.*

KEYWORDS *Health planning. Hospital planning. Regional health planning. Hospital public. Public health policy.*

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. jessicaenf@yahoo.com.br

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. ju.lysa.martins@hotmail.com

³ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. lilian_rosado@hotmail.com

⁴ Universidade do Estado da Bahia (Uneb) – Salvador (BA), Brasil. thadeu100@gmail.com

⁵ Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) – Salvador (BA), Brasil. isabelacmp@gmail.com

Introdução

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) se constituem como parte da problemática que envolve a capacidade de gestão dos sistemas de saúde, em específico daquelas relacionadas com os estabelecimentos hospitalares, conforme recomendações normatizadas pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Enquanto estratégia ministerial, elas foram importante para a integração das ações e serviços de saúde, considerando as diferentes densidades tecnológicas na garantia da integralidade do cuidado.

Como justificativas para sua implementação, destacam-se a fragmentação dos sistemas de saúde, descontinuidade entre os níveis de atenção, ausência de comunicação entre os pontos de atenção, organização hierárquica do sistema de saúde, predominante modelo de atenção curativista, financiamento insuficiente, precarização do trabalho, carência de profissionais nas regiões estratégicas e persistente cuidado centrado na atuação médica^{1,2}.

A estruturação das RAS, descrita na Portaria nº 4.279, de 2010, foi desenhada adotando como estratégia a definição dos pontos de atenção, relacionados horizontalmente e compostos pelos serviços de saúde dos níveis de atenção primária (que deve se sustentar como reordenadora do cuidado e coordenadora da rede), secundária e terciária, que atuam de modo conjunto e interdependente. Seus elementos essenciais são a população, a região de saúde, o modelo de atenção e a estrutura operacional, este último é composto pelos níveis de atenção, sistema de apoio, logístico e governança¹.

O processo de governança descrito na estrutura organizacional das RAS é como um instrumento de operacionalização e de gestão delas, estruturando a relação entre os níveis federais, estaduais e municipais e as organizações privadas, com e sem fins lucrativos, e os atores da sociedade civil³.

As RAS foram reiteradas pelo Decreto

nº 7.508/2011, que estabeleceu, entre outras orientações, a articulação interfederativa e reafirmou a estratégia de organização dos serviços em redes de atenção que devem ser ofertados nas respectivas Regiões de Saúde e em consonância com as diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores⁴.

Como estratégia importante para o funcionamento das redes, a corresponsabilidade das ações e serviços de saúde pelos entes federados que devem se manifestar por meio de instâncias permanentes de governança como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB)⁵. Estes são espaços que devem funcionar como um compartilhamento das responsabilidades sanitárias, o que evita a concentração de autoridade por parte de algum ente.

A governança caracteriza-se pelo esforço de fazer a gestão de todos os componentes dessas redes, incluindo a capacidade de manejar os conflitos de interesse e assegurar a execução dos pactos e acordos firmados entre os atores⁵. Nesse sentido, no processo de governança, os pontos de atenção à saúde devem ser considerados como espaços de oferta de serviços, e, entre eles, estão os hospitais. Como serviços da atenção especializada e terciária, eles são relevantes por possuírem diferentes pontos de prestação de serviços, como: unidade de terapia intensiva, ambulatório, pronto atendimento, centro cirúrgico, maternidade, entre outros⁶.

A reorganização e a qualificação da atenção hospitalar no Sistema único de Saúde (SUS) se instituiu com a PNHOSP, por meio da Portaria nº 3.390/2013, que estabeleceu diretrizes para a organização do componente hospitalar alinhado com as RAS e respectivas redes temáticas^{7,2}. Desse modo, foi explicitado o lugar da atenção hospitalar na organização do sistema de saúde de forma horizontal e articulada com a atenção básica e demais níveis de atenção.

As unidades hospitalares, portanto, passaram a compor o conjunto de pontos de atenção que deveria estar inserido em uma

região de saúde e referenciado a uma população definida⁷. Nesse sentido, essa deve se organizar a partir da necessidade de saúde apresentada pela população, conforme linhas de cuidado e regulação do acesso.

