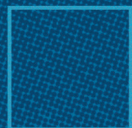
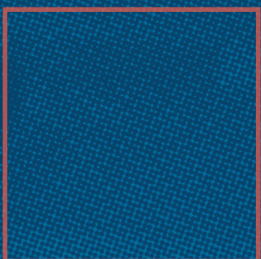
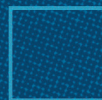
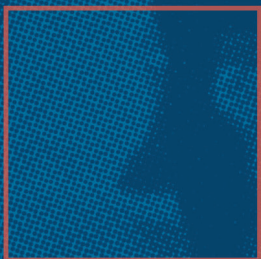
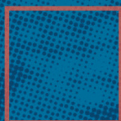


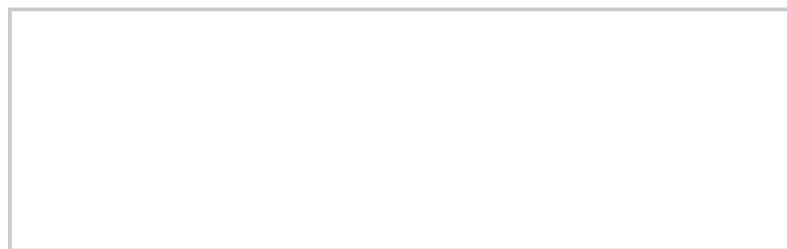
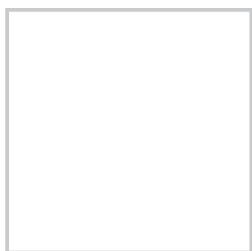
Thadeu Borges Souza Santos  
Isabela Cardoso de Matos Pinto

Organizadores

# GESTÃO HOSPITALAR NO SUS



# GESTÃO HOSPITALAR NO SUS



## UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

### Reitor

*João Carlos Salles Pires da Silva*

### Vice-reitor

*Paulo Cesar Miguez de Oliveira*

### Assessor do reitor

*Paulo Costa Lima*



## EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

### Diretora

*Flávia Goulart Mota Garcia Rosa*

### Conselho Editorial

*Alberto Brum Novaes*

*Angelo Szaniecki Perret Serpa*

*Caiuby Alves da Costa*

*Charbel Niño El-Hani*

*Cleise Furtado Mendes*

*Evelina de Carvalho Sá Hoisel*

*Maria do Carmo Soares de Freitas*

*Maria Vidal de Negreiros Camargo*

Thadeu Borges Souza Santos  
Isabela Cardoso de Matos Pinto  
Organizadores

# GESTÃO HOSPITALAR NO SUS

Salvador  
EDUFBA  
2021

2021, Autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba.

Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990,  
em vigor no Brasil desde 2009.

**Capa e projeto gráfico**

*Miriã Santos Araújo*

**Revisão**

*Mariana Santos*

**Imagem de capa**

*Pexels*

**Normalização**

*Marcelly Moreira*

**Vetores da capa**

*Freepik*

*Sistema de Bibliotecas – SIBI/UFBA*

---

Gestão hospitalar no SUS / Thadeu Borges Souza Santos,  
Isabela Cardoso de Matos Pinto, organizadores. – Salvador:  
EDUFBA, 2021.  
242 p.

ISBN: 978-65-5630-060-3

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Gestão hospitalar.  
3. Assistência hospitalar. 4. Hospitais - Administração. 5. Saúde  
pública. I. Santos, Thadeu Borges Souza. II. Pinto, Isabela Cardoso  
de Matos.

CDD – 614

---

*Elaborada por Jamilli Quaresma  
CRB-5: BA-001608/O*

Editora afiliada à

**EDUEC**  
ASOCIACION DE EDITORIALES  
UNIVERSITARIAS DE AMERICA  
LATINA Y EL CARIBE

**ABEU**  
Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

**CBaL**  
Câmara Bahiana do Livro

Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo  
s/n – Campus de Ondina  
40170-115 – Salvador – Bahia  
Tel.: +55 71 3283-6164



# SUMÁRIO

	<b>Apresentação</b>	7
<b>1</b>	<b>Articulação público-privada no sistema de saúde brasileiro: o SUS e o setor privado</b> <i>Jairnilson Silva Paim</i>	11
<b>2</b>	<b>Atenção hospitalar no SUS</b> <i>Arthur Chioro</i> <i>Lumena Almeida Castro Furtado</i> <i>Daniel Gomes Monteiro Beltrammi</i> <i>Morris Pimenta e Souza</i>	27
<b>3</b>	<b>Modelos de gestão na administração pública da saúde</b> <i>Mariana Carrera</i> <i>Ana Maria Malik</i>	85
<b>4</b>	<b>Auditoria do SUS enquanto controle interno dos contratos de gestão hospitalar</b> <i>Thadeu Borges Souza Santos</i> <i>Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira</i> <i>Jean Carla de Lima</i> <i>Luciano Rocha Gomes</i>	117
<b>5</b>	<b>Parcerias público-privadas na gestão hospitalar: expressão no Brasil e no mundo</b> <i>Laíse Rezende de Andrade</i> <i>Isabela Cardoso de Matos Pinto</i>	149

6	A dominância financeira e sua expressão no empresariamento da assistência à saúde: elementos teóricos para uma abordagem no campo da saúde coletiva	177
	<i>Artur Monte-Cardoso</i> <i>José Antônio de Freitas Sestelo</i> <i>Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza</i>	
7	A governança em rede e a estrutura operacional no âmbito do SUS – as redes de atenção à saúde	203
	<i>Monica Almeida Neri</i> <i>Isabela Cardoso de Matos Pinto</i>	
	Sobre os autores	237



# APRESENTAÇÃO

A implementação do Sistema de Único de Saúde (SUS), a partir dos anos 1990, coincidiu com a conjuntura das políticas neoliberais e ondas reformistas do Estado que influenciaram no modelo de transferência dos serviços públicos. Para além das unidades subnacionais, com a redefinição que permitiu que as atividades públicas pudessem ser não exclusivas do Estado, houve concomitante processo de desconcentração da responsabilidade gestora a entes públicos não estatais. Assim, adotou-se os modelos alternativos de gestão que, para os serviços hospitalares, especificamente, iniciou com as Organizações Sociais (OS), avançou para as Parceria Público-Privada (PPP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Esse fenômeno vem sendo objeto de estudo da saúde coletiva, articulando conhecimentos da administração pública, ciência política, economia da saúde, sociologia do trabalho e direito público para compreender a nova institucionalidade jurídica dos serviços hospitalares. De tal modo, passados os 32 anos do SUS, tem-se a constituição de uma complexidade inerente à gestão hospitalar enquanto um dos desafios contemporâneos. É nesse sentido que se desdobram inquietações e estudos para fundamentar o debate consubstanciado neste livro. Assim, apresenta-se este livro com seus sete capítulos que tratam de novos problemas ou aprofundamentos de aspectos já discutidos na literatura.



No primeiro capítulo, estrutura-se uma concepção crítica acerca da relação entre o SUS e o setor privado, adaptando a Conferência Magna proferida pelo Professor Jairnilson Silva Paim no 3º Colóquio de Trabalho, Educação e Gestão da Saúde, cujo tema central foi Gestão Hospitalar no SUS. A compreensão desenvolvida nos provoca a questão de qual SUS se fala? E como as relações do público com o privado já têm uma tradição histórica que, no Brasil, se entrelaçam, se imbricam.

O segundo capítulo compreenderá o surgimento do hospital como organização destinada ao cuidado, transformada em espaço de enorme relevância e simbolismo social, de grande visibilidade e centralidade na conformação dos sistemas de saúde. Apresenta e discute transformações ocorridas em função das inovações científicas e tecnológicas observadas no campo do cuidado e da gestão hospitalar, bem como das mudanças implementadas na rede de atenção hospitalar pública e privada, a partir de 1988, induzidas por políticas governamentais que tiveram e têm o objetivo de produzir uma atenção hospitalar conectada com as diretrizes do SUS. E leva a reflexão criticamente de como estamos conduzindo o hospital contemporâneo no desafio de transformá-los em hospitais *do* SUS e *para* o SUS, sustentáveis e capazes de produzir novos e melhores modos de cuidado.

O terceiro capítulo discute diferentes modelos de gestão utilizados na administração pública da saúde, no âmbito do SUS, mediados por contratos de gestão e considerando o relacionamento entre o setor público e o setor privado. Contextualiza tal complementaridade, a introdução dos princípios do *new public management* no Brasil, menciona a gestão de contratos como atividade cada vez mais presente na atuação dos administradores no século XXI. E elucida que a discussão sobre os modelos de gestão não buscando defender nem os atacar, apenas torná-los mais familiares aos leitores.

O quarto capítulo traz a importância do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) para o fortalecimento da implementação da atenção hospitalar no SUS, tomando sua relevância enquanto instância da regulação estatal e diante do avanço da adoção de contratualizações para gestão dos serviços hospitalares. Apresenta história

da institucionalização da Auditoria no SUS, situando-a à luz da Reforma Sanitária Brasileira, explicita método de trabalho reconhecidamente exitoso da Bahia e aborda pontos centrais a serem analisados na relação contratual entre a Secretaria Estadual de Saúde e serviços hospitalares da rede própria.

O quinto capítulo traz síntese das interferências da reforma neoliberal no setor saúde, contextualizando suas consequências na relação dos setores público com o privado na saúde e suas expressões na criação dos novos modelos de gestão hospitalar, tais como as PPP. Também apresenta produção científica no Brasil e no mundo acerca dessas parcerias no campo da saúde, permitindo compreender o amplo espectro de disseminação do modelo PPP em todos os continentes, explicitar principais suas diferenças de modelagens, concepções e adoção pelos gestores em saúde. E traz o caso do Hospital do Subúrbio (unidade da rede própria do SUS-BA) que foi primeira adoção da modelagem de PPP implementado na área gestão hospitalar no Brasil e realça os desdobramentos das vantagens e desafios do modelo para o setor saúde.

O sexto capítulo trata da expressão da dominância financeira na dinâmica do empresariamento da assistência à saúde. Para tanto, apresenta os elementos teóricos e conceituais para aproximação ao tema por meio de uma abordagem crítica interdisciplinar. Compreendida na disciplina da economia, em uma perspectiva histórica, a financeirização é um elemento estrutural situado no interior das discussões sobre empresariamento e modelos de gestão em saúde. E em suas considerações ao caráter crítico, entende que as prescrições gerencialistas precisam ser analisadas enquanto núcleo de ação política dos principais agentes econômicos atuantes e identificar seus interesses em disputa.

E o sétimo capítulo apresentará o modelo de governança em rede através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) que é vigente no sistema público brasileiro desde 2010. Conceitua e discute na perspectiva da economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade do acesso, territórios sanitários e níveis de atenção. E também enfatiza sua implementação, desenho institucional, sistema gerencial e financiamento nas peculiaridades do SUS.

Como se pode perceber, apresenta-se este livro como uma contribuição às discussões acerca da atenção hospitalar no campo da saúde coletiva. Através dele, situaremos novas ou aprofundaremos problemáticas de modo a subsidiar outros diálogos da área de política, planejamento e gestão em saúde.

*Thadeu Borges Souza Santos*  
*Isabela Cardoso de Matos Pinto*

# Articulação público-privada no sistema de saúde brasileiro: o SUS e o setor privado<sup>1</sup>

*Jairnilson Silva Paim*

## Introdução

Nesta oportunidade, não pretendo fazer uma conferência de abertura solene, diante de pessoas tão qualificadas na temática que me foi encomendada. Na realidade, vou fazer alguns comentários, alguns alinhavos acerca da relação entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado.

De início, quero fazer um esclarecimento de que nunca fui um pesquisador dedicado à questão do setor privado. Na programação do 3º Colóquio de Trabalho, Educação e Gestão da Saúde, cujo tema central foi gestão hospitalar no SUS, vocês terão a oportunidade de conhecer pessoas que investiram as suas energias acadêmicas nessa temática, extremamente importante e necessária para compreender o desenvolvimento do SUS. (PAIM et al., 2011)

O título desta exposição já dá conta de que a gente precisa saber o que é o SUS ou melhor: qual SUS? Esta é uma primeira reflexão que eu queria provocar um pouco em vocês.

---

<sup>1</sup> Texto adaptado da Conferência de Abertura do III Colóquio de Trabalho, Educação E Gestão da Saúde (Observatório de Análise Política em Saúde/ISC/UFBA)

A segunda diz respeito ao que se entende como setor privado. Elas são necessárias para a gente poder perceber e examinar essas relações. O público e o privado são noções que já têm uma tradição histórica. Há momentos da história em que elas passam a ter conotações diversas. Ainda hoje verifica-se uma polissemia, um certo entendimento de várias possibilidades de compreensão acerca dessas palavras.

No entanto, eu gostaria de começar a exposição sem fazer muita precisão conceitual, mas afirmar que no Brasil há muita identidade do público com o Estado, com o estatal. Poderemos ver depois as consequências dessa possibilidade de interpretação. Já o privado, não significa, necessariamente, a nossa vida particular que deve ser em determinados momentos preservada, sem essa evasão da intimidade ou evasão da privacidade, tão frequente nessas redes sociais. O espaço do privado, da família, da existência individual, tem que ser respeitado de alguma forma. Mas o que é dominante é uma ideia de privado como algo que é bom, em si, que é eficiente, que é glamoroso, que é efetivo, que tem qualidade.

12

Então, são várias as menções que tem a palavra “privado” no senso comum e que invade, inclusive, o espaço acadêmico e da pesquisa. Eu ainda sou do tempo em que aprendi que a propriedade privada é “aquela da qual eu privo os outros”. Então, o setor privado, nessa perspectiva, pode ser um setor em que eu privo os outros do acesso ou da possibilidade de uso. E estatal, apesar de em alguns momentos ter sido muito frequente na linguagem dos sanitaristas, é uma noção que vai remeter para uma preocupação com o Estado, e de que Estado estamos falando. Trata-se do Estado, poder-público, que defende o bem público e que assegura direitos ou o Estado que, efetivamente, se privatizou por um conjunto de interesses que colonizam o espaço estatal?

No Brasil, tem uma obra muito importante pra entender um pouco o Estado brasileiro. Então, eu já não estou falando do Estado em geral, mas pensando no Estado brasileiro, considerando que o poder tem dono: *Os donos do poder*. (FAORO, 2000a) Precisamos conhecê-los, pois, historicamente, eles atravessaram várias etapas da sociedade brasileira. Raimundo Faoro, autor dessa obra clássica, vai definir essa característica como patrimonialismo, tão presente no

Estado brasileiro. Nessa perspectiva, a coisa pública (República) é entendida como “coisa nossa” de quem está, efetivamente, tomando conta do poder.

O poder, no Brasil, tem donos, concluía Raimundo Faoro (2000b). Portanto, a gente precisa perguntar que Estado é esse que se coloca como contraponto do setor privado. Ainda não estou falando do SUS, eu estou falando do Estado. Nós, às vezes, com muito entusiasmo dizemos que conseguimos estabelecer, na Constituição de 1988 – chamada por Ulysses Guimarães de “Constituição Cidadã” – que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Essa frase é muito forte, está na nossa Constituição e não pretendo relativizá-la. O que eu quero é problematizar, entretanto, é perguntando: sim, mas que Estado? Inclusive, já tentaram, no início dos anos 1990, complementar essa frase com uma outra menor, mas em sua substituição: “saúde é direito de todos e dever do Estado nos termos da Lei”. (BRASIL, 1988) Essa formulação, na verdade, buscava relativizar mais a conquista de incluir na nossa Constituição aquela frase forte que eu me referi anteriormente.

13

Nesse sentido, quero dizer que o SUS não é, necessariamente, Estado, ou seja, o SUS não é, necessariamente, estatal. O SUS pode ser público ou não, a depender do que nós consideramos como prevalência do interesse público no seu interior, pois outros interesses podem perpassar o SUS. Quando tratamos desse tema – a ideia do SUS na sua relação com o setor privado – pode insinuar, de alguma maneira, que são coisas separadas. Ou seja: SUS é SUS, é Estado; e privado é privado, fora do SUS. Ou, ainda, como alguns autores, inclusive da área da Saúde Coletiva, denominam: “mix público-privado”.

Nesse caso, seria como se houvesse o sistema público de um lado, e o sistema privado de outro, ao que, às vezes, se adjectiva de “suplementar”, como se fossem paralelos. E aí, eu tenho que ressaltar, pelo menos para aqueles que estão chegando nessa temática a partir deste encontro, que o nosso sistema de saúde no Brasil é composto pelo SUS e pelo subsistema privado ou setor privado, conforme esse título, mas não são paralelos. (BAHIA, 2011) Paralelas são linhas que não se encontram, a não ser no infinito.

No caso brasileiro, o público e o privado, ou o estatal e o particular, se entrelaçam, se imbricam. Há uma relação especial entre esses dois elementos que compõem essa díade. Em outras palavras, o público está no privado e o privado está no público. Em outros tempos, eu diria que tem um pouquinho de dialética nisso, mas essa palavra maldita está um pouco afastada dessas relações...

Essa articulação entre o público e o privado que existe no Brasil é diferente do que ocorre em países capitalistas do Norte. É uma relação espúria, parasitária e promíscua. Essas palavras têm uma carga moral forte, mas não encontro outras mais adequadas para poder examinar e qualificar essa relação entre o público e o privado que temos aqui no Brasil.

Quando, em outros países, se menciona a saúde suplementar ou planos privados e seguros de saúde, na maioria das vezes, é quando o setor público não oferece uma cobertura para todos os tipos de intervenção, e alguém precisa de um serviço fora do cardápio, como uma consulta a um psicanalista ou uma cirurgia estética. Assim, busca um complemento, um suplemento para o atendimento de sua necessidade. Este não é o nosso caso. Aqui se utilizou a palavra suplementar para fazer de conta que nós estaríamos parecendo com os do Norte e, no entanto, ocorrem as imbricações referidas anteriormente.

14

## Aspectos históricos

A partir dessa introdução, vou tentar ultrapassar a ideia de uma revisão conceitual e vou examinar um pouco a questão do Estado numa perspectiva histórica, considerando o conceito de patrimonialismo e o olhar que a saúde coletiva brasileira produziu acerca das políticas públicas de saúde desde o início da década de 20 do século passado.

Desde que a Lei Eloy Chaves de 1923 trouxe a possibilidade de assistência médica na origem da Previdência Social, já incluía a possibilidade de contratar serviços que não eram estatais. Da mesma maneira, a Reforma Carlos Chagas, apresentada no mesmo ano,

no âmbito da saúde pública, já trazia, também, a perspectiva de uma relação de compra e venda de serviços com o setor privado.

Quando examinamos o desenvolvimento da estrutura previdenciária brasileira depois de 1930, com os velhos institutos de aposentadorias e pensões (comerciários, bancários, industriais, servidores do Estado etc.) praticamente todas as leis e decretos que criaram essas instituições ou autarquias traziam a possibilidade de compra de serviço do setor privado.

Então, ao longo da primeira metade do século XX, essa relação público-privado ou estatal-privado, via Previdência Social, já estava estabelecida. No pós-guerra, quando o Brasil avançou numa fase de industrialização, muitos hospitais públicos foram construídos com recursos da Previdência Social, mas, ao mesmo tempo, outros institutos de aposentadorias privilegiavam exatamente a compra de serviços privados e não a estrutura pública de prestação de serviço. (PAIM, 2009)

Alguns desses hospitais eram considerados de referência em termos de qualidade. O Hospital dos Servidores do Estado, situado perto da Praça Mauá, no Rio de Janeiro, era visto, por todo o estudante de medicina, como estabelecimento em que queria fazer residência, pois já saía praticamente qualificado e especializado. Algo parecido ocorria com o Hospital da Lagoa. Eram hospitais públicos vinculados à Previdência Social, com excelente nível de qualidade.

Quando ocorreu o Golpe Militar de 1964, ele veio acompanhado de uma ideologia, – qualquer semelhança com o de 2016 pode não ser mera coincidência! – segundo a qual o mercado deveria resolver as questões da saúde. Portanto, não cabia fazer investimentos no chamado setor público. Pelo contrário, deveria haver um estímulo especial para as empresas que já estavam se constituindo naquela época prestassem seus serviços à população.

Um celebre “Plano Leonel Miranda” – era o nome do Ministro da Saúde na época – passaria para o setor privado um conjunto de estabelecimentos públicos (instalações, equipamentos, infraestrutura, enfim) a preços nominais. Quer dizer: se ele fosse construído na época dos réis, se pagava em réis e não em cruzeiro. Esse plano foi experimentado em algumas áreas no Brasil, inclusive no Rio de Janeiro,



em Nova Friburgo. Foi um escândalo de tal ordem que até a tradicional congregação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) escreveu um documento muito fundamentado e crítico sobre aquela experiência que se fazia do Brasil no final da década de 1960.

Então, se pode constatar que essa ideia de que o setor privado é o mais capaz de atender a saúde não é uma coisa que vem com o SUS. Não é uma coisa do momento atual. Está entranhada na visão dos donos do poder, daqueles que tomam historicamente as decisões, que influíram nas decisões da área da saúde, da Previdência Social.

Em 1974, um general passou a substituir o anterior, apresentando o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), em que era destacado que a revolução, – ninguém chama, no Brasil, o golpe de “golpe”, chama-se de “revolução”, chama-se de “mudança” ou “modernização da democracia”, de “*impeachment*”, mas “golpe”, não! – não se solidariza com a ideia de que deve esperar o bolo crescer para depois dividi-lo. Enquanto o bolo crescesse, deveria haver um conjunto de políticas redistributivas que aliviassem o sofrimento daqueles que o crescimento econômico não contemplou. Assim dizia o texto na época...

E o Governo Geisel ressaltava que depois da “abertura econômica” que teria feito o Produto Interno Bruto (PIB) crescer a uma média de 10 a 12% ao ano, entre 1968 e 1973, caberia uma “abertura social” com investimentos sociais, até alcançar a “abertura política” que deveria ser lenta, segura e gradual... (PAIM, 2008) Estou tentando realizar uma breve recuperação desses acontecimentos, porque tem muitos jovens para entender a temática. Esse mesmo Governo elaborou um plano que, no dizer do sanitarista Gentile de Mello, mais parecia prefixo de avião: “Plano de Pronto Ação”, ou seja, (PPA). Este abria, completamente, as clínicas e hospitais, laboratórios, sobretudo clínicas e hospitais privados, para o atendimento de urgência. Qualquer pessoa que quisesse, que precisasse, seria atendida nesses estabelecimentos e a Previdência Social pagaria.

Então, com o PPA, houve muitas distorções. Muita gente foi atendida com unha encravada como se fosse urgência. Algumas pessoas que viviam nas ruas passaram a ser consideradas alcoolistas e eram internadas nos hospitais psiquiátricos. Essas iniciativas

mostravam, efetivamente, qual era o rumo que se pretendia desenvolver na política de saúde.

Aquele governo propôs um financiamento, pela Caixa Econômica Federal (CEF), para as áreas de saúde e educação. Depois que as empresas tomassem emprestado esses recursos teriam um período muito grande para retornar o pagamento (carência), com juros subsidiados para esse financiamento. Quando os economistas José Carlos Braga e Sérgio Goes de Paula fizeram um estudo comparativo entre a saúde e a educação verificaram que, enquanto, entre os recursos destinados à educação, 80% foram para as escolas públicas e 20% para o ensino privado, na saúde foi o inverso. Praticamente, esses recursos, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), da CEF, facilitaram a capitalização do setor privado no final dos anos 1970. (BRAGA; GOES, 1978)

Posteriormente, o setor privado, depois de capitalizado com subsídios públicos, pôde dispensar contratos e convênios com o setor público, preferindo vender seus serviços no mercado, sem precisar depender do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) ou do SUS.

Esse é um quadro que levou a um conjunto de estudos, mas também de denúncias. Porque a maneira com que esse setor privado era remunerado implicava um pagamento mediante Unidades de Serviço (US). Para cada procedimento, para cada intervenção, para cada tipo de consulta, para cada tipo de internação, havia certa quantidade de US estabelecida numa tabela. Enfim, se um parto normal custasse 500 US e uma cesariana equivalesse a 5000 US, podemos concluir qual a preferência entre esses procedimentos. Assim, a epidemia de cesárias ocorreu no Brasil associada à forma com que a Previdência remunerava os prestadores privados através de US.

Desse modo, Gentile de Melo considerava a US como um fator incontrolável de corrupção. Portanto, a corrupção vem de muito tempo atrás... Com a sua ironia e crítica mordaz, Gentile de Melo afirmava que “corrupção é como uma turbulência no avião. Quando a turbulência é leve, poucos enjoam, mas quando a turbulência é muito pesada, são raros aqueles que não têm náuseas e outras

coisas mais”. O que ele queria dizer com isso? Que quando a regra do jogo é produtora de corrupção – e eu estou falando somente em saúde –, são poucos os que se salvam nessa jogada.

Esta também era uma frase do Gentile de Melo: “eu vou falar aqui de saúde, somente saúde, nada mais que saúde”. Assim ele começava uma conferência diante da censura e das ameaças da ditadura. Daí em diante, ele falava de tudo, inclusive criticando a ditadura. Ele também dizia que “era do tempo em que liberdade não era uma calça velha azul e desbotada que se pode usar do jeito que quiser”. Ele era do tempo em que liberdade era liberdade, e isto não era na época da ditadura. Hoje, temos outras formas de dizer o que Gentile de Melo explicitava.

Saibam vocês, através dessa digressão, que Gentile tinha a preciosidade de um arquivo em que guardava muitos papéis, anotava tudo que ia lendo e que saía nos jornais. Cecília Donnangelo (1975) contou-me, certa vez, que esse arquivo foi muito precioso para ela, permitindo realizar a investigação sobre a Previdência Social, o médico e o mercado de trabalho, obra atualmente considerada um clássico na área de Política de Saúde. Então, Gentile de Melo não era, somente, uma pessoa de retórica, com humor crítico, ele tinha um jeitinho especial de fazer pesquisa.

18

## Democratização da saúde, estatização e privatização

A maneira com que o setor privado foi privilegiado na época da ditadura gerou estudos, protestos e propostas para superar o modelo que separava a saúde pública de um lado, e a assistência médica de outro, como se fosse um Tratado de Tordesilhas na saúde. E assim foi resgatada a ideia da saúde como um bem público, como um direito de todos e não como uma mercadoria. Assim se fortalece a ideia de que a saúde deveria ser democratizada como o país também. Então, a ideia da democratização da saúde nasce a partir dessas críticas. E, nesse contexto, aparece um movimento que não apenas fez crítica,

mas formulou proposições concretas e que nós chamamos “Movimento da Reforma Sanitária Brasileira” (MRSB).

Em seguida, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS) trazia, claramente que público não é igual a estatal. Nem tudo que é estatal é público e nem tudo que é público, necessariamente, é estatal. Essas distinções não são coisa do Ministro Bresser Pereira. A formulação de Bresser Pereira vai ser difundida quase dez anos depois no contexto da Reforma do Estado no governo do Fernando Henrique Cardoso. Mas, o grande debate e o grande enfrentamento que vai ocorrer durante a discussão e aprovação do relatório final da 8ª CNS, era se o novo sistema de saúde no Brasil deveria passar por uma estatização imediata ou por uma estatização progressiva. A sensatez da maioria conduziu à proposta vencedora da estatização progressiva. (PAIM, 2008)

Na realidade, o que havia de quitandas, *boutiques* e arremedos de clínicas privadas a serem estatizadas imediatamente pelo governo, talvez levasse a uma situação pior do que o que foi proposto pelo Plano Leonel Miranda. Mas, se conseguíssemos incluir na Constituição a ideia de que saúde era um direito de todos, que deveria se construir um sistema único de saúde de natureza pública, democrático, descentralizado, integral etc., e demonstrar ao longo da sua implantação a efetividade dessa proposta, o setor privado, como ocorreu em outros países, teria o seu espaço próprio, mas bastante limitado.

Em 5 de outubro de outubro de 1988, foi promulgada a Constituição Cidadã. Mas, antes da aprovação da Constituição, os donos do poder também agiram. Não se trata daquele grupo de jovens sonhadores que acreditavam que o Brasil poderia chegar a um “Estado de Bem-estar Social”. Foram aqueles que mudaram as regras do jogo enquanto o jogo estava sendo jogado.

O processo constituinte incluía várias etapas. A primeira envolvia o trabalho em comissões específicas, a exemplo de saúde e ambiente. Numa segunda etapa, a Comissão de Ordem Social condensava as proposições da saúde, educação, trabalho, ambiente etc. E, numa terceira etapa, juntavam-se as propostas da ordem social e da ordem econômica através da comissão de sistematização. Justamente no

momento em que o relatório da comissão de sistematização estava para ser aprovado, o chamado centrão – não esse que está aí desde 2016, esse é um “centrinho”; mas o daquela época, no qual havia lideranças importantes da Bahia, como um jovem parlamentar cujo pai tinha uma tradição muito grande na política do estado –, reunindo parlamentares conservadores, inclusive os que apoiaram a ditadura, se articulou, mudando as regras do jogo enquanto o jogo estava sendo jogado. Então, praticamente se zerou a Constituição naquele momento, interrompendo os trabalhos da constituinte.

Tudo isto, para explicar o seguinte: a Constituição, que parece, para muitos, como contraditória, é fruto de uma determinada correlação de forças, em que os setores mais conservadores e reacionários da sociedade deram um golpe dentro da Assembleia Nacional Constituinte. É por isso que, na Constituição, afirma-se que saúde é um direito de todos, dever do Estado, mediante políticas sociais e econômicas que reduzem o risco de doenças e agravos etc. Isso está na Constituição, mas logo em seguida declara que “a saúde é livre à iniciativa privada”. Isso não aconteceu por acaso nem por um cochilo de quem estava escrevendo. Isso representou, efetivamente, o resultando de um embate de forças. O que os defensores da saúde pretendiam era que saúde fosse tema de interesse público e que seus serviços fossem uma concessão pública do Estado.

Nesse sentido, a responsabilidade seria do Estado, mas o Estado, por algum motivo, poderia conceder ao setor privado a prestação de serviços para a população. Isso não era nada de revolucionário, pois isso é o que existe no transporte. A obrigação do transporte é pública, mas o poder público concede a uma empresa de transporte atuar. Do mesmo modo, o setor de comunicações era uma concessão pública (rádio, televisão, telefone etc.). Assim, as empresas de televisão e de rádio são uma concessão do Estado. Isso não significa proibir a livre expressão, mas elas têm que prestar contas ao Estado. Assim, deveria ser, enquanto concessão pública, como está na Constituição. Entretanto, nunca houve uma lei que regulamentasse essa questão, porque os donos do poder não deixam.

Mas nós não conseguíamos colocar saúde como concessão pública na nossa Constituição. O máximo que conseguimos foi o

reconhecimento de que a saúde é assunto de relevância pública. E se a saúde é assunto de relevância pública, é possível ser considerado um campo de ação do Ministério Público. Na época, Arouca dizia: “nós conseguimos chegar até aqui na Constituição, mas vamos agora à luta na elaboração da lei orgânica da saúde; o que perdemos na Constituição podemos ganhar depois”.

Todavia, em 1989, caiu o muro de Berlim e o povo brasileiro elegeu um ex-governador de Alagoas, atual senador, para presidente do Brasil. Foi esse cidadão que assinou a Lei Orgânica da Saúde, com inúmeros vetos relativos aos aspectos econômicos (transferência de recursos para estados e municípios) e à participação da comunidade.

Então, para que os mais jovens que leem esse manuscrito possam entender o que estamos vivenciando hoje, acerca das contradições entre o público e o privado: não são situações que estão acontecendo por causa do SUS, essa marca da articulação público-privada está no DNA da sociedade brasileira.

A evolução que ocorre neste país tem como base o “conservar mudando e o mudando para conservar”. Isso caracteriza um certo processo de mudança chamado de “Revolução Passiva”. (PAIM, 2008) E essa é uma das maneiras de entendermos o que se passou com a saúde no Brasil.

21

## Qual SUS?

Agora, podemos começar a perguntar: de qual SUS nós estamos falando na sua relação com o setor privado? É o SUS que está na Constituição e nas leis? Porque, mesmo na Constituição e nas leis, há formas de definir o que é complementar e o que é suplementar, sobretudo depois da criação das agências. É o SUS da Reforma Sanitária brasileira, na sua inteireza, seja no documento do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) de 1979, seja no relatório final (sintético, profundo, claro, propositivo) escrito pelo Prof. Guilherme Rodrigues da Silva, que dá o nome ao Auditório do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia? Ou é o SUS real,

com licença ao trocadilho, submetido aos interesses e às definições das áreas econômicas de todos os governos, de 1988 até 2017? É aquele do pragmatismo dos gestores que têm que trabalhar com o que tem diante de si? É o SUS pobre para pobres, no qual qualquer coisa que ofereça aos excluídos serviria?

Precisamos lembrar que existem essas quatro concepções e práticas acerca do SUS pra ver como é que elas se relacionam com o chamado setor privado. Seguramente, o SUS da Reforma Sanitária tem pouca experiência para mostrar o que acumulou nessa relação. O que temos na realidade, também não é o SUS constitucional. O SUS que vai sendo construído nessas relações com o setor privado [que serão seguramente desdobradas nos capítulos deste livro], é o SUS do pragmatismo dos gestores, é o SUS que pode ser feito naquele período de quatro anos, em que o gestor tem que prestar contas a quem o indicou. Ou é o SUS pobre, do ponto de vista da atenção primária, mas extremamente custoso para aqueles procedimentos de alto custo, setores que os planos de saúde recusam oferecer?

22

Portanto, a combinação que se foi estruturando no Brasil ao longo desses tempos permite hoje que nós possamos perguntar: quais são as duas lógicas centrais que estão em disputa na relação SUS x setor privado? Tem uma lógica publicista que parte do suposto de que saúde é um direito das pessoas, e que é um bem público *versus* uma lógica privatista que entende saúde como uma mercadoria e que, portanto, depende de como você compra isto no mercado, cabendo ao Estado, no limite, pagar por aqueles que seriam incompetentes, excluídos do mercado. Essas são as duas lógicas que estão atravessando, já há algum tempo, o processo de construção do SUS. Essas duas lógicas, de alguma maneira, penetram nos sujeitos que atuam politicamente na saúde, no processo político de saúde.

Nesse particular, é possível identificar pelo menos três grandes projetos em disputa desde o início do século atual. O *projeto mercantilista* que tem muito a ver com a ideia de que na saúde se realizam as mercadorias produzidas pelo ramo industrial da economia e que, portanto, se realiza a mais valia e que cabe ao Estado até contribuir com essa apropriação. O *projeto do SUS democrático*, vinculado à Reforma Sanitária, possivelmente ainda inspira muitos

leitores, mas, cada vez perguntamos, quem são os sujeitos da práxis capazes de sustentar esse projeto com tal magnitude e ousadia? Por que nós não contamos, no SUS, com partidos políticos como a Europa contou para fazer o Estado de Bem-estar Social e para construir sistemas públicos de saúde como eles têm. Nós não dispomos de sindicatos ou de centrais sindicais como a Itália dispôs para fazer sua Reforma Sanitária. Nós não contamos nem com servidores públicos que supostamente estariam interessados em ter o serviço público de qualidade porque esse é o espaço do seu trabalho.

Então, as bases sociais e políticas do SUS democrático ou constitucional são extremamente limitadas e esse é um desafio maior que nós temos, o desafio político. Mas, tem um terceiro projeto que é sustentado também por atores que tiveram um papel na Reforma Sanitária Brasileira, que é um projeto que eu chamo de *revisionista*. É um projeto daqueles envergonhados de terem defendido o direito à saúde da população e em algum momento passaram a justificar o seu transformismo (PAIM, 2013), dizendo que aquilo era um sonho dos anos 1980, que a vida correu por outro lugar... Esses se satisfazem com políticas racionalizadoras. Esses são os que dizem que o problema não é de financiamento, que o problema é de gestão. Como se fosse possível, para um grande empresário, fazer boa gestão sem capital de giro.

23

## Comentários finais

Esses três projetos ainda estão em disputa no Brasil. A gente precisa conhecê-los para saber com quem se aliar. Os governos que foram de 2003 a 2016 não abraçaram o projeto do SUS constitucional, muito menos o da Reforma Sanitária. Portanto, não vamos esperar que o governo, resultado de um golpe do dia 31 de agosto de 2016 vá fazê-lo.