Assim, a relevância deste estudo partiu da compreensão de que a atenção hospitalar foi redirecionada à integração com os outros níveis de atenção a partir das RAS, sendo a PNHOSP o documento oficial que apontou como recomendações a qualificação do serviço, readequação do perfil assistencial, correlação dos hospitais com outras unidades de maior porte ou complexidade e regulação com os fluxos ou itinerários terapêuticos⁷.

Esses elementos reconfiguram o conjunto de problemáticas desafiantes à capacidade de gestão hospitalar, tanto por parte dos gestores do sistema de saúde quanto dos gestores dos serviços hospitalares. Os desafios encontrados por este último grupo exigem esforços analíticos, sendo escopo deste artigo, cujo método e resultados serão apresentados a seguir.

Diante do exposto, define-se como objetivo deste estudo analisar os aspectos relacionados com a gestão hospitalar no SUS Bahia que facilitam ou dificultam o funcionamento das RAS, a partir da percepção dos gestores, no período de 2007 a 2014.

Procedimentos teórico-metodológicos

Trata-se de uma pesquisa, parte do estudo intitulado 'Modelos alternativos de gestão na atenção hospitalar do SUS', aprovado pelo Comitê de Ética com CAAE nº 41872715.2.0000.5030. Como estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, foi possível compreender as relações entre grupos, atores e instituições, processos históricos e sociais da implementação de políticas públicas⁸⁻¹⁰.

Adotou-se o recorte temporal compreendido entre 2007 e 2014 por ter sido período de importante implementação da atenção

hospitalar no SUS Bahia, caracterizada pela ampliação da cobertura assistencial, abertura dos cinco novos hospitais e adoção estratégica dos diferentes modelos de gestão. O lócus do estudo foi a rede hospitalar própria, constituída por 43 hospitais distribuídos nas 9 macrorregiões de saúde do estado, sendo 22 unidades com gestão direta, ou seja, sob a administração do próprio estado, e 21 unidades com gestão indireta, quando o estado transfere a gestão para outros entes e se torna corresponsável pelo serviço prestado. Os modelos de gestão indireta existentes eram por Organizações Sociais (OS) e por Parceria Público-Privada (PPP)¹¹.

A população de estudo foi constituída pelos 28 diretores hospitalares da rede própria, entrevistados durante 2015, sendo 13 sob gestão direta e 15 sob gestão indireta abrangendo todas as 9 macrorregiões de saúde do estado. Destes, 17 cumpriram o critério de inclusão neste estudo, por referirem alguma correlação entre as RAS e a gestão hospitalar. As entrevistas foram agendadas, gravadas e submetidas ao plano de tratamento de dados com transcrição na íntegra, leitura em profundidade, reconhecimento de núcleos de sentidos e categorização preestabelecida conforme a PNHOSP. Esse processo permitiu identificação da intencionalidade de interesses e atitudes dos sujeitos⁸.

Entende-se que os hospitais, na perspectiva das RAS e da PNHOSP, são pontos de atenção que devem se relacionar com outros níveis horizontalmente^{2,7}, devendo seguir sistematização da regionalização nos polos regionais e favorecendo melhor cobertura a populacional adstrita¹². Ademais, a regionalização necessita de reorganização da atenção hospitalar com redefinição dos seus papéis de referencialidade local, regional ou estadual¹³. Seguindo este pressuposto, definiram-se as categorias de análise.

Reconhecendo a estruturação da PNHOSP em seis eixos (assistência; gestão; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização;

e responsabilidades das esferas de gestão), concentrou-se no eixo da gestão hospitalar. De tal modo, as categorias de análise foram estabelecidas previamente, atentando-se para os elementos consonantes às RAS, que são o papel do hospital na rede, a implementação de fluxos regulatórios e a contratualização⁷.

Como embasamento teórico-analítico, adotou-se o Triângulo de Ferro de Matus (TFM), em específico o manejo decisório que destaca os posicionamentos e enfrentamentos estratégicos que os atores assumem para fortalecimento de sua capacidade de gestão¹⁴ como foi possível sistematizar na apresentação dos resultados a seguir.

Resultados e discussão

A apresentação dos resultados está estruturada na exposição dos núcleos de sentidos e algumas particularidades dos modelos de gestão direta ou indireta. Na gestão direta, dez unidades hospitalares foram incluídas no estudo e se localizaram em quatro macrorregiões de saúde do estado, sendo: seis na macro-leste (três maternidades, dois hospitais especializados e um geral), duas na macro-sudoeste, um na

macro-centro-leste e uma na macro-sul. O perfil destas unidades foram: maternidade de média complexidade, hospitais gerais de média e alta complexidade e hospitais com perfil de atendimento para agravos específicos de referência para a sua região de saúde, macrorregião e até para todo o território estadual. Deste total, seis deles estão na capital do estado, incluindo três maternidades de referência para risco habitual e dois hospitais especializados, e os outros estão localizados em cinco municípios do interior.

Com relação aos hospitais com gestão indireta, foram incluídos no estudo sete entrevistas de outros hospitais, localizados em quatro macrorregiões de saúde da Bahia, a saber: quatro na macrorregião-leste e três nas macro-extremo-sul, macro-norte e macro-oeste respectivamente. Como perfis assistenciais, eles são: uma maternidade de referência para alto risco e seis hospitais com perfil de média e alta complexidade. Este conjunto contemplou as formas de gestão indireta por OS e por PPP.

Após plano de tratamento, as categorias de análise e seus respectivos núcleos de sentidos permitiram estruturação do *quadro 1*, que guiará apresentação dos resultados a seguir.

Quadro 1. Fatores das Redes de Atenção à Saúde correlacionados com a capacidade de gestão hospitalar, segundo gestores de serviços hospitalares no SUS Bahia, entre 2007 e 2014

Categorias	Núcleos de sentidos
Papel do hospital na Rede à saúde	1. Perfil assistencial da unidade hospitalar; 2. Estruturação da rede assistencial.
Implementação dos fluxos regulatórios	1. Regulação do acesso hospitalar e a regionalização pactuada; 2. Relevância/Enfrentamentos das centrais de regulação; 3. Interdependência entre hospitais com gestão direta e indireta; 4. Vias de comunicação conflitantes na regulação de pacientes.
A relevância da contratualização	1. Experiência de contratualização através do TCEP; 2. Experiência de contratualização por meio de contratos de gestão/concessão.

Fonte: Elaboração própria.

O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde

Esta primeira categoria de análise evidenciou como núcleos de sentidos o perfil da unidade hospitalar e a estruturação da rede assistencial. Quanto ao primeiro, um amplo conjunto de aspectos demonstrou correlação com a capacidade de gestão dos serviços. Eles vão da existência de serviços especializados que tem alta especificidade assistencial, sendo referências para os demais pontos da rede própria, até a situação de serviços que tem vocação assistencial específica, como para trauma e com atividade assistencial da Rede Urgência e Emergência, mas que também deve atender a outro perfil assistencial como saúde materno-infantil, porém resistente a atender o duplo perfil estabelecido. Essa situação pode ser exemplificada abaixo e aponta o quanto a adequação (ou não) do perfil assistencial implica a organização dos serviços de saúde dentro do hospital e no território, seja ele com a articulação dos serviços ofertados pelos municípios ou até mesmo pelo próprio estado.

Nós temos um a situação esdrúxula, porque não considero que dentro do hospital de trauma exista uma maternidade. Sou terminantemente contra essa maternidade, mesmo de alto risco. Deveria ser assumida pelo município, já que tem o hospital da mulher com maternidade. (GD 01).

Quando o Hospital foi construído, como hospital de urgência e emergência, ele acabou sendo uma referência para o estado. Mas, não deveria, porque hospital de urgência e emergência não deve ser referência estadual, você deve ter um hospital de urgência e emergência com capacidade de se resolver nas regiões do estado. Eu acho que não é lógico se pensar num estado do tamanho da Bahia em um hospital de urgência e emergência de referência estadual. (GI 01).

Nas falas dos gestores, percebe-se uma insatisfação quanto ao perfil de atendimento

estabelecido, pois julgam que o hospital não possui infraestrutura adequada para acolher as duas demandas de forma efetiva. Para tanto, seria necessária uma reestruturação na articulação das redes entre o município e o estado e readequação infraestrutural. Esse perfil de atendimento paralelo de urgência e emergência e materno-infantil é percebido principalmente pela gestão direta e entre os hospitais localizados em macrorregiões do interior do estado.