É nesta situação, que nós nos encontramos hoje. Já não temos mais os supostos amigos lá em cima. Nós temos adversários, para não dizer inimigos. Atribui-se a Getúlio Vargas uma frase: “para os amigos



tudo, para os inimigos a lei". Gostaria que, pelo menos, eles tratassem o povo brasileiro como um inimigo, porque assim seria possível respeitar, pelo menos, a lei.

Nós vamos ter, cada vez mais, uma situação em que predomina uma razão cínica no nosso país. Se perdeu completamente a compostura, o pudor, a cerimônia e estou tentando ser um pouquinho mais cuidadoso para não dizer: perdeu-se a vergonha. Situações em que, pela primeira vez, na história desse país, temos um Ministro da Saúde que claramente diz que é contra o SUS e que engana a população brasileira e uma parte da mídia, divulgando que a solução é plano popular de saúde. (BAHIA et al., 2016)

Recuperar um pouco dessa história, este é o esforço que tento apresentar aqui. Explicitar para os vários componentes que integram a nossa sociedade civil aquilo que conseguimos construir nesses quase 30 anos de SUS, assim como tudo que nos ameaça até 2036, resultante da Emenda Constitucional 95. Eu acho que isso é uma obrigação nossa, realizada em qualquer espaço, mesmo com um nome pomposo de "conferência de abertura". Muito obrigado.

24

## Referências

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (org.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 115-128.

BAHIA, L.; SHEFFER, M.; DAL POZ, M. et al. Planos privados de saúde com coberturas restritas: atualização da agenda privatizante no contexto da crise política e econômica no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 1-5, 2016.

BRAGA, J. C.; GOES, S. *Saúde e previdência: estudos de política social*. Rio de Janeiro: CEBES; São Paulo: HUCITEC, 1978.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.asp). Acesso em: 1 jun. 2020.

- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 10. ed. São Paulo: Globo: Publifolha, 2000a. (Grandes nomes do pensamento brasileiro, v. 1).
- FAORO, R. *Os donos do poder: formação do patronato político brasileiro*. 10. ed. São Paulo: Globo: Publifolha, 2000b. (Grandes nomes do pensamento brasileiro, v. 2).
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.
- PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, London, p. 11- 31, 9 maio 2011.



# Atenção hospitalar no SUS

*Arthur Chioro*

*Lumena Almeida Castro Furtado*

*Daniel Gomes Monteiro Beltrammi*

*Morris Pimenta e Souza*

## Introdução

Neste capítulo, procura-se, inicialmente, compreender o surgimento do hospital como organização destinada ao cuidado, transformada em espaço de enorme relevância e simbolismo social, de grande visibilidade e centralidade na conformação dos sistemas de saúde. São aportados elementos que permitem entender como se configurou a atenção hospitalar no Brasil, e analisar seus problemas e desafios, já que é impossível compreender a crise da atenção hospitalar brasileira descontextualizada do contexto histórico em que se deu a formulação e implementação das políticas de saúde, assim como do papel atribuído ao Estado e dos diferentes interesses e visões em disputa. Ademais, são apresentadas e discutidas as transformações ocorridas em função das inovações científicas e tecnológicas observadas no campo do cuidado e da gestão hospitalar, bem como das mudanças implementadas na rede de atenção hospitalar pública e privada a partir de 1988, induzidas por políticas governamentais que tiveram e têm o objetivo de produzir uma atenção hospitalar conectada com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Procura-se, ainda, repensar criticamente como estamos conduzindo o hospital contemporâneo, a partir do

desafio de produzir arranjos que integrem e articulem o hospital aos diferentes serviços que compõem a rede de saúde e que possam proporcionar mudanças significativas na gestão da clínica. Afinal, o maior desafio no que se refere aos hospitais é o de transformá-los em hospitais *do* SUS e *para* o SUS, sustentáveis e capazes de produzir novos e melhores modos de cuidado.

## O surgimento do hospital

Não é possível definir uma única origem e precisar onde se deu o nascimento do hospital. Antes e depois de Cristo, temos registro de hospitais, hospedarias e hospícios, em diferentes países, como lugares de cuidado piedoso destinados a velhos, vagabundos e doentes. (RIBEIRO, 1993)

28

Rosen (1984, p. 68) nos apresenta a evolução do hospital na Idade Média, tanto no oriente islâmico como no ocidente cristão, impulsionada por motivos sociais e religiosos. Considera o hospital “uma das grandes façanhas sanitárias da Idade Média”, com um funcionamento muito diferente daquele que é realizado pelas instituições hospitalares tal qual se conhece na atualidade. Lugar onde, particularmente no ocidente, os cuidadores eram religiosos e religiosas. Já no oriente, diferente do que se observava na Europa, alguns hospitais já possuíam equipe médica e serviam como escola para formação.

O hospital ocidental, nesse período, não era um lugar de cuidado médico, mas um espaço destinado à assistência, voltado aos mais pobres, sem nenhuma relação com a prática da medicina. O caráter caritativo e salvacionista dessas instituições predominava, tanto para o pobre que ali era recolhido, muitas vezes para morrer, como para os cuidadores que, dedicando-se à caridade, aproximavam-se da salvação eterna. Os hospitais assumiam, ainda, é importante ressaltar, o papel de instrumento de exclusão de alguns segmentos sociais que colocavam em risco a sociedade e dela precisavam ser afastados, sendo o hospital um lugar de internamento onde “se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc”. (FOUCAULT, 2007, p. 59)

Para Foucault, estudioso da história do hospital e do nascimento da clínica, apenas no século XVIII o hospital aparecerá no ocidente como um instrumento terapêutico, destinado a curar as pessoas, mas a ser também um espaço de prática da medicina.

É também a partir dessa época que os interesses econômicos começam a atravessar e induzir fortemente o processo de transformação do hospital, que passa a operar pelas técnicas de poder disciplinar e médico de intervenção sobre o meio. Um período no qual, pelas modificações nos espaços de produção e instrumentos de guerra, “o preço” de cada indivíduo aumentava e era preciso fazer com que as pessoas vivessem mais. Também nesse período, cresce a necessidade de evitar a propagação de epidemias. Tome-se, por referência, o seguinte exemplo, destacado por Foucault (2007): no século XVII, um exército austríaco perdeu, aproximadamente, 83,3% dos seus homens no percurso entre Viena e Itália, com forte peso na mortalidade por epidemias e outras doenças. Pela necessidade de investimento em sua formação para operar novos instrumentos, os homens iam ficando mais caros, mais difíceis de serem substituídos e não podiam mais morrer tão precocemente.

Até o século XVIII, o médico valorizado era aquele da consulta privada, individual, que atendia especialmente a classe mais abastada que podia pagar pelos seus serviços. Com o advento do hospital como um lugar de cura, se conforma na organização do espaço hospitalar um lugar de centralidade do médico. Com tudo isso, outras formas de controle sobre as doenças ganham força: o registro, o estudo e a produção do saber. (RIBEIRO, 1993)

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, observou-se, progressivamente, a sistematização e o crescimento da internação da loucura, que passa a ser percebida como uma desordem no modo de agir, de sentir, paixão pervertida. O hospital assume, para além do papel diagnóstico e de classificação das doenças e dos enfermos, também o de local de exercício de inúmeras práticas de isolamento e punição, a serviço da submissão do internado ao regime de verdade instituído.

Ribeiro (1993) ressalta que, a partir da entrada dos cirurgiões no hospital, essa convergência entre a clínica e a cirurgia, se torna uma característica importante do hospital moderno, à medida que

passa a assumir funções para além do cuidar dos pacientes, um lugar privilegiado para a incorporação de novas tecnologias, em um momento de grande evolução da produção industrial. Analisando o hospital moderno, Ribeiro compara-o a uma oficina, sendo o médico seu principal mecânico: “cumpra a ele fazer com que a máquina-homem retorne o mais depressa à circulação como mercadoria ambulante. Interessa consertá-la, mas interessa menos evitar que se quebre”. (RIBEIRO, 1993, p. 30) Destaca, ainda, o atravessamento do interesse econômico privado na conformação do hospital contemporâneo, não apenas na sua administração, mas também na produção industrial de insumos pertinentes ao cuidado hospitalar, tais como medicamentos, material médico-hospitalar, equipamentos, órtese e prótese, entre outros.

Foram se configurando, assim, as muitas missões que envolvem o hospital contemporâneo. Para além de sua responsabilidade com a recuperação da saúde das pessoas, tornou-se o lugar para morrer, morte que deve ser adiada ao máximo, e continua sendo um espaço formador de qualificação e validação de novas tecnologias. Na seção a seguir, analisaremos, portanto, a evolução dos hospitais no Brasil.

30

## Breve história do hospital no Brasil

Para a compreensão da atual configuração da atenção hospitalar, seus problemas, dilemas e desafios, é importante resgatar, mesmo que sumariamente, a história e a evolução do papel desses estabelecimentos na conformação do processo de cuidado à saúde no Brasil.

Também aqui, os primeiros hospitais, majoritariamente Santas Casas, eram espaços de assistência mais do que de cuidado terapêutico em saúde. A partir da inauguração da primeira Santa Casa, em Santos, em 1543, surgiram, por iniciativa das corporações religiosas, estabelecimentos dessa natureza nas principais cidades que se formavam. Sua expansão, a partir dos séculos XIX e XX, seguiu uma lógica diferente. Em diversas localidades do país, fazendeiros e comerciantes, muitas vezes estimulados pela igreja local, criaram

uma associação para cuidar de pobres e indigentes, aglutinando religiosos e pessoas piedosas. (RIBEIRO 1993) Muitas Santas Casas, em função da doação de seus benfeitores, passaram a ocupar grandes prédios urbanos, isentas de pagamento de impostos e obrigações trabalhistas. Aqueles que necessitavam de assistência médica eram obrigados a comprar serviços dos profissionais liberais. Aos despossuídos, restavam duas alternativas: a medicina popular (leigos, curadores, práticos, benzedeiros etc.), ou o auxílio das Santas Casas de Misericórdias, destinadas ao tratamento e amparo aos indigentes e pobres. (ALMEIDA; REIS; ZIONI, 2001)

Os hospitais filantrópicos supriram a lacuna deixada pelo Estado, já que, do final do século XIX até metade dos anos 1960, praticou-se, como modelo hegemônico de saúde, o sanitarismo campanhista, de inspiração militar, que visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas, e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades, implantados com muito sucesso por eminentes sanitaristas. A partir da década de 1930, com o surgimento dos primeiros Centros de Saúde, o Estado passou também a fornecer assistência às gestantes e crianças carentes, mas a maioria da população, vivendo no meio rural, continuava sem acesso aos serviços de saúde. (ALMEIDA; REIS; ZIONI, 2001)

Em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), vinculadas às grandes empresas, com o objetivo de oferecer aposentadoria, pensões, assistência social e médica para seus trabalhadores e dependentes, que contribuía mensalmente. A partir do Estado Novo de Getúlio Vargas, sob a doutrina do seguro e com orientação de economia dos gastos, teve início a implantação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), estruturados por categorias profissionais e não mais por empresas, substituindo as CAPs.

Durante o segundo governo Vargas e o de JK, os IAPs experimentaram considerável ampliação de sua estrutura, principalmente a hospitalar. Parcela expressiva dos hospitais públicos brasileiros de médio e grande portes, localizados nos grandes centros urbanos, foram construídos nesse período. A arrecadação de recursos e a força política de cada categoria definia o número, porte e perfil assistencial



mais ou menos abrangente de cada hospital. A crescente influência do modelo de saúde norte-americano no pós-guerra proporcionou a incorporação indiscriminada de tecnologias hospitalares – em detrimento à conformação de uma rede hierarquizada e integrada –, numa visão de saúde hospitalocêntrica e que propiciou fortalecimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares. Até os anos 1960, portanto, a assistência médico-hospitalar era prestada por meio da Previdência Social, unicamente aos trabalhadores contribuintes, com vínculo empregatício formal, deixando à margem os demais brasileiros que continuavam tendo como opção os serviços ofertados pelas instituições filantrópicas.

Em 1966, já durante a ditadura militar, houve a fusão dos IAPs e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que consolidou a centralização da gestão da rede assistencial hospitalar previdenciária e retirou os trabalhadores e empregadores da gestão deste sistema, até então tripartite. Por meio do INPS, o Estado procurou promover a extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população urbana e rural, a partir de um modelo que privilegiava a prática médica curativa individual, assistencialista, em detrimento da saúde pública. A estratégia priorizada, condizente com os interesses privados que deram sustentação ao regime militar, foi o da criação de um complexo médico-industrial e a organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde. (ALMEIDA; REIS; ZIONI, 2001)

Enquanto o período dos IAPs caracterizou-se pela expansão dos hospitais públicos vinculados a cada categoria profissional, o governo militar promoveu grande expansão da participação do setor privado na rede hospitalar. Por meio do Fundo de Apoio e Desenvolvimento Social (FAS), o Estado financiou a expansão do parque hospitalar privado, com recursos da previdência e de forma subsidiada. Em 1969, havia 74.543 leitos privados no país, número que se elevou, em 1984, para 348.255. Essa expansão de leitos privados (465% de crescimento em 24 anos) não seria possível sem recursos da previdência social; capital fixo subsidiado; baixíssimo risco empresarial; nenhuma competitividade; e garantia de compra de serviços, um investimento

público na rede privada com retorno financeiro garantido para os donos dos hospitais. (FLEURY, 2008)

Em 1974, no contexto do fim do milagre econômico e do agravamento das condições sanitárias da população brasileira, houve a implantação do Plano de Pronta Ação, por meio do qual se propunha a universalização da atenção às urgências aos não previdenciários. Essa ampliação de acesso se deu pelo estabelecimento de contratos e credenciamentos por serviços prestados com hospitais públicos, filantrópicos e universitários. Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência Social (Sinpas) e diversos órgãos para gestão do sistema previdenciário, entre os quais o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), a quem coube a responsabilidade pela gestão da prestação de assistência médica individual previdenciária. A lógica instituída baseava-se: a) no Estado como grande financiador da saúde através da previdência social; b) no setor privado nacional como prestador dos serviços de atenção médica; e, c) no setor privado internacional como produtor de equipamentos biomédicos e medicamentos. O modelo, entretanto, já começava a apresentar graves problemas, determinados pela profunda crise financeira, com origem nas fraudes no sistema de pagamento e faturamento (unidades de serviços), desvios de verbas da previdência para megaprojetos do governo – como a Transamazônica, Itaipu e Ponte Rio-Niterói, por exemplo –, acordos espúrios com o sistema financeiro, aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares efetuados pelo setor privado etc.

No início dos anos 1980, no contexto da crise financeira e legitimidade do modelo de assistência médica previdenciária, o Estado propôs, como medida para controlar a crise financeira da previdência social, a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. O Conasp propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, propugnando o aumento da produtividade,

melhoria da qualidade, equalização dos serviços prestados à população urbana e rural, montagem de um sistema de auditoria, revisão do financiamento do FAS, hierarquização de equipamentos etc. Entre outras mudanças, previa a instituição de um modelo assistencial regionalizado e hierarquizado, com base em convênios estabelecidos entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), Ministério da Saúde (MS) e secretarias estaduais de saúde. Na prática, proporcionou o fim do pagamento por unidades de serviços, disciplinando os gastos e diminuindo as internações hospitalares. (ALMEIDA; REIS; ZIONI, 2001)

Em 1982, como parte de um plano nacional de reorganização do sistema de saúde, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que propunham diferentes instâncias de planejamento e gestão compartilhadas nas várias esferas de governo. Um processo de descentralização começou a ganhar espaço na saúde. (TANAKA et al., 1992) A piora do quadro econômico pós-milagre, os custos crescentes do modelo adotado, a abertura política e reaparecimento de atores dispostos a lutar pelo resgate da dívida social acumulada pela ditadura, entre outros fatores, impuseram as condições para que um movimento contra-hegemônico, denominado “Movimento da Reforma Sanitária” entrasse em cena reivindicando mudanças estruturais no sistema nacional de saúde.

Esse movimento era formado por diferentes atores, entre os quais se pode destacar os movimentos sindical e de trabalhadores de saúde, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), as entidades estaduais (Cosems) e nacional de secretários municipais de saúde (Conasems), alicerçadas em experiências exitosas nos municípios, um pequeno e aguerrido grupo de parlamentares vinculados à defesa da saúde, e o movimento popular de saúde, fortemente influenciado pelas comunidades eclesiais de base da igreja católica e da participação de militantes de esquerda na periferia das grandes cidades.

Produziu-se, a partir do Movimento da Reforma Sanitária, e no contexto da redemocratização do país, uma ampla mobilização social em torno da ideia de que saúde é um dever do Estado e um direito

social, que só se concretizaria pela criação de um sistema nacional de saúde, universal, integral, equânime, público e gratuito. Isto, entretanto, só seria possível mediante a luta pela democracia e por uma nova Constituição Federal, oriunda de uma Assembleia Nacional Constituinte, livre e soberana. Nos anos 1980, a crise econômica, política e social se aprofundou. O regime militar começou a mostrar sinais de esgotamento. As condições sanitárias e a crise do modelo previdenciário se agravavam e as péssimas condições de saúde se refletiam nos indicadores epidemiológicos. A desassistência se tornou ainda maior quando, progressivamente, o setor privado, após crescer e se consolidar às custas dos recursos públicos, deixou de receber os pacientes do Inamps e passou a dedicar, cada vez mais, a oferta de seus serviços às operadoras de planos de saúde.

Restava, aos brasileiros, os hospitais públicos e filantrópicos, insuficientes, subfinanciados e superlotados com a demanda excessiva de um país que vivia um processo de urbanização e crescimento demográfico caóticos e que não dispunha de outras alternativas assistenciais. Crescia a insatisfação da sociedade brasileira com o conjunto das questões ligadas à saúde e, com o fortalecimento do movimento da reforma sanitária, foram sendo construídos consensos e propostas de alteração profunda do sistema nacional de saúde. Essas proposições desembocaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, em que a base de princípios e diretrizes para a conformação do SUS se consolidou, com forte sustentação social e popular. Essas propostas ganharam o espaço institucional no bojo das disputas travadas na Assembleia Nacional Constituinte, instalada em 1987.

A conformação de uma força política conservadora e privatista (“Centrão”), em 1987, colocou em risco a possibilidade de aprovação do SUS na nova Constituição. Atores políticos que ocupavam importantes espaços no Inamps e no Mpas tomaram a iniciativa de implantar, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), em substituição das AIS. O Suds previa a unificação das ações e responsabilidades do Inamps e do MS, com a descentralização, para os estados, de várias dessas responsabilidades, até então centralizadas no governo federal. Fazia parte dessa estratégia, formalizada em convênios entre o Inamps e os estados, a transferência da gestão

dos contratos com a rede hospitalar. Hospitais públicos, filantrópicos e privados passaram a compor uma rede comum, sob gestão estadual.

Não há como compreender a crise da atenção hospitalar brasileira descontextualizada dessa breve regressão histórica, aqui sumariamente relatada, foi assim que se consolidou, no Brasil, um modelo de atenção fortemente centrado no hospital, baseado na lógica de pagamento por procedimentos médicos e atos profissionais, sem investimentos que permitissem a construção de uma rede de atenção primária e de uma rede de cuidados integral à saúde. Assim, serviços extra-hospitalares eram quase inexistentes antes da criação do SUS, cabendo ao hospital, de forma extremamente irracional e custosa, praticamente todas as ações de assistência à saúde. Nesse sentido, na próxima seção, procuramos apresentar as mudanças na rede de atenção hospitalar após o advento do SUS.

## A atenção hospitalar brasileira após a implantação do SUS

36

Em 1988, ano que marca o advento do SUS, o parque hospitalar brasileiro já apresentava capacidade instalada muito expressiva. Em 1976, segundo a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária, o país possuía mais de 440 mil leitos. (DATASUS, 2002) O número de leitos seguiu crescendo, conforme descrito anteriormente, às custas da expansão de hospitais privados, até 1992, quando chegou a números superiores a 540 mil leitos, o que proporcionava uma relação de 3,65 leitos por 1.000 habitantes, ordem de grandeza até então mais afeita ao cenário de países do mundo desenvolvido.

Contudo, o parque hospitalar padecia de significativos problemas, que, em síntese, podem ser assim caracterizados: predominância de hospitais de médio e pequeno porte; baixa capacidade para atender, de forma resolutiva, ao conjunto das necessidades em saúde vigentes; concentração expressiva de hospitais nos principais centros urbanos do país, com grandes vazios assistenciais; composição majoritária de leitos privados; e, baixa participação do Estado como ente contratante

de leitos hospitalares, em função da competição por esses mesmos leitos exercida diretamente pela saúde privada.

Os hospitais públicos, universitários e parte daqueles vinculados diretamente à gestão do sistema previdenciário, de maior porte, adensamento médico e tecnológico, e que reuniam maior capacidade para atender às necessidades mais específicas em saúde, em função de sua pequena escala (menor número de estabelecimentos hospitalares com este perfil), e de sua baixa articulação com o sistema, não conseguiram equilibrar esse cenário em favor do SUS.

A restrita governabilidade dos entes estatais sobre a operação, a organização e, logo, sobre os precários resultados assistenciais produzidos por este parque hospitalar, alimentou percepções quanto à excessiva centralidade do papel dos hospitais no SUS. Tais percepções foram traduzidas em ações na esfera das políticas de saúde, durante os cinco primeiros anos que se seguiram à criação do SUS, que redundaram em alternância dos vetores de crescimento de sua rede assistencial.

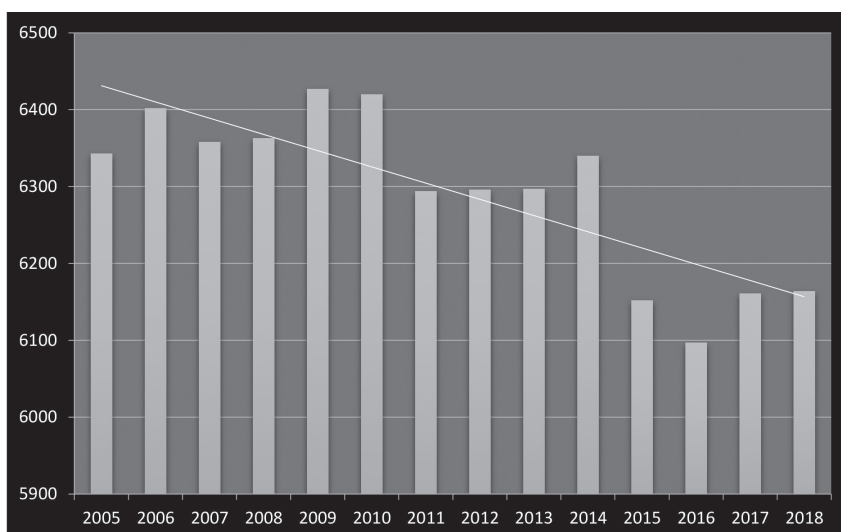
37

A partir de então, observou-se o início de uma importante redução do número de leitos hospitalares no país, especialmente após 1992, quando se constatou um acentuado crescimento de estabelecimentos ambulatoriais públicos, que se manteve expressivamente até 1999, estendendo-se, pelo menos, até 2005.

Cabe destacar que os estabelecimentos hospitalares públicos também cresceram em número nesse período, sem, contudo, compensar a redução de leitos hospitalares totais no Brasil, em função da importante redução de leitos privados observada. (COELHO, 2013; FLEURY, 2008) O que parecia ser o início de uma reversão do modelo assistencial, em favor da constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada, hierarquizada e descentralizada e, portanto, mais capaz de viabilizar os princípios e diretrizes do SUS – universalidade, integralidade e equidade –, acabou produzindo certa estagnação das necessárias reflexões e formulações para a estruturação de uma política de atenção hospitalar comprometida, de fato, com as necessidades do sistema de saúde.

No interstício entre 2005 e 2016, a composição do parque hospitalar brasileiro manteve a tendência até então observada no último período analisado, com significativo crescimento dos estabelecimentos hospitalares públicos e redução dos hospitais privados. Esse período foi marcado também por uma tendência de redução global dos estabelecimentos hospitalares no Brasil, como observado nos Gráficos 1 e 2.

Gráfico 1 – Evolução e tendência do número de estabelecimentos hospitalares no Brasil (2005 a 2018)



38

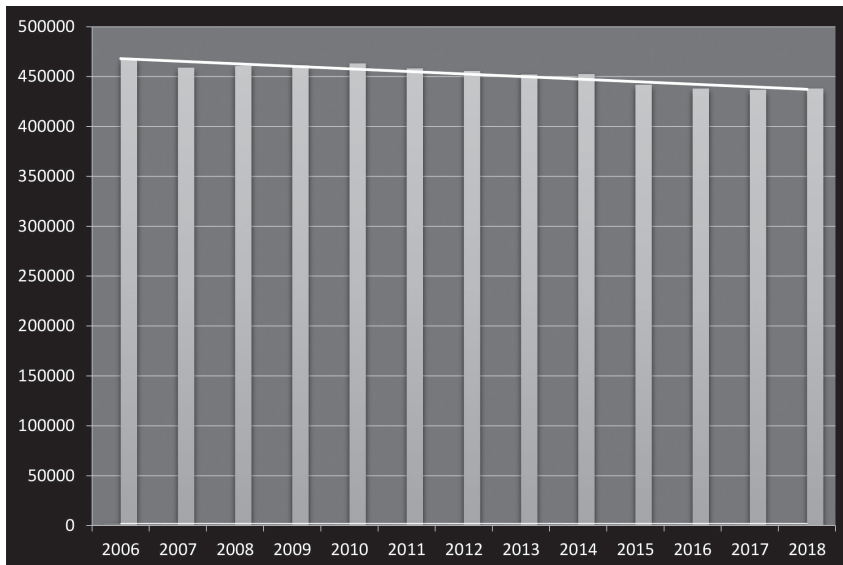
Fonte: adaptado de DATASUS [2019].

Em março de 2018, o Brasil dispunha de 438.005 leitos, distribuídos em 6.164 estabelecimentos hospitalares, sendo 83% classificados como hospitais gerais e 17% como hospitais especializados, quanto à sua tipologia. Quanto à sua natureza jurídico administrativa, os hospitais brasileiros estão distribuídos como segue: 38% são públicos (esferas Federal, Estadual e Municipal); 32% privados com fins lucrativos e 29% estabelecimentos hospitalares sem fins lucrativos (filantrópicos).

Ao analisarmos o perfil do parque hospitalar brasileiro é possível compreender que parte expressiva dos problemas constatados nos primórdios do SUS ainda persistem na atualidade, uma vez que sua

matriz estrutural foi pouco atualizada e a distribuição territorial dos hospitais de médio e grande porte (com 100 leitos ou mais) segue bastante concentrada nos principais centros urbanos do país. A maioria dos hospitais brasileiros encontra-se na Região Sudeste (34%), que também concentra a maioria dos hospitais privados e dos estabelecimentos hospitalares sem fins lucrativos (35% e 47% respectivamente). A Região Nordeste apresenta-se na segunda posição, com 29% do total de hospitais, liderando na modalidade de hospitais públicos (42%), estando a Região Sudeste na segunda posição com 22% dos estabelecimentos hospitalares públicos.

Gráfico 2 – Evolução e tendência do número de leitos hospitalares no Brasil (2006 a 2018)



Fonte: adaptado de DATASUS [2019].

Esse cenário, na Região Nordeste, é fruto de um processo de ampliação do parque hospitalar público por parte dos gestores estaduais e municipais, como forma de amenizar os vazios assistenciais e longas distâncias entre os serviços existentes, concentrados nas capitais e grandes municípios. Visa, ainda, induzir o fortalecimento



e organização das redes de atenção à saúde, muito marcadas pelo protagonismo desses gestores nos últimos 15 anos.

Uma característica marcante da rede hospitalar brasileira é a presença de Hospitais de Pequeno Porte, doravante HPP. Cerca de 60% dos hospitais brasileiros têm menos de 50 leitos. Quase 40% dos hospitais brasileiros têm 20 leitos ou menos, dados capazes de dimensionar a importância dos HPP como fenômeno brasileiro histórico. (BRASIL, 2004; FACCHINI; BARBOSA, 2014) O investimento em HPP se deu antes do advento e da compreensão mais recente quanto às vantagens competitivas (eficiência) do que se convencionou chamar de hospital moderno, que se caracteriza por concentrar tecnologias, deter conhecimentos específicos, estar tripulado por equipes especializadas com as melhores curvas de aprendizagem, ser capaz de induzir maiores escalas produtivas e melhor relação custo-efetividade.

40

Na contemporaneidade, os HPP estão instalados nas cidades do interior, com populações menores que 20 mil, ou entre 20 e 100 mil habitantes, estando, de forma prevalente, vinculados aos municípios e a instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, que majoritariamente prestam serviços ao SUS. Em algumas unidades da federação, pertencem aos governos estaduais. Nem sempre se situam em locais de difícil acesso ou com distâncias significativas dos polos hospitalares regionais de referência. A saúde suplementar, por sua vez, também contribui sensivelmente para a alta densidade de HPP, em particular pela disseminação do cooperativismo em saúde, representado pelo sistema UNIMED (BARBOSA 2017).

A baixa efetividade dos HPP e o aparente efeito de suficiência que os estabelecimentos hospitalares legam aos municípios e regiões onde estão instalados geram repercussões importantes – quase sempre negativas – em escala por todo o país, na forma de expressivos gargalos de acesso a média e alta complexidades. Uma proposta de qualificação da atenção hospitalar brasileira não pode deixar de considerar, a partir das particularidades de cada território e região de saúde, a necessidade de promover uma reformulação radical da rede de serviços. Isso pode se dar pela reconfiguração assistencial de parte significativa desses estabelecimentos, que podem assumir

novos papéis na rede locorregional de saúde, mais condizentes ao arranjo em rede. Essa reformulação pode, ainda, ser implementada tanto por meio da ampliação da rede ambulatorial, de urgência e emergência, com redução do número de HPP de acordo com as necessidades regionais, como pela ampliação do número de leitos e da complexidade e resolutividades locais de modo articulado. Para tanto, essa rede deverá estar apoiada idealmente em um componente logístico adequado e ágil, cujo modelo de financiamento esteja atrelado não à produção de procedimentos, mas à cobertura assistencial e aos desfechos esperados para uma população específica.

É fato que a governabilidade estatal sobre a estrutura e a operação dos estabelecimentos hospitalares brasileiros foi sensivelmente ampliada da fundação do SUS até os dias de hoje. Esta ampliação, contudo, foi feita por meio da disseminação de um modelo de atenção hospitalar bastante centrado nas corporações profissionais (especialmente a médica), nas atividades de ensino e pesquisa, na produção de procedimentos como vocação hospitalar, na transferência da gestão para entes privados (como as organizações sociais de saúde), na gestão centrada na eficiência dos meios produtivos (a indústria e os insumos hospitalares) e na incorporação acrítica e não substitutiva de tecnologias, caracterizando um modelo técnico-assistencial que se convencionou chamar de “administração hospitalar clássica ou tradicional”.

A redução do número de leitos hospitalares é uma tendência em escala global, observada em praticamente todos os países. Ao se estabelecer paralelos entre o SUS e o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido, em inglês: National Health Service (NHS), ambos sistemas públicos e universais de saúde, por exemplo, é possível observar trajetória semelhante quanto à redução de leitos hospitalares no sistema do Reino Unido, como observado no Brasil no período de 2005 a 2018. Contudo, as condições nas quais estas reduções se deram foram bastante distintas.

A partir de experiências prévias bem-sucedidas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciadas em 1991, e com o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994, o Brasil vivenciou a efetiva expansão da Estratégia de Saúde da

Família (ESF) apenas a partir de 2006, quando foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (CECÍLIO; CHIORO, 2018)

A atenção básica brasileira, a partir desse modelo, muito mais compatível com um sistema beveridgiano, propôs caminhos para se organizar estratégias efetivas de promoção e prevenção integradas com a assistência, e estar mais próximo das pessoas que precisam de cuidados, com vistas a promover e recuperar sua saúde. Esses elementos foram fundamentais para a sustentação da defesa de um modelo de atenção alicerçado na atenção básica, cujo objetivo foi, e continua sendo, a construção de uma rede de cuidados integrais com universalidade, em diversos pontos de atenção e a partir de múltiplos itinerários, de acordo com as necessidades de saúde da população.

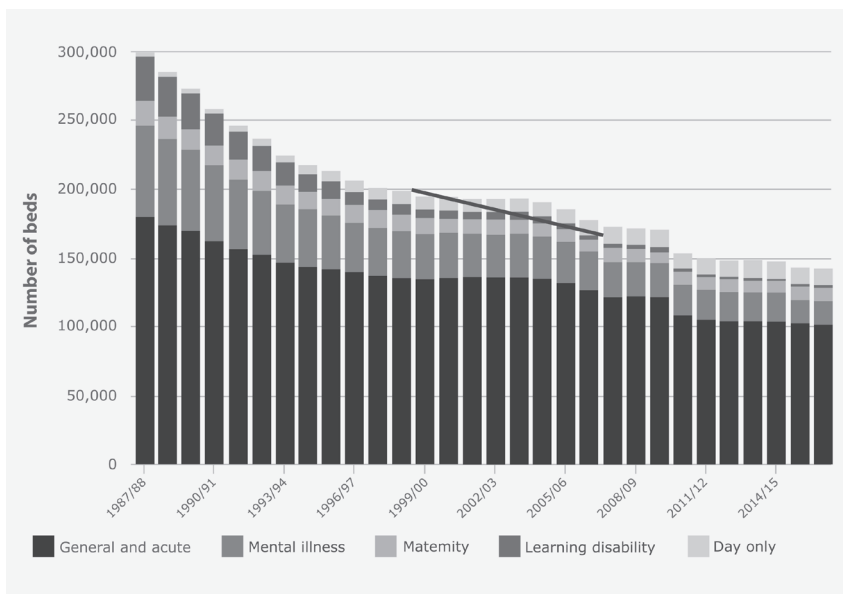
Contudo, ainda é um imenso desafio enfrentar e reverter os vetores de força atuantes nos hospitais, que acabam por ajudar a produzir e magnetizar anseios e paradigmas (sociais e corporativos), os quais sustentam ainda uma centralidade excessiva e indesejada dos hospitais no sistema de saúde, fragmentando o processo de atenção e reduzindo sua efetividade. Ainda que tenhamos experiências exitosas, a integração da atenção hospitalar em rede segue sendo um importante desafio, fundamental na promoção de maior adesão e legitimidade ao SUS.

O NHS, no mesmo período, já dispunha de sólida institucionalidade sistêmica sedimentada desde o *Relatório Beveridge* – oficialmente intitulado *Report on Social Insurance and Allied Services* –, em 1942, que culminou com a conformação dos princípios do “estado de bem-estar social” e com a criação deste sistema em 1948. Em sua trajetória, o sistema de saúde britânico forjou um sólido modelo de atenção, decisivamente alicerçado em princípios como o acesso livre, irrestrito e gratuito, além da centralidade nas necessidades em saúde de sua população, como princípios de cidadania. (BEVERIDGE, 1942) Esse contexto permitiu a real viabilização de uma atenção primária protagonista e presente nos diversos pontos de atenção do sistema britânico, o que contribuiu para a redução dos hiatos entre esta e a atenção especializada ambulatorial e hospitalar, além de atenuar

os tão singulares magnetismos desta última. (GROSIOS; GAHAN; BURBIDGE, 2010)

Ao se observar as relações de leitos por 1.000 habitantes no Brasil e na Inglaterra, bem como a comentada redução de leitos em ambos os países, pode-se observar algumas peculiaridades. Enquanto o Brasil, em 2018, apresenta uma relação de 2,1 leitos por 1.000 habitantes, a Inglaterra dispõe de 2,5 leitos por 1.000 habitantes. Entre 2006 e 2018, o Brasil teve uma redução de 6% de seus leitos totais, enquanto que a Inglaterra, no mesmo período, produziu uma redução de 22% de seus leitos hospitalares, em um contexto de produção e entrega de grande efetividade, como observado no Gráfico 3 e na Tabela 1. Deve ser ressaltado que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda uma razão mínima de 2,5 a 3,5 leitos hospitalares por 1.000 habitantes.