Além deste fator, também emerge o segundo núcleo de sentido sobre a estruturação da rede assistencial, que aborda a situação de insuficiente cobertura ou baixa resolubilidade da atenção primária e da rede pré-hospitalar, como pode ser observado abaixo.

A questão do perfil do hospital em relação a alta demanda, nós temos 80% da demanda é de atenção básica. (GD 02).

O município por outro lado deveria obrigatoriamente ter um PS, pelo menos um PS, e não tem. De certa forma, ia aliviar a carga da demanda. (GD 09).

E a gente não tem na região nenhum outro hospital que tenha leito de retaguarda. Então a gente acaba ficando com toda média e alta, e ainda atende a baixa complexidade, principalmente de obstetria, e de clínica médica. Então, acho que desenvolvendo e tendo maior prestação de serviços básicos, vai refletir lá na parte hospitalar. (GI 04).

Essa situação explicitada reflete nas altas demandas hospitalares por causas sensíveis à atenção primária e obstetria na atenção hospitalar, mas que poderiam ser acolhidas por outros serviços e, conseqüentemente, otimizar a capacidade instalada da unidade hospitalar. Isto tanto para unidades com gestão direta quanto para as indiretas.

Nessa categoria, fica evidente a necessidade de estabelecer do diálogo sobre o papel

do hospital e de sua articulação com outros serviços no território. Diante disso, percebe-se que a compreensão da regionalização é fundamental para a organização das ações e serviços de saúde, em uma região, para assegurar a integralidade da atenção, sendo entendida também como ferramenta de gestão na organização do sistema de saúde¹⁵. A racionalização das ações e dos serviços disponibilizados precisam ser objeto de pactuação entre os entes federados, principalmente os municípios, uma vez que enfrentam dificuldades para assumir determinadas ações e serviços que respondam às necessidades da população¹⁶.

Implementação dos fluxos regulatórios

A implementação de fluxos regulatórios, definidos na Portaria nº 3.9907 e Política Nacional de Regulação¹⁷, é da competência dos gestores estadual e municipal de saúde. Cabem aos hospitais a disponibilização dos serviços às centrais de regulação como pactuado na CIB ou Comissão Intergestores Regionais (CIR). Nesta categoria, foram destacados como aspectos centrais a regulação do acesso hospitalar e a regionalização pactuada, a relevância/enfrentamentos das centrais de regulação, a interdependência entre hospitais com gestão direta e indireta e as vias de comunicação conflitantes na regulação de pacientes.

Na regulação do acesso hospitalar e a regionalização pactuada, foi observado existência de problemas referentes ao atendimento de usuários de municípios não pactuados com o estado ou com a região de saúde. Outrossim, especificamente na gestão indireta, que os hospitais possuam metas de serviço estabelecidas em contratos, relacionados com o recurso financeiro advindo da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab), o que implica o atendimento de regiões pactuadas com a instituição, porém, quando há uma demanda de locais não vinculados com a organização social responsável,

essa cobra da secretaria uma posição, como um aditivo contratual.

E o hospital é prejudicado porque todo mundo acha que tem que ter vaga aqui dentro, e esse hospital é sozinho para 27 municípios pactuados e mais uns 20 ou 30 que não são pactuados, mas mandam paciente pra aqui. (GD 01).

O que acontece para recebermos mulheres aqui? Todas têm que ser via regulação. Tem muitos municípios que não atendem suas mulheres de risco habitual, então a gente recebe aqui em Salvador, mas cada município tem que dá conta do seu risco habitual, certo? (GD07).

Aquele pessoal da área não pactuada começou a querer mandar demanda, então eu falei 'oh, eu sou contratado para a demanda de tal região, se eu tiver que atender a demanda de outra região tem que ter um aditivo contratual'. (GI02).

Percebe-se a necessidade da organização da rede conforme processo de pactuação entre os municípios das respectivas regiões de saúde em que o hospital é ponto de referência. Ademais, também considerar que essa pactuação esbarrará no problema de ter que atender à demanda aberta, em que podem existir usuários de outras regiões, considerando o respeito ao princípio da universalidade do sistema.

Promover a regionalização requer desenvolvimento de estratégias para a organização em rede e assim superar a fragmentação dos serviços. Com a publicação do Decreto nº 7.508/2011, ficou instituído o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap) que trata sobre a colaboração entre os entes federados na organização e integração das ações e serviços em uma região de saúde com foco na integralidade da assistência. Sendo assim, o avanço na regionalização vai depender de estratégias consistentes e do comprometimento com as políticas de integração regional em saúde por parte do estado e dos municípios. Dessa forma, a

organização dos fluxos regulatórios serão mais coerentes com a realidade local, o que irá possibilitar a identificação e superação dos desafios para essa implementação^{4,18}.

O segundo núcleo desta categoria é a relevância/enfrentamentos das centrais de regulação, em que alguns entrevistados referiram a importância da sua criação na determinação dos fluxos de pacientes nas respectivas regiões, principalmente em territórios de fronteira interestaduais, como Pernambuco-Bahia (PeBa). Todavia, também destacaram experiências negativas relacionadas com a baixa articulação das centrais de regulação municipais com as unidades hospitalares regionais e a baixa resposta para as solicitações de exames e encaminhamentos do hospital público para rede credenciada nas centrais de regulação.

Mesmo tendo uma Central de Regulação [...], nenhuma clínica credenciada recebe paciente regulado pelo município. Todos os pacientes de Jequié, regulados pelo município, são regulados para o hospital, e a gente do hospital, nunca consegue transferir (um paciente se quer) para essas estruturas credenciadas. (GD10).

Foi criada a Crio, que é da rede PeBa (Pernambuco/Bahia), uma central de regulação aqui para a região do Vale do São Francisco, chamado Crio. A gente tinha que ser resolutivo e precisava de regulação, porque tínhamos muito mais vagas pra Recife do que pra Salvador. (GI 07).

Um dos fatores implícitos na regulação é a responsabilização gestora pactuada que compreende os níveis de competência de cada esfera e a complexidade da rede serviços que conduz ao estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência em níveis interestaduais e/ou intermunicipais estabelecidos de acordo com a demanda e a capacidade instalada e por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹⁹. A operacionalização dos complexos reguladores, no que concerne à gestão, é mediante a programação

e regionalização com o objetivo de garantir a organização de redes e fluxos assistenciais.

O terceiro núcleo aborda a interdependência entre hospitais com gestão direta e indireta, pois os gestores deixam perceber o quanto a boa relação entre as unidades hospitalares se faz necessária e importante para satisfazer a totalidade da prestação de cuidados terapêuticos, independentemente de ser por gestão direta ou indireta. De modo tal que expressam existência da articulação entre os serviços ofertados.

Nós temos uma relação boa com os diretores das unidades até porque existe um intercâmbio muito forte, existe um sentimento de colaboração mútua não existe um clima de rivalidade entre nós, pelo contrário há um clima de colaboração. (GI 05).

A articulação que existe é articulação da rede, temos uma rede que se complementa. Diariamente, essa relação se dá em mão dupla, nós utilizamos complementarmente especialidades e serviços de outras unidades hospitalares. (GD 06).

Como quarta centralidade desta categoria, tem-se as vias de comunicação conflitantes na regulação de pacientes, em que é importante destacar: a implementação da regulação de fluxos ordenados de leitos para transferências dos usuários é complexa. O primeiro ponto crítico se dá pelo fato de o sistema regulatório ser virtual por parte da Central de Regulação do Estado (CRE), enquanto existem relações interpessoais inter-hospitalares que driblam este mecanismo; condição que criam dois fluxos conflitantes: um sistêmico pela CRE e outro não sistêmico via comunicações paralelas entre profissionais dos hospitais. Principalmente quando existem unidades hospitalares com gestão indireta administrado pela mesma contratada.

A dificuldade da regulação é dos hospitais receberem, porque todos os hospitais na verdade estão superlotados. Então, às vezes, a gente troca

pacientes, vai na tela da regulação, e cancela o pedido. As vezes a Central diz assim: 'isso parece um boicote, vocês se comunicam, por isso que a gente não acha vaga'. Mas não é bem assim, a gente sabe na verdade a dificuldade realmente, mas melhorou, tem melhorado. (GD 08).