Gráfico 3 – Evolução e tendência do número de leitos hospitalares na Inglaterra (NHS) - 1987 a 2017



Fonte: adaptado de OECD [2017].

Tabela 1 – Avaliação de 11 países pelo ranking de desempenho de seus sistemas de saúde da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)

**COUNTRY RANKINGS**

Top 2\*  
Middle  
Bottom 2\*

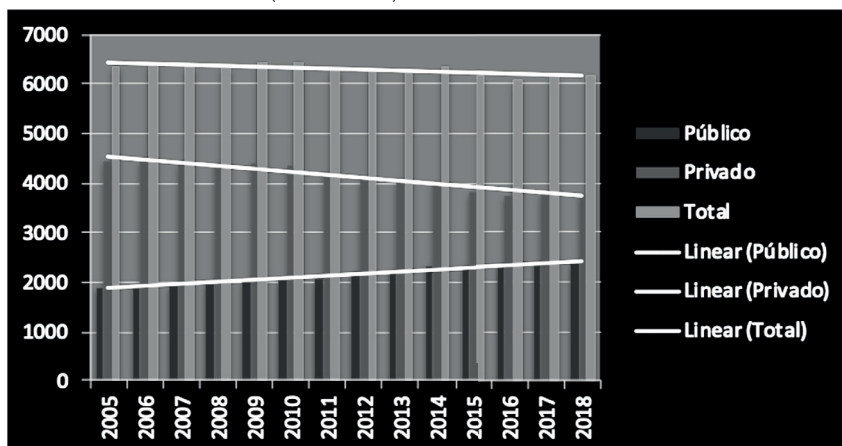
	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	UK	US
<b>OVERALL RANKING (2013)</b>	4	10	9	5	5	7	7	3	2	1	11
<b>Quality Care</b>	2	9	8	7	5	4	11	10	3	1	5
Effective Care	4	7	9	6	5	2	11	10	8	1	3
Safe care	3	10	2	6	7	9	11	5	4	1	7
Coordinated Care	4	8	9	10	5	2	7	11	3	1	6
Patient-Centered Care	5	8	10	7	3	6	11	9	2	1	4
<b>Access</b>	8	9	11	2	4	7	6	4	2	1	9
Cost-Related Problem	9	5	10	4	8	6	3	1	7	1	11
Timeliness of Care	6	11	10	4	2	7	8	9	1	3	5
<b>Efficiency</b>	4	10	8	9	7	3	4	2	6	1	11
<b>Equity</b>	5	9	7	4	8	10	6	1	2	2	11
<b>Healthy Lives</b>	4	8	1	7	5	9	6	2	3	10	11
<b>Health Expenditures/Capita, 2011**</b>	\$3,800	\$4,622	\$4,118	\$4,495	\$5,099	\$3,182	\$5,689	\$3,925	\$5,643	\$3,405	\$8,508

Fonte: adaptado de OECD [2013].

44

O cenário brasileiro reflete a tendência histórica sustentada de redução de leitos hospitalares, influenciada pela redução de hospitais privados, observada entre 2005 e 2018, sem que o aumento do número de hospitais públicos pudesse compensá-la. Essa tendência aponta para uma acomodação do número de estabelecimentos hospitalares privados no triênio 2016 a 2018 (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Evolução e tendência do número de hospitais no Brasil por esfera administrativa (2005 a 2018)



Fonte: adaptado de DATASUS [2019].

Temos ainda outros desafios para produzir avanços perenes e em escala no que tange à produção de uma atenção hospitalar para o SUS. São desafios a serem enfrentados, para além daqueles já dimensionados para os HPP, a cronificação da crise financeira e operacional – ainda que resultem em oportunidades de aprimoramento de processos e ganhos de eficiência e efetividade – pelas quais passam os hospitais de grande porte brasileiros, como as misericórdias e os hospitais universitários e de ensino, além de uma persistente desarticulação destes últimos com o SUS.

O hospital universitário, com sua complexidade institucional e organizacional, por sua importância estratégica para os sistemas estaduais e regionais de saúde, ainda representa um enorme desafio para a atenção hospitalar brasileira, mesmo após a criação, em janeiro de 2011, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação para aprimorar a gestão dos hospitais universitários federais. Importante, no entanto, considerar que tais gargalos dificilmente se resolvem apenas com alterações na gestão dos estabelecimentos e na oferta da atenção hospitalar, dependendo de uma reorganização mais global do cuidado hospitalar e ambulatorial especializado, de forma mais integrada, não mais focada no acesso a procedimentos, consultas e exames, mas que permita a conformação de módulos integrais de cuidado com foco em desfechos clínicos.

Cabe, de novo, olharmos a redução de leitos hospitalares na Inglaterra, que não se deu por vicissitudes do equilíbrio econômico de negócios privados, como o caso da redução do parque hospitalar privado brasileiro, mas sim por uma vitoriosa estratégia que produziu vigorosa transição de cuidado, que, na visão dos britânicos, também se concentrava excessivamente nos hospitais. Tal transição sustentou-se pela aposta em um conjunto de estratégias (ideias-força) que foram paulatinamente implantadas e testadas, como a governança clínica.

Em tempos de necessária reflexão sobre o futuro dos sistemas públicos e universais de saúde, não é recomendável negligenciar as ideias-força observadas em experiências como a britânica, especialmente aquelas que fazem mais sentido para o contexto brasileiro,

tais como: a centralidade no usuário; a conexão viva entre o hospital e a rede de atenção à saúde; o acesso aos cuidados em tempo oportuno; a formação de capacidades humanas para a saúde na lógica das necessidades vigentes; a produção de autonomia para que os indivíduos sejam sujeitos de seu próprio cuidado; a clínica ampliada baseada em evidência para o melhor cuidado; a incorporação tecnológica guiada por necessidades e não pelas induções assimétricas do mercado; a produção e a gestão do cuidado integral por meio de relações de trabalho baseadas em equipes e não em hierarquias profissionais; o financiamento do sistema guiado por resultados (viver mais e melhor) e não pela execução de procedimentos; a tomada de decisão sempre baseada em informação e, ainda, a participação social como eixo balizador de um sistema que seguirá sustentando um sólido compromisso civilizatório. (BELTRAMMI; CAMARGO, 2017)

46

A atenção hospitalar é parte sensível para a legitimidade social que o SUS ainda precisa construir e consolidar, uma vez que uma fração expressiva do inconsciente coletivo social ainda enxerga os hospitais como aposta para o alcance do SUS que almeja. Produzir uma atenção hospitalar conectada com os principais desafios contemporâneos do SUS deve compor a agenda estratégica para a produção de um futuro viável para o sistema, como será visto a seguir.

## O hospital no SUS e para o SUS

Como já expresso, os hospitais têm um importante papel na análise da trajetória e da própria construção do SUS. Se, por um lado a herança do sistema de base previdenciária, herdada do Inamps, associada à incorporação de uma quantidade de serviços filantrópicos de limitada capacidade de resposta, representam ainda custo elevado para o sistema, é inegável também que constituem parte fundamental da rede de serviços de saúde. Mais do que isso, foram, por anos, o principal destino dos recursos para consolidação do SUS.

Esse fato está relacionado também à perspectiva construída junto aos usuários, que, pela concentração tecnológica existente nesses serviços, neles vislumbram maior qualidade e capacidade de resposta. Gera, como consequência, uma maior exposição e exploração pela mídia, o que, nos momentos de crise, acarreta desgaste político ou disputas eleitorais que têm como pano de fundo os problemas da atenção hospitalar. (BRASIL, 2004)

Tais características, associadas à forma como parte dos profissionais de saúde, em especial os médicos, enxergam o hospital, produziram o seu isolamento, consolidando-o, ainda que envolto em uma série de problemas de gestão e de seu modelo assistencial, como um dos seus pontos mais sensíveis. O hospital, nesse contexto, se configura como ponto de atenção final de diferentes linhas de cuidado e, dessa forma, foz de uma infinidade de problemas inerentes a um sistema que, subfinanciado e permeado por graves problemas de implantação, maturação e institucionalização, apresenta também muitos avanços e está ainda em organização.

Apesar das dificuldades em se propor uma política robusta para a atenção hospitalar brasileira desde os primórdios do SUS, suas eternas crises de funcionamento desencadearam vários esforços que podem ser reconhecidos, visando ao aprimoramento do desempenho hospitalar em suas múltiplas dimensões. As normatizações estão intimamente relacionadas com a própria lógica do sistema, como a descentralização da gestão por esferas de governo, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), e seu papel reformista e desencadeador de uma perspectiva verticalizada do sistema na implantação das políticas de saúde.

Algumas dessas iniciativas produziram importantes aportes à qualificação e controle da atenção hospitalar, como os mecanismos de descentralização da gestão, a criação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) via Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a implantação do sistema de auditoria do SUS, as normas das agências regulatórias, o estabelecimento de uma perspectiva de regulação do acesso e oferta de serviços. Apesar do crônico subfinanciamento, interferiu também na lógica de financiamento do SUS,



com os fundos de saúde e uma nova lógica de orçamentação da saúde, baseada em série histórica de produção e população, entre outros, com repercussões maiores ou menores para o hospital. (SANTOS; PINTO, 2017)

A partir de 2003, no contexto da crise dos hospitais públicos e filantrópicos, o MS procurou estabelecer uma política de atenção hospitalar para o país. Esses movimentos têm, no plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (BRASIL, 2004), publicado em 2004, um marco importante. O documento objetivava dar um direcionamento para as políticas públicas na reestruturação da atenção hospitalar a partir de uma perspectiva mais democrática e custo-efetiva. Trazia como eixos norteadores problematizações importantes, como a garantia de acesso, a humanização, a necessidade de inserção na rede de serviços, a democratização da gestão, a descentralização e regionalização. Avançava também sobre o modelo de remuneração e com uma importante reflexão sobre os modelos de contratualização. (REIS, 2011)

48

Tal política foi formulada pelo MS à mesma época da Política Nacional de Humanização (PNH), que estabelecia princípios, diretrizes e alinhamentos na relação com os usuários e os trabalhadores, e, em conjunto, se tornaram base importante para a continuidade da proposição de um modelo de atenção hospitalar no país. (SANTOS; PINTO, 2017) Importante ressaltar que marcaram o início de um movimento de construção das políticas, que culminou em uma série de outros referenciais normativos com influência direta ou indireta na atenção hospitalar, como as políticas nacionais de HPP, de atenção às urgências, de regulação do SUS, bem como no Pacto pela Saúde, de Gestão e na Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência. Finalmente, no principal referencial normativo atual para o SUS, as Redes de Atenção à Saúde, instituída pela Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010, e depois substituída pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017.

Após a Portaria nº 4.279/2010, diversos outros esforços de construção de redes de atenção foram feitos, com maior ou menor inserção do hospital e, quase sempre, relacionados com incentivos financeiros que intencionavam induzir uma determinada política de saúde. Nessa direção, destacam-se o Decreto Federal nº 7.508,

de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, a publicação de portarias que instituíram as Redes de Atenção às Urgências, com dispositivos como a Atenção Domiciliar (AD), as Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA), a reformulação das Centrais de Regulação de Urgência (CRU), bem como as linhas de cuidado prioritárias, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o Infarto Agudo do Miocárdio. No mesmo sentido, a participação dos hospitais, em rede, foi potencializada com sua inserção destacada na Rede Cegonha, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e na revitalização da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Além disso, estabeleceu-se o Programa Nacional de Segurança do Paciente, introduzindo diversos conceitos de qualidade hospitalar nos referenciais normativos do SUS.

Resultante de todos os esforços de organização da rede de atenção à saúde, finalmente foi publicada a Portaria nº 3.390, em 30 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), um documento de muita relevância que conceitua os hospitais a partir de sua inserção na rede de saúde. Conforme disposto em seu artigo 3º:

Art. 3º Os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. (BRASIL, 2013)

A PNHOSP avança também no sentido de reafirmar os eixos indutores das diferentes políticas na lógica das redes de atenção à saúde, posicionando o hospital como parte dela. Orienta que as ações efetuadas pelos hospitais sejam baseadas não apenas na sua capacidade instalada e produção histórica, mas adaptadas ao perfil epidemiológico e demográfico das regiões de saúde. Suas diretrizes remontam aos princípios da universalidade, equidade, integralidade

e do controle social, da regionalização e continuidade da atenção, sendo reforçado o papel da regulação articulada com os demais serviços da rede locorregional de saúde. Inspira-se na Política Nacional de Humanização (PNH) e em conceitos de Medicina Centrada na Pessoa, um modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar. Além disso, avança na direção de definir financiamento tripartite, conforme pactuação, criando bases para modelos mais dinâmicos de contratualização e fortalece a necessidade de monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos. A Portaria nº 3.390/2013 foi posteriormente substituída pela Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. (BRASIL, 2017)

50

Para se compreender a importância da trajetória de implantação da PNHOSP é importante analisar alguns dados sobre a disposição dos leitos segundo tipo e especialidade. Mesmo considerando-se o subfinanciamento crônico do sistema de saúde brasileiro, os processos de habilitação de leitos e adequação da rede guardam uma lógica muito atrelada às políticas indutoras e, por conseguinte, à própria PNHOSP. Na Tabela 2, que demonstra a evolução quantitativa de leitos segundo especialidade, entre 2006 e 2017, observa-se a já citada redução de leitos hospitalares totais, principalmente às custas da redução de leitos cirúrgicos gerais, ginecológicos, pediátricos e psiquiátricos. Apesar de todas as considerações, já realizadas, sobre o desfinanciamento e a insuficiência de leitos, outras devem ser feitas para uma justa análise dessa redução.

As mudanças no processo de trabalho em saúde, a incorporação de novas tecnologias e o impacto da expansão da rede básica e da ESF sobre causas sensíveis de internação pela atenção básica tiveram impactos significativos sobre a necessidade de internamento e o perfil de leitos necessários. Além disso, a evolução do processo assistencial proporcionou alternativas de cuidado em ambientes de internação-dia, ambulatoriais e domiciliares que impactaram na oferta complementar e na necessidade de leitos, minimizando o problema e proporcionando alternativas aos usuários do SUS. Deve-se considerar, ainda, a mudança no perfil demográfico da população, com a diminuição do número de crianças e da taxa de fecundidade,

assim como a diminuição do tempo e da própria necessidade de internações de crianças e gestantes, com impacto no número de partos e no número de leitos pediátricos e obstétricos, que também tiveram seu papel nessa redução.

De certa forma, há um grande paradoxo no movimento de indução das políticas do MS para os hospitais, uma vez que, por concepção, o SUS prevê a autonomia dos entes federados na proposição de políticas. Porém, esse movimento de indução, atrelado a um modelo de atenção específico, faz com que os gestores municipais e estaduais abram sistematicamente mão dessa autonomia para captação dos recursos necessários para a manutenção de sua capacidade financeira de resposta.

Não obstante, a partir de tais considerações, enquanto demonstração da efetividade indutora das políticas que culminaram na PNHOSP e nela própria, podemos notar a ampliação de leitos complementares, destinados aos cuidados intensivos, que cresceram de 20.483 para 29.723, um aumento de 9.240 leitos de UTI. Isso representa um salto na relação percentual de leitos complementares sobre o número total de leitos de 5,8% para 9,7% no período. Tratam-se de mudanças fundamentais para aprimorar a capacidade de resposta à nova demanda epidemiológica relacionada à carga tríplice de doenças, sabidamente associada à maior morbidade hospitalar. (MENDES, 2011)

Tabela 2 – Média anual de leitos de internação SUS por especialidade detalhada. BRASIL - Período: 2006/2017 (Continua)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
CIRÚRGICOS	75.592	75.836	75.592	76.217	76.478	76.505	76.336	75.844	75.865	75.013	74.778	74.709	-883	-1,2%
..Buco maxilo facial	635	676	709	743	761	768	792	792	788	766	749	735	+100	+15,8%
..Cardiologia	2.989	3.087	3.105	3.207	3.268	3.407	3.197	3.071	3.153	3.135	3.055	3.045	+56	+1,9%
..Cirurgia geral	44.319	43.623	42.837	42.248	41.546	41.078	40.600	39.851	39.260	38.466	38.390	38.157	-6.162	-13,9%
..Endocrinologia	232	221	237	247	242	252	200	184	182	176	162	155	-77	-33,3%
..Gastroenterologia	1.050	1.075	1.100	1.161	1.180	1.152	1.103	1.029	981	947	938	930	-121	-11,5%
..Ginecologia	5.403	5.487	5.453	5.496	5.441	5.265	5.131	4.934	4.859	4.640	4.478	4.418	-984	-18,2%
..Nefrologia/ urologia	2.011	2.032	1.980	2.021	2.006	1.987	2.008	1.957	1.942	1.937	1.898	1.845	-166	-8,3%
..Neurocirurgia	3.118	3.183	3.190	3.267	3.332	3.387	3.470	3.496	3.544	3.551	3.537	3.578	+460	+14,8%

(Continuação)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
..Oftalmologia	1.369	1.374	1.369	1.357	1.339	1.313	1.292	1.284	1.341	1.274	1.255	1.244	-125	-9,1%
..Oncologia	2.329	2.427	2.476	2.644	2.809	2.940	3.033	3.143	3.268	3.318	3.413	3.413	+1.084	+46,5%
..Ortopedia/ traumatologia	9.142	9.491	9.822	10.335	11.008	11.357	11.837	12.372	12.685	12.953	13.089	13.372	+4.230	+46,3%
..Otorrinolaringologia	791	832	843	889	871	861	851	850	879	871	840	798	+7	+0,9%
..Plástica	1.496	1.508	1.493	1.483	1.465	1.419	1.353	1.260	1.191	1.180	1.155	1.141	-355	-23,7%
..Torácica	644	691	717	745	749	738	752	730	739	722	676	662	+19	+2,9%
..Transplante	66	130	259	376	461	582	670	744	823	858	929	994	+928	+140,4,2%
..Queimado Adulto	0	0	0	0	0	0	59	102	160	155	152	157	+157	
..Queimado Pediátrico	0	0	0	0	0	0	37	45	70	65	63	65	+65	

(Continuação)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
	CLÍNICOS	108.814	108.212	106.640	105.766	105.575	105.339	105.102	105.802	107.924	106.829	106.821	107.246	-1.567
..AIDS	1.952	2.018	2.088	2.097	2.061	2.014	2.028	2.010	1.952	1.911	1.843	1.795	-457	-8,0%
..Cardiologia	3.906	4.146	4.246	4.317	4.399	4.505	4.576	4.523	4.656	4.614	4.650	4.717	+812	+20,8%
..Clínica geral	87.711	86.550	85.116	84.192	83.822	83.335	82.991	83.545	85.016	83.905	84.134	84.453	-3.259	-3,7%
..Dermatologia	628	637	617	623	574	528	427	376	356	338	304	277	-351	-55,9%
..Geriatrics	654	695	672	724	756	716	767	726	761	809	808	794	+140	+21,4%
..Hansenologia	832	890	848	593	486	435	397	363	360	306	300	288	-545	-65,4%
..Hematologia	712	757	795	846	869	902	929	956	955	945	933	950	+239	+33,5%
..Neonatalogia	4.642	4.522	4.218	3.921	3.697	3.675	3.584	3.374	3.228	2.954	2.690	2.507	-2.135	-46,0%
..Neurologia	1.957	2.029	2.084	2.147	2.206	2.286	2.357	2.477	2.537	2.610	2.591	2.732	+775	+39,6%

(Continuação)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
..Oncologia	2.548	2.632	2.616	2.837	3.035	3.153	3.256	3.403	3.566	3.802	3.913	3.927	+1379	+54,1%
..Pneumologia	1.787	1.825	1.801	1.808	1.908	1.870	1.866	1.762	1.696	1.605	1.558	1.534	-253	-14,2%
..Leito/dia	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-20	-100,0%
..Saúde Mental	0	0	0	0	0	0	36	386	820	943	1.039	1.215	+1.215	
..Queimado Adulto	0	0	0	0	0	0	35	49	65	70	63	69	+69	
..Queimado Pediátrico	0	0	0	0	0	0	15	19	25	25	27	38	+38	
<b>OBSTÉTRICOS</b>	<b>49.563</b>	<b>48.987</b>	<b>47.888</b>	<b>47.302</b>	<b>46.382</b>	<b>45.178</b>	<b>44.391</b>	<b>43.432</b>	<b>42.460</b>	<b>41.477</b>	<b>40.956</b>	<b>40.406</b>	<b>-9.157</b>	<b>-18,5%</b>
..Obstetrícia Cirúrgica	26.074	25.667	24.914	24.357	23.655	22.743	22.086	21.691	21.016	20.373	19.951	19.632	-6.443	-24,7%
..Obstetrícia Clínica	23.488	23.320	22.974	22.945	22.727	22.435	22.305	21.741	21.444	21.104	21.004	20.774	-2.714	-11,6%



(Continuação)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
PEDIÁTRICOS	56.723	55.450	54.198	53.075	51.841	50.185	48.378	46.427	44.845	43.328	42.192	40.824	-15.899	-28,0%
..Pediatría Clínica	56.222	54.356	52.288	50.600	48.791	46.915	44.995	42.906	41.276	39.802	38.651	37.204	-19.018	-33,8%
..Pediatría Cirúrgica	501	1.094	1.910	2.475	3.050	3.270	3.384	3.521	3.569	3.526	3.542	3.620	+3.119	+622,2%
OUTRAS ESPECIALIDADES	58.434	56.697	54.656	53.357	51.489	50.442	48.322	46.041	44.633	42.180	39.348	36.416	-22.018	-37,7%
..Crônicos	9.194	9.450	9.458	9.130	9.113	9.138	9.120	8.977	9.090	9.300	9.416	8.886	-309	-3,4%
..Psiquiatria	45.969	44.151	42.380	41.445	39.569	38.435	36.182	33.751	32.066	29.093	26.068	23.609	-22.360	-48,6%
..Reabilitação	1.194	1.145	1.053	1.024	1.074	1.106	1.106	977	975	967	956	911	-283	-23,7%
..Fisiologia	2.077	1.951	1.740	1.724	1.696	1.718	1.736	1.651	1.528	1.558	1.472	1.411	-666	-32,1%
..Acolhimento Noturno	0	0	30	35	38	45	177	685	974	1.262	1.437	1.599	+1.599	

(Conclusão)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
HOSPITAL/DIA	3.757	3.983	4.504	4.744	4.686	4.829	5.194	5.378	5.336	5.521	5.372	5.371	+1.614	+43,0%
..Cirúrgicos/Diagn./ Terapêutico	1.123	1.198	1.455	1.633	1.687	1.877	2.195	2.434	2.473	2.674	2.709	2.814	+1.691	+150,5%
..AIDS	347	441	584	628	628	608	582	573	565	553	542	539	+192	+55,2%
..Fibrose Cística	2	2	6	9	8	9	8	11	11	18	19	19	+17	+966,7%
..Intercorrência Pós- Transplante	80	79	103	114	140	140	168	208	216	231	211	221	+142	+177,3%
..Geriatría	14	27	48	54	52	30	31	28	26	22	37	33	+20	+144,2%
..Saúde Mental	2.192	2.238	2.309	2.307	2.170	2.166	2.211	2.124	2.045	2.023	1.854	1.746	-446	-20,4%
TOTAL	352.882	349.164	343.478	340.461	336.451	332.479	327.723	322.924	321.062	314.348	309.466	304.972	-47.910	-13,6%

Fonte: adaptado Portal da Saúde [2019].

Tabela 3 – Média anual de leitos complementares no SUS, BRASIL - Período: 2006-2017

(Continua)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
UTI adulto	6.442	4.939	237	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
UTI adulto I	348	421	185	1.041	1.087	1.030	881	764	692	631	610	549		
UTI adulto II	750	1.303	3.368	6.676	7.280	7.896	8.656	9.372	9.924	10.198	10.451	11.081		
UTI adulto III	186	266	860	1.615	1.642	1.704	1.826	1.921	2.007	2.037	2.080	2.173		
Total de leitos intensivos adultos	7.725	6.929	4.650	9.332	10.009	10.630	11.363	12.057	12.623	12.866	13.141	13.803	+6.077	+78,7%
Unidade intermediária	1.757	1.737	1.686	1.747	1.729	1.794	1.020	5	0	0	0	0		
Unidade de cuidados intermed adulto	0	0	0	0	0	0	1.426	1.425	1.263	1.212	1.152	1.168		
Total de leitos semi- intensivos adultos	1.757	1.737	1.686	1.747	1.729	1.794	2.446	1.430	1.263	1.212	1.152	1.168	-588	-33,5%
UTI de Queimados	40	41	56	140	173	171	174	174	174	169	167	176	+136	+339,2%

(Continuação)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
UTI coronariana tipo II -UCO tipo II	0	0	0	0	0	0	0	63	142	187	192	210		
UTI coronariana tipo III - UCO tipo III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	16	18		
Total de leitos coronarianos	0	0	0	0	0	0	0	63	142	191	208	228	+228	
Unidade isolamento	3.257	3.153	3.119	3.058	3.083	3.118	3.127	3.049	3.024	3.119	3.102	3.108	-149	-4,6%
UTI infantil	1.500	1.114	44	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
UTI pediátrica I	100	106	33	164	169	151	141	136	129	109	104	96		
UTI pediátrica II	195	312	670	1.275	1.376	1.480	1.569	1.613	1.645	1.656	1.676	1.783		
UTI pediátrica III	58	75	231	452	477	509	539	552	559	559	561	571		
Total de leitos intensivos pediátricos	1.852	1.607	978	1.891	2.021	2.140	2.249	2.301	2.333	2.324	2.340	2.451	+599	+37,4%
Unidade de cuidados intermed. pediátrico	0	0	0	0	0	0	0	243	284	251	221	204	+204	

(Conclusão)

ESPECIALIDADE DETALHADA	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAR. ABSOLUTA	VAR. %
UTI neonatal	2.402	1.867	60	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
UTI neonatal I	137	152	50	130	124	94	63	58	46	36	27	22		
UTI neonatal II	305	476	1.321	2.622	2.867	3.120	3.312	3.506	3.607	3.729	3.793	3.909		
UTI neonatal III	122	155	295	542	572	592	637	649	664	660	677	684		
Total de leitos intensivos neonatais	2.967	2.650	1.726	3.293	3.563	3.806	4.011	4.213	4.316	4.424	4.497	4.614	+1.648	+55,5%
Unidade intermediária neonatal	2.954	3.041	3.105	3.265	3.509	3.556	1.904	2.612	2.211	1.641	1.361	850		
Unidade de cuidados intermed neonatal convencional	0	0	0	0	0	0	3.066	94	608	1.339	1.635	2.446		
Unidade de cuidados intermed neonatal canguru	0	0	0	0	0	0	374	35	177	405	491	675		
Total de leitos intermediários neonatais	2.954	3.041	3.105	3.265	3.509	3.556	5.344	2.741	2.996	3.385	3.487	3.972	+1.018	+34,5%
TOTAL	20.483	18.594	15.093	22.727	24.088	25.215	26.402	26.299	27.123	27.909	28.296	29.723	+9.240	+45,1%

Fonte: adaptado Portal da Saúde [2019].

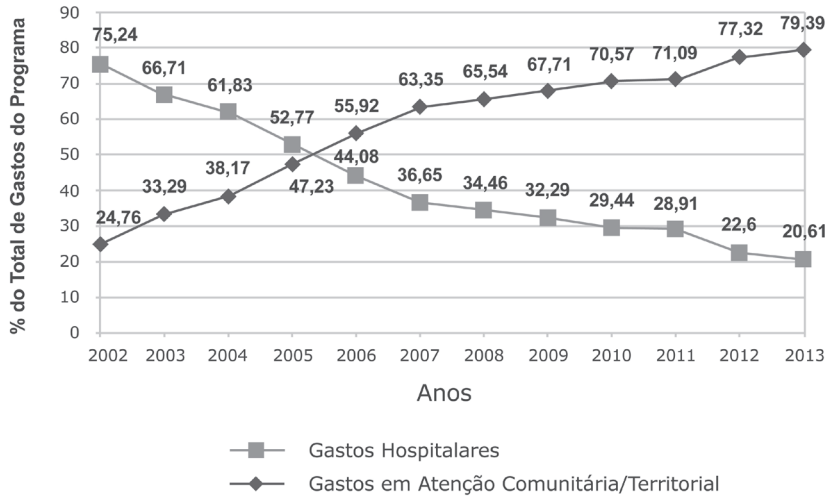
Pode-se, além disso, demonstrar também a ampliação das linhas de cuidado priorizadas pelas RAS, como os leitos ortopédicos (46,3%), oncológicos (46,5% dos cirúrgicos e 54,1% dos clínicos), clínicos cardiológicos (20,8%) e os cirúrgicos de transplantes (1.404,2%). Mesmo quando analisamos o processo de redução de leitos, observa-se, mais uma vez, aspectos da indução política, já que a principal redução absoluta de leitos se deu entre os psiquiátricos, induzidos e desejados pela Política Nacional de Saúde Mental, que prima pela atenção em liberdade, de base comunitária (Gráficos 5 e 6).

Por meio dessa política, segundo dados de 2017, foram implantados 583 Residências Terapêuticas, 60 Unidades de Acolhimento e 2.549 Centros de Atenção Psicossocial e a estabilização clínica passou a ser direcionada preferencialmente em leitos clínicos gerais, sem a necessidade de leitos hospitalares especializados psiquiátricos. (BRASIL, 2018c) Uma política que se tornou um marco mundial para as políticas de saúde mental, produzindo alternativas muito mais efetivas e dignas, enfrentando os crimes contra a humanidade perpetrados pela maioria dos manicômios.

61

Muito embora o efeito visível em análise sistêmica da PNHOSP seja já marcante, é na indução de um novo jeito de cuidar que ela guarda seu maior potencial e oportunidades de aplicação de conceitos mais modernos quanto ao modelo de atenção e ao gerenciamento de uma unidade hospitalar, independente de seu porte e localização. A PNHOSP, ao propor que o hospital seja efetivamente parte da rede de atenção, funcionando de forma articulada, regulada, implementando dispositivos de Gestão da Clínica e do Cuidado, como o Acolhimento com Classificação de Risco, o gerenciamento de leitos, a coordenação e transferência segura do cuidado por meio da horizontalização das equipes, entre outros aspectos, propõe um enfrentamento ao hospital tradicional, com suas instituições pesadas e suas práticas arraigadas em bases geradoras de fragmentação e, conseqüentemente, pouco custo-efetivas. (BRASIL, 2017e)

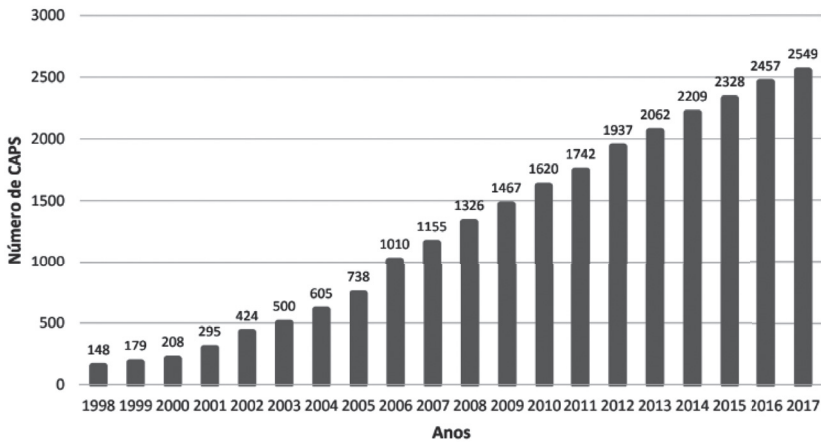
Gráfico 5 – Proporção de recursos federais destinados à saúde mental em serviços hospitalares e em serviços de atenção comunitária/territorial (Brasil, dez/2002 a dez-2013\*)



Fonte: adaptado de Brasil (2017b).

62

Gráfico 6 – Série histórica de expansão de CAPS de 1998 a 2017 (Brasil)



Fonte: adaptado de Brasil (2017b).

Não se trata de simplesmente negar o conhecimento e a experiência até aqui acumulados, mas reconhecer que o cenário de atenção à saúde mudou. O hospital tradicional, conformado em

modelos assistenciais de visitas pontuais, no qual o usuário “veste a roupa” de paciente e se desveste de sua individualidade, interesses, desejos e perspectivas, é insuficiente e ineficaz no enfrentamento de condições que estão intimamente relacionadas aos hábitos de vida, em um mundo cada vez mais conectado e no qual o sujeito está cada dia mais instrumentalizado para fazer escolhas. Os efeitos da negação dessa mudança podem ser percebidos nas frequentes reinternações, na análise de desfechos como a ocorrência de eventos cardiovasculares graves em idade precoce, ou nas sequelas evitáveis oriundas de internações por causas externas que não conseguem obter o cuidado necessário para sua melhor reabilitação. Um dos principais efeitos dessa negação é a percepção de desassistência, oriunda da sensação de descuidado, quando os usuários não obtêm o acesso que julgam necessário.

Os usuários não reagem passivamente, e, por meio “do agir leigo”, buscam o “melhor cuidado” não obtido, atravessam os fluxos regulares propostos pelos gestores, refazem seus itinerários terapêuticos para poder acessar a rede de serviços que julgam necessárias para eles ou seus familiares. Utilizam-se, para tanto, de agentes locais, como um profissional de saúde conhecido, um parlamentar, uma liderança local, produzindo novas dimensões para a regulação do cuidado em saúde não previstas nas políticas governamentais. (CECILIO et al., 2014)

Nessa perspectiva, o reconhecimento do hospital como parte integrante e indissociável da rede pressupõe a construção de planos transversais de cuidado, cuja centralidade reside na atenção básica, coordenadora do cuidado do paciente no território, de forma articulada com os outros pontos de atenção. O sucesso dessa medida depende do uso adequado do adensamento tecnológico proporcionado pelo hospital, em tempos oportunos e com duração limitada, inserido em um plano terapêutico singular capaz de produzir e garantir um contínuo de cuidados com os demais pontos da rede.

Trata-se, conceitualmente, de uma relação vantajosa para todos os envolvidos. Ganha o hospital, que se favorece com a garantia do cuidado fora de seus limites, evita internações prolongadas, reinternações precoces e cria pontes para construção de arranjos que evitem as



repercussões graves das agudizações de condições crônicas. Ganham os demais serviços que compõem a rede de saúde, que podem contar com um ponto de alta densidade tecnológica. Há vantagens, ainda, para o sistema de saúde que, por meio da coordenação do cuidado, evita gastos desnecessários com redundância de exames, “hiperutilização” de ofertas ambulatoriais desnecessárias e, principalmente, uso desnecessário da estrutura hospitalar advinda de internações prolongadas e seus riscos associados. O maior beneficiário, contudo, é o usuário, que participando da construção e se reconhecendo em um plano terapêutico, enxerga valor no processo, aumentando as chances de adesão terapêutica e atribuindo avaliação positiva para toda a rede de saúde, a partir dessa vinculação efetiva realizada.

A mudança de perspectiva na atenção hospitalar no SUS é necessária e urgente. É fundamental que se compreenda, no entanto, que não se trata de uma transformação fácil, tão pouco natural. Há, e é esperado que isso ocorra, resistências fruto da não compreensão ou da não concordância com novos arranjos, com mudanças na relação de poderes dentro do hospital e da rede de saúde, com a necessidade de adequação de rotinas e práticas que proporcionam estranhamento e medo pela maior possibilidade de erro.

Estudo recente aponta que uma expansão assistencial é um fator de risco para os pacientes e profissionais, por conta da dificuldade em se reconhecer os processos e de se tentar aplicar o que se conhece em um novo sítio de aplicação. (HAAS; GAWANDE; REYNOLDS, 2018) Nesse sentido, é razoável pensar que o mesmo raciocínio se aplique, talvez de uma maneira ainda mais acentuada, a uma mudança de processos que enfrentam saberes e práticas tão arraigadas. Esse “medo de errar” tem ligações com a percepção de segurança de um processo conhecido, realizado a partir de um aprendizado que determinou uma “maneira correta” de agir em um hospital tradicional. É tido como algo dado e para o que não cabe inovação enquanto processo assistencial. Por conta disso, tal relação precisa ser, mais do que enfrentada, cuidada pelos gestores.