Quando surge a necessidade de um serviço da rede hospitalar que a gente não disponibiliza na região, o médico faz um relatório desse paciente e a gente encaminha através do sistema pra Central de Regulação do Estado. É a Central de Regulação do Estado que vai providenciar buscar esse leito ou esse serviço na Bahia. Lógico que, fora a Central, às vezes quando você tem um conhecimento, ele tipo bloqueiam o leito, só que vou informar pra central que eu já tenho o leito. Aí eles entram em contato e acabam só regulando o transporte do paciente. Não seria um comportamento regular ou legítimo, porque a Central do Estado tem que ter esse controle dos leitos disponibilizados. Mas a regulação normalmente não gosta muito desse contato direto não. (GI 04).

A gestão do hospital reconhece a dificuldade do setor de regulação do estado, já que as unidades hospitalares estão superlotadas. Entretanto eles relatam que há uma comunicação externa entre os diretores para solicitação de vaga para internamento, realização exame ou até mesmo para fazerem troca de pacientes. Essa comunicação paralela com a central de regulação acontece de forma mais veemente entre as organizações da mesma empresa, pois existe uma facilidade de interlocução maior entre elas. Sendo assim, há um maior prejuízo de controle por parte do estado sobre o fluxo regulatório na transferência de leitos.

Em contrapartida, conforme os depoimentos contidos nessa última categoria²⁰, destaca-se o papel da função reguladora do Estado como fundamental para articular a oferta e a demanda dos serviços de saúde, otimizando os recursos disponíveis de provedores públicos e privados para garantir o acesso equitativo da população.

A regulação em saúde, considerando a organização do sistema por meio das RAS, é responsável pela coordenação do acesso dos usuários nas diversas portas de entrada. Ela tem como objetivo a priorização do acesso aos serviços assistenciais garantindo a equidade da atenção. É importante a definição de protocolos para a organização da rede, pois proporciona definição de fluxos assistenciais e a integração dos serviços hospitalares, em nível, inclusive, de complementaridade dos serviços ofertados entre a média e alta complexidade e os demais níveis de atenção²¹.

A relevância da contratualização

Esta é a terceira categoria a ser analisada. De acordo com a PNHOSP⁷, os gestores devem formalizar a relação com os hospitais da rede própria ou credenciada e independentemente da natureza jurídica por meio de instrumentos legais. Estes instrumentos de contratualização com a Sesab são o Termo de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP) para a gestão direta e os contratos de gestão e de concessão para OS e PPP respectivamente²². Assim, conforme compromissos assumidos entre as partes, deve-se promover a qualificação da assistência e da gestão hospitalar com a contratualização⁷. Sendo assim, destacaram-se dois núcleos de sentido: a experiência de contratualização por meio do TCEP e outra por intermédio dos contratos de gestão/concessão.

No primeiro, o instrumento foi implantando conforme estratégia da Secretaria Estadual de Saúde (SES), mediante sua Diretoria de Gestão da Rede Própria com Gestão Direta (DGRP-GD), que estabeleceu critérios avaliativos e indicadores de cumprimento de metas quantificativas. Todavia, quanto aos gestores dos serviços hospitalares, esse instrumento não ficou muito bem esclarecido quanto a sua utilidade, referindo descontinuidade do processo de contratualização, já as atividades de monitoramento das possíveis metas são realizadas por cada ente

de forma específica, por meio dos relatórios, enviados com periodicidade a SES. Embora seja destacada a dificuldade de captação e entendimento desses dados.

Nós temos diversos indicadores na casa, desde, as taxas de infecção hospitalar, indicadores relacionados a recursos humanos, indicadores relacionados às práticas assistenciais, indicadores financeiros. [...] mas os mais importantes são os do ponto de vista financeiros e os que remetem a qualidade [...] outros que seriam da capacidade gerencial, nos não temos condições de gerenciar porque fica difícil captar os dados. Mas o interesse nosso é que isso mude, e pra mudar nós temos que ter a ajuda da Sesab. (GD 01).

Lá na Sesab, a gente faz e era atualizado semestralmente, mas estão pedindo agora trimestralmente. A gente está atualizando. Independente disso se houver necessidade a gente formaliza via ofício todo final de ano, porque a gente tem um relatório anual. (GD 08).

Nós firmamos termo de compromisso de gestão com a Sesab em 2011. A Sesab acompanhou este termo de compromisso e um plano operativo anual, onde haviam metas de qualidade e de quantidade, entre outros indicadores e metas pactuadas junto com a Sesab. Entretanto ele não foi assinado novamente, não foi prorrogado. (GD 10).

Diante desses relatos, reconheceu-se certa desatualização do termo de compromisso entre o hospital e a secretaria de saúde do estado. Há também, por parte dos gerentes, uma dificuldade de compreensão do que realmente esse documento aborda e como ele deve ser operacionalizado. O TCEP é um instrumento que pode potencializar a gestão hospitalar, agregando compromissos que possam ser articulados a outros serviços de saúde na região, incluindo objetivos claros e concisos para facilitar o entendimento e a execução das metas estabelecidas em consonância com a PNOHSP.

O outro núcleo foi a experiência de

contratualização por meio de contratos de gestão em que, submetidos ao rigor burocrático licitatório, estabelecia relação entre contratante e contratada baseada no compromisso de prestação de serviços especificados e conforme metas e indicadores estabelecidos. Percebe-se a criação do artifício do valor contratual se vinculado a parte fixa (de transferência regular e automática) e outra variável (conforme atingidas metas). Todavia, quanto à relação entre a prestação de serviços contratualizados a importância do hospital na rede assistencial, percebe-se somente que os aditivos contratuais foram estratégias que favoreceram adequação do contrato às necessidades de saúde conforme demanda dos serviços.

O contrato é de dois anos com possível renovação por mais dois anos. Toda forma de contratação é acordada através da licitação, com repasse fixo mensal, estabelecimento de metas tanto qualitativas como quantitativas. (GI 04).

O valor total do contrato é dividido em duas partes: uma ele chama de parte fixa, que corresponde a 90% do valor contratado e 10% é a parte variável. Encima do fixo, eu sou avaliado nas minhas metas quantitativas: número de saídas, de atendimentos na emergência, dos exames e o SADT [Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico]. (GI 03).

Diante do exposto, os modelos de gestão indireta devem estar sob o controle do Estado, que tem a obrigação de acompanhar os contratos de gestão utilizando critérios objetivos de avaliação dos serviços e monitoramento da prestação de contas²³.

Essa categoria aborda ferramentas importantes para a gestão hospitalar, principalmente no processo de regionalização e estruturação das RAS. Os instrumentos existentes para a formalização de acordos, a exemplo do TCEP estabelecido entre os entes públicos e o contrato de gestão firmado

entre as organizações sociais e as parcerias público-privadas com o estado, devem se constituir em estratégias potenciais para auxiliar e fortalecer o papel do hospital nas RAS, identificando e delimitando o perfil assistencial, correlacionando as suas ações e serviços com os outros níveis de atenção, incluindo a atenção especializada, servindo de condução da adequação da prestação de serviços conforme as necessidades de saúde da população adstrita e/ou conforme pactuações de serviços prestados entre os municípios na regionalização.

Considerações finais

Com as redes, tornou-se necessário repensar o sistema de saúde por meio dos seus pontos de atenção. O hospital, que abarca grande diversidade destes pontos, sempre foi colocado de forma isolada e independente, precisou ser pensado com estas adequações normativas que buscaram implementar um modelo integral e equitativo de assistência. Demanda, destacadamente, apontada desde 2004, com a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira e em decorrência da sua recondução ao processo de regionalização. Assim, tornou-se relevante analisar aspectos relacionados com a gestão hospitalar no SUS e as RAS, que implicassem o favorecimento e/ou nas dificuldades da capacidade de gestão.

A PNHOP/2013 permitiu estruturação do enfoque dado neste estudo, exigindo contextualização da gestão hospitalar em seu processo de regionalização, pois dele emergem elementos relevantes para o manejo decisório e enfrentamentos estratégicos¹⁴.

Entre eles, destacam-se a readequação do perfil assistencial, a regulação do acesso, a pactuação entre entes federados, o estabelecimento de metas em instrumentos contratuais e seus respectivos meios de monitoramento e avaliação, na organização sistêmica da rede hospitalar condizente com suas complementaridades tecnoassistenciais e os mecanismos de governança e regulação. Assim, o estudo permitiu considerar que a correlação entre RAS e capacidade gestora enfrenta muitos desafios no fortalecimento dessa capacidade¹⁴, na perspectiva dos dirigentes de serviços hospitalares da rede própria do SUS.