Cabe, aqui, uma breve discussão sobre valor em saúde e sua aplicação na construção dos processos de um hospital. Segundo Porter e Teisberg (2007), o valor na assistência é o resultado obtido por unidade

monetária gasta. Nessa perspectiva, uma competição baseada em valor traria conceitualmente uma melhoria sistêmica, contrária ao que se experimenta hoje no cenário da saúde, quando a competição se dá de maneira à maximização de resultados a partir da redução de despesas e a transferência de responsabilidades sobre tais custos. Essa discussão sobre valor em saúde, entretanto, na perspectiva de um sistema de saúde universal e integral, se dilui no conceito de valor trazido por esses autores, haja vista que não se reconhece uma competição real por atendimentos entre os serviços. Ao nos distanciarmos um pouco da literalidade, podemos reconhecer que tal competição ocorre, de certa forma, pela busca por mecanismos de financiamento e pelo apoio político inerente. Isso tem resultado, invariavelmente, em maior pressão por modelos de gestão híbridos do setor público com o privado ou por pressões para redução do gasto público.

A discussão de valor é fundamental quando colocamos em questionamento se os serviços públicos podem se acomodar a prestar serviços sem qualquer inovação ou preocupação com as necessidades dos usuários. Deixa de ser retórica quando admitimos que os serviços hospitalares só existem a partir de sua finalidade de cuidar das pessoas, garantindo-lhes autonomia para produzir suas escolhas e caminhar da melhor forma possível em suas vidas (na perspectiva do conceito de “literacia em saúde”, preconizado pela OMS).

Nessa direção, abre-se uma segunda discussão, que versa sobre a viabilidade de uma busca por valor, em um sistema tão pressionado pelo subfinanciamento e por dificuldades de gestão. Em outras palavras, é factível se discutir geração de valor em serviços que possuem dificuldades reais para simplesmente subsistir? Poderíamos discutir esse tema a partir de uma série de possibilidades, mas dialogaremos a partir de um dos conceitos mais trabalhados nos últimos tempos quando tratamos da gestão de serviços de saúde e de hospitais, que é o *Triple Aim* ou, mais recentemente, *Quadruple Aim*.

Segundo o princípio do *Triple Aim* (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008), a equação perfeita para geração de valor só é possível a partir do equilíbrio entre três metas: a saúde da população, isto é, a melhor assistência possível a ser realizada; a melhor experiência possível

para o usuário; e, o menor custo *per capita*. Segundo os autores, é natural que nos serviços, com seus diferentes perfis, apenas uma ou até duas dessas dimensões estejam contempladas. Entretanto, apenas na convergência do equilíbrio entre as três seria possível construir um caminho de geração de valor e, portanto, de sustentabilidade para o serviço e para o sistema de saúde.

Mais recentemente, a partir da percepção de que a busca pelo *Triple Aim* se tornava pesada demais para a equipe assistencial, impactando no próprio sucesso da estratégia, passou-se a considerar a dimensão da experiência do trabalhador na perspectiva do *Quadruple Aim*. (BODENHEIMER; SINSKY, 2014) Não pretendemos aqui discutir a inovação de tais conceitos, haja vista que boa parte dos elementos trazidos pelos autores já faziam parte das políticas de saúde brasileiras, inclusive com proposições de enfrentamento, como no caso da PNH ou do arcabouço legal que sustenta a participação social no SUS, em especial a existência dos Conselhos de Saúde com distribuição paritária dos representantes entre usuários e serviço (representado por gestores e trabalhadores), por exemplo, mas sim, como podemos avançar em conceitos comuns para discutirmos caminhos para a atenção hospitalar no SUS.

Nesta linha, é imprescindível que os arranjos organizativos do serviço deem conta de colocar de fato o usuário como centro do processo de cuidado, a partir das suas perspectivas e necessidades e, nesse sentido, conseguir dialogar enquanto promotor de autonomia, como reforço do sentido de garantia de direitos. Seguindo, nesse sentido, de maneira alinhada ao *Quadruple Aim* e a todo arcabouço de gestão do trabalho construídos no SUS.

O hospital *do e para* o SUS, definitivamente, não se encontra sozinho, mas conectado aos demais pontos da rede, sendo atribuição do serviço hospitalar buscar caminhos de integração e potencialização da capacidade do cuidado no território. Para tanto, torna-se necessário repensar como estamos conduzindo o hospital *do e para* o SUS, tomando como central o desafio de produzir arranjos que integrem os diferentes serviços da rede na construção de planos de cuidado singulares, reduzindo o desperdício com ofertas duplicadas ou desfechos ruins, por exposição desnecessária às internações

prolongadas ou a modelos de intervenção sabidamente mais caros e inseguros. A seguir, procuramos apresentar e discutir, ainda que brevemente, alguns arranjos que podem proporcionar mudanças significativas na gestão da clínica e articulação em rede.

## Novos arranjos tecnológicos e de gestão para os hospitais (*Do SUS e para o SUS*)

Na perspectiva dos temas abordados pelos demais autores neste livro, dispostos em capítulos que abordam o desafio do hospital a partir de aspectos administrativos mais clássicos da gestão hospitalar, vale a pena apresentar e refletir, de forma objetiva e sintética, sobre alguns arranjos, com respaldo de literatura e na nossa prática na gestão hospitalar, que podem, a nosso ver, proporcionar mudanças de perspectiva nas dimensões diretamente relacionadas à gestão da clínica e articulação em rede.

Partimos do pressuposto de que não é possível mudar a atenção hospitalar olhando só para o hospital. Essa mudança só acontecerá se produzida em conexão com a rede de cuidados. Muito embora não seja sempre uma dimensão modificável, um ponto a ser destacado é que a estrutura organizacional do serviço hospitalar e a forma como se dão os processos de tomada de decisão podem afetar mais ou menos o desempenho do serviço e seu modelo de atenção. Nessa direção, o organograma hospitalar, em si, pode, por traduzir uma concepção de funcionamento, induzir e organizar internamente a instituição a um determinado padrão de funcionamento. Por refletir a concepção de hospital, pode tanto gerar elementos facilitadores para o cuidado interno qualificado, integrado, resolutivo e indutor do cuidado em rede, quanto, ao contrário, ser obstáculo ao dinamismo, reafirmando práticas tradicionais e fortalecendo corporações e modelos ultrapassados de cuidado que não estão centrados nos usuários.

As ferramentas de gestão da clínica a serem aplicadas no âmbito hospitalar devem estar impregnadas com conceitos atuais que permitam a centralidade do usuário e o equilíbrio entre a experiência do paciente, do trabalhador, o custo das intervenções e o melhor

cuidado em saúde. Mais do que isso, devem conseguir garantir que a conexão com a rede de saúde seja fluida, constante e perene, com arranjos que garantam interfaces resolutivas, eficientes, centradas no usuário e na gestão de casos que possam ser resolvidos no território, por uma atenção básica resolutiva e que tenham no hospital um ponto de apoio técnico para matriciamento e cogestão de casos.

Nessa direção, podemos destacar algumas ferramentas que podem apoiar a construção desse caminho:

» **Diretrizes clínicas e protocolos técnicos:**

Segundo o Institute of Medicine, “as diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, como propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas”. (MENDES, 2011) A construção de diretrizes clínicas ou protocolos técnicos baseados em evidência e singularizados para uma determinada região de saúde, na qual está inserido o hospital, pode contribuir em muito para uma melhor relação entre as diferentes equipes, garantindo fluidez aos processos de apoio e “caminhos assistenciais seguros” dentro do hospital, com garantias de acesso a exames e medicamentos dentro e fora dele. Apesar de ser possível a construção apenas “para dentro”, a maior parte das condições tratadas no hospital tem necessidade de uma continuidade de cuidados, sendo muito desejável esforços de construção de instrumentos em rede a partir de prioridades locorregionais detectadas.

A implantação, de fato, de um protocolo tem potencial de redução da variabilidade das ações e, com isso, aprimora a capacidade de gestão assistencial por meio do acompanhamento sistemático dos indicadores e do gerenciamento dos pontos chave do protocolo pactuado. A esse conceito mais ampliado de protocolos damos também o nome de “linhas de cuidado”. (CECILIO; MERHY, 2003) Os protocolos técnicos podem estar relacionados a agravos de saúde, em linhas de cuidado específicas, como o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico, por exemplo, ou condições de vida, como no caso de gestação, parto e puerpério ou envelhecimento.

Importante reforçar que, mesmo baseado em evidência e com forte apelo clínico/assistencial, um protocolo só atinge seu máximo

potencial se de fato for uma realidade no serviço. Para tanto, é necessário que se constitua como ferramenta reconhecida e gerenciada, isto é, não se colherá os melhores frutos apenas pela formalização das melhores evidências assistenciais, mas sim, fazendo o necessário investimento na apropriação e reflexão sobre estas evidências com os trabalhadores, para que, singularizadas, façam sentido e se incorporem ao cotidiano desses.

» **O gerenciamento de leitos e o papel do Núcleo Interno de Regulação:**

Conhecer e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares deve ser um desafio que todo gestor hospitalar deve enfrentar. As práticas tradicionais, os poderes locais e o fazer cotidiano acabam por ocultar a utilização real dessas ofertas, resultando em ineficiência e risco assistencial. Nesse sentido, o Núcleo Interno de Regulação (NIR) constitui-se como ferramenta importante para essa finalidade. Apesar de ser anterior à própria política, com exemplos de implantação em diferentes serviços, inclusive sendo uma das ações estruturantes do Programa SOS Emergências do MS, foi consolidado na PNHOSP a partir da publicação da portaria que a estabeleceu.

O NIR tem composição variável, de acordo com porte e missão do hospital, mas deve ter capacidade de monitorar o uso das ofertas hospitalares, se possível em tempo real, sendo interface de regulação para a urgência e emergência, internação, ambulatorio e agenda cirúrgica. Deve ser capaz de posicionar a diretoria do hospital com informações sobre os indicadores de utilização das ofertas e desempenho, apoiando na definição do perfil epidemiológico da instituição. Por fazer parte de sua missão, deve procurar apoiar a utilização racional das ofertas, o gerenciamento de altas, participar da construção de fluxo e das visitas aos diferentes setores com a mesma finalidade. A depender do porte, pode ainda apoiar a direção em processos críticos que demandam estrutura autorizadora como no caso de órteses, próteses e materiais especiais. (BRASIL, 2017e)

O NIR possui ainda uma potencial atribuição, que é servir de interface amigável e operacional para a construção de planos de cuidado em rede, aproximando as equipes do hospital com as equipes assistenciais da rede de serviços e propiciando o espaço de coordenação de cuidado real para a integralidade.

» **Clínica ampliada e a visita guiada por metas – O Método Kanban:**

O enfrentamento da fragmentação do processo assistencial hospitalar passa por uma mudança de perspectiva do próprio serviço sobre a responsabilidade acerca do paciente e suas diferentes necessidades. A multidisciplinariedade, para ser efetiva, precisa ser algo além de um conjunto de profissionais com seus saberes específicos, mas que tais saberes possam ser compartilhados, de forma a se complementarem em benefício do paciente.

O hospital tradicional, que se molda a partir de um saber hegemônico médico, pode – e deve – dar lugar a um hospital mais plural, no qual todas as diferentes profissões assistenciais podem – e devem – ter um papel predefinido, com diretrizes pré-estabelecidas sobre as quais pacientes precisam ser avaliados e acompanhados e, juntas, sempre levando em conta os sentimentos, ideias e expectativas do paciente, determinarem o seu plano de cuidados. Tal fato tem potencial de mudar completamente a lógica das tradicionais interconsultas para um projeto mais coletivo de cuidado, que tem em reuniões locais, os espaços colegiados nos quais as decisões são tomadas e compartilhadas, possibilitando assim que haja aumento de potência de todas as equipes e consequente benefício ao paciente. É necessário que se produza o encontro das diferentes profissões, estabelecendo-se metas comuns a serem perseguidas e defendidas.

Nesse sentido, um bom exemplo, inspirado nos modelos de apoio à gestão da produção, de meados do século XX, é o método Kanban, que estabelece por escala visual parâmetros para a gestão de leitos, com tempos estimados de uso por perfil. É ferramenta que pode ser adaptada também para múltiplos outros processos que podem se beneficiar da mesma lógica sinalizadora visual, como tempo de espera para exames, número de pacientes em espera para um atendimento, entre outros. A gestão dessa escala se dá em encontros locais que acompanham e geram responsabilização coletiva por seus resultados. Seus maiores benefícios se apresentam por se conformar como um “motor” responsável por funcionar um determinado processo assistencial, de determinada maneira, com foco nos resultados de modo necessariamente mais coletivo. (BELTRAMMI; CAMARGO, 2017)

» **Medicina hospitalar – o hospitalista como indutor de modelo de cuidado hospitalar integral:**

Se o hospital tradicional tinha, nas diferentes especialidades médicas, o referencial balizador a partir de visitas pontuais e suas prescrições diárias, quando reconhecemos que o perfil do paciente mudou, agora mais complexo e crítico, torna-se necessário estabelecer novas relações de cuidado apropriadas a esse novo perfil. Assim, o novo hospital demanda um outro tipo de profissional, com maior comprometimento presencial, que permita produzir vínculos com a família e com as equipes, habilitado em cuidados gerais dentro do perfil estabelecido. Um profissional que possa exercer um papel de referência para o matriciamento e transferência de cuidados “de” e “para” a atenção básica e outros pontos da rede, compartilhando decisões e construindo processos mais coletivos de trabalho. (FREED, 2004)

O trabalho do hospitalista se caracteriza por ser integral e horizontal, com permanência no local de serviço não apenas durante as visitas, mas durante todo seu período de trabalho, com dimensionamento adequado para que possa exercer todas as funções preconizadas e, com isso, melhorar o desempenho do uso do leito e a satisfação do usuário. A literatura referente à medicina hospitalar já é bastante extensa, demonstrando os benefícios do modelo, seja na experiência do usuário, seja principalmente na redução de custeio relacionado à melhor condução dos casos a partir da horizontalidade e cuidados clínicos apropriados. (BELTRAMMI; CAMARGO, 2017)

» **Gestão de altas hospitalares:**

A alta hospitalar oportuna, com o melhor *status* clínico e no menor tempo possível, deve ser uma meta a ser perseguida pelos diferentes profissionais que atuam no hospital. Inadequadas transições de cuidado são sabidamente responsáveis por levar a desfechos inapropriados, com possibilidade de desenvolvimento de novos sintomas ou agravamento dos existentes, além de reinternações e erros médicos, especialmente em adultos mais velhos. (HOLLAND; HEMANN, 2011) A gestão de altas deve ser um ato organizado, parametrizado objetivamente e acompanhado a partir da entrada do paciente no serviço, sempre levando em conta as peculiaridades observadas e a construção de alternativas que viabilizem a transição mais segura do cuidado para fora do ambiente hospitalar, o mais oportunamente possível.



- » **Transição de cuidados – o papel dos cuidados intermediários, da retaguarda de urgência, dos leitos de longa permanência e da atenção domiciliar:**

Por receber um grande fluxo de pacientes, com uma gama muito heterogênea de problemas, o hospital, por mais que tenha seus processos organizados, enfrenta problemas com bloqueio de linhas assistenciais por estrangulamento de certas ofertas em virtude da utilização excessiva ou pela ausência de destinos assistenciais que deem conta de prover um cuidado seguro e adequado aos pacientes, que já não se encontram com necessidade de cuidados agudos. Nessa direção, a definição de uma rede de serviços capaz de prover, de maneira parametrizada e gerenciada, itinerários de entrada e de saída que viabilizem a manutenção da capacidade de ofertas dos diferentes serviços é algo bastante desejável. O foco deve ser sempre a desospitalização oportuna e segura, construída desde o princípio da internação junto à equipe de gestão de altas, e de maneira compartilhada com a família e com o usuário.

Para que esse arranjo resulte em resultados mais apropriados, é importante que estejam claros e pactuados os objetivos de cada serviço, bem como seus critérios de entrada e saída. A existência desse contínuo de cuidados, que adensam tecnologia de acordo com a criticidade de cada caso, pode ter apoio de equipes assistenciais que matriciem ou atuem em regime de cogestão, como a equipe de atenção domiciliar ou uma equipe de cuidados paliativos.

- » **Gestão clínica colegiada – o papel dos boards:**

Após atravessar a fronteira da informação, um hospital encontra-se em um dilema para avançar na direção de um cuidado centrado no usuário, que é o fato de os executores do ato assistencial, por vezes, não enxergarem as mesmas prioridades dos gestores, ou, ocasionalmente, estabelecerem suas próprias prioridades, e, até mesmo, suas próprias metas. Esse tipo de situação tem potencial de prejudicar o desempenho hospitalar, gerando distorções internas e conflitos. Para se evitar essas distorções, o hospital pode lançar mão de arranjos de cogestão clínica, com as lideranças assistenciais, nos quais os dados assistenciais são debatidos dentro de uma perspectiva gerencial, agrupados a partir de processos similares, como o bloco cirúrgico, a linha materno-infantil,

segurança do paciente, apoio diagnóstico ou outro arranjo que mantenha a similaridade de sentido com os processos principais executados por aquele conjunto de profissionais.

Esse espaço, conduzido pelas próprias lideranças assistenciais e com periodicidade determinada, constitui-se num espaço real de pactuação e prestação de contas, pois conta com as lideranças médicas, de enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, serviço social e outras que eventualmente existam no serviço, discutindo, em ato, os resultados alcançados, as propostas de aprimoramento de fluxos e processos e os diferentes assuntos comuns inerentes àquele *board*. (BELTRAMMI; CAMARGO, 2017) A existência de *boards* ou outros espaços colegiados reais, multiprofissionais e voltados para a discussão de resultados e pactuação coletiva de objetivos e processos de trabalho produzem impacto positivo no alcance de modelos mais custo-efetivos e tecnicamente consistentes.

» **O hospital como parte de uma rede viva – o papel do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH):**

A operação hospitalar guarda peculiaridades e processos que acabam promovendo uma série de distorções do sistema, ao passo que, por ser o equipamento com maior densidade tecnológica e que absorve individualmente uma grande quantidade de recursos, acaba por se isolar em processos fragmentados e pouco resolutivos. Enquanto os processos internos podem ser aprimorados por ferramentas de gestão da clínica e construção de processos inovadores de atenção e gestão, a articulação com a rede de serviços por vezes encontra obstáculos de natureza operacional, formal ou até mesmo ideológica.

Desde a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, há a previsão da existência dos Núcleos de Acesso à Qualidade Hospitalar (NAQH), espaços colegiados de gestão com representação da direção do hospital e de lideranças assistenciais, com representantes do gestor municipal e/ou estadual e de outros serviços da rede de saúde com maior interface com o hospital. Os NAQH devem aprimorar e/ou construir fluxos e processos relacionados ao serviço hospitalar e à rede que com ele se relaciona. É também um espaço de prestação de contas e de recíproco reconhecimento entre a rede e o serviço, propiciando aprimoramento

das relações, aproximação entre os atores e conseqüente ganho ao serviço.

» **Gestão da experiência do paciente - transcendendo a satisfação do usuário:**

Para se falar em gestão da experiência do paciente é necessário que se compreenda que a experiência do paciente vai muito além da sua satisfação. Diz respeito à compreensão integral da passagem daquela pessoa no serviço e como ela se sentiu a partir deste fato. Se a experiência do paciente pudesse ser definida apenas a partir de percepções ou tão somente por sua satisfação, correríamos o risco de reduzir questões importantes, como a segurança do paciente, por exemplo. Na experiência do paciente, segurança e qualidade estão intimamente conectadas, e, por isso, andam de mãos dadas com a experiência do trabalhador. É preciso traduzir as expectativas dos pacientes a partir dos elementos conhecidos de interação, como um serviço de ouvidoria, de atendimento ao cliente, pesquisas de satisfação, conselho gestor, núcleo de segurança do paciente, entre outros, da mesma forma, torna-se necessário lidar com as demandas oriundas dos trabalhadores, que podem se dar, por exemplo, por meio do próprio conselho gestor, encontro com lideranças, pesquisas de clima e as notificações do núcleo de segurança do paciente, entre outros.

Uma boa experiência do paciente passa, necessariamente, pela percepção de que ele se encontra num lugar organizado, com boa assistência e no qual o erro é mínimo, e que, quando ocorrido, ele é informado e participa das decisões de correção. Isto posto, é possível a construção de projetos de melhoria que atendam à essa expectativa, produzindo pactuações com o trabalhador e ações de engajamento, visando às melhores práticas voltadas à melhor experiência do paciente e do trabalhador. Essas ações devem ser o mais transparentes e envolver, sempre que possível, os pacientes ou seus representantes no seu desenvolvimento.

» **Dos padrões à implantação de uma política de qualidade: a acreditação como ferramenta de qualidade:**

A busca pelo melhor processo assistencial e administrativo possível é uma fala recorrente entre os diferentes gestores hospitalares. Entretanto, apenas o discurso é insuficiente para se garantir de

fato a qualidade. A qualidade, no entanto, enquanto conceito, abriga algo de subjetivo e por isso se faz necessário o estabelecimento de padrões comparativos que servem como balizadores de limites aceitáveis entre algo supostamente “melhor”, logo, de “mais qualidade”, para algo sem os mesmos atributos. Isto é, qualidade é uma convenção utilizada que tem muito mais relação com práticas que evitam variações desnecessárias, principalmente quando analisados a partir de desfechos desfavoráveis ou ruins. (VECINA NETO; MALIK, 2016)

Uma vez que, por concepção, cada organização tem seus próprios graus de maturidade e segurança de processos, é natural que a assunção de padrões de qualidade tenham graus diferentes de sucesso de acordo com o tempo e esforço de implantação. Assim, surgem as instituições acreditadoras que, a partir de padrões preestabelecidos, certificam que determinado serviço os possuem e com isso, dão seu “respaldo”, o que produz um valor de mercado.

Visto que, atualmente, a ênfase dos processos de acreditação está relacionada à segurança do paciente e à qualidade e maturidade de gestão, e que isso possui o citado valor de mercado, a busca por um selo de acreditação se tornou, por vezes, a razão em si do esforço, como se a simples obtenção desse selo significasse por si a qualidade. Essa armadilha, à qual muitos serviços se submetem, deve ser evitada. A implantação de padrões assistenciais externos ao fazer habitual da instituição gera uma série de movimentos reacionais inerentes ao trabalho em saúde, e exigem, portanto, uma maturidade para se consolidarem. Dessa forma, um processo de acreditação deve traduzir, de fato, que houve sucesso na implantação, que o serviço amadureceu seus processos e tornou os padrões acreditados uma realidade, sendo, assim, esse amadurecimento, a finalidade do processo, e não puramente a obtenção de um selo.

75

## Considerações finais

O hospital, em sua configuração atual, guarda poucas relações com as instituições que foram se desenvolvendo ao longo da história.

Conceito e missões lhe foram atribuídas, assim como suas principais características sofreram profundas transformações. Compreender essa evolução é fundamental para que possamos analisar o hospital e a própria atenção hospitalar no SUS. A transformação do hospital em espaço de cuidado em saúde é ainda recente na história da humanidade, uma vez que, só a partir de meados do século XX, os estabelecimentos hospitalares foram assumindo, paulatinamente, sua atual configuração, como lugar destinado a nascer e morrer, diagnosticar e tratar enfermidades, mas também como *locus* privilegiado para o ensino e formação, para a incorporação e adensamento tecnológico, atendendo a inúmeros interesses, corporativos e empresariais relacionados ao complexo médico industrial.

Transformou-se em espaço de enorme relevância e simbolismo social, de grande visibilidade e centralidade na conformação dos sistemas de saúde, por ser o local destinado ao cuidado e, ao mesmo tempo, à realização profissional de trabalhadores vinculados a distintos campos de saber, marcados por uma divisão técnico-especializada e social do trabalho e relações complexas de poder. A atual configuração da atenção hospitalar no Brasil, seus desafios e problemas, estão intimamente relacionadas à história das políticas de saúde e não podem ser analisadas fora desse contexto. Não é a evolução da medicina, da ciência e das tecnologias que determinam, por si, a missão e o modo de funcionamento do hospital. Mais do que isso, estão diretamente condicionadas às decisões políticas, econômicas e sociais, ao papel atribuído ao Estado, aos interesses do mercado e à contraposição de projetos e visões sobre a saúde que foram sendo empreendidas, não sem grandes disputas e resistências, ao longo do tempo.

O surgimento, em todo o país, das Santas Casas de Misericórdia, assim como a expansão da rede pública hospitalar nos grandes centros urbanos durante o período dos IAPs, são exemplos de como a missão, o desenho e o modo de funcionamento dos hospitais respondem ao papel atribuído ao Estado, aos interesses do mercado e à contraposição de projetos e visões sobre a saúde. É assim, portanto, que é possível compreender porque que, a partir da ditadura militar de 1964, o modelo previdenciário e de financiamento com recursos

públicos foi largamente utilizado, diferente do que se observa na construção dos sistemas nacionais de saúde em outros países, como estratégia de expansão de cobertura condizente com os interesses privados, viabilizando a rápida expansão de um parque hospitalar privado, a criação de um complexo médico-industrial e a organização do sistema de saúde orientado pela lucratividade e privilégios para o produtor privado de serviços de saúde.

A expansão e consolidação da rede de hospitais privados no Brasil guarda essa lógica. Compreender a complexa relação público x privado na área da saúde e a crônica crise dos hospitais públicos e filantrópicos em nosso país só é possível a partir desse contexto. Não se trata, portanto, meramente de um “problema de gestão”, como comumente e equivocadamente se costuma atribuir.

A decisão de não investir – ou fazê-lo apenas tardiamente, já a partir do século XIX – na constituição de uma rede de atenção à saúde, com centralidade na atenção primária, em que o hospital estivesse inserido e dela participasse, é determinante para a compreensão dos dilemas da atenção hospitalar brasileira. Afinal, coube ao hospital, durante muitos anos, a responsabilidade de garantir isoladamente a oferta de praticamente todas as ações de saúde, inclusive aquelas que sabidamente não deveriam nele serem realizadas.

Vivemos um momento em que, a partir de um conjunto de políticas públicas adotadas a partir de 2003, fundamentalmente impostas pela crise e o esgotamento do modelo hospitalar vigente, cada dia mais insustentável e incapaz de produzir as respostas que a sociedade dele exige, profundas transformações começam a ser ensaiadas para aprimorar e quiçá refundar a atenção hospitalar. A redução do número de leitos é um fenômeno observado em escala global e é resultado das profundas transformações demográficas, epidemiológicas e tecno-assistenciais observadas nas últimas décadas. Mais do que abrir novos hospitais, o desafio é enfrentar os vazios assistenciais, redefinir o papel e o perfil assistencial de cada estabelecimento e inserí-los em redes de saúde, operando, ao mesmo tempo, profundas transformações em sua organização e gestão para que possam entregar aquilo que dele se espera. No caso brasileiro, talvez o maior desafio seja o de transformar esses estabelecimentos em hospitais *do SUS e para o SUS*.

Para produzir o “hospital contemporâneo” – *do SUS e para o SUS*, comprometido e centrado no usuário – é inevitável avançar em projetos mais científicos, mais objetivantes, mais reguladores, porque produzem um bem que as pessoas querem e precisam, que faz sentido tanto para usuários como para os trabalhadores e gestores, e que podem ampliar a previsibilidade, a sustentabilidade, a eficiência, a capacidade técnica, científica e econômica de nossos hospitais. Só que esse processo racionalizador, oriundo e trabalhado no setor privado na lógica do mercado, com seus valores de competitividade, redução de custos e aumento de lucro, quase sempre, ao ser transplantado para o setor público, sofre deturpações importantes, em decorrência de sua inadequação para a gestão de organizações que são estruturadas por outros sentidos que não apenas o da produção de valor, e que requerem um conjunto de práticas gerenciais mais finas, complexas e capazes de produzir outros sentidos para o trabalho em saúde. (REIS, 2017)

78

O campo da gestão hospitalar enfrenta a racionalização crescente das práticas médico-hospitalares. Hospitais públicos e privados são cada vez mais parecidos e se transformam em hospitais-empresa, integrados, cada vez mais, às atividades econômicas globais e suscetíveis a avaliação de custo-benefício. Como já indicava Carapinheiro (1998), são peças centrais do complexo médico-industrial, atravessados por estratégias das indústrias de medicamento e equipamentos. As decisões cruciais para a vida do hospital são tomadas em órgãos e instâncias externos. Submetidos à automação e informatização crescente, terceirização de serviços e o deslocamento da relação médico-paciente para médico-organização, com especialização crescente da prática médica, hierarquizada entre especialidades e novas interdependências técnicas e funcionais.

É cada vez mais desafiador produzir um hospital que possa atender a definição contida na PNHOSP. O hospital tem papel estratégico na produção do cuidado e disputá-lo é decisivo para promover mudanças no modelo assistencial e produzir novos modos de cuidar. Os arranjos tecnológicos para a coordenação do cuidado, compreendidos como “um conjunto de tecnologias, melhores práticas e instâncias de gestão, que aplicadas preferencialmente de

forma combinada, constituem-se em modalidades de intervenção, de caráter multiprofissional, destinadas à aplicação do conhecimento científico para fins práticos na gestão e produção do cuidado em saúde” (DUSSAUGE; HART; RAMANTSOA, 1992), brevemente apresentados na seção “Novos arranjos tecnológicos e de gestão para os hospitais (*do SUS e para o SUS*)”, podem produzir mudanças substantivas no hospital.

A reestruturação de sistemas de saúde e da atenção hospitalar sem a produção de transformações efetivas nas práticas de cuidado no interior do hospital e que não interfiram no seu funcionamento em estreita articulação com os demais serviços que compõem a rede de saúde são muito limitadas. Afinal, processos que se pautam exclusivamente na racionalização da vida do hospital não são suficientes para sustentar a aposta de construção de um novo hospital *do e para o SUS*. Para além de uma organização hospitalar bem estruturada, voltada para resultados, emerge a possibilidade de construção de práticas que tomam como centro do cuidado o usuário-cidadão e que pensam os processos de governança e gestão da clínica na perspectiva da integralidade. Entretanto, entendemos que isso só poderá ser obtido numa perspectiva de arranjos organizativos em que o hospital esteja fortemente implicado com o compromisso de cuidar de forma integral e, para tanto, inserido em uma rede de cuidados, capaz de atender as necessidades dos usuários – e não na dimensão técnica ou burocrática que emerge da lógica dos especialistas, das equipes profissionais e dos gestores.

Produzir uma nova atenção hospitalar, em que o hospital *do e para o SUS* seja efetivamente produtor de novos modos de cuidado para usuários e espaço de realização profissional dos trabalhadores da saúde, é tarefa que exigirá um grande esforço de teorização, de construção de novas práticas e de reafirmação de princípios.



## Referências

- ALMEIDA, E. S.; REIS, A. A. C.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. *In*: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. (org.). *Gestão de serviços de saúde*. São Paulo: EdUSP, 2001. p. 13-58.
- BARBOSA, A. C. Q. Vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 178-195, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-759020170207>. Acesso em: 22 maio 2018.
- BELTRAMMI, D. G. M.; CAMARGO, V. M. (org.). *Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo normal*. São Paulo: HUCITEC, 2017.
- BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The Triple Aim: care, health, and cost. *Health Affairs*, Millwood, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.
- BEVERIDGE, W. *Social and Insurance Allied Services*. Londres: H. M. Stationery Office, 1942.
- 80 BODENHEIMER, T.; SINSKY, C. From Triple to Quadruple Aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, Leewood, v. 12, n. 6, p. 573-576, 2014.
- 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*: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm).
- BRASIL. *Manual de Implantação e implementação: núcleo interno de regulação para hospitais gerais e especializados*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017e.
- BRASIL. Ministério da Saúde (org.). *Estabelecimentos hospitalares no Brasil: cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em: 4 maio 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Leitos hospitalares no Brasil: cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em: 3 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão, 2017 SAS: coordenação geral de saúde mental, álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017a.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).

BRASIL. Portaria nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).

81

BRASIL. Portaria nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 set. 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html).

BRASIL. Portaria nº 3.390, em 30 de dezembro de 2013. 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). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html).

BRASIL. *Reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, C.; ANDREAZZA, R. *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014.

- CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p. 197-210.
- CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 1-14, 2018.
- COELHO, I. B. *Os hospitais na reforma sanitária brasileira*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Curso de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312661/1/Coelho\\_IvanBatista\\_D.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312661/1/Coelho_IvanBatista_D.pdf). Acesso em: 4 maio 2018.
- DATASUS. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, [2019]. Disponível em: [www.datasus.saude.gov.br](http://www.datasus.saude.gov.br). Acesso em: 20 maio 2018.
- DATASUS. Pesquisa Médico-Sanitária 2002: notas técnicas. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ams/ams2002ajuda.htm>. Acesso em: 20 maio 2018.
- DUSSAUGE, P.; HART, S.; RAMANTSOA, B. *Strategic Technology Management*. New York: Wiley, 1992.
- FACCHINI, L. A.; BARBOSA, A. C. Q. (coord.). *Estudo de hospitais de pequeno porte brasileiros: diagnóstico, avaliação e espacialização*. Belo Horizonte, 2014. Relatório de pesquisa.
- FLEURY, S. Reforma do Estado: seguridade social e saúde no Brasil, In: MATTIA, G. C.; LIMA, J. C. F. (org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: EPSJV, 2008.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 24. ed. São Paulo: Graal, 2007.
- FREED, D. H. Hospitalists: evolution, evidence, and eventualities. *The Health Care Manager*, Philadelphia, v. 23, n. 3, p. 238-256, 2004.
- GROSIOS, K.; GAHAN, P. B.; BURBIDGE, J. Overview of healthcare in the UK. *Epma Journal*, London, v. 1, n. 4, p. 529-534, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s13167-010-0050-1>. Acesso em: 22 ago. 2018.
- HAAS, S.; GAWANDE, A.; REYNOLDS, M. E. The Risks to Patient Safety From Health System Expansions. *JAMA*, Chicago, v. 319, n. 17, p. 1765-1766, 2018.
- HOLLAND, D. E.; HEMANN, M. A. Standardizing Hospital Discharge Planning at the Mayo Clinic. *The Joint Commission Journal on Quality*

- and Patient Safety*, Oakbrook Terrace, v. 37, n. 1, p. 29-36, 2011. Disponível em: [http://www.jcrlinc.com/assets/1/7/JQPS\\_Standardizing\\_Hospital\\_Discharge\\_Planning1.pdf](http://www.jcrlinc.com/assets/1/7/JQPS_Standardizing_Hospital_Discharge_Planning1.pdf). Acesso em: 17 jul. 2018.
- MENDES, E. V. *Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT-OECD. Paris, [2017]. Disponível em: <https://www.oecd.org/unitedkingdom/>. Acesso em: 20 maio 2018.
- PORTAL DA SAÚDE. *Ministério da Saúde*, Brasília, DF, [2---]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11663>. Acesso em: 6 maio 2018.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- REIS, A. A. C. *Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino*. 2011. Tese (Doutorado em Ciências) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.
- REIS, A. A. C. Prefácio. In: BELTRAMMI, D. G. M.; CAMARGO, V. M. *Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo normal*. São Paulo: HUCITEC, 2017.
- RIBEIRO, H. P. *O Hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1993.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO; São Paulo: EdUNESP, 1994.
- SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, p. 99-113, 2017. Número Especial.
- TANAKA, O. Y.; ESCOBAR, E. M. A.; GIMÉNEZ, A. S. M. *et al.* O gerenciamento do setor saúde na década de 80, no estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 185-194, 1992.
- VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. *Gestão em saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.



# Modelos de gestão na administração pública da saúde

*Mariana Carrera*

*Ana Maria Malik*

## O SUS, o modelo assistencial e os modelos de gestão

Com três décadas de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem muitos resultados a celebrar, tanto considerando atenção quanto gestão: real aumento de cobertura em termos de saúde, no âmbito das vigilâncias e do acesso de maneira geral; criação e implementação de programas de assistência; ampliação de ações de prevenção; descentralização das responsabilidades, atribuições e recursos para estados e municípios; e criação de espaços de pactuação bipartite e tripartite. No entanto, ainda existem grandes desafios a superar.

O financiamento, apontado por muitos como o maior problema do SUS, deve ser analisado em dois aspectos principais: insuficiência dos recursos financeiros (MENDES, 2013; REIS et al., 2016; VIEIRA, 2016; PAIM, 2018) e qualidade dos gastos. (SALDIVA; VERAS, 2018) Os gastos em saúde são altos e crescentes, e os serviços de saúde são caros pois, além de serem mão de obra intensivos, ainda dependem de insumos e equipamentos para seu funcionamento cotidiano. Analisando com

mais cuidado o aumento dos gastos em saúde, verifica-se que os principais motivos apresentados na literatura para justificar sua ocorrência são envelhecimento da população, aumento da longevidade, transição epidemiológica – surgimento/aumento nas doenças crônicas – incremento do uso dos serviços de saúde, incorporação tecnológica, modelo assistencial hospitalocêntrico, modelo institucional e questões relacionadas à gestão do trabalho. (CAMPOS, 2007; COSTA, 1998; MEDICI, 2011) Soma-se a isso o baixo grau de informatização e utilização dos dados e a fragmentação da rede assistencial com consequente duplicação ou utilização inadequada de ações, atividades e procedimentos.

Diante dessa situação, é importante verificar o desenvolvimento do país desde os anos 1970, que levou o arcabouço institucional do SUS a um desenho em que a relação entre os setores público e privado precisaria ser de complementariedade e não de antagonismo. O próprio desenho do SUS, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 e os processos que levaram à redação da Constituição de 1988, explica como, no âmbito do SUS, o setor privado pode e deve ser complementar e suplementar. (BRASIL, 1988) A opção do país parece ter sido a de que o Estado não é o responsável único pela execução de todos os serviços de saúde, mas sim pela definição do que deve ser feito e de que forma deve ser feito, e pela garantia da entrega aos cidadãos daquilo que lhes é devido por direito. A realidade evidencia a existência de experiências que atestam a possibilidade de sucesso de parcerias entre o Estado e grupos privados na gestão pública da saúde, e também a existência de outras que comprovam fragilidades e riscos para o Estado.

Portanto, quase desde o início do SUS, alguns tomadores de decisão, gestores públicos e estudiosos da saúde apoiam a utilização de mecanismos de colaboração entre o setor público e o setor privado. A formulação da política pública, o planejamento e a regulação são atribuição e responsabilidade inalienáveis do Estado, mas o relacionamento com o setor privado vem sendo sugerido como uma alternativa para aprimorar a eficiência na gestão e, eventualmente, trazer mais recursos para a saúde.

Os questionamentos sobre onde termina a responsabilidade do Estado e começa o papel da iniciativa privada no setor saúde também estão cada vez mais em voga no país. Os discursos dos principais estudiosos e gestores da administração pública da saúde sobre as compatibilidades e incompatibilidades entre os princípios do SUS e do Direito Sanitário e aqueles que norteiam as parcerias entre setor público e setor privado são fortes e controversos, sendo encontrados em publicações acadêmicas e de divulgação, com o intuito de atingir a população em geral. (SANTOS; AMARANTE 2010)

Para entender melhor as necessidades e justificativas para a existência das parcerias no âmbito da saúde pública no Brasil é preciso conhecer um pouco o funcionamento da administração direta do SUS. Nela, os entes federativos – União, estados, Distrito Federal e municípios – têm, como principais características, regime de pessoal estatutário, com provimento por concurso público (CF, art. 37 e 39; Lei nº 8.112/90); finanças regidas pela Lei de Responsabilidade Fiscal; regras de licitação observadas (BRASIL, 1993) e controles interno e externo – fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial (CF, art. 70 e 74). (BRASIL, 2010) Essas regras, apesar de serem importantes para dar legitimidade e segurança à gestão pública, geram inúmeros problemas aos gerentes, pois têm como consequência a falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa. Com frequência, são atribuídas a essas regras todas as falhas na administração das unidades, desde a ineficiência até a entrega de resultados aquém do desejado.

Com o objetivo de amenizar as dificuldades do processo administrativo atribuídas às normas e regras da administração direta, surgiu a discussão sobre a utilização, num primeiro momento, de mecanismos de descentralização, levando à criação de diferentes modalidades na gestão pública, como autarquias e fundações. Mudanças legais foram adotadas na tentativa de deixar formalizados os processos. No entanto, qualquer relação de parceria entre Estado e parceiro privado tem suas necessidades e especificidades, como o aperfeiçoamento administrativo, técnico e gerencial, tornando efetivas as potencialidades de alianças estratégicas intersetoriais. (FISCHER, 2005)



Para Nogueira, existem três posições em relação às modalidades institucionais do SUS. A primeira representa os “defensores do SUS público puro”, que rejeita todas as formas de administração indireta na saúde ou parcerias público-privadas. O segundo grupo é composto pelos “defensores do SUS de gestão pública flexível”, que não aceitam as Organizações Sociais (OS) e as Parcerias Público Privadas (PPP), mas defendem o modelo de fundação estatal. O último grupo representa os “defensores do SUS mais efetivo”, composto pelos que apoiam a ideia das OSs, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), PPPs e que, em alguns casos, também defendem as Fundações Estatais de Direito Privado. (NOGUEIRA, 2011)

## A reforma gerencial - em busca da eficiência sem abandonar a eficácia, a efetividade e a legitimidade

88

O Estado brasileiro passou por duas grandes reformas administrativas. No início de 1937, durante a ditadura de Getúlio Vargas, com a crise do Estado do Bem-Estar Social e da aceleração da industrialização brasileira, ocorreu a Reforma Burocrática. A administração pública brasileira sofreu influência do modelo de Taylor e, com o objetivo de modernizar a administração pública nacional, foi criado o Departamento de Administração do Serviço Público (DASP) em 1936. A administração burocrática baseou-se em normas legais racionalmente definidas, oposta à administração pública patrimonialista anterior. Prevalcia a ideia de carreira e hierarquia funcional, formalismo e poder racional legal e controle dos abusos. O Estado era menos interventor no setor privado e na ordem econômica. (CAMPELO, 2010)

Antes da segunda grande reforma administrativa brasileira ocorrida em 1995, ocorreu, em 1967, uma proposta de reforma gerencial da administração pública, cujo marco legal foi o Decreto-Lei nº 200, quando houve uma tentativa de superação da rigidez burocrática. Esse pode ser considerado como um primeiro momento da

administração gerencial no Brasil. Esse decreto pautava o fortalecimento do sistema de mérito e as diretrizes para o plano de classificação de cargos; ademais, viabilizou a flexibilização das relações de trabalho no setor público, permitindo a aplicação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); além da expansão da administração indireta, que compreendia as entidades dotadas de personalidade jurídica própria – autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas. (BRASIL, 1967; ABRUCIO; GAETANI, 2006; CAMPELO, 2010)

No Brasil, é cíclica a oposição entre descentralização e centralização das reformas como disposições do grau de autonomia a ser concedido pelo Estado. Existe um período altamente centralizador, seguido de um momento em que há iniciativas de descentralização, ao qual se sucede outro período de centralização. Diante desse quadro, em 1988, é promulgada a Constituição do Brasil. Ela mantém o modelo burocrático tradicional e se baseia no formalismo, no excesso de normas e na rigidez de procedimentos. Como consequência, ocorreu a retração da flexibilidade operacional da administração indireta, com novo estatuto jurídico para as empresas públicas e as sociedades de economia mista; além disso, instituiu o regime jurídico único para todas as esferas de governo; e o controle rigoroso sobre a despesa pública com pessoal. Por outro lado, a Constituição reconhece o valor político do cidadão e sua participação no controle dos serviços públicos. Nesse momento, ocorre um aumento das demandas sociais. (BRASIL, 1988; CAMPELO, 2010)

No cenário mundial, a partir dos anos 1990, o paradigma da *New Public Management* ou Nova Gestão Pública (NGP) norteou as reformas da gestão pública em vários países. No Brasil, a NGP também inspirou a segunda grande reforma, a Reforma Gerencial de 1995, na gestão de Fernando Henrique Cardoso, em resposta à centralização promovida pela Constituição Federal de 1988. Segundo Bresser-Pereira (2008), a Constituição de 1988 ao invés de avançar na reforma gerencial, buscou reafirmar e completar a Reforma Burocrática de 1937. A Reforma de 1995 teve início no plano federal e teve desdobramentos nos estados – simultaneamente ou em “ciclos modernizantes” posteriores –, nos mandatos que se iniciaram em 1999 e 2003. (ABRUCIO; GAETANI 2006)

A Reforma Gerencial do Brasil deve ser entendida, no sentido da redefinição do papel do Estado, como uma alteração da sua responsabilidade direta pelo desenvolvimento econômico e social para o papel de provedor e regulador. Portanto, o Estado assume um papel menos executor ou prestador direto de serviços. No entanto, o objetivo da Reforma não foi afastar o Estado do financiamento, nem retirá-lo da carga tributária (receita) ou dos gastos públicos (despesas). Essas propostas encaixavam-se em um contexto de profunda reformulação do Estado brasileiro, em que havia críticas ao tamanho da máquina pública. Isto ensejou a redução dos concursos públicos, o desenvolvimento de programas de demissão voluntária e a privatização de algumas empresas estatais. (BRESSER-PEREIRA; PACHECO, 2005) Com três pontos centrais, a reforma de 1995 preconizava: construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional; gestão para resultados e novas formas de *accountability*. (ABRUCIO, 2012; FERLIE et al., 1999)

90

A construção de um modelo organizacional mais flexível significa a coexistência de diversos modelos institucionais e organizacionais e a criação de novas redes de relacionamento entre Estado e sociedade na prestação de serviços públicos. (ABRUCIO, 2012) Esse conceito está relacionado ao foco na descentralização e no incentivo à criatividade e inovação. (BRESSER-PEREIRA, 1998) A orientação voltada para resultados e não mais para processos/procedimentos introduz uma nova lógica de gestão e muda o foco das políticas públicas. Ou seja, assume que a administração pública deveria se orientar por critérios de desempenho, utilizando o contrato como instrumento de gestão e controle dos gestores públicos e não pelo simples cumprimento das regras formais. (BRESSER-PEREIRA, 1998) Assim, a avaliação passa a ser realizada em função dos resultados atingidos, introduzindo a lógica das metas e indicadores na contratação dos serviços públicos. A contratualização é considerada uma das políticas de NGP mais comumente utilizada em diferentes países da Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento (OECD) para gerir e implementar políticas públicas junto com parceiros privados e instituições descentralizadas. (OECD, 2005) Quanto aos critérios de avaliação e desempenho, são essenciais a uma administração pública pautada

pela autonomia, Costa (1998, p. 211) chama a atenção para a precariedade até dos mais sofisticados mecanismos de avaliação de desempenho que, ao se mostrarem incapazes de medir o impacto das ações empreendidas, “tendem a privilegiar a mensuração da eficiência, deixando de lado qualquer esforço para avaliar a real eficácia social das iniciativas”.

O terceiro ponto central da NGP está relacionado às diferentes formas de *accountability*. Na sua definição original, esse termo diz respeito “al cumplimiento de una obligación del funcionario público de rendir cuentas, sea a un organismo de control, al parlamento o a la sociedad misma”. (CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000, p. 329) *Accountability* engloba as ideias de transparência na condução das ações, prestação de contas do uso dos recursos e responsabilização dos gestores, tanto por suas ações como pelas omissões. (CAMPOS, 1990) Para Abrucio (2012), além das formas clássicas, devem ser consideradas como novas formas de *accountability*, eficiência e desempenho na prestação de serviços: as dimensões de acesso, qualidade, custo, confiabilidade e disponibilidade. Na vertente do controle social, Pimenta (1998) lembra a importância da transparência como elemento fundamental para a substituição dos controles burocráticos por outros sociais, ou seja, a sociedade, face a um processo de desburocratização e flexibilização da administração pública, passa a desempenhar papel central na fiscalização do uso dos recursos, no estímulo da concorrência entre fornecedores e na tomada de decisão. A ação do Estado ganha, em tese, mais legitimidade por estar diretamente amparada pela sociedade.

A estruturação da Reforma considerou a existência de quatro setores no interior do aparelho do Estado: núcleo estratégico (parlamento, presidente, ministros, tribunais e a cúpula dos servidores civis); atividades exclusivas de Estado (forças armadas, polícia, agência arrecadadora de impostos, agências reguladoras, agências de financiamento, fomento e controle dos serviços sociais e da seguridade social); serviços não exclusivos ou competitivos (aqueles que o Estado provê, mas que também podem ser ofertados pela iniciativa privada); e produção de bens e serviços para o mercado (empresas estatais). A gestão de serviços do setor da saúde, atividade considerada não

exclusiva de Estado, começou a ser contratada por meio de parcerias com organizações sem fins lucrativos, públicas não estatais e do terceiro setor. Isso pode ser constatado por meio do número crescente de vínculos entre o Estado e organizações não estatais, nas quais o financiamento fica por conta do Estado e a execução/gestão dos serviços por conta dos parceiros privados, dotados de maior flexibilidade gerencial. (BRESSER-PEREIRA; PACHECO, 2005) Existe, nesse contexto, uma discussão quanto à natureza jurídica da parceria e se essa pode, de fato, ser caracterizada como uma relação diferente daquela considerada sob o termo “terceirização”.

## Os modelos de parceria entre setor público e setor privado

92

No Brasil, o setor privado começou a participar de maneira institucional da prestação da assistência à saúde com as Santas Casas. Em 1543, a partir da fundação da Santa Casa de Santos e, em seguida, com a construção de vários outros hospitais, as Santas Casas, de natureza caritativa, foram a base assistencial hospitalar do período colônial. (SANGLARD, 2003) No período de 1838 a 1940, as Santas Casas assumem uma natureza filantrópica. Inspirados nos modelos europeus do final do século XIX, os reformadores sociais e filantropos brasileiros concordavam em dois aspectos: o primeiro era a coexistência entre a assistência pública e a privada, e o segundo era a necessidade de uma ação mais efetiva do Estado. A relação pública privada estava em reorganização no modelo de assistência à saúde já na virada do século XIX para o século XX. A partir daí, com a evolução no ambiente de saúde no Brasil, bem como na legislação, o papel das Santas Casas vem mudando, bem como as relações entre o setor público e o privado. (RANGEL, 2013; SANGLARD, 2003)

Somente a partir das transformações no âmbito político do período Vargas, marcadas pela centralização das ações, foi que o Estado passou a ser o responsável também pela construção dos hospitais. A filantropia não deixou de construir hospitais, mas passou a fazê-lo

em menor quantidade em comparação à década de 1920. (PIOLA et al., 2009; SANGLARD, 2003) Na década de 1960, a assistência médica previdenciária foi estendida aos grupos desprotegidos, mediante a implementação de sucessivas políticas públicas. No entanto, somente a partir de 1988, com a criação do SUS, todos os brasileiros passaram a ter direito à saúde, conforme o art. 196 da Constituição Federal: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), nesse sentido, o direito ao atendimento integrado faz parte desse princípio.

A Constituição Federal, no art. 198, apontou a descentralização como uma das diretrizes para ações e serviços públicos de saúde. (BRASIL, 1988) No entanto, o processo de descentralização não garantiu que todos os municípios e estados realizassem uma gestão eficaz, nem tivessem condições, tanto do ponto de vista da infraestrutura quanto de gerenciamento. (YUNES, 1999) E, com isso, como apontado por alguns autores, na prática, a descentralização aconteceu em diferentes esferas: entre níveis de governo; entre administrações diretas e indiretas; e entre Estado e sociedade, do setor público para o setor privado. (BORGES; FERNANDES, 2002)

A participação do setor privado no SUS pode ocorrer mediante contrato ou convênio de diversas formas. O poder público poderá contratar do setor privado a totalidade dos serviços inexistentes na área pública; realizar parcerias (convênios) com entidades sem finalidade lucrativa, somando os seus serviços àqueles ofertados pelo setor filantrópico; contratar serviços privados com previsão de concessão de uso de bem público; entre outros. Isso foi a base para a adoção de modelos institucionais como as OSs, as OSCIPs e as fundações estatais. (BRASIL, 1988; CARVALHO; SANTOS, 1998; PIOLA et al., 2009)

Em 2018, foi publicado um artigo que apresenta a produção científica nacional sobre os diferentes modelos. Este texto evidencia que ainda houve pouca análise a respeito, mas também mostra que ocorreram diversos tipos de composição organizacional, formatos de administração e modalidades de gestão, muitas delas, alteradas

ao longo do tempo por meio de reformas administrativas, interpretações jurídicas e deliberações político-legais. (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018)

Sem contar a questão da filantropia, um dos modelos mais conhecidos no setor da saúde é o das OSs. Elas fazem parte, de maneira explícita, da estratégia do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), do primeiro governo Fernando Henrique Cardoso, que promoveu a reforma jurídico normativa do setor público. O anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais apontam que a garantia da eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas pela descentralização da União para os estados e destes para os municípios, através de parceria com a sociedade, por contratos de gestão, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde. (BRASIL, 1990; BRASIL, 1995; CARVALHO; SANTOS, 1998)

94

Para Abrucio e Sano (2008), a utilização de parceria com as OSs tinha dois objetivos principais: garantir autonomia, flexibilidade e maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços e fortalecer o controle social. Como exemplos internacionais para o desenvolvimento do modelo de OS brasileira, foram usados os casos estadunidenses – universidades, hospitais, museus, entre outros – e britânico – Quasi Non-Governmental Organizations (Quango). (MARTINS, 2002) Pode ser citado também o caso inglês do NHS, que, há 20 anos, tem como modelo de governança os “*commissioners*”, parceiros privados do departamento de saúde, que assumem uma ou mais bases territoriais para gerenciar, realizando subcontratos com os “*providers*” ou prestadores – clínicas e consultórios de diferentes profissionais que prestam serviços de saúde à população. (NEWDICK, 2014)

No âmbito federal, as OSs foram criadas por meio da Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, posteriormente regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. A partir daí, muitos estados, municípios e o Distrito Federal também implantaram suas versões locais da modalidade – São Paulo, com a Lei Complementar nº 846, de 4 de junho de 1998; Distrito Federal, com a

Lei nº 2.415, de 6 de Julho de 1999; Bahia, com a Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003; Sergipe, com a Lei nº 5.217, de 15 de dezembro de 2003; Goiás, com a Lei nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005; entre outras. As leis estaduais possuem estrutura e conteúdo semelhantes à lei federal. Entretanto, em muitos casos, o detalhamento daquelas das instâncias subnacionais é maior, uma vez que foram criadas a partir da lei federal, acrescentando algumas particularidades conforme o interesse e a realidade de cada unidade federativa.

As OSs, embora não representem figura jurídica inédita, constituem inovação institucional devido à necessidade de qualificação mediante decreto. Classificadas como pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, elas recebem recursos financeiros do Estado para administrar bens e equipamentos, por meio da assinatura de um contrato de gestão. As OSs atendem ao regime de trabalho conforme a CLT, possuem normas próprias para compras e contratos. Para os defensores do modelo, alguns diferenciais das OSs, quando comparadas com outras entidades privadas sem fins lucrativos, são: a obrigatoriedade de publicação, anualmente, dos relatórios financeiros e do relatório de execução do contrato de gestão no *Diário Oficial da União*, e a submissão dos resultados ao Tribunal de Contas da União (TCU). (BRASIL, 1990, 1995; MODESTO, 2010)

95

Quanto à imunidade tributária das OSs, ela varia conforme a esfera de governo à qual estão vinculadas. No âmbito municipal, algumas cidades oferecem isenção em relação ao Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU); na esfera estadual, existem estados que concedem isenção do Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS); na esfera federal, pode-se isentar a cota patronal do recolhimento do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

O processo de qualificação das entidades como OSs requer o cumprimento de alguns requisitos, entre os quais: natureza social de seus objetivos relativos à respectiva área de atuação; finalidade não lucrativa; existência de conselho de administração e diretoria definida nos termos do estatuto; previsão de participação, no órgão colegiado de deliberação superior, de representação do poder público e da comunidade. Entretanto, a qualificação somente é conferida mediante ato discricionário do poder público, por meio da



aprovação quanto à conveniência e oportunidade. Apenas a lei de São Paulo exige que as entidades comprovem possuir serviços próprios na área de atuação há mais de cinco anos para serem consideradas qualificadas.

Existem muitas críticas em relação ao processo de qualificação das OSs, principalmente nas leis que não definem comprovação de experiência na área da saúde. Com certeza, quanto mais criterioso o processo de qualificação, em que tem início a seleção dos parceiros, maior a probabilidade de o Estado contratar acertadamente uma organização para a qual delegar as atribuições cabíveis. O poder executivo também poderá desqualificar a entidade privada, retirando-lhe o título de OS, com base no descumprimento do contrato de gestão, após apurações em processo administrativo, assegurado o direito de defesa dos dirigentes da organização. A fase mais importante para o sucesso da parceria é o planejamento, que permitirá definir as necessidades para determinada região. Essa é tarefa indelegável do Estado. O candidato a parceiro deverá, por exemplo, definir como pretende responder a essas necessidades e esta definição será um subsídio para a tomada de decisão e elaboração do projeto, definição do perfil assistencial e do papel da unidade na rede. O levantamento das necessidades a satisfazer será o balizador da definição de metas, lembrando que estas deverão ser revistas, pois seu atingimento mudará a realidade.

96

A estruturação de um projeto consiste em uma tarefa de natureza multidisciplinar, altamente complexa e especializada, em que é preciso respeitar as normas e diferentes procedimentos empregados na gestão dos setores público e privado. Além de todo trabalho de modelagem de projetos, não se pode ignorar a perspectiva evolutiva, seja pela incorporação de experiências passadas bem-sucedidas, seja pela busca constante de soluções inovadoras consideradas mais adequadas. (ENGLER, 2014)

O mecanismo de contratação da parceria varia conforme a lei. Algumas leis estaduais dispõem sobre a dispensa de processos licitatórios (Ceará, Mato Grosso, Maranhão e São Paulo). Apenas as leis do Distrito Federal e do Rio Grande do Norte preveem a necessidade da realização desse tipo de processo. A lei da Bahia dispensa

a licitação nos casos de exclusividade, verificada a impossibilidade de competição. A lei federal e as leis do Amapá, do Espírito Santo, de Goiás, do Pará, de Pernambuco, do Piauí, de Santa Catarina e de Sergipe não se manifestam sobre o processo de licitação. A realização do processo licitatório não impede que parceiros mal-intencionados e sem capacidade de gestão saíam vitoriosos. Apesar de alguns gestores defenderem esse mecanismo, outros afirmam que a licitação aproxima o procedimento dos mecanismos da gestão pública, mas se afasta dos princípios da seleção por capacidade de gestão e é contraproducente. Existem vários exemplos de casos de sucesso e de fracasso no Brasil, tanto após licitação quanto por chamamento público e análise de propostas. Outra metodologia usada no processo seletivo das OSs da Saúde no Brasil é a seleção pública, mediante chamamento público com base no edital do projeto elaborado pelo Estado.

Um estudo indispensável, e quase nunca realizado, é a demonstração do custo benefício da contratação. Isso deve ser feito de duas formas:

- » comparando a opção de gestão por OSs com a gestão direta, através da comparação dos custos apontados no projeto com os custos de um Projeto Público de Referência (PPR) – estabelecimento com o mesmo perfil assistencial; ou
- » comparando os custos do projeto, com outras instituições gerenciadas sob a mesma modalidade de gestão e também com o mesmo perfil assistencial.

Vale ressaltar que, como o objetivo não é apenas redução de custos, mas também transformação da prestação dos serviços públicos em relação ao nível do serviço e qualidade, os gestores públicos devem usar a análise qualitativa (indicadores de qualidade) complementarmente à análise quantitativa (custos). A comparação entre hospitais e unidades assistenciais é um processo difícil, que deve ser realizado com cautela, devido às diferenças de complexidade, dimensão dos serviços e perfil assistencial, entre outras. (BRASIL, 1990, 1995; CARVALHO; SANTOS, 1998)

A elaboração desse projeto, que servirá de base para a contratação, deve permitir ao gestor público responder às seguintes questões:

- » os resultados previstos no contrato podem ser medidos objetivamente?
- » o contrato descreve os requisitos de forma clara, objetiva e baseada em resultados?
- » a qualidade do serviço pode ser avaliada de forma objetiva e independente?
- » a aderência entre necessidades e resultados contratados é real?
- » é possível demonstrar comparação de custos e qualidade entre o projeto e unidades com mesmo perfil, sob gestão direta?
- » é possível demonstrar comparação de custos e qualidade entre o projeto e unidades com mesmo perfil, sob gestão de OS?
- » o contrato evita incentivos perversos e estimula a entrega de serviços de qualidade?
- » o mecanismo de pagamento e os termos do contrato contemplam a gestão do risco?

98

Projetos mal selecionados podem resultar em prestação de serviços que não são, necessariamente, os mais adequados, e a um custo maior que o necessário. A elaboração de um edital de contratação o mais detalhado e específico possível pode trazer garantias ao Estado. No entanto, é constante a constatação no Brasil, atualmente, de contratações de OSs sem qualquer estudo prévio de demanda ou análise adequada de custos. Muitos gestores acham que é possível resolver todos os problemas da administração pública da saúde transferindo a gestão para um parceiro privado. Existem vários exemplos práticos comprovando que, quando o gestor público não tem controle sobre o planejamento e a contratação, as chances de fracasso são muito maiores.

A transparência é outro ponto importante em qualquer parceria e, em especial, em relações com o Estado. Afinal, embora a gestão seja privada, o recurso é público. Esse fator também está relacionado à publicização e ao acesso às informações. No entanto, o receio da má interpretação e principalmente da comparação entre serviços não comparáveis gera cautela nos gestores. Os defensores

do modelo alegam que as informações das OSs são mais acessíveis que as da gestão direta. Contudo, ainda há muito para evoluir no processo de disponibilização e facilitação de acesso às informações para a população e pesquisadores. Nesse sentido, haverá também uma maior pressão para sabermos os custos e indicadores dos estabelecimentos sob gestão direta, o que trará muito ganho para a saúde pública.

A modalidade de OS existe há 20 anos. Durante 16 desses anos, conviveu com intensas análises e discussões técnicas e filosóficas que deixavam o modelo sob insegurança jurídica pois, em 1999, foi ajuizada uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn nº 1.923/DF), junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e pelo Partido Democrático Trabalhista (PDT), questionando a Lei nº 9.637/98, que dispõe sobre a qualificação de entidades como OS e a criação do Programa Nacional de Publicização. A alegação para a ADIn foi que essa lei promovia “profundas modificações no ordenamento institucional da administração pública brasileira” e “que a criação das chamadas organizações sociais e seu processo de qualificação conforme estabelecidos na lei desrespeitam a Constituição Federal”. (BRASIL, 2015)

Em 2015, a ADIn nº 1.923/DF foi, finalmente, julgada parcialmente procedente pela maioria dos ministros, conforme a Constituição, a Lei nº 9.637/98 e o Art. 24 da Lei nº 8.666/93, incluído pela Lei nº 9.648/98, para que:

- » o procedimento de qualificação seja conduzido de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do Art. 37 da Constituição Federal, e de acordo com parâmetros fixados em abstrato segundo o que prega o Art. 20 da Lei nº 9.637/98;
- » a celebração do contrato de gestão seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do Art. 37 da Constituição Federal;
- » as hipóteses de dispensa de licitação para contratações (Lei nº 8.666/93, Art. 24) e outorga de permissão de uso de bem público (Lei nº 9.637/98, Art. 12, § 3º) sejam conduzidas de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do *caput* do Art. 37 da Constituição Federal;

- » os contratos a serem celebrados pela organização social com terceiros, com recursos públicos, sejam conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do Art. 37 da Constituição Federal, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade;
- » a seleção de pessoal pelas organizações sociais seja conduzida de forma pública, objetiva e impessoal, com observância dos princípios do caput do Art. 37 da Constituição Federal, e nos termos do regulamento próprio a ser editado por cada entidade; e
- » qualquer interpretação que restrinja o controle, pelo Ministério Público e pelo Tribunal de Contas da União, da aplicação de verbas públicas seja afastada (BRASIL, 2015).

Em 2018, foi criada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Assembleia Legislativa de São Paulo (Alesp) (Ato nº 2, de 2018, mediante Requerimento nº 2.928, de 2017), com a finalidade de “apurar denúncias de irregularidades nos contratos celebrados com Organizações Sociais da Saúde, pelas Prefeituras e pelo Governo do Estado de São Paulo”. Os trabalhos da CPI duraram 120 dias e foram encerrados em 17 de setembro de 2018. O produto dessa comissão foi o Projeto de Lei Complementar (PLC nº 50/2018), publicado e, até outubro de 2018, em fase de consulta pública. Dentre os principais itens apontados no PLC nº 50/2018 estão: o poder executivo, por meio de suas secretarias e demais órgãos, deverá prestar contas ao Poder Legislativo sobre diversas informações da parceria; a remuneração dos membros da diretoria deverá observar o limite remuneratório aplicável ao Governador do Estado de São Paulo; as organizações sociais deverão divulgar nominalmente a remuneração de seus dirigentes e empregados, bem como os contratos de prestação de serviços celebrados entre elas e terceiros para consecução de atividades relacionadas ao contrato de gestão.

Após a CPI, ficaram claras a preocupação e a intenção do Poder Legislativo paulista em realizar o controle de processos das OSs do estado. O Instituto Legislativo Paulista, órgão da Alesp, que atua de forma auxiliar ao trabalho parlamentar, contribuindo para o aperfeiçoamento do Poder Legislativo, realizou um debate em setembro de 2018, com gestores, acadêmicos e estudiosos da área para analisar as propostas do PLC nº 50/2018. Em geral, houve demonstração de preocupação

em relação ao retrocesso que esse projeto pode gerar na Lei das OSs. Por outro lado, foi apontada a possibilidade de reforçar contratos e órgãos de controle.

Especificamente na área da saúde no Brasil, segundo informado pelo presidente do Instituto Brasileiro de Organizações Sociais de Saúde (Ibross) em julho de 2018 no artigo “A verdade sobre as Organizações Sociais de Saúde” publicado no jornal *O Estado de São Paulo*, 22 estados, o DF e mais de 200 municípios utilizam contratos com Organizações Sociais para a gestão de hospitais, ambulatórios de especialidades, laboratórios, unidades de pronto atendimento e rede básica. A modalidade de parceria contribui de forma decisiva para a atenção à saúde no Brasil. Especificamente no município de São Paulo, 46,2% do orçamento da Secretaria Municipal da Saúde (R\$ 4,9 bilhões), no ano de 2017, foram para contratos com OSs para a gestão de 379 estabelecimentos, conforme informou a Secretaria Municipal da Saúde em 27 de fevereiro de 2018. Entre os anos de 2012 e 2017, conforme publicado em 10 de maio de 2018, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) custeou, com R\$ 28 bilhões, os contratos com OSs para a gestão de 34 hospitais estaduais, 50 ambulatórios médicos de especialidades, sete Institutos de Reabilitação Lucy Montoro, quatro Serviço Estadual de Diagnóstico por Imagem (SEDI), Centros de Atenção Psicossocial (Caps), entre outros estabelecimentos de saúde. Como ocorre em diversas áreas de atividade, existem muitas experiências bem-sucedidas, mas também casos com problemas já constatados em todo o Brasil. Isso faz com que a modalidade de OS seja vista como uma opção em contínua expansão, mas com melhorias a serem implementadas.

No Brasil, o termo “Parceria Público Privada” pode ser usado para duas formas diferentes de relação entre os setores público e privado, dificultando o entendimento do assunto. No sentido amplo, como foi falado até agora neste texto, as PPPs são os múltiplos vínculos estabelecidos entre a administração pública e instituições privadas para viabilizar o desenvolvimento de atividades com algum interesse geral. No entanto, existe a PPP, no sentido único, criada pela Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. (SUNDFELD, 2005) No Brasil, mesmo antes da Lei Federal nº 11.079, de 30 de dezembro

de 2004, alguns estados – Minas Gerais (Lei nº14.686/2003), São Paulo (Lei nº 11.688/2004), Ceará (Lei nº 13.557/2004), Bahia (Lei nº 9.290/2004), Goiás (Lei nº 14.910/2004) e Santa Catarina (Lei nº 12.930/2004) – já possuíam leis estaduais. Neste momento, as leis estaduais permanecem incontestadas nos itens coincidentes com a lei federal. (BRASIL, 2004b)

Essa modalidade de concessão, em que o parceiro privado tem finalidade lucrativa, começou a conquistar lugar no setor saúde, desempenhando um novo papel na saúde pública, impulsionando investimento no desenvolvimento de projetos de interesse do Estado. Nos últimos anos, a modalidade PPP apresentou crescimento em países da Organização de OCDE e em outros como Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, grupo denominado “BRICS”. (OECD, 2010) Estudos demonstram que projetos de PPP são usados para atender as necessidades de infraestrutura que não podem ser custeadas integralmente pelo Estado, com desenvolvimento num período mais curto que outro com financiamento público, com questões técnicas e gerenciais semelhantes. (POSCHMANN, 2003)

102

Pesquisas apontam que a principal justificativa dada pelos gestores públicos para o estabelecimento da PPP no setor de saúde brasileiro é a possibilidade de modernização da estrutura, num tempo mais curto e de forma mais eficiente, com aporte financeiro de natureza privada. Com isso, os gestores públicos viabilizam: reformas e construções de estabelecimentos de saúde (hospitalar, ambulatorial, atenção básica ou farmacêutica), investimento em equipamentos médico-hospitalares e Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC).

Dentre as características e procedimentos da PPP (Lei Federal nº 11.079/2004 – BRASIL 2004b), destacam-se os pontos a seguir:

- » o processo de licitação segue a concorrência, podendo haver pregão com inversão de fases;
- » a consulta pública, com submissão de minuta de edital de licitação e de contrato, tem prazo mínimo de 30 dias;
- » os critérios de julgamento de propostas possuem análises técnicas (qualificação das empresas) e propostas econômicas. Os critérios técnicos devem ser objetivos, com base em exigências definidas no edital;

- » o contrato deve especificar metas de desempenho. É comum vincular o pagamento da contrapartida pública à consecução desses padrões de qualidade (PORTUGAL; PRADO, 2007);
- » o valor máximo da proposta econômica não pode ser superior à média de custo da pesquisa realizada em serviços da administração pública e do setor privado e, ao mesmo tempo, deve garantir o equilíbrio econômico-financeiro do projeto.
- » as renegociações só devem ocorrer em função de contingências devidamente previstas em contratos ou por eventos inesperados;
- » o princípio da alocação de riscos precisa ser respeitado, com a distribuição conforme a capacidade para gerenciá-los.

Em 2018, conforme levantamento realizado pelo Observatório das Parcerias Público-Privadas (OPPP) são 54 projetos de PPP no setor saúde no Brasil em diferentes fases: sete em intenção pública, seis em modelagem inicial, três com Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI) iniciado, dez com PMI encerrado, sete com consulta pública encerrada, 11 contratos assinados, três projetos suspensos e sete projetos cancelados. Desses, 19 são da esfera municipal, 31 da esfera estadual, dois da União e dois do Distrito Federal. Os contratos assinados são:

- » Central de Material Esterilizado (Amazonas)
- » Hospital da Zona Norte (Amazonas)
- » Hospital do Subúrbio (Bahia)
- » Diagnóstico por Imagem (Bahia)
- » Instituto Couto Maia (Bahia)
- » Hospital Regional Metropolitano (Ceará)
- » Complexos Hospitalares (São Paulo)
- » Fundação para o Remédio Popular (Furp) (São Paulo)
- » Rede de Atenção Primária à Saúde (Belo Horizonte)
- » Hospital Metropolitano (Belo Horizonte)
- » Unidades Básicas de Saúde da Família (Manaus)

Existem dois modelos básicos de PPP no setor saúde. O conhecido como “bata branca”, que prevê a parceria privada na construção/



reforma e gestão dos serviços clínicos e não clínicos, e o chamado de “bata cinza”, em que os parceiros privados não são responsáveis pelos serviços assistenciais. O único projeto no Brasil em funcionamento até 2018 no modelo “bata branca” é o do Hospital do Subúrbio, na Bahia. Nele, os gestores públicos buscavam parceiros novos para a gestão assistencial e não assistencial, além do investimento em equipamento e mobiliário. No projeto da rede hospitalar de São Paulo haverá uma dupla parceria dentro da mesma instituição. A gestão assistencial será realizada por uma OS e a construção, compra de equipamentos e mobiliário e gestão não assistencial será realizada pelo parceiro PPP. Para regular a interface entre os gestores privados dentro do hospital, o gestor público definiu uma série de critérios e comissões. Uma terceira possibilidade gerencial da PPP é o que ocorre, por exemplo, no Instituto Couto Maia, na Bahia, onde a gestão assistencial é direta do estado. Não é possível definir ainda qual o melhor arranjo, pois os projetos são muito novos.

104

Para o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), as PPPs são uma alternativa positiva para o Brasil, visto que os recursos públicos não são suficientes para atender a demanda por serviço nas áreas de educação, saúde, sistema prisional, energia elétrica, água, dentre outros. Além disso, alguns autores analisam que a provisão privada tende a ser mais eficiente que a pública em questões como: custo, manutenção em longo prazo e financiamento. (SUNDFELD, 2014) Entretanto, alguns defensores do SUS apontam que existe uma incompatibilidade entre a finalidade lucrativa dos parceiros privados na PPP e os princípios do SUS.

## Gestão de contratos

Os arranjos contratuais do setor saúde, entre o Estado e prestadores – privados ou estatais – têm o objetivo de melhorar o desempenho destes e impulsionar a prestação de contas e de resultados. Existem mecanismos jurídicos distintos para formalizar esses arranjos: convênios e contratos. Embora aqui não se trate de um texto jurídico, algumas definições devem ser emprestadas dessa área de conhecimento.

O convênio é definido, no inciso I, do §1º, do Decreto nº 6.170/2007, como: acordo, ajuste ou qualquer outro instrumento que discipline a transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e tenha como partícipe, de um lado, órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, e, de outro, órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou ainda, entidades privadas sem fins lucrativos, visando a execução de programa de governo, envolvendo a realização de projeto, atividade, serviço, aquisição de bens ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação. (BRASIL, 2007) Nesse caso, o entendimento é de que ambas as partes pretendem alcançar um mesmo objetivo e que este deve ser celebrado em atendimento a um plano de trabalho. Inicialmente, os convênios eram utilizados quase que exclusivamente como instrumentos de cooperação entre os entes públicos. Num segundo momento, seu uso foi ampliado para parceiros privados que, geralmente, possuem objeto social comum, o que pode ser observado em seus atos constitutivos.

105

Por outro lado, contratos, na administração pública brasileira, são definidos no parágrafo único do Art. 2º da Lei nº 8666/93 como todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da administração pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada. (BRASIL, 1993) Portanto, no contrato, são estabelecidos os deveres e obrigações das partes e o objeto contratado por uma parte só será entregue pela outra mediante contraprestação (pagamento). Na PPP, o Estado firma um contrato de concessão administrativa com o parceiro privado (com finalidade lucrativa), que participa sob a forma de concessionária. Os contratos do setor saúde assinados até 2018 apresentam critérios de qualificação dos serviços contratados descritos de forma bem detalhada.

Outro instrumento bastante utilizado na área da saúde e com natureza jurídica peculiar, diferentes dos convênios e dos contratos, é o contrato de gestão. Segundo Di Pietro (1999), é incontestável que sua natureza se aproxima muito mais dos convênios do que dos contratos propriamente ditos. Ela ainda afirma que a intenção

é a mesma que já se concretizou no direito francês e em outros países que seguiram o mesmo modelo, ou seja, fixar metas a serem cumpridas pela entidade em busca da eficiência; para incentivá-las, o poder público concede auxílios de diversos tipos, sujeitando as entidades a um controle de resultados. O contrato de gestão é o instrumento pelo qual se concretiza a parceria e se estabelecem as referidas metas, formas de incentivos e controle. Outros autores ainda acrescentam que, em relação à denominação adotada, quando se firma um contrato de gestão, não há propriamente um contrato, mas sim um convênio, pois, embora sejam pactos bilaterais, não existe a contraposição de interesses que caracteriza os contratos em geral. Pelo contrário, neste caso ocorre uma cooperação entre as partes, visando objetivos de interesses comuns. (DI PIETRO, 1999; LIMA; RIVERA, 2012)

106

No Brasil, o contrato de gestão surgiu com o Decreto nº 137, de 27 de maio de 1991, que instituiu o Programa de Gestão das Empresas Estatais. No setor da saúde o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais (Sarah), pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, de interesse coletivo e de utilidade pública, por meio de contrato de gestão, previsto na Lei nº 8.246, de 1991, presta assistência médica qualificada e gratuita a todos os níveis da população e desenvolve atividades educacionais e de pesquisa no campo da saúde, em cooperação com o poder público. (BRASIL, 1991) Em 1997, no Caderno 2 do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), o contrato de gestão surge como um compromisso institucional, firmado entre o Estado e uma entidade pública estatal, a ser qualificada como agência executiva, ou uma entidade não estatal, qualificada como OS. Ali, fica também definido que um contrato de gestão deve especificar metas (e respectivos indicadores), obrigações, responsabilidades, recursos, condicionantes, mecanismos de avaliação e penalidades. (BRASIL, 1997)

Os instrumentos legais (leis, decretos etc.) são fundamentais para o bom funcionamento das relações público privadas, no entanto, não garantem total segurança para as partes. Por isso, atualmente, o foco maior nas relações com o Estado, segundo muitos especialistas, deve ser o contrato (de gestão ou de concessão). É preciso dar destaque

aos processos de negociação e pactuação de responsabilidades e metas entre os parceiros públicos e privados, entendendo a ideia da gestão por resultados e utilizando ferramentas para a condução da contratualização nas diferentes etapas: planejamento, negociação, implementação, acompanhamento, avaliação e supervisão das metas contratadas e prestação de contas. (MÂNICA; MENEGAT, 2013; DI PIETRO, 2016)

Nesse tipo de contrato estão descritas as atribuições, responsabilidades e obrigações das partes, além das metas a serem atingidas, os respectivos prazos de execução e os critérios de avaliação de desempenho a serem utilizados mediante indicadores de qualidade e produtividade, assim como o modelo de remuneração também é definido em contrato. É comum vincular o pagamento à produção e ao desempenho (indicadores de qualidade), uma vez que as modalidades de OS e PPP têm como princípio a gestão por resultados. Uma crítica a essa forma de remuneração é o fato de as metas serem muito frequentemente baseadas apenas na produção de serviços ou no volume de procedimentos realizados e não no resultado ou impacto (valor agregado) à população. Reconhecidamente, medir resultados e impacto obtido para a população não é fácil e ainda não é prática corrente no setor de saúde, independente de se tratar da área pública ou da privada. (CARVALHO; SANTOS, 1998; MÂNICA; MENEGAT, 2013; DI PIETRO, 2016)

A possibilidade da elaboração de um contrato completo, que contemple todos os indicadores necessários, é praticamente impossível. Para Besanko e demais autores (2009), os três fatores que tornam um contrato imperfeito são:

- » racionalidade limitada – as partes não conseguem contemplar ou enumerar todas as possibilidades que surgirão durante o negócio.
- » dificuldade de especificação ou avaliação de desempenho – quando os parâmetros de desempenho definidos em contrato são complexos e minuciosos, não é possível apontar todos os direitos e responsabilidades das partes.
- » assimetria de informações – um contrato pode ser considerado incompleto se as partes não possuem acesso igual a todas as informações relevantes.

Contratos bem desenhados contêm mecanismos de ajuste para quando as situações assim requererem. Ambos lados precisam cumprir esses mecanismos e usá-los para manter o contrato funcionando, de forma equilibrada. Entretanto, pelo fato desses mecanismos, em geral, não serem prescritivos, pode ser difícil usá-los de forma satisfatória no mundo real. Muitos contratos de parcerias e de concessão do setor saúde no Brasil são renegociados frequentemente, sendo necessários termos aditivos, alguns ainda nos estágios iniciais do ciclo de vida dos projetos. Muitos críticos e pesquisadores apontam os termos aditivos como os vilões, levando ao descontrole da fiscalização e do monitoramento, uma vez que eles permitem a modificação do que foi acordado inicialmente. (MÂNICA; MENEGAT, 2013; DI PIETRO, 2016)

Diz a teoria de gestão de projetos que os mecanismos e objetivos de monitoramento e a avaliação devem ser apresentados a partir do seu desenho, com a elaboração do projeto e do contrato, estabelecendo metas mensuráveis e avaliáveis. A possibilidade de o Estado intervir depende de sua capacidade de avaliação. Caso esta não exista, não há como prever a correção de qualquer etapa do ciclo de gestão ao longo do processo. Até 2018, as OSs são monitoradas e avaliadas pelo poder executivo, representado pelas Secretarias (estaduais e/ou municipais) da Saúde. Além disso, existem prestação de contas e fiscalização por parte do Tribunal de Contas da União e Ministério Público. (MÂNICA; MENEGAT, 2013; DI PIETRO, 2016) Uma crítica apontada pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP) é a não existência de controle preventivo no caso de descumprimento de regras de contratos. Assim, quando o tribunal vai atuar, no momento da prestação de contas, o problema já ocorreu há um ano ou mais, tornando pouco oportuna qualquer correção. No caso das PPPs, além dos controles e prestação de contas semelhante aos das OSs, a maioria dos contratos assinados apontam para a exigência de uma auditoria externa independente.

## Conclusão

O relacionamento entre setor público e setor privado no Brasil e seus modelos contratuais é ainda muito debatido. A Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, composta por diversos fóruns estaduais é um exemplo de entidade muito atuante nesse debate. Eles lutam por um SUS 100% público e estatal, contra o que definem como “precarização do trabalho” e desmonte do SUS, ocupando uma das posições apresentadas por Nogueira (2011).

Outro questionamento recorrente realizado pelos contrários às relações público privadas no SUS refere-se à chamada terceirização da saúde pública e sua (i)legalidade. A terceirização diz respeito à contratação de empresa privada para prestação de serviços para administração pública, respaldada, no âmbito federal, no Art. 10 do Decreto-Lei nº 200/1967. (BRASIL, 1967) Para estudiosos do tema, terceirização é definida como a transferência de atividades para fornecedores especializados, detentores de tecnologia própria e atualizada, para quem a atividade terceirizada é a atividade-fim. Outro entendimento se refere à contratação de força de trabalho, por meio de pessoas jurídicas interpostas, para a prestação de serviços, de maneira a conseguir, para o contratante, a disponibilidade de pessoas físicas para a execução dos serviços propriamente ditos. Ou seja, a terceirização ocorre na contratação de serviços específicos especializados e não por meio da parceria estabelecida via contrato de gestão, para o gerenciamento de um estabelecimento de saúde.

Em 2015, o debate sobre existência ou não de terceirização nas contratações das OSs foi concluído com a finalização do julgamento da ADIn nº 1.923/2015. Fica claro que OSs, por configurarem uma forma de parceria entre o Estado e os particulares, por meio do repasse de recursos e bens públicos, para atuação em áreas de relevância pública, possuem natureza típica de convênio e configuram uma forma de parceria. Por fim, deu o entendimento que sua celebração deve, necessariamente, ser submetida a procedimento objetivo e impessoal. (BRASIL, 2015)

No entanto, mesmo após o parecer do STF – através da ADIn nº 1.923/2015 –, ainda persiste a discussão sobre terceirização. Além disso, entrou na discussão a chamada “quarteirização” de serviços. Considerada o estágio seguinte ao da terceirização, ela consiste na contratação – por um terceiro privado – de uma outra parte, para a execução de serviços ou o fornecimento de bens. Contudo, a insegurança jurídica sobre o tema “parceria das OSs” foi solucionada. (BRASIL, 2015)

Seja como for, é preciso rever o estereótipo quanto ao que é “bom” e “eficiente”, principalmente quando esses qualificativos se aplicam a setor público e setor privado, com maior especificidade na área da saúde. A criação constitucional da saúde brasileira compreende todas as partes do federalismo cooperativo: descentralização das ações e dos serviços; cooperação técnica e financeira da União para com estados e municípios e dos estados para com os municípios; participação da sociedade na definição da política de saúde, através dos conselhos de saúde e das conferências de saúde; comissões intergestoras e intersetoriais; planejamento ascendente, compatibilização dos planos de saúde municipal e estadual com o planejamento nacional; solidariedade na divisão dos recursos da seguridade social e suas três áreas; participação da iniciativa privada no SUS; além de outros. (CARVALHO; SANTOS, 1998; BRASIL, 2016)

O enfrentamento das questões relacionadas à gestão da saúde pública é urgente devido à insuficiência dos recursos financeiros e à qualidade dos gastos. Na área da saúde no Brasil, as diversas modalidades institucionais de gestão vêm se tornando cada vez mais presentes na prestação dos serviços públicos como uma alternativa para alcançar resultados esperados pelos governos em relação a agilidade, eficácia, ênfase nos resultados, fuga da Lei de Responsabilidade Fiscal e aporte financeiro. Segundo revisão de literatura realizada por Ravioli, Soárez e Scheffer (2018), algumas explicações para o aumento e difusão dos diferentes modelos de gestão de serviços públicos de saúde são causas exógenas e de natureza macropolítica, além de motivações endógenas à gestão – frente às dificuldades da administração direta, a saber: (in)capacidade operacional, falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, baixos controles de qualidade, burocracia excessiva para contratar pessoal etc.

A gestão pública atual envolve planejamento estratégico, enquanto que, na administração burocrática do passado, estava limitada às leis e regulamentos. No entanto, e mais que nunca, é preciso observar os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência em qualquer tipo de arranjo, inclusive nas parcerias público privadas. Novas formas de *accountability*, ao mesmo tempo em que se busca a flexibilização na gestão, se verifica a necessidade de maior controle. Além dos aspectos relacionados ao controle da utilização de recursos públicos, inclui conceitos como eficiência e desempenho na provisão de serviços: acesso, qualidade, custo, confiabilidade, disponibilidade e participação da sociedade na deliberação e no controle dos serviços públicos. Um fator crítico do controle das informações é a informatização. Pois, somente com esse instrumento bem estruturado e com dados confiáveis e transparentes é possível tornar viável a descentralização.

Os contratos de gestão ou de concessão não podem ser vistos pelos gestores públicos como uma simples delegação – transferência dos problemas da saúde para o gestor privado; nem como uma forma de imposição –; atingimento de metas com desequilíbrio econômico financeiro; muito menos como uma simples busca de flexibilização da gestão sem ganho de eficiência e qualidade. Situações de descon- trole de gastos ou fragilidade de gestão do Estado podem colocar em risco as parcerias. Por outro lado, a transparência dos processos e dos resultados na gestão pública fortalecem e trazem legitimidade às parcerias e contratos.

É preciso continuar o debate sobre os arranjos contratuais do setor saúde entre o Estado e prestadores – privados ou estatais. Tanto o debate ideológico quanto o técnico têm seu lugar, mas, quando se fala em questões técnicas, é imprescindível analisar a eficiência sem abandonar a eficácia, a efetividade e a legitimidade dos processos. A gestão da saúde pode ser privada, mas a política sempre é pública.



## Referências

- ABRUCIO, F. L.; GAETANI, F. Avanços e perspectivas da gestão pública nos estados: agenda, aprendizado e coalizão. *In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados*. Brasília, DF: Consad, 2006.
- ABRUCIO, F. L. PPP na Saúde: experiências e tendências. *Debates GVsaude*, São Paulo, 2012. Número Especial. Disponível em: [https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/gvsaude\\_final.pdf](https://fgvsaude.fgv.br/sites/gvsaude.fgv.br/files/gvsaude_final.pdf). Acesso em: 30 ago. 2019.
- BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SCHAEFER, S. et al. The Vertical Boundaries of the Firm. *In: BESANKO, D.; DRANOVE, D.; SCHAEFER, S. et al. Economics of Strategy*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2009. p. 61-97.
- BORGES, D. F.; FERNANDES, K. C. A descentralização das ações e serviços de saúde do SUS na cidade de Natal: democratização ou privatização?. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 565-85, 2002.
- BRASIL. Decreto nº 6.170, de 25 julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26 jul. 2004a.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 44. ed. Brasília, DF: Senado Federal, 2010.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967. Dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 fev. 1967.
- BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parceria público-privada no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2004b.
- BRASIL. Lei nº 8.246, de 22 de outubro de 1991. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Serviço Social Autônomo Associação das Pioneiras Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 1991.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 1993.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. 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. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 1998.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*: síntese & respostas a dúvida mais comuns. Brasília, DF: MARE, 1995.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *Organizações sociais*. Brasília, DF: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de planejamento no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Fundação Oswaldo Cruz, 2016. (Série Articulação Interfederativa, v. 4).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Organizações Sociais e contrato de gestão (Transcrições). *Supremo Tribunal Federal*, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/informativo/verInformativo.asp?s1=ADI+1923&pagina=3&base=INFO>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, São Paulo, n. 45, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; PACHECO, R. S. A reforma do estado brasileiro e o desenvolvimento. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; PACHECO, R. S. (org.). *Crise política e reforma das instituições do Estado brasileiro*. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2005. p. 150-170.

CAMPELO, G. S. B. Administração pública no Brasil: ciclos entre patrimonialismo, burocracia e gerencialismo, uma simbiose de modelos. *Ciência & Trópico*, Recife, v. 34, n. 2, p. 297-324, 2010.

CAMPOS, A. C. Por um sistema de saúde mais eficiente. *Cadernos de Economia*, Chapecó, v. 20, n. 80, p. 9-15, 2007.

CAMPOS, A. M. Accountability, quando poderemos traduzi-la para o português. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 30-50, 1990.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. Aspectos Jurídicos da Gestão de Serviços de Saúde no Brasil. In: PREDROSA NETO, A. H.; GOULART, F. A. A.; CARVALHO, G. C. M. et al. *Os médicos e a Saúde no Brasil*. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 1998.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO. *La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana*. Caracas: CLAD, 2000.

COSTA, F. L. A reforma do Estado e as organizações sociais: programa de estudos e pesquisas em reforma do Estado e governança. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 209-213, 1998b.

COSTA, F. L. Estado, reforma do Estado e democracia no Brasil da Nova República. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 71-82, 1998a.

COSTA, F. L. Programa de estudos e pesquisas em reforma do estado e governança: a reforma do estado e as organizações sociais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 209-213, 1998.

DI PIETRO, M. S. Z. *Direito administrativo*. 29. ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Forense, 2016.

DI PIETRO, M. S. Z. *Parcerias na administração pública, concessão, permissão, franquias, terceirização e outras formas*. São Paulo: Atlas, 1999.

ENGLER, M. Lições aprendidas com a Linha 4 do Metrô de São Paulo. *Cadernos FGV Projetos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 63-69, 2014.

FERLIE, E.; ASBURNER, L.; FITZGERALD, L. et al. *A nova administração pública em ação*. Brasília, DF: Universidade de Brasília: ENAP, 1999.

FISCHER, R. M. Estado, mercado e terceiro setor: uma análise conceitual das parcerias intersetoriais. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 5-19, 2005.

LIMA, S. M. L.; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2507-2521, 2012.

MÂNICA, F. B.; MENEGAT, F. A natureza jurídica do contrato de gestão com as organizações Sociais e suas repercussões no sistema de controle pelos Tribunais de Contas. *Revista de Contratos Públicos*, Belo Horizonte, v. 3, n. 3, 2013. Não Páginao.

MARTINS, H. F. Reforma do Estado na era FHC: diversidade ou fragmentação da agenda de políticas de gestão pública?. São Paulo: EBAPE; FGV, 2002.

- MEDICI, A. C. *Do global ao local: os desafios da saúde no limiar do século XXI*. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
- MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.
- MODESTO, P. (coord.). *Nova organização administrativa brasileira: estudo sobre a proposta da comissão constituída pelo governo federal para reforma da organização administrativa brasileira*. 2. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2010.
- NEWDICK, C. Health care rights and NHS rationing: turning theory into practice. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, v. 32, n. 2, p. 151-157, 2014.
- NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. *In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (org.). Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 24-47.
- OECD. *Dedicated Public-Private Partnership Units: a survey of institutional and governance Structures*. Paris: OECD, 2010.
- OECD. The Use of Market-type Mechanisms to Provide Government Services. *In: OECD. Modernising Government: the way forward*. Paris: OECD, 2005. p. 129-156.
- PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.
- PIMENTA, C. C. A reforma gerencial do estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 173-199, 1998.
- PIOLA, S. F.; BARROS, M. E. D.; SERVO, L. M. S. et al. Gasto tributário e conflito distributivo na saúde. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, Brasília, DF, v. 1, n. 17, p. 97-174, 2009.
- PORTUGAL, M.; PRADO, L. N. *Comentários à lei de PPP: parceria público-privada: fundamentos econômico-jurídicos*. São Paulo: Malheiros: Sociedade Brasileira de Direito Público, 2007.
- POSCHMANN, F. *Private Means to Public Ends: the future of public-private partnerships*. Toronto: C.D. Howe Institute, 2003. (C.D. Howe Institute Commentary, n. 183).

RANGEL, R. F. *Assistência no Rio de Janeiro: elite, filantropia e poder na Primeira República*. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

RAVIOLI, A. F.; SOÁREZ, P. C.; SCHEFFER, M. C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1-16, 2018.

REIS, A. A. C.; SÓTER, A. P. M.; FURTADO, L. A. C. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, p. 122-135, 2016. Número Especial.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SANGLARD, G. Filantropia e assistencialismo no Brasil. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 1095-1098, 2003.

SANO, H.; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008.

SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

SUNDFELD, C. A. *Parcerias Público-Privadas*. São Paulo: Malheiros, 2005.

SUNDFELS, C. A. O direito e as parcerias empresariais e contratuais entre Estado e particulares. Entrevistado: Roberto Villutini. *Cadernos FGV Projetos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 23, p. 1-8, 2014.

VIEIRA, F. S. Implicações de decisões e discussões recentes para o financiamento do Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 187-199, 2016.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 65-70, 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=en&rm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=en&rm=iso). Acesso: 18 out. 2018.

# Auditoria do SUS enquanto controle interno dos contratos de gestão hospitalar

*Thadeu Borges Souza Santos*

*Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira*

*Jean Carla de Lima*

*Luciano Rocha Gomes*

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado a partir da promulgação da Constituição Federal do Brasil de 1988 (BRASIL, 1988), estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, e legitimou um sistema de saúde público pautado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL, 1988) Em razão de sua abrangência e complexidade, o SUS se encontra em contínua implementação, pressupondo necessidade de processos avaliativos e de controle que subsidiem aperfeiçoamento e tomada de decisão. Assim, destaca-se a importância do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) na sua consolidação. (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013; AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018)

Essa lógica de auditoria no SUS advém conceitualmente do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que implicou conotação contemporânea de “[...] resguardar ao usuário e à União, estados e municípios a qualidade dos serviços profissionais e institucionais, além de preservar o uso adequado do dinheiro público”. (TAJRA et al., 2014, p. 158)

Concomitantemente, a política pública de saúde tem passado por profundas transformações desde a década de 1990. No campo da gestão e da prestação de serviços, as mudanças advindas da reforma do Estado e da incorporação dos preceitos da nova administração pública imprimiram um novo padrão de intervenção estatal no contexto nacional. (BARBOSA; ELIAS, 2010) Um dos desafios dos auditores do SUS, percebido a partir da ampliação da relação público-privada, tem sido a contratualização de entes públicos ou privados para gestão ou oferta complementar de atenção hospitalar no SUS. De tal modo, o estabelecimento de um ambiente adequado de controle seria mecanismo fundamental para assegurar a oferta e a eficácia do conjunto de ações desenvolvidas pelo SUS. (BEUREN; ZONATTO, 2014)

Assim, dois dispositivos de controle são previstos em seu âmbito, um exercido pela população através dos Conselhos de Saúde e outro exercido pelo poder público, entre eles, aquele exercido por intermédio do SNA. (BRASIL, 1990) Quanto a este último, propõe-se, neste capítulo, apreendê-lo conceitual e historicamente, considerar sua base normativa e trazer à tona a importância de um caso exitoso, tal como a metodologia adotada pela auditoria do SUS - Bahia frente um dos seus objetos auditáveis: a atenção hospitalar especificamente.

118

## Aspectos conceituais e históricos da auditoria em saúde

A auditoria tem definição contemporânea múltipla que perpassa pela avaliação da qualidade através da observação direta, registro e história relatada pelo usuário nos serviços de saúde, como: ferramenta capaz de contribuir para melhoria da qualidade da gestão; propositiva para responsabilização dos atores das políticas públicas; e mecanismos de verificação da coerência entre metas estabelecidas e implementação do sistema público de saúde. (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018)

O termo “auditoria” se originou do latim *auditor*, que significa “aquele que ouve”. Foi na Inglaterra, em pleno século XII e associada a Revolução Industrial, que se aplicou nas grandes empresas. Com a crise do capitalismo de 1929, justificou-se sua ampla adoção pela necessidade de maior controle administrativo, objetivando avaliação da eficácia e efetividade através de métodos de controle interno. Assim, estendeu-se o campo de atuação, garantiu-se total independência e a vinculou como assessoria subordinada à alta administração. (CASTRO, 2004; AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013)

De tal modo, o termo auditoria foi usado pelos ingleses para designar uma tecnologia contábil da revisão (*auditing*) com o propósito de fazer balanço e, posteriormente, foi incorporada por outras áreas como instrumento de gestão. Na saúde, ela teve como premissa a avaliação da qualidade da prestação de cuidados, com foco nas deficiências, ineficiências e ineficácias dos serviços. Seus métodos se fundamentavam na observação direta, análise de registros e história clínica do paciente. (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013; AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018)

A essência da sua atividade está no exame sistemático, que permite confrontar dada situação existente sob critérios de fidedignidade (validação), legitimidade, integridade e qualidade previamente definidos. Trata-se de uma atividade de controle, parte do processo administrativo, que visa conferir se o plano estabelecido foi efetivado para, então, encomendar medidas corretivas. (CASTRO, 2004) Nesse sentido, é importante considerar que a relevância da auditoria tem relação com o termo *accountability*, em que se valoriza a transparência e coresponsabilização, avançando na antiga correlação que se tinha de auditoria como ação fiscalizadora essencialmente punitiva. (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018)

Suas formas de classificação podem ser: analítica ou operativa (quanto à execução); prospectiva, concorrente ou retrospectiva (quanto ao método); interna ou externa (quanto à forma de intervenção); contínua ou periódica (quanto ao tempo); regular ou especial (quanto à natureza); total ou parcial (quanto ao limite do objeto); direta, integrada ou compartilhada (quanto à forma de operacionalização); direta, integrada ou compartilhada (quanto à operacionalização);



conformidade ou operacional (quanto ao tipo); e regular/ordinária ou especial/extraordinária (quanto à sua natureza). (SIQUEIRA, 2014; BRASIL, 2011b)

A auditoria médico-hospitalar teve importante contribuição na verificação de registros em prontuários e finalidade avaliativa da prática da medicina, fundamental no pensamento do processo de acreditação a partir do Colégio Americano de Cirurgiões. E para gestão de sistemas de saúde, ela pode ser considerada como potente ferramenta para monitorar e apontar não conformidades, de modo técnico-científico, imparcial e prudente. Ademais, seus relatórios substanciados permitem aperfeiçoamento contínuo, eficaz e melhores processos de tomada de decisão na gestão em saúde pública. (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013; AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018)

## Institucionalização do sistema nacional de auditoria do SUS

120

O exercício da auditoria no sistema de saúde brasileiro teve início antes de 1976, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, posteriormente, em 1978, passou a ser coordenada pela Secretaria de Assistência Médica, que depois se tornou Coordenadoria de Controle e Avaliação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Como instrumento do processo de trabalho, à época, tinha-se o Guia de Internação Hospitalar, que em 1983 foi denominado Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Assistência Médica da Previdência Social (SAMPS). (BRASIL, 2007)

É oportuno registrar o foco na auditoria médica nesse período, de modo que na Resolução Inamps nº 45/1984 considerava a auditoria como “um conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais, que buscavam a caracterização do desempenho assistencial, da produtividade, e os ajustes operacionais devidos, sob a garantia dos princípios éticos”. (BRASIL, 1984, p. 2)

Esse histórico demarca o início do processo de institucionalização da atividade de auditoria no sistema público de saúde brasileiro. Foi então, através da Lei n.º 8080/1990, que se criou o SNA, dedicando-lhe a coordenação e avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional. (BRASIL, 1990) E o Decreto n.º 809/1993 aprovou Estrutura Regimental do Inamps, estabelecendo como competências da auditoria o controle e a fiscalização da aplicação dos seus recursos orçamentários e financeiros. (BRASIL, 1993a; TAJRA et al., 2014)

Até então, a lógica do seu processo de trabalho centrava-se no combate às fraudes, associado ao faturamento de procedimentos médicos por profissionais e empresas privadas, tendo como objeto, particularmente, as contas hospitalares apresentadas pelos serviços privados contratados, que representavam a grande maioria dos prestadores.

Através da Lei n.º 8689/1993, Art. 6, instituiu-se o SNA e extinguiu-se o Inamps. Esse artigo determinou como competência do SNA do SUS a realização de avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, a ser realizada de forma descentralizada. (BRASIL, 1990; BRASIL, 1993b) Portanto, percebe-se mudança na lógica da auditoria, preconizando-se um sistema capaz de contribuir para fortalecimento do processo de implantação do SUS.

Foi através do Decreto n.º 1651/1995, Art. 2º, que se regulamentou como atividades do SNA: o controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento; a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; e a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial. Também acrescenta, em parágrafo único, que, sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde. (BRASIL, 1995)

Diante dessa normatização, concebe-se evolução da atuação da auditoria no sistema público de saúde. Antes sendo restrita à apreciação de contas médicas – no extinto Inamps – e, posteriormente, assumindo papel de órgão de controle de todo o sistema, mediante respaldo legal.

Como medida de estímulo, o Ministério da Saúde estabeleceu a nova organização do SNA através da Portaria nº 1069/1999, estabelecendo que atividades de controle e avaliação ficariam sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) e atividades de auditoria no Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). O Decreto n.º 3496/2000 defendeu a reestruturação regimental do SNA, em que o Denasus teria a responsabilidade de auditoria, controle e avaliação, bem como a correção de irregularidades praticadas no SUS. Com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/1996) se descentralizou o SNA para três esferas gestoras do SUS, e com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) ficou estabelecida a auditoria do SUS como critério para os municípios se habilitarem como gestão plena. (TAJRA et al., 2014)

122

Com o Pacto pela Saúde de 2006 (Portaria nº 399/2006), propôs-se superar os impasses da gestão, dentre os quais um dos eixos de trabalho era a auditoria como ferramenta de gestão sistêmica, em caráter educativo e orientador de correções. Com a perspectiva apontada, direcionou-se o foco da auditoria como avaliação de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações dos serviços e sistema de saúde. E, com a Portaria nº 3.027/2007a, a auditoria do SUS também passou a ser eixo estruturante da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), com finalidade de orientar ações governamentais de promoção e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática, garantindo maior eficácia e efetividade, como apoio ao controle social, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria e à gestão em saúde. E, com o Decreto nº 7508/2011, buscou-se a efetivação dessa ferramenta de gestão para aprimoramento do SUS nos seus níveis de complexidade. (PERON, 2009; TAJRA et al., 2014)

## Sistema nacional de auditoria do SUS – desenvolvimento institucional e o componente estadual Bahia

No âmbito federal, compete ao Denasus, enquanto órgão do Ministério da Saúde, exercer as atividades de auditoria por meio dos serviços estaduais de auditoria. Conforme instrumento intitulado “Princípios, Diretrizes e Regras da Auditoria do SUS”, o Ministério da Saúde tece orientações aos servidores lotados no Denasus e nas Seções de Auditoria (Seaud) das respectivas subunidades estaduais. Entre as recomendações, estão os métodos e técnicas da atividade de auditoria desenvolvida no âmbito do SUS, os princípios e padrões que norteiam a conduta e o processo de realização das auditorias. Concerne à auditoria, exame das atividades operacionais do sistema e execução orçamentária, em conformidade com as regras e normas estabelecidas pela Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (Intosai). (BRASIL, 2017a)

A Lei Federal nº 8.689/1993, ao instituir o SNA, estabeleceu a descentralização do referido sistema através de órgãos estaduais e municipais. (BRASIL, 1993b) Por sua vez, o Decreto Federal nº 1.651/1995 (BRASIL, 1995), considerando o disposto na Lei nº 8.689/1993, definiu as competências do SNA por intermédio dos órgãos que o integram nos planos federal, estadual e municipal.

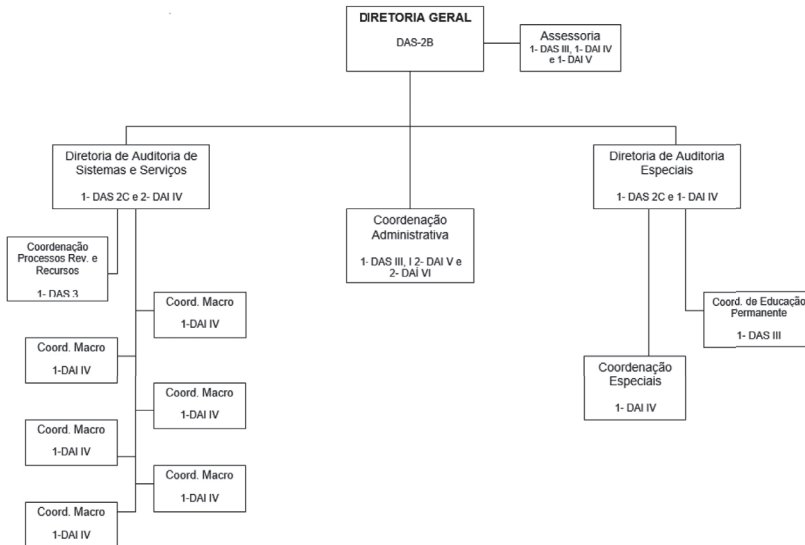
O Estado da Bahia criou, por meio da Lei nº 6.812 de 18 de janeiro de 1995, Art. 3º, Item III, a Auditoria do Sistema Único de Saúde, inserida na estrutura do organograma da Sesab. Foi estabelecido como sua competência, ser sistema de fiscalização e controle interno quanto às atividades relativas à prestação de serviços do SUS. (BAHIA, 1995)

De forma pioneira no Brasil, foi criado o cargo de auditor em saúde pública através da Lei nº 7.306 de 23 de janeiro de 1998, cujo regulamentação ocorreu com a publicação do Decreto Estadual nº 7.884, de 27 de dezembro de 2000. (BAHIA, 1998, 2000) A nomeação dos primeiros servidores aprovados em concurso público para esse cargo ocorreu em maio de 1999, sendo convocados 50 auditores (40 médicos, 5 enfermeiros, 3 odontólogos e 2 contadores).

Somente em 2006, esse efetivo foi ampliando mediante novo concurso que inseriu outras categorias profissionais (farmacêuticos, administradores e economistas), elevando o quadro em quantitativo (passando ao total de 147 auditores). Atualmente, a auditoria do SUS - BA conta com um efetivo de 104 auditores, todos servidores de carreira.

O organograma funcional da Auditoria do SUS - BA (Figura 1) a concebe enquanto diretoria ligada diretamente ao Gabinete do Secretário Estadual de Saúde. O desenvolvimento do processo de implantação do SUS reverberou de modo significativo nas atividades dos auditores entre 1999 e 2018. Para tanto, a partir de 2012, um processo de desenvolvimento institucional foi traçado através do planejamento sistemático com identificação de desafios institucionais, conformação de uma identidade organizacional, priorização de problemas estratégicos a partir de um diagnóstico situacional e elaboração de planos estaduais de auditoria quadrienais.

Figura 1 – Organograma da auditoria do SUS – BA



Fonte: elaborado pelos autores.

De forma coletiva, no ano de 2014, definiu-se a identidade organizacional. A missão sendo de assegurar a conformidade das ações,

serviços e aplicação de recursos do SUS com as normas e resultados estabelecidos no âmbito do estado da Bahia. Como visão, ser um órgão de controle autônomo e de excelência, reconhecido pela sociedade e na defesa do SUS, e se estabeleceu como valores a honestidade, a imparcialidade, a transparência e a competência.

Para tanto, fomenta-se fortalecimento da capacitação profissional através da Coordenação de Educação Permanente da auditoria do SUS - BA, que empreendeu diversas atividades de qualificação dos auditores por meio de palestras temáticas, cursos de aperfeiçoamento, especialização em saúde pública, especialização em auditoria e, mais recentemente, aprovação de um mestrado profissional em administração.

Esse processo formativo tem sido estimulado pela necessidade de qualificação técnico-científica dos auditores frente aos objetos de suas análises. Para além das suas competências normativas citadas, por se tratar de um órgão de controle, tem-se percebido ampliação das atividades dessa auditoria do SUS - BA. Estima-se que aproximadamente 70% das demandadas correspondem às solicitações de pareceres por parte dos setores internos da própria Sesab e também órgãos externos, tais como: Ouvidoria Geral do SUS, Ministério da Saúde (MS), Ministério Público Estadual (MPE) e Federal (MPF) e Tribunal de Contas do Estado (TCE). Ainda cabe destacar atividades de auditoria compartilhadas com outros componentes do SNA federal ou municipal. Esse é um fenômeno importante que será tratado a seguir, pois tem exigido readequação estratégica no processo de trabalho. Atenta-se ainda que o componente baiano do SNA aderiu ao Sistema Informatizado de Auditoria do SUS (Sisaud) em 2008.

Vale ressaltar a importância do Sisaud (SOUZA, 2015), criado e disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos componentes estaduais e municipais do SNA. Essa ferramenta possibilitou maior padronização dos relatórios de auditoria e extração de relatórios gerenciais sobre as atividades realizadas, de modo que permitiu qualificação da gestão e fortalecimento do SUS por meio de recomendações e orientações ao auditado, com vista à garantia do acesso e à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Essa concepção altera a antiga lógica da produção-faturamento para a contemporânea lógica que

concentra a atenção nos usuários, em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações de saúde (políticas públicas e seus determinantes sociais) e análise de seus resultados.

A importância desses relatórios também está na possibilidade de serem utilizados como fonte documental de estudos científicos. O estudo realizado por Nunes, Fontes e Oliveira (2015), apontou 45% de não conformidades evidenciadas nos relatórios do SNA/SUS, referentes ao caso da atenção hospitalar de Salvador - Bahia, classificadas em cinco categorias. Quanto aos recursos humanos, apontou-se insuficiência de pessoal, desfalque de especialistas nas equipes, rotatividade, absenteísmo elevado, frágil controle de frequência, e carga horária incompatível. À acessibilidade, os problemas notificados foram as filas para realização de exames de alta complexidade, medicamentos e equipe de cuidados paliativos, valendo destacar o absenteísmo dos próprios pacientes agendados, que criam barreiras devido à ocupação de não comparecimento aos exames complementares.

126

Referente às não conformidades de documentação e registros, os prontuários apresentaram desorganização cronológica, incompletude de dados do usuário e dos exames realizados. Sobre a estrutura hospitalar, destacam-se problemas infraestruturais, baixa capacidade instalada, tecnológica e de pessoal. E, quanto às rotinas de trabalho, apontou-se a prescrição de medicamentos não padronizados no SUS (exigindo processo de judicialização) e baixa adoção de práticas fundamentadas na tendência das rotinas de excelência. (NUNES; FONTES; OLIVEIRA, 2015)

A escassez de outros estudos sobre auditoria no SUS é apontada em revisão da literatura por Tajra e demais autores (2014). Na sua pesquisa bibliográfica, identificou importância da normatização de recomendações técnicas e instrução sobre sistema de informação específico. E reconheceu, como objetos de estudo: a atuação do auditor no processo de assistência ao pré-natal; avaliação de desempenho da enfermagem; aplicação dos recursos conforme programado, conceituação de termos adotados (avaliação, auditoria, monitoramento e controle); e processo de trabalho. Sobre este último, existem estudos tratando acerca da atuação do enfermeiro e do odontólogo

enquanto auditores no SUS (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013; TAJRA et al., 2014) e do médico auditor em saúde. (PREGER et al., 2005)

Reconhecida a lacuna de relatos sobre o desenvolvimento institucional de um componente estadual do SNA, propõe-se apresentar experiência metodológica da auditoria, tratando especificamente sobre a gestão da rede hospitalar no SUS-BA.

## Processo de trabalho e metodologia desenvolvida pelo componente estadual de auditoria do SUS para rede hospitalar própria da Bahia

O ato de auditar, em seu sentido amplo, carrega o conceito avaliativo contábil-financeiro e de desempenho, sendo que, no caso da saúde, as práticas, estruturas e instrumentos estiveram associados, predominantemente, ao controle e faturamento. Para compreender a estrutura dos sistemas de controle interno na gestão pública e seus resultados, em especial aqueles do SNA, faz-se necessário ampliar a transparência pública e apontar o aprimoramento dos seus processos de trabalho. Isto tem muita correlação com a histórica marca de distorções, erros e fraudes relacionados à produção das ações de saúde, sob execução de prestadores contratados. E uma outra justificativa está no fato das ações de auditoria terem ocorrido dentro de um sistema restritivo do acesso, que exige outro olhar por se tratar de um sistema de saúde universal e de assistência integral. (BRASIL, 2016)

127

Para que a atividade de auditoria cumpra sua missão enquanto ferramenta de controle, faz-se necessário adotar procedimentos metodológicos norteadores do processo de trabalho do auditor. Pode-se afirmar que o objeto da auditoria é determinado pela comparação entre situação encontrada versus situação esperada. Para tanto, exige-se elementos fundamentais como planejamento (fase analítica), é através do relatório de auditoria que se expressa a avaliação entre o ideal e o real, descreve-se o rol de constatações evidenciadas e elenca-se recomendações técnicas.



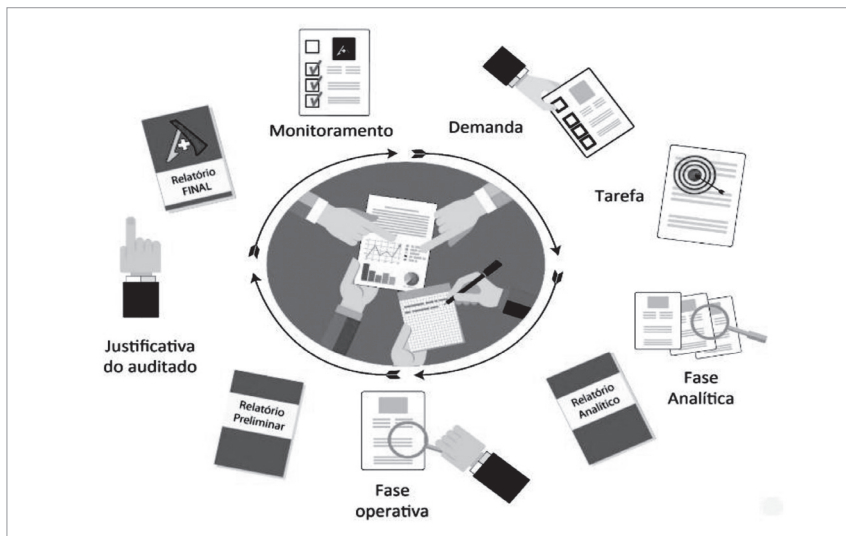
A Figura 2 traz, de modo esquematizado, todas as etapas do processo de auditar, que tem como início uma demanda (interna ou externa) e como produto um relatório, segundo o Manual de princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2017b)

A definição da programação das atividades de auditoria tem como base o Plano Estadual de Auditoria (PEA) 2016-2019 e a programação anual para o ano em análise. A definição das prioridades assumidas no PEA teve como substrato os compromissos assumidos pelo governo estadual no Plano Estadual de Saúde (PES) 2016-2019, o diagnóstico situacional do sistema de saúde estadual elaborado pela auditoria, e a resposta tempestiva às demandas externas.

No que se refere aos Termos de Parceria, destacam-se os contratos de gestão através de Organizações Sociais em Saúde (OSS), contratos de concessão por Parcerias Público-Privada (PPP), contratos complementares de hospitais filantrópicos e credenciamentos de serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) e dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

128

Figura 2 – Ciclo do processo de auditoria, da demanda ao produto final, conforme recomendação/protocolo do Manual de Princípios, Diretrizes e Regras da Auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde



Fonte: adaptado de Brasil (2017b, p. 71).

Atenta-se para a importância da modalidade de gestão indireta das unidades hospitalares da rede própria através das OSS. Elas foram historicamente formuladas no processo de Reforma Administrativa do Estado e implementada através da Emenda Constitucional nº 19/1998 e Lei Federal nº 9637/1998.

A adoção de contratos de gestão tem sua origem na França no final dos anos de 1960, e tinham como prerrogativa melhorar a qualidade dos serviços e a eficiência as instituições. (ANDRÉ, 1999) No Brasil, começaram a surgir em meados dos anos de 1990 na esteira da Reforma do Estado, no então governo do presidente Fernando Henrique Cardoso. (MORAIS et al., 2018)

A partir da lei federal, replicou-se em leis estaduais e municipais, resultando em entidades qualificadas ao exercício de atividades de interesse público no país. (DONADONE; BAGGENSTOSS, 2017) Elas são consideradas inovações de arranjo organizacional, justificadas pelo princípio de incentivar o desempenho e a eficiência na esfera pública. (BARBOSA; ELIAS, 2010) No estado da Bahia, sua regulamentação foi através da Lei nº 8647/2003, que dispôs sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais (PEOS). (BAHIA, 2016) E são consideradas inovações de arranjo organizacional, cujo justificativa compreende como princípios: incentivar o desempenho e a eficiência na esfera pública. (BARBOSA; ELIAS, 2010)

Nesse caso, o comitê gestor do PEOS fica sediado na Secretaria de Administração do Estado da Bahia (SAEB) e tem como objetivo fomentar a absorção, pelas OSS, de atividades e serviços de interesse público. Suas diretrizes básicas são: 1. A adoção de critérios que assegurem padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão; 2. A promoção de meios que favoreçam a efetiva redução de formalidades burocráticas na prestação dos serviços; 3. A adoção de mecanismos que possibilitem a integração entre os setores públicos do Estado, a sociedade e o setor privado; 4. A manutenção de um modelo de gestão que permita a avaliação da eficácia quanto aos resultados. (BAHIA, 2003, 2016)

Em 2017, a rede hospitalar própria da Sesab contava com 43 estabelecimentos, dos quais 22 eram hospitais com gestão direta e 21 com gestão indireta (20 por OSS e 1 através de PPP). Dado o papel

das unidades sob gestão de OSS na oferta de ações de média e alta complexidade no âmbito hospitalar e o volume de recursos financeiros envolvidos, a auditoria do SUS-BA lançou análises sistematizadas sobre seus contratos de gestão. Teve-se como objetivo verificar a aderência dos instrumentos formais (proposta de trabalho e contrato de gestão) ao PEOS e o cumprimento das obrigações estabelecidas no contrato pelas partes.

Para o desenvolvimento de auditorias da assistência hospitalar oferecida pela rede estadual própria sob gestão indireta, mediante contratos de gestão, o componente baiano do SNA adota, em parte, a metodologia proposta pelo Comitê das Organizações Patrocinadoras da Comissão *Treadway* (COSO<sup>1</sup>), cuja fundamentação se ancora na responsabilidade dos dirigentes da organização que favorece maior garantia aos processos de negócio e tem como categorias analíticas estabelecidas: a efetividade e eficiência nas operações; a confiabilidade dos relatórios financeiros; e o cumprimento das leis e regulamentações pertinentes. (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION, 1994)

130

A partir do pressuposto de que toda organização está sujeita a um conjunto de riscos e que a definição do nível de incerteza é o principal desafio da empresa, a metodologia COSO propõe passos fundamentados no gerenciamento de risco. O processo se constitui por cinco componentes interligados: cultura institucional, gerenciamento de riscos, atividade de controle, fluxo de informações e avaliação/monitoramento interno. (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION, 1994)

O ambiente interno pode ser entendido como a cultura da instituição quando se trata de controle. O gerenciamento de riscos

---

1 Trata-se de um comitê de origem norte-americana, criado com a finalidade de estudar as causas da ocorrência de fraudes em relatórios financeiros e contábeis e desenvolver recomendações para empresas públicas e seus auditores independentes e para as instituições educativas. Tem, como grande marco na área de controle interno, a publicação, em 1992, *Internal Control - Integrated Framework* [Controle Interno - Um Modelo Integrado] que se tornou uma referência mundial.

se refere à análise sobre os riscos associados quando do não cumprimento das metas e dos objetivos operacionais. As atividades de controle são aquelas executadas com a finalidade reduzir ou administrar os riscos. As informações e comunicações correspondem ao fluxo das informações no ambiente da organização, atingindo todos os seus níveis. E o quinto componente é o monitoramento, ou seja, a avaliação dos controles internos adotados e praticados pela organização ao longo do tempo. (COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMISSION, 1994)

A partir desse referencial, as atividades de auditoria são desenvolvidas no componente estadual, e apresentadas enquanto caso exemplar. Com a sistematização do processo de atividade avaliativa são concebidas as análises sobre os objetos de auditoria, tais como demandas externas, pagamento administrativo, Sistema Municipal de Saúde, Projeto SWAP, 2 diárias, suprimentos, programas estratégicos, assistência farmacêutica, alta complexidade e contratos.

Como especificidades do processo metodológico de auditoria do componente baiano do SNA, apontou-se como critério os riscos à possibilidade de um evento ocorrer e afetar negativamente o alcance dos objetivos do contrato de gestão. Para auditorias dessa natureza, atentou-se para os processos de gestão patrimonial, de suprimentos, de pessoal, de qualidade, de acesso/assistência/cuidado, financeira e de contrato/controle. A verificação dos riscos teve como método a definição de questões de auditoria, para cada um dos processos priorizados, conforme descrito no Quadro 1.

131

---

2 O Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos (SWAp - Bahia) tinha como objetivo geral promover o desenvolvimento social com equidade no Estado, ampliando o acesso à água em quantidade e qualidade, e a ações para a redução da mortalidade infantil.

OBJETOS DE AUDITORIA	FONTES DE ANÁLISES
Demandas externas	Denúncias e solicitações de auditoria por órgãos externos (MPF, MPE, TCE, TCU, dentre outros) e órgãos internos ao Executivo Estadual (Ouvidoria, AGE).
Pagamento administrativo	Dispositivos Médicos Implantáveis (DMI) e outros tipos de solicitação de auditoria para posterior pagamento.
Sistema de Saúde	Estrutura administrativa das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), organização e funcionamento do fundo de saúde, do conselho de saúde, da rede de atenção à saúde, da regulação assistencial.
Projeto SWAP	Validação de internações por doenças infecciosas e intestinais em menores de 5 anos nas 25 unidades com maior ocorrência de internação por este tipo de causa, validação das duas doses da vacina contra o rotavírus, assistência materno-infantil em unidades selecionadas pelo projeto, equipes de saúde da família implantadas durante a vigência do projeto, validação dos dados do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento SispreNatal.
Diárias	Concessões e prestações de contas relacionadas a diárias
Gestão suprimentos/ almoxarifado	Relatórios de entrada e saída de materiais, insumos e medicamentos; plano de manutenção dos equipamentos médico-hospitalares.
Programas estratégicos	DST/AIDS, Imunização, Saúde da Família, Tuberculose.

OBJETOS DE AUDITORIA	FONTES DE ANÁLISES
Assistência farmacêutica	Processo de compra de medicamentos dos componentes básico, especializado e estratégico, <sup>3</sup> Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), unidades de dispensação nas unidades básicas de saúde, verificação dos medicamentos disponíveis à população.
Alta complexidade especializada	Consultas, procedimentos, organização e funcionamento de serviços especializadas de Oncologia, Transplantes de Órgãos e Traumatologia-Ortopedia.
Contratos	Contratos de gestão, de concessão e convênios; Termos de Parceria; Credenciamento; Hospital de Pequeno Porte (HPP); Hospitais Filantrópicos.

Fonte: elaborado pelos autores.

Como especificidades do processo metodológico de auditoria do componente baiano do SNA, apontou-se como critério os riscos à possibilidade de um evento ocorrer e afetar negativamente o alcance dos objetivos do contrato de gestão. Para auditorias dessa natureza, atentou-se para os processos de gestão patrimonial, de suprimentos, de pessoal, de qualidade, de acesso/assistência/cuidado, financeira e de contrato/controle. A verificação dos riscos teve como método a definição de questões de auditoria, para cada um dos processos priorizados, conforme descrito no Quadro 2.

<sup>3</sup> Componente básico: medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica, presentes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente; especializado: medicamentos e outras tecnologias em saúde necessárias para garantir a integralidade são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) por meio das diferentes linhas de cuidado; estratégico: medicamentos para pessoas acometidas por tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas, cólera, esquistossomose, leishmaniose, filariose, meningite, oncocercose, peste, tracoma, micoses sistêmicas e outras doenças decorrentes e perpetuadoras da pobreza. São garantidos, ainda, medicamentos para influenza, doenças hematológicas, tabagismo e deficiências nutricionais, além de vacinas, soros e imunoglobulinas.

Quadro 2 – Questões de auditoria segundo dimensão do processo de gestão (Continua)

DIMENSÃO	QUESTÕES DE AUDITORIA
Patrimonial	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. A cessão de uso e a identificação do patrimônio do Estado foram realizadas em conformidade com as disposições contratuais?</li> <li>2. As técnicas de gestão patrimonial asseguram estrutura funcional, manutenção física e de equipamentos necessários a regular, e adequada assistência à saúde?</li> </ol>
Suprimentos	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Os controles internos instituídos asseguram gestão de suprimentos eficiente?</li> </ol>
Pessoal	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. A gestão de pessoal ocorre conforme dispositivos legais e contratuais, visando promover a regular e adequada assistência à saúde?</li> </ol>
Qualidade	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. As ações que asseguraram a gestão da qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento ao usuário do SUS estão implementadas conforme estabelecido em contrato?</li> <li>6. A gestão administrativa do hospital é executada conforme definido em contrato?</li> <li>7. As comissões, grupos de trabalho ou comitês, estabelecidas em contrato, foram implantadas e estão em pleno funcionamento?</li> </ol>
Acesso/cuidado à saúde	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. O serviço de regulação está instituído na unidade, integrando-a ao sistema de regulação estadual e municipal (se couber) para atendimento das metas estabelecidas em contrato?</li> <li>9. O processo de trabalho implantado na unidade facilita o acesso do usuário aos serviços ofertados e promove a articulação com a rede de serviços, promovendo a integralidade do cuidado?</li> <li>10. A estrutura física e funcional da unidade está compatível com as ações e serviços de saúde definidos em contrato?</li> <li>11. O quadro de recursos humanos é qualificado e compatível com o porte da unidade e dos serviços contratados?</li> </ol>

DIMENSÃO	QUESTÕES DE AUDITORIA
Acesso/cuidado à saúde	12. As diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, com ênfase na clínica ampliada, são executadas na unidade?
Financeira	<p>13. A Sesab repassou à OS, no prazo e condições constantes do contrato, a importância estimada realizando os ajustes financeiros quando necessários e os descontos previstos?</p> <p>14. A movimentação e execução dos recursos financeiros transferidos pela Sesab à OS ocorreram de forma adequada ao objeto do contrato e estão compatíveis com os valores informados no Relatório de Informação Hospitalar (RIH)?</p> <p>15. As despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza obedeceram ao limite dos recursos públicos repassados estabelecido em contrato?</p> <p>16. A ampliação e reforma de infraestrutura, obras ou aquisição de equipamentos ocorreram mediante utilização de recurso financeiro adicional?</p>
Contratual	<p>17. As metas de produção definidas em contrato estão compatíveis com perfil assistencial definido no Contrato de Gestão?</p> <p>18. A OS alcançou os índices de produtividade e qualidade definidos no Anexo II do Contrato de Gestão?</p> <p>19. A OS encaminhou à Sais/Sesab, nos prazos e instrumentos por este definido, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas na unidade, e seus demonstrativos financeiros?</p> <p>20. A Sais/Sesab desenvolveu controle e avaliação do Contrato com periodicidade, tempestividade contemplando análises do cumprimento das cláusulas contratuais, das metas pactuadas, da economicidade na execução dos serviços, sugerindo correções e encaminhamentos quando necessário?</p>

Fonte: elaborado pelos autores.



As problematizações levantam dados sobre conformidades patrimoniais nas disposições contratuais, se os controles internos garantem os suprimentos, adequada gestão de pessoal, qualificação da gestão dos serviços, integração com sistema de regulação do acesso e conforme diretrizes de melhoria do acesso, garantias financeiras e atendimento às regularidades administrativas estabelecidas contratualmente.

A partir dos 4002 relatórios de auditoria disponíveis no Sisaud, foram consideradas as 272 auditorias realizadas em 2017, sendo que quatro delas foram em parceria com o Denasus. Através da leitura destes relatórios de auditoria incluídos, atenta-se para a importância da modalidade de gestão indireta através das OSS, de modo que elas mobilizam maior parte da relação público-privada estabelecida entre a Sesab e os entes públicos não estatais destinados a gestão dos hospitais da rede própria do SUS-BA. Assim, o modelo de OSS merece ser melhor discutido diante das atividades de auditoria da atenção hospitalar no SUS-BA.

136

## Evidências das auditorias sobre o modelo de gestão por os para rede hospitalar própria do SUS-BA

A relação entre as partes de um contrato de gestão por OSS fica determinado pelas obrigações especificadas nos instrumentos contratuais. (SANTOS; PINTO, 2017) O exame dos contratos demonstrou que existem cláusulas contratuais acerca das obrigações da contratada e da contratante, além de um anexo.

A entidade contratada tem como suas responsabilidades prestar contas da prestação de serviços, atividades assistências, registro da produção em Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde mensalmente, quando solicitado e devidamente validado. O conteúdo dos seus relatórios deve conter alcance das metas pactuadas, respectivas justificativas e/ou problemas que impliquem em seu não atingimento. Assim como, anexar demonstrativos de receitas e despesas da execução e comprovantes de regularidade trabalhista, fiscal, previdenciária.

Enquanto que, faz parte das obrigações do contratante, controlar e avaliar periodicamente e presencialmente a unidade hospitalar e através de comissão de monitoramento e avaliação. O pagamento a ser creditado deverá ser concernente à avaliação qualitativa e quantitativa, e caberá a ele apontar necessidades de adequações por meio de recomendações e apoio por aditivos com devidas justificativas.

No que concerne às atribuições da OSS:

- » Para fins de planejamento das atividades assistenciais deverá dispor da informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando, minuciosamente, a definição do município de residência;
- » Encaminhar, nos prazos e instrumentos por ela definidos, todas as informações sobre as atividades desenvolvidas, bem como sobre a movimentação dos recursos financeiros recebidos e movimentados pela referida unidade;
- » Facilitar acesso aos gastos originados com seu atendimento, financiados pelo SUS;
- » Nas internações de crianças, adolescentes, gestantes, puérperas e idosos é assegurada a presença em tempo integral de um acompanhante, com direito a alojamento e refeição;
- » Aderir ao sistema de regulação estadual ou municipal, conforme o caso, para atendimento da Programação Pactuada Integrada (PPI) de acordo com as cotas previamente estabelecidas;
- » Disponibilizar mensalmente a agenda dos serviços contratados ao gestor estadual ou municipal, conforme o caso;
- » Oficializar ao gestor estadual ou municipal, conforme o caso, mensalmente, as vagas disponibilizadas e não utilizadas pelo município;
- » Realizar a gestão da unidade seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, com ênfase na clínica ampliada;
- » Realizar ações que colaborem com a articulação da rede de serviços, objetivando assegurar a integralidade do cuidado;
- » Implantar e implementar, obrigatoriamente, o sistema de apuração de custos da unidade, em até 30 dias após a assinatura do contrato;

- » Prestar contas, mensalmente, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços ou a qualquer tempo, conforme recomende o interesse público, das atividades assistenciais realizadas.

Em relação à prestação de contas, para além dos prazos, observou-se a definição do rol mínimo de informações que deveriam compor tal prestação, comparativo específicos das metas pactuadas e alcançadas, acompanhado de justificativas para todos os resultados não alcançados e propostas de ação para superação dos problemas enfrentados; demonstrativo integral da receita e despesa realizada na execução, em regime de caixa e regime de competência; e, comprovantes de regularidade fiscal, trabalhista e previdenciária, acrescidos de comprovante de reserva de depósito proporcional das verbas rescisórias correspondentes, mediante a apresentação de extrato bancário.

Quanto às responsabilidades da contratante, foram assim descritas:

- » Desenvolver controle e avaliação periódica da unidade, com geração de relatório, através de um preposto designado pelo secretário de saúde, observando *in loco* o desenvolvimento das atividades de assistência à clientela – alvo de atenção, inspecionando documentos ou qualquer outro procedimento necessário para verificação de sua pertinência;
- » Disponibilizar recursos humanos, designados através de ato de autorização do secretário de saúde, para possibilitar o funcionamento da ouvidoria do SUS-BA, na unidade;
- » Realizar o acompanhamento e avaliação do controle de gestão, nos termos determinados por este contrato de gestão, mediante designação formal do secretário de saúde de comissão de monitoramento e avaliação.

Nos dados anexos, a apreciação dos contratos demonstrou que constavam de informações sobre a unidade de saúde, metas de produção (metas mínimas exigidas para avaliação contratual), relação mínima de recursos humanos por categoria profissional, reajustamento e indicadores de qualidade.

Para pagamento do contrato, definiu-se que 10% do valor do repasse financeiro estava condicionado à avaliação qualitativa e os outros

90% à avaliação quantitativa. O acompanhamento do contrato é uma condição especificada que prevê a recomendação de alteração de valores, a qual incidirá na revisão de metas pactuadas; ou a mudança de metas que implicará na alteração do valor global pactuado, desde que devidamente justificada e aceita pelas partes em comum acordo, que resultará na celebração de um Termo Aditivo.

Fundamentada nessa premissa de responsabilidade, a auditoria passou a ser relevante pelos enfoques das análises de custos, qualidade da prestação de serviços e dinâmicas dos processos de trabalho nos serviços. (OLIVEIRA; FERREIRA, 2019) Assim, o processo de trabalho da auditoria do SUS-BA incluiu como estruturação da sua matriz de planejamento, auditar: gestão de contrato e controles, acesso à assistência, assistência ao paciente e gestão da qualidade, de pessoal, do patrimônio, de suprimentos e financeira. Como resultado desse controle interno, apresentam-se as frequências de achados da auditoria dos contratos de gestão no Quadro 3.

De tal modo, como resultados, a auditoria aponta medidas administrativas e/ou penalidades para correções ou ajustes em relação a falhas identificadas; devolução de recursos financeiros; e encaminhamentos a outros órgãos de controle; MPE, MPF, Polícia Federal, Tribunais de Contas, conselhos profissionais, corregedoria, Procuradoria Geral do Estado (PGE), entre outros.

Os achados de auditoria possibilitaram constatar fragilidades na execução do contrato por ambas as partes, as quais estão descritas no Quadro 3, que podem acarretar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas unidades sob esse modelo de gestão. Contexto que corrobora com Mânica (2010) que, em seu estudo, demonstrou existir problemas na estruturação dos projetos e na execução de serviços de saúde por OSS em todo o país.

Outro fato marcante é o de que, em 100% dos contratos auditados, constatou-se que nenhuma das unidades sob gestão de OSS alcançaram as metas pactuadas. O não alcance das metas pode estar relacionado com a demanda por determinado procedimento, equívocos do planejamento, debilidade no acompanhamento do contrato, dentre outros. No entanto, é preciso apontar que o contrato de gestão dispõe de dispositivos para detecção e correção de tal situação.

Adentrando no cerne da gestão do contrato, os resultados indicam que os mecanismos de avaliação de desempenho das OSS no alcance das metas, implementados pela Sesab mostraram-se incipientes.

Diante dos dados analisados, a auditoria do SUS-BA apontou, em seus relatórios, que parte significativa das unidades não implementam ações como gestão de leitos, gestão da clínica ampliada e classificação de risco. Essas medidas são compreendidas como potencialmente contribuintes na melhoria do acesso e na qualidade da atenção prestada nessas unidades. Outros resultados apontam para estrutura física inadequada e insuficiente disponibilidade em número e qualificação de recursos humanos.

Outros achados que comprometem a eficiência dos hospitais são: no aspecto da qualidade, atenta-se que seis hospitais não contavam com sistema de informação que garantiam a automatização de processos primários, três não possuíam programa de qualidade e dois não implantaram plano de segurança do paciente. No âmbito do SUS, está previsto o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PSP), instituído através da Portaria nº 529/2013, que tem como premissa contribuir para qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde. (BRASIL, 2013)

Quadro 4 – Síntese dos achados de auditoria quanto à execução dos contratos de gestão das unidades hospitalares da rede própria da Sesab

(Continua)

PROCESSOS	QUESTÕES DE AUDITORIA	ACHADOS DE AUDITORIA	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Gestão do Contrato e Controle	A OS alcançou os índices de produtividade e qualidade definidos no Anexo Técnico do Contrato?	Avaliação incipiente do desempenho da contratada em relação ao alcance de metas qualitativas e quantitativas	7
	A contratante desenvolveu controle e avaliação do Contrato com periodicidade e tempestividade, contemplando análises do cumprimento das cláusulas contratuais, das metas pactuadas, da economicidade na execução dos serviços, sugerindo correções e encaminhamentos quando necessário?	Não cumprimento integral das metas definidas em Contrato	7

PROCESSOS	QUESTÕES DE AUDITORIA	ACHADOS DE AUDITORIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Acesso à assistência	O serviço de regulação do acesso está instituído na unidade, integrando-a ao sistema de regulação estadual e municipal?	Ausência de articulação com a gestão municipal	5
	O processo de trabalho implantado na unidade facilita o acesso do usuário aos serviços ofertados e promove a articulação com a rede de serviços, assegurando a integralidade do cuidado?	Iniciência nas ações de gestão de leitos compromete a resolutividade do serviço	6
Assistência ao paciente	A estrutura física e funcional está compatível com as ações e serviços de saúde definidos em contrato?	Estrutura física do serviço de saúde inadequado	6
	O quadro de recursos humanos é qualificado e compatível com o porte da unidade e dos serviços contratados?	Recursos humanos insuficientes e/ou sem qualificação exigida	4

(Continuação)

PROCESSOS	QUESTÕES DE AUDITORIA	ACHADOS DE AUDITORIA	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Assistência ao paciente	A diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, com ênfase na clínica ampliada, são cumpridas pela OSS?	Não execução ou execução parcial das ações previstas para a Gestão da Clínica Ampliada Não implantação/implantação inadequada do Acolhimento com Classificação de Risco na Emergência	4 4
Gestão da Qualidade	As ações que asseguram a gestão de qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento aos usuários do SUS estão implementadas conforme estabelecido em Contrato?	Programa de qualidade inexistente ou não instituído	3
		Plano de Segurança do Paciente não implantado	2
		Sistemas de informação não garantem a automatização dos processos primários inerentes à prestação dos serviços	6



PROCESSOS	QUESTÕES DE AUDITORIA	ACHADOS DE AUDITORIA	FREQUÊNCIA ABSOLUTA
Gestão de Pessoal	A Gestão de pessoal ocorre conforme dispositivos legais e contratuais, visando promover a regular e adequada assistência à saúde?	<p>Contratação de pessoal sem publicação das vagas disponíveis</p> <p>Deficiência nos controles internos quanto à verificação da efetiva prestação dos serviços médicos</p>	5 6
Gestão de Patrimônio	As técnicas de gestão patrimonial implantadas asseguram a estrutura funcional, manutenção física e de equipamentos para promoção da regular e adequada assistência à saúde?	<p>Não implantação do Núcleo de Manutenção Geral e/ou do Plano de Gerenciamento de Equipamentos Médicos</p> <p>Ausência/insuficiente manutenção preventiva dos equipamentos</p>	4 4
Gestão de Suprimentos	Os controles internos instituídos asseguram a efetividade da gestão de suprimentos, garantindo o provimento dos insumos necessários ao pleno funcionamento do hospital?	Deficiência nos controles do recebimento do almoxarifado e na gestão de estoque	5

(Conclusão)

PROCESSOS	QUESTÕES DE AUDITORIA	ACHADOS DE AUDITORIA	FREQÜÊNCIA ABSOLUTA
Gestão Financeira	A movimentação dos recursos financeiros transferidos pela contratante à OS ocorreu de forma adequada e é compatível com os valores informados no RIIH?	A contratante realizou os pagamentos em atraso	7
	As despesas de remuneração, encargos trabalhistas e vantagens de qualquer natureza obedeceram ao limite dos recursos públicos repassados estabelecido em contrato?	Não realização, pela contratante, dos descontos devidos por baixo desempenho	5
		Recebimentos oriundos de diversas contas bancárias da OS, prejudicando o controle dos recursos públicos	6

Fonte: elaborado pelos autores.

Em relação à gestão de recursos humanos, em seis unidades o processo de contratação de pessoal não possibilitava a publicização das vagas disponíveis e em cinco o controle interno adotado para acompanhamento da prestação dos serviços médicos contratados era deficiente.

As gestões de patrimônio e de suprimentos foram outros processos em que se identificou necessidade de medidas de correção, pois quatro não dispunham de estrutura para promover a manutenção preventiva e corretiva de equipamentos; além disso, comprovou-se falha na administração do almoxarifado.

Por fim, a avaliação da gestão financeira dos contratos assinalou que a Sesab efetuou pagamento em atrasos e não aplicou as sanções previstas quando da ocorrência do não cumprimento por parte da contratada das metas estabelecidas; a multiplicidade de contas bancárias vinculadas ao recebimento de recursos prejudicou o controle do seu uso por parte da administração pública.

## Considerações finais

Pode-se construir entendimento histórico-institucional da auditoria no SUS como potente ferramenta de gestão em saúde. Diante dos resultados oriundos da análise do caso baiano, indica-se que ainda existe incipiente fiscalização de contratos dessa natureza. Todavia, há tendência a melhoria. Para tanto, a experiência do componente baiano do SNA desponta como parte estruturante do apoio institucional, enquanto controle interno do SUS, sendo exitosa pela inovação incorporada no seu processo de auditoria.

A metodologia adotada para avaliação da execução dos contratos de gestão aplicados às unidades hospitalares sob gestão de OSS mostrou-se eficiente na medida em que revelou situações que comportem o PEOS. Ao mesmo tempo, destaca-se que mesmo as OSS se mostrando como uma estratégia capaz de melhorar a eficiência e efetividade dos serviços de saúde, revela-se o quanto os instrumentos de monitoramento e avaliação disponíveis não atendem de modo

satisfatório o acompanhamento de gestão por resultados. Assim, recomenda-se outros estudos analíticos quanto ao custo-efetividade dessa modalidade de gestão adotada e em expansão para serviços hospitalares no âmbito do SUS.

## Referências

- ANDRÉ, M. A. A efetividade dos contratos de gestão na reforma do estado. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 42-52, 1999.
- AYACH, C.; MOIMAZ, S. A. S.; GARBIN, C. A. S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 237-248, 2013.
- AZEVEDO, G. A.; GONÇALVES, N. S.; SANTOS, D. C. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 18, n. 70, 2018. Não paginado.
- BAHIA. Secretária da Administração do Estado da Bahia. *Manual de gestão: programa estadual de organizações sociais*. Salvador: SAEB, 2016.
- BAHIA. Lei nº 6.812 de janeiro de 1995. Cria a Secretaria da Cultura e Turismo, introduz modificações na estrutura organizacional da administração pública estadual e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 1995.
- BAHIA. Lei nº 7.306 de janeiro de 1998. Altera a estrutura de cargos da Secretaria da Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 1998.
- BAHIA. Decreto Estadual nº 7.884 de dezembro de 2000. Aprova o Regulamento do Sistema Estadual de Auditoria no âmbito do SUS/BA. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 2000.
- BAHIA. Lei nº 8.647 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado*, Salvador, 2003.
- BARBOSA, N. B.; ELIAS, P. E. M. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2483-2495, 2010.

BEUREN, I. M.; ZONATTO, V. C. S. Perfil dos artigos sobre controle interno no setor público em periódicos nacionais e internacionais. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1135-1163, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122014000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000500004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 nov. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Regulação em Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011a. (Coleção para Entender a Gestão do SUS).

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.651, 27 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 28 set. 1995.



## CAPÍTULO 5

# Parcerias público-privadas na gestão hospitalar: expressão no Brasil e no mundo

*Laíse Rezende de Andrade*

*Isabela Cardoso de Matos Pinto*

## Introdução

Este capítulo é fruto de investigação que vem sendo desenvolvida através da linha de pesquisa “Modelos de Gestão Hospitalar no SUS”, vinculado ao Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Os estudos de análise das políticas públicas de saúde abarcam nesse eixo os modelos de gestão dos hospitais da rede pública de saúde, reconhecida-mente um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) pela sua complexidade organizacional e diversificação de formatos. Em sua análise, considera-se o processo histórico do Estado brasileiro, suas reformas administrativas, a conjuntura política nacional e internacional, o aparato jurídico-legal contemporâneo, a necessidade de ampliação do sistema de serviços hospitalares e as iniciativas dos gestores frente aos desafios da rede de atenção hospitalar. Problemática relevante à saúde coletiva que envolve capacidade de gestão da atenção hospitalar no SUS, relações público-privadas, processo regulatório, gestão do trabalho e educação na saúde. (OAPS, 2017)

## Procedimentos metodológicos

O desenvolvimento desse capítulo ancorou-se no conteúdo de revisão de literatura realizada nas bases de dados BVS, Medline, Scielo, Web of Science e Lilacs acerca da temática das Parcerias Público-Privadas (PPP) na gestão hospitalar.

Observou-se, através dessa revisão de literatura, que, mesmo sendo um modelo em ascensão, as buscas por conteúdos relacionados às PPPs na gestão hospitalar apresentaram reduzida produção acadêmica no Brasil. A escassez da produção aponta para relevância da investigação aqui colocada, pois, urge a ampliação do debate e da produção científica no país sobre tema/organização que tem se ampliado no cenário nacional e mundial.

A revisão realizada entre abril de 2016 e abril de 2018, sendo composta por dois momentos: 1. levantamento de descritores, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), relativos às PPPs, no qual foram encontradas palavras chaves em espanhol, inglês e português; o momento 2 correspondeu às buscas nas bases referidas, combinando os seguintes descritores: Parcerias Público-Privadas AND administração hospitalar; Parcerias público-privadas AND gestão hospitalar; Parcerias público-privadas AND gestão administrativa; *Public-Private Partnerships AND hospital management*; *Public-Private Partnerships AND hospital administration*.

No total, foram encontrados 170 artigos. Após aplicação dos critérios de elegibilidade, exclusão e retirada das repetições de textos foram selecionados 42 artigos e, depois da leitura dos resumos, foram selecionados 29 artigos para leitura na íntegra.

Os critérios de exclusão foram artigos com temática relacionada a organizações sociais, saúde suplementar, consórcio ou de PPPs em outras áreas que não são da saúde/hospitalar, além de artigos não disponíveis na íntegra. Os critérios de inclusão foram: eleger artigos que tratavam de PPPs relacionadas à saúde e à área hospitalar, além dos que debatiam escolha do modelo jurídico institucional PPP, sua regulação, compartilhamento de riscos entre parceiros, governabilidade, governança e o papel dos gestores governamentais na escolha desse modelo.

Também se utilizou a literatura referente à reforma neoliberal e reforma do setor saúde, buscando identificar sua possível correlação com o desenvolvimento mundial das PPPs no setor saúde. Portanto, foram utilizados dados secundários advindos das bases de dados referidas e também de referências bibliográficas indicadas nos artigos selecionados.

## Breve síntese das interferências da reforma neoliberal no setor saúde

Vive-se um processo de reformas econômicas neoliberais que tem provocado impactos negativos em diversos setores, apresentando uma revitalização radical de reformas que tem sido vigorosamente promovida em níveis global e local. No setor saúde, especificamente nos sistemas de serviços de saúde, a gênese da agenda reformista foi formulada e implementada a partir dos anos 1980-1990. De forma sintética, preconiza a retirada do Estado da provisão direta de serviços, e a introdução de mecanismos de mercado na gestão dos sistemas públicos e privatizações. O núcleo central das mudanças consiste nos ajustes macroeconômicos, diminuição drástica do gasto público, especialmente na área social, fortalecimento do mercado e privatizações. (ALMEIDA, 2017)

Segundo Kamat (2004), a crise da década de 1970 e a ascensão mundial da perspectiva político-ideológica liberal, capitaneados pelo Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), levaram aos ajustes macroeconômicos estruturais dos anos 1980 e às reformas setoriais a eles condicionados, ampliando espaço para o setor privado nas políticas públicas, com supervalorização do mercado e da perspectiva empresarial, concomitante a desqualificação do Estado, das políticas sociais e da provisão de bens públicos. E as PPPs, por seu turno, integram essa dinâmica mundial.

Portanto, investigar a criação de PPPs no campo da gestão hospitalar do SUS requereu um alargamento do olhar para as relações históricas que vem se desenvolvendo no Brasil, bem como deste



com o resto do mundo, marcadamente através de organizações multilaterais de fomento como o BM e o FMI.

No Brasil, seguindo o fluxo impositivo dessa agenda neoliberal para a saúde, diversos modelos de gestão hospitalar vêm sendo adotados, a exemplo das organizações sociais, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as PPP, sendo este último modelo o foco deste capítulo.

No caso das PPPs na saúde, inúmeras são as questões como se poderá observar ao longo desse capítulo e, por conseguinte, a necessidade de investigação sobre os interesses de inserção desse modelo no setor saúde, particularmente na gestão hospitalar.

## Parcerias público privadas: produção científica no Brasil e no mundo

152

Os artigos selecionados apresentaram debates sobre PPPs em países de diferentes continentes, a saber, Africano: Lesoto; Europeu: Espanha, França, Itália, Portugal, Reino Unido, Irlanda, Holanda, Dinamarca, Alemanha, Moldova; Asiático: China, Irã, Uzbequistão; bem como na América do Norte: EUA e Canadá; América Latina: Brasil e Chile; América Central: México e; Oceania: Austrália. Sendo estes, Bachelet (2014), Barros e Martínez-Giralt (2009), Cabral, Fernandes e Ribeiro (2016), Carrera (2014), Cruz e Marques (2011), Darvish e demais autores (2006), Fernandez, Hillbrecht e Carrarro (2014), La Forgia e Harding (2009), Xu e demais autores (2010) Thamer e Lazarrine (2015), Cappellaro e Longo (2011), Lera-Lopez, Grasman e Faulin (2008), Petersen (2011) Sadeghi e demais autores (2016), Russo (2013) Silva (2006), Mcintosh e demais autores (2015), Mckee, Edwards e Atun (2006).

As principais categorias de análise encontradas nos artigos referem-se à variedade de definições acerca do que é PPP; diversidade de arranjos para as PPPs; desafios da modelagem de projetos de PPP; justificativas para utilização dos modelos; qualidade e conteúdo dos contratos; compartilhamento de risco; regulação; eficiência do financiamento privado e performance da parceria; modelos organizacionais;

modelos de PPP para hospitais e para o setor saúde; associação das PPPs às reformas de Estado e administrativas, além da correlação das PPPs com a ideia de modernização, inovação e ampliação de acesso a serviços. (COSTA, 2010; FERRO, 2015; LERA-LOPEZ; GRASMAN; FAULIN, 2008; LIMA; COELHO, 2015; SECCHI, 2009)

Para Almeida (2017), essa crescente participação de atores privados nos processos de decisão das organizações multilaterais e dos Estados nacionais é uma variável extremamente relevante, pois vem alterando as relações de poder na formulação e implementação de políticas. Esse fenômeno mundial aumentou muito nas últimas décadas e ajuda a compreender os reflexos, no setor saúde, das políticas e estratégias internacionais e nacionais que reforçam a difusão da agenda privatizadora e influenciam sua implementação.

Além disso, preocupações com a capacidade de o parceiro público elaborar projetos de PPP que atendam a seus interesses; negociar contratos; garantir uma efetiva distribuição de risco com o privado; acompanhar o desempenho da PPP no que tange a qualidade do serviço prestado; além das implicações financeiras da parceria, também foram questões abordadas nos artigos. (DARVISH et al., 2006; MCINTOSH et al., 2015)

A revisão também trouxe, como novidade no campo das parcerias, a composição de consórcio ou *mix* de companhias para administrar uma PPP e a necessidade de os formuladores de políticas avançarem na avaliação da utilização do modelo, tendo em vista os impactos no desempenho hospitalar. (LA FORGIA; HARDING, 2009) Destacam-se também os artigos relacionados ao papel dos *stakeholders* (CABRAL; FERNANDES; RIBEIRO, 2016) e os desafios das parcerias referentes à transparência, governança, governabilidade e gestão. (CRUZ; MARQUES, 2011; THAMER; LAZARRIN, 2015)

Apenas dois artigos trataram de revisão de literatura acerca das PPPs e um descreveu estudo comparativo entre o modelo inglês e brasileiro, concluindo pelo predomínio da diferença entre estes. Dois estudos, um do Chile e outro da Itália (BACHELET, 2014; CAPPELLARO; LONGO, 2011) mencionaram as razões da escolha do modelo, sugerindo que esse tema fosse aprofundado para ampliar o entendimento da ampliação do modelo PPP pelo mundo e no campo da saúde.

Barbosa e Malik (2015) destacaram que, no Brasil, a partir da experiência na Bahia, o setor privado passou a se interessar por projetos relacionados à saúde, especialmente em hospitais. As iniciativas ocorreram nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Ceará, Mato Grosso, Espírito Santo, Rio Grande do Norte, Rondônia e no Distrito Federal. Além disso, ocorreu também nos municípios de Belo Horizonte, São Paulo, Sorocaba e Manaus. Nesse cenário de ampliação de PPPs na saúde, as autoras identificaram projetos em diferentes etapas do processo de proposição e contratação, para 36 hospitais, 328 unidades básicas de saúde, 4 centrais de diagnósticos por imagens, 4 centros de apoio logístico e 1 para indústria farmacêutica.

No que tange aos outros países, desde 1973, as parcerias com o setor privado passaram a ser utilizadas pelo governo inglês como alternativa à dificuldade de obtenção de capital público para a realização de grandes obras, resultante do impacto da crise do petróleo que gerou déficits crescentes nos cofres públicos e forçou a busca por alternativas de investimentos de grande porte por parte dos Estados nacionais. Desde então, o Private Finance Initiative (PFI) tem sido usado em mais de 20 setores da economia inglesa. Os ministérios que mais utilizam esse modelo contratual são: Ministério dos Transportes (22% do total de projetos), Saúde (16%) e Educação (16%). Entre 1998 e 2004, os gastos públicos com PPP atingiram 11% do investimento público no Reino Unido. É notável o pioneirismo inglês em realizar reformas para reduzir a intervenção do Estado na economia, transformando seu papel em regulador e flexibilizando a sua gestão. Exemplos disso foram as reformas institucionais do governo Thatcher nos anos 1980, que revisaram os papéis do Estado e da iniciativa privada, reduzindo as atribuições do primeiro, transformando e flexibilizando a gestão por meio do *New Public Management*. (SEMEIA, 2015)

Cabe destacar que o paradigma do *New Public Management* que também inspirou a Reforma Gerencial brasileira de 1995, incentivava a construção de um modelo organizacional mais flexível ou pluralismo institucional; gestão para resultados e novas formas de *accountability*. A construção desse modelo implica a existência de diversos modelos institucionais e organizacionais na provisão de serviços públicos. (CARRERA, 2014)

No Reino Unido, a PPP surgiu em 1992, composta por um rol de ações envolvendo capital privado nos investimentos em infraestrutura, especialmente em obras e gestão de serviços públicos. As justificativas apresentadas para a utilização do modelo são a melhoria na disponibilidade de serviços públicos, compartilhamento de riscos, eficiência do setor privado na gestão, o aumento da eficiência orçamentária do Estado, a melhoria na governança e o aumento dos investimentos em serviços públicos. (BARBOSA; MALIK, 2015)

Em Portugal, o programa de parcerias foi instituído em 2002 com a regulamentação de modelos de investimento e gestão de unidades hospitalares. No entanto, a imprecisão na administração de riscos, impactos orçamentários imprevistos, e atrasos nos cronogramas dos projetos, compuseram a maioria dos problemas enfrentados pela iniciativa. A Espanha, a partir de 2006, implantou dois modelos de PPP em saúde, caracterizados pela concessão de obras ou de serviços públicos. (BARBOSA; MALIK, 2015)

Na Itália, segundo Civitillo (2014), as PPPs foram introduzidas como legislação em 1998 através da Lei Merloni. Esse autor avalia a introdução de PPPs no país como uma prática recente em que de 2002 a 2012 tiveram sua adoção ampliada. Conforme Almeida (2017), o sistema de saúde italiano – Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – é o segundo maior mercado de PPP na Europa, utilizando o modelo inglês da PFI.

Segundo Fernandez, Hillbrecht e Carrarro (2014), no seu nascedouro, as PPPs foram utilizadas em diversos setores de infraestrutura, em grande parte do continente Europeu, nos EUA e na América Latina. Atualmente, a maior concentração desses contratos públicos ocorre nos setores de saúde, saneamento básico, prisões, rodovias e escolas. No âmbito da construção e gestão hospitalar, os autores afirmam que no velho continente há um grande número de países que utiliza essa modalidade contratual para a construção e gestão das atividades hospitalares como, por exemplo, Espanha, Itália e Portugal e outros se concentram apenas no processo de construção, bem como, Alemanha e França. De modo geral, destacam-se o Reino Unido, Itália, Espanha e Portugal como países europeus com grande intensidade no uso de contratos do tipo PPP.

Na América Latina, os antecedentes das novas PPP também remontam às reformas dos anos 1980-1990, sendo o Chile a vanguarda regional. As PPP operam desde os anos 1980 nos setores de transporte, telecomunicações e energia e, a partir dos meados de 2000, passaram a atuar também na “infraestrutura social”, inclusive na saúde, segundo os mesmos modelos europeus. A implementação da competição administrada (*managed competition*) nas reformas dos sistemas públicos de saúde teve grande penetração na região, de diferentes maneiras nos distintos países, em razão tanto dos ajustes econômicos, que diminuiram os recursos públicos na área social, quanto das conjunturas políticas críticas autoritárias num primeiro momento, e democráticas com especificidades posteriormente. (ALMEIDA, 2017)

Na última década, muitos países aprovaram legislações sobre o tema, ou estão em processo de aprovação, e o México foi o pioneiro a implementar PPP propriamente ditas; o Chile começou a implementá-las em 2009, mas parou em 2014; o Peru é o país que aderiu mais recentemente; e a Colômbia teria legislação aprovada. (LLUMPO et al., 2015 apud ALMEIDA, 2017)

156

A revisão de literatura também permitiu identificar quão vasta é a variabilidade conceitual assumida por diferentes autores acerca do modelo das PPPs ao redor do mundo. As configurações, entendimento e utilização do modelo das PPPs variam de país para país, bem como no interior destes. Por isso, entende-se como importante trazer algumas definições utilizadas por estudiosos da área. Segundo Civitillo (2014, p. 142), a Comissão Europeia, por exemplo, distingue dois tipos de PPP:

PPP de natureza puramente contratual, em que a parceria se baseia unicamente em vínculos contratuais e pode ser abrangida pelo âmbito de aplicação das diretivas europeias em matéria de contratos públicos; PPP de natureza institucional. Essas PPPs envolvem cooperação dentro de uma entidade distinta e podem levar à criação de uma entidade ad hoc mantida em conjunto pelo setor público e pelo setor privado ou no controle de uma entidade pública por um operador privado.

Enquanto o World Bank (2018) afirma que as PPPs são acordos, tipicamente de médio a longo prazo, entre os setores público e privado, nos quais parte dos serviços ou obras que se enquadram nas responsabilidades do setor público são fornecidos pelo setor privado, com um claro acordo sobre objetivos compartilhados para a entrega de serviços públicos. infraestrutura e/ou serviços públicos.

A OECD, por seu turno, define PPP como um contrato de longo prazo entre o governo e um parceiro privado, em que os objetivos de prestação de serviços do governo estão alinhados com os objetivos de lucro do parceiro privado. (CIVITILLO, 2014)

Portanto, as compreensões sobre PPP referem-se tanto a um novo tipo de governança que substitui métodos contratuais tradicionais para serviços públicos, através do fomento à competitividade, quanto ao entendimento de que PPP é uma nova expressão para o gerenciamento público que inclui, para isto, organizações privadas para prover serviços de saúde. Outros autores ainda descrevem PPP como uma associação de elementos estruturantes, a saber: divisão de riscos entre os parceiros, durabilidade da cooperação e envolvimento e esforço mútuo para a consecução dos objetivos propostos.

157

As PPPs são um grande contêiner de muitas famílias. Não é uma questão simples julgar se as PPPs são (1) o próximo capítulo da história da privatização; (2) outra promessa em nossas tentativas contínuas de definir e medir melhor o desempenho dos serviços do setor público; (3) um esquema de apoio renovado para impulsionar negócios em tempos difíceis; ou (4) um jogo de idiomas camuflando a próxima fronteira da conquista de comerciantes de transações, consultores jurídicos e banqueiros que buscam 'gordas' comissões. (HODGE; GREVE, 2007 apud CIVITILLO, 2014, p. 140)

Hodge e Greve (2007) também afirmam que as parcerias público-privadas estão desfrutando de um ressurgimento global em popularidade, mas ainda há muita confusão em torno das noções de parceria, do que pode ser aprendido em nossa história com parcerias e o que há de novo nas formas de parceria que estão em voga hoje.

Buse e Harmer (2004) sugerem que as PPPs representam apenas outro veículo para atores poderosos exercerem sua influência e

satisfazerem seus próprios interesses. Afirmam também que aqueles que governam parcerias constituem uma elite não representativa e definem a agenda de saúde global conforme sua conveniência além de gerarem enquadramento acerca do discurso da saúde de tal forma que moldam nossos pensamentos, e compreensão dos problemas de saúde globais. Os autores acrescentam que o conceito de parceria é construído através de um discurso dominante, como algo “natural”, inevitável e como um “ganha-ganha”. Assim, as parcerias são consideradas soluções desejáveis para as crises globais de saúde e parecem ter pelo menos duas dimensões. A primeira dimensão é o financiamento: como os atores públicos e privados se envolvem financeiramente nas PPPs? A outra dimensão é organizacional: quão fortemente organizados são os atores públicos e privados?

158

Para Cappellaro e Longo (2011) as PPPs, há muito tempo, são consideradas as formas de provisão capazes de maximizar os ganhos decorrentes da produção privada, preservando, ao mesmo tempo, os objetivos coletivos da esfera pública. No entanto, essas soluções híbridas podem ser bastante difíceis de projetar e implementar, devido às missões heterogêneas – e potencialmente conflitantes –, objetivos, culturas organizacionais e estruturas legais adotadas pelos parceiros.

Para Barbosa e Malik (2015), a PPP envolve diversas abordagens das relações entre Estado e iniciativa privada, incluindo-se o controle privado de empresas estatais, a venda de serviços públicos em mercados abertos; e outros modelos em que a capacidade financeira privada é utilizada para exploração comercial dos ativos do governo.

Hodge e Greve (2007, p. 33) afirmam que as PPPs se materializam em cinco diferentes “famílias de parcerias”: 1. cooperação institucional para produção conjunta e partilhada de riscos; 2. contratos de infraestrutura de longo prazo, que enfatizam especificação de resultados em contratos de longo prazo como na Inglaterra com os *Private Finance Initiative projects*; 3. redes de políticas públicas, em que os relacionamentos das partes interessadas são enfatizados; 4. sociedade e comunidade civil de desenvolvimento; 5. relacionados a renovação urbana como é o caso dos EUA.

Mckee, Edwards e Atun (2006) incrementam ainda mais as definições citando os seguintes arranjos para hospitais que incluem modelos de PPP: 1. *franchising*: autoridade pública contrata uma empresa privada para gerenciar hospital existente; 2. Design-Build-Finance-Operate (DBFO), através do qual o consórcio privado projeta instalações com base em requisitos da autoridade pública, constrói, financia o custo de capital e opera as instalações; 3. Build, Own, Operate (BOO): a autoridade pública compra serviços por período fixo (ex: 30 anos), após o qual a propriedade permanecerá do fornecedor privado; 4. Build-Own-Operate-Transfer (BOOT): autoridade pública compra serviços por período fixo e a propriedade é revertida para a autoridade pública após este período; 5. Buy, Own, Lease Back (BOLB): o contratado privado constrói o hospital que passa a ser alugado e administrado pela autoridade pública; 6. *Alzira Model*: o contratado privado constrói e opera o hospital com contratos que preveem provisão de assistência a uma população definida.

159

## Principais características das PPPs realçadas na literatura mundial

Para além da curiosa variabilidade de entendimento acerca das PPPs, a revisão de literatura também permitiu ratificar a hipótese de que pesquisar sobre as PPPs torna imprescindível analisar interesses, atores e o exercício dos poderes. Afinal, as PPPs introduziram novos atores, geraram recursos adicionais na arena internacional da saúde e criaram novas oportunidades para que o setor privado exerça poder de influência sobre organizações do setor público, ao estabelecer normas e padrões para áreas específicas. Ao analisar a política das PPPs em saúde, vemos como essas alteraram a distribuição relativa do poder entre as organizações, entre setores público e privado, e entre o Norte e o Sul globais. (BUSE; HAMER, 2004) Para esses autores:



Toda política é sobre poder. A prática da política é frequentemente retratada como pouco mais que o exercício do poder, e a disciplina acadêmica como, em essência, o estudo do poder. Sem dúvida, estudantes de política são estudantes de poder: procuram saber quem o possui, como é usado e em que base é exercido. (HEYWOOD, 1999 apud BUSE; HAMER, 2004, p. 49)

O espaço de debate e avaliação das PPPs é ocupado por diferentes grupos de interesse, tais como advogados, consultores, banqueiros, empresas de construção civil e empresas jurídicas especializadas no tema. Segundo Hodge e Greve (2009), os governos também estiveram entre os mais ardentes defensores, através de ministros e gestores responsáveis por finanças. No entanto, as altas expectativas sobre a formação de PPPs têm, muitas vezes, resultado em formas inadequadas de interação entre o setor público e organizações privadas.

Por outro lado, Buse e Harmer (2004) consideram a possibilidade de o poder nas PPPs ser exercido para incentivar a melhoria da responsabilidade social e das práticas das burocracias públicas; para ampliar a tomada de decisão de grupos marginalizados, como organizações da sociedade civil; e de forma mais geral, para promover a boa governança em saúde. Ressalvam que há uma importante omissão no debate acerca das PPPs, afirmando que, no nível global, o conceito de poder é tratado apenas como uma das características pela literatura. Para eles, a omissão é surpreendente porque questões de poder estão no coração de muito do que é controverso sobre PPPs.

Portanto, o debate sobre a adesão às PPP seria, fundamentalmente, o de quem tem o poder, autoridade e legitimidade para estabelecer os padrões de conduta corporativa. Ademais, em alguns casos estudados por Buse e Hamer (2004), o parceiro privado estava em posição de monopólio em relação a um produto ou serviço, ou seja, o setor público não tinha alternativa de escolha de outra empresa. Concluem esses autores que apesar da sua natureza política, as parcerias não foram investigadas explicitamente, sendo o estudo do poder nas PPPs “globais”, em particular, merecedor de um exame mais minucioso.

Atualmente, os governos estão entrando em relações comerciais de longo prazo com parceiros privados, através de contratos mais sofisticados e de grande alcance nunca antes experimentados. Os enormes compromissos financeiros feitos pelos governos em nome dos cidadãos fazem essas investigações acerca das PPPs ainda mais importantes. Exemplos disso, são os projetos de infraestrutura que envolvem muitas formas de arranjos contratuais. (HODGE; GREVE, 2007)

Mckee, Edwards e Atun (2006) analisam, como questão crucial das PPPs, os custos, tomando para análise o modelo PFI britânico, que deve conter o custo para a autoridade de saúde, transferindo o risco para os contratados. Esses autores afirmam que, na prática, os títulos corporativos utilizados para financiar negócios do PFI são avaliados como “pior” se comparados aos títulos do governo. A consequência é que o custo do empréstimo do dinheiro é maior do que seria para governos. Também associado à questão dos custos, surge um problema particular com a forma como os riscos de construção dos hospitais são agrupados para operação de serviços dos associados. Afinal, enquanto os riscos de construção podem ser elevados, a operação dos serviços traz um risco muito menor já que os hospitais são apoiados financeiramente pelo governo, único pagador, o que significa menos risco do que nos mercados com vários pagadores. O baixo risco, uma vez que a construção está finalizada, permite vantajoso refinanciamento de projetos com menores taxas de juros, com benefícios significativos para os consórcios. Essas atividades atraíram críticas do Gabinete Nacional de Auditoria e do Tesouro britânico, que exigiu a incorporação de provisões para compartilhar esses lucros entre o contrato e a autoridade pública nos novos contratos. (MCKEE; EDWARDS; ATUN, 2006)

Outro ponto de destaque na análise de Mckee, Edwards e Atun (2006) é que o enorme tamanho de alguns PFI para projetos hospitalares também têm sido uma causa de preocupação, pois pode reduzir o nível de concorrência entre licitantes, já que há um número relativamente pequeno de empresas de construção capazes de empreenderem projetos muito amplos, além de que os custos de licitação podem representar uma barreira significativa para a entrada nesse mercado.

O artigo de Mckee, Edwards e Atun (2006) também refere uma revisão sistemática realizada nas últimas duas décadas nos EUA, que compararam 149 instituições de saúde, de vários tipos, com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Esse estudo concluiu que 88 instituições sem fins lucrativos foram avaliadas como “melhor” em relação ao custo, resultados de cuidado, acesso e missão social, 43 estudos não encontraram diferença e 18 relataram que as instalações com fins lucrativos foram avaliadas como “melhor”. Esses autores destacam, no entanto, que é impossível dizer se o modelo de parceria público-privado é falho ou se as dificuldades com tais empreendimentos são o resultado de erros na sua execução. Concluem que é difícil fazer comparações acerca dos custos de aquisição entre o modelo de PFI e métodos convencionalmente utilizados pelo governo, mas afirmam que os custos envolvidos nas PPPs têm sido frequentemente subestimados.

162

No que tange à regulação, essa é tratada nos artigos como um dos desafios das PPPs. Para Cardoso e demais autores (2017), ainda é necessário avançar em ações de regulação integrada para um sistema nacional de saúde. Isso significa um passo adiante na construção da reforma sanitária, pois implica ações dirigidas tanto ao SUS como ao segmento privado, contratado ou não pelas operadoras de planos de saúde, ou seja, ações regulatórias direcionadas ao conjunto dos componentes essenciais e aos resultados do sistema de saúde como um todo.

Para Hodge e Greve (2009), as evidências sobre a PPP ser uma melhor opção ainda estão pouco claras, pois os estudos por eles encontrados apresentam desenhos avaliativos pobres. Esses autores analisaram estudos acerca de um dos mais exaltados objetivos dos defensores das PPPs, o Value for Money (VFM) e encontraram diferentes resultados na literatura: dos 22 artigos, 11 afirmaram haver VFM nos contratos analisados, 9 descrevem não haver e dois registraram incerteza na existência de VFM. Por isso, os autores apontam ser necessário investir na pesquisa do tema para melhorar a confiabilidade desses achados.

A lei brasileira de PPP, no seu Art. 10º, condiciona a abertura da licitação à demonstração da conveniência e oportunidade do fornecimento dos serviços mediante PPP. No entanto, embora essa exigência

legal seja equivalente ao conceito de análise do VFM, amplamente difundida no exterior, os governos brasileiros ainda carecem de metodologias aplicáveis ao contexto nacional. (BRASIL, 2013)

Portanto, a revisão de literatura demonstra que entender as razões da escolha do modelo PPP requer também a investigação dos aspectos contratuais do VFM, riscos e recursos financeiros envolvidos. Afinal, esses deveriam ser elementos importantes para a tomada de decisão acerca de um modelo de gestão hospitalar.

## As PPPs no Brasil e na gestão hospitalar

Visto a amplitude e complexidade da inserção do modelo PPP ao redor do mundo, observa-se, através da legislação, um movimento de continuidade e aproximação, entre diferentes governos brasileiros, com a iniciativa privada na perspectiva de implantação de novas modalidades de relação do público com o privado. O primeiro exemplo vem da Constituição Federal que permite, no Art. 175, a prestação de serviços públicos sob regime de concessão ou permissão. Na década de 1990, o governo Collor, através da Lei nº 8.031/1990 criou o Programa Nacional de Desestatização (PND). Na mesma década, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, alcunhado FHC, promulgou-se a Lei nº 9.074/1995 que definiu quais serviços e obras públicas, de competência da União, se sujeitariam ao regime de concessão ou de permissão, além de estabelecer o prazo das concessões e permissões em 25 anos, prorrogável por dez anos. Dois anos depois, no mesmo governo FHC, editou-se a Lei nº 9.491/1997 que revogou a Lei nº 8.031/1990 e alterou procedimentos relativos ao PND, destacando como objeto de desestatização: empresas, inclusive instituições financeiras, controladas direta ou indiretamente pela União e tendo como um de seus objetivos o fortalecimento do mercado de capitais. Em 2004, o governo Lula promulgou a Lei nº 11.079/2004 que instituiu normas gerais para licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública. Na sequência, publicou-se o Decreto nº 5.385/2005 que instituiu o Comitê Gestor de Parceria Público-Privada

Federal (CGP) com as competências de elaborar e enviar ao Congresso e ao Tribunal de Contas da União (TCU) relatório anual de desempenho de contratos de PPP. Em 2016, um mês após assumir a Presidência da República, Michel Temer criou o Programa de Parcerias de Investimentos (PPI), no âmbito da Presidência da República, destinado à ampliação e fortalecimento da interação entre o Estado e a iniciativa privada através da Medida Provisória (MP) nº 727/2016, convertida na Lei nº 13.334/2016. Menos de um ano depois, estabeleceu, através da Lei nº 13.448/2017, as diretrizes para prorrogação e relicitação dos contratos de parceria.

Nota-se que independente do governo e partido político, a “desestatização” de alguns serviços foi sendo reiterada no campo legislativo ao longo de mais de 20 anos. Isso aponta para uma institucionalidade das parcerias no Brasil, à medida que vêm sendo sistematicamente legisladas em diferentes períodos históricos.

Um dos argumentos para a utilização dessas “estratégias políticas” para atrair investimentos privados na economia, principalmente no setor de infraestrutura, foi a queda no investimento público. Segundo Semeia (2015), na década de 1990, os investimentos totais caíram para 20,4%, e desses, 2,7% eram investimentos públicos, chegando a apenas 1,8% do Produto Interno Bruto (PIB) entre 2000 e 2003. A diminuição dos recursos públicos e as restrições ao endividamento do Estado são apontados como elementos que corroboraram para mecanismos híbridos de investimento em obras públicas, como as PPP.

Barbosa e Malik (2015) afirmam que foi em virtude da insuficiente capacidade do Estado em investir em infraestrutura que se iniciou um ciclo de proposições de PPP envolvendo diversos setores econômicos. Exemplifica que, entre 2005 e 2010, foram iniciados 36 procedimentos para implantação de PPP nos níveis federal e estaduais em áreas como estradas, irrigação, centrais de atendimento público, estádios esportivos, saneamento básico e centros logísticos.

Segundo Pereira (2015), há mais de 80 PPPs assinadas no Brasil e uma grande página em branco para ser preenchida na medida em que os desafios vinculados à gestão desses contratos ainda não estão escritos e formalizados. O autor destaca também que durante o período acima referido, a única experiência de implantação de PPP

em saúde ocorreu em 2010, com a implantação do Hospital do Subúrbio em Salvador- Bahia.

Para compreender como este modelo se estabeleceu no Brasil, cabe explicitar que a concepção de PPP vigente envolve o estabelecimento de relação contratual entre poder público e parceiro privado num âmbito diferente daquele utilizado nos contratos administrativos previstos pela Lei nº 8.666. (BRASIL, 1993)

A legislação brasileira tem como características importantes a limitação de contratação de entidades sem fins lucrativos e requisitos de qualificação determinados por decretos específicos, em que:

Os contratos enfrentam no espaço dialógico do setor a concorrência entre defensores e detratores do modelo. Estes consideram que saúde constitui atividade indelegável à iniciativa privada, enquanto aqueles defendem uma flexibilização que permita ganhos de eficiência que beneficiem usuários finais. (BARBOSA; MALIK, 2015, p. 1150)

Assim, o desenvolvimento de uma relação contratual com a instituição de dois modelos de concessão que se diferenciam da concessão tradicional pelo aporte complementar de recursos do governo no custeio de atividades de prestação de serviços tarifados (concessão patrocinada) e pelo custeio integral dos serviços prestados pelo parceiro privado aos usuários finais (concessão administrativa). (BRASIL, 2004)

Entre os principais requisitos a serem atendidos conforme a lei estão o estudo sobre conveniência e oportunidade da utilização do modelo, análise de necessidades, comparação com alternativas de contratação e justificativa da opção.

Principalmente no campo da saúde, a complexidade dos projetos pode demandar dos parceiros privados, formuladores do Procedimento de Manifestação de Interesse (PMI), o apoio de várias áreas de conhecimento: avaliação de perfis epidemiológicos e demográficos, projetos de arquitetura e de tecnologia para as unidades hospitalares, dimensionamento de trabalhadores, além de investimentos para organização jurídica de consórcio.

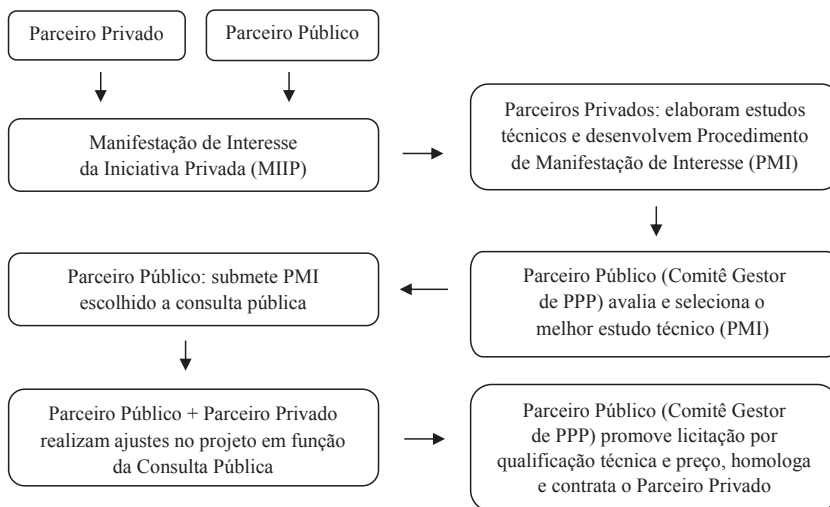
Dado o grau de complexidade que abrange o tema com suas possíveis assimetrias de informação e análise que envolvem os parceiros,

a proposição de unidades de saúde por meio de PPP não deve prescindir de uma criteriosa avaliação da pertinência de sua implantação e das matrizes de risco e de responsabilidades dos atores envolvidos. (CARRERA, 2014)

A lei brasileira instituiu um dos seguintes procedimentos para instituição de uma PPP: a) instalação do CGP; b) criação de fundos garantidores das PPPs com natureza privada e patrimônio próprio, formado pelos valores, bens e direitos integralizados pelos quotistas, no caso, os parceiros públicos. (BRASIL, 2004) A título de exemplificação, delinea-se o processo de implementação de uma PPP no setor de saúde abaixo.

Figura 1 – Ciclo de procedimentos necessários ao desenvolvimento e contratação de PPP

166



Fonte: adaptado de Barbosa e Malik (2015).

Outros aspectos importantes devem ser considerados na proposição e seleção de projetos de PPP em saúde. Segundo Barbosa e Malik (2015), o modelo pode ser aplicado em setores em que os serviços possam ser definidos, medidos e avaliados, apresentando dificuldade, em termos práticos nesse requisito, no que se refere aos