Apontam-se como essenciais: melhoria da negociação entre estados e municípios na consolidação das RAS, da relação entre os hospitais, dos processos regulatórios de fluxos assistências e das estratégias de contratualização da oferta, prestação e qualidade assistencial.

A complexidade que caracteriza a temática analisada permite considerar que o estudo não finaliza a discussão pontuada, mas, sim, suscita novas problemáticas de pesquisas. Portanto, diante das evidências produzidas, aponta-se para o aperfeiçoamento das políticas públicas e necessidade de desenvolvimento de plano estratégico para reorganização da atenção hospitalar que seja coerente com os caminhos da regionalização (como pactuação integrada) e adequação do perfil assistencial, além dos instrumentos de contratualização, que devem ser aperfeiçoados para atender às necessidades regionais e fortalecer a regulação e o desempenho da atenção hospitalar. ■

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2010 ago [acesso em 2018 jan 8]; 15(5):2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 31 dez 2010.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS. Brasília, DF: MS; 2014.
4. Brasil. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. 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. *Diário Oficial da União.* 29 jun 2011.
5. Mendes EV. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: Mendes EV. *Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde* [internet]. Brasília, DF: CONASS; 2016 [acesso em 2018 fev 20]. p. 49-93. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf>.
6. Rosa T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. *Consensus* [internet]. 2014 abr-jun [acesso em 2017 out 30]; 4(11):13-22. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. *Diário Oficial da União.* 31 dez 2013.
8. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4. ed. São Paulo: Atlas; 2002.
9. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 13 dez 2012.
11. Revista Baiana de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde 2012-2015 [internet]. 2012 dez [acesso em 2018 fev 20]; 36(supl):1-100. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36nSupl1/a3491.pdf>.
12. Solla JJSP, Paim JS. Relação entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida Filho N. *Saúde Coletiva: Teoria e Prática.* Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p. 343-352.
13. Negri AF, Barbosa Z. O papel do hospital na rede de Atenção a saúde: Elementos para pensar uma agenda estratégica para o sus. *Consensus* [internet]. 2014 [acesso em 2017 out 30]; 4(11):42-49.
14. Matus C. *O método PES: roteiro de análise teórica.* São Paulo: Fundap; 1997.
15. Ferreira JBBF. O processo de descentralização e regionalização da saúde no Estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM. *Política e Gestão em Saúde.* São Paulo: Hucitec; 2011.
16. Mendes A, Louvison MCP, Ianni AMZ, et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Soc.* [internet]. 2015 jun [acesso em 2018 fev 20]; 24(2):423-437. Disponível em: <http://www>

- scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=pt&tlng=pt.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 2 ago 2008.
 18. Ouverney AM, Ribeiro JM, Moreira MR. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 abr [acesso em 2018 fev 20]; 22(4):1193-1207. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401193&lng=pt&tlng=pt.
 19. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad. Saúde Coletiva* [internet]. 2016 mar [acesso em 2018 fev 10]; 24(1):49-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>.
 20. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate* [internet]. 2012 out-dez [acesso em 2018 fev 20]; 36(95):640-647. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
 21. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde debate* [internet]. 2016 out-dez [acesso em 2018 fev 20]; 40(111):63-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400063&lng=pt&tlng=pt.
 22. Santos TBS, Pinto ICM. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. *An. Inst. Hig. Med. Trop.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 20]; 16(supl.3):S47-S53. Disponível em: <http://3dmfsx6ameqwfda31pu5rjxq.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2018/01/Anais-do-Instituto-de-Higiene-e-Medicina-Tropical-%E2%80%93-Regula%C3%A7%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-.pdf>.
 23. Alcoforado F, Moraes TC. A Responsabilização na Gestão das Políticas Públicas à contratualização com Organizações Sociais. *Rev. Eletrônica Reforma Estado* [internet]. 2008 set [acesso em 2018 fev 20]; (15):1-14. Disponível em: <http://www.direitodoestado.com.br/rere/edicao/15>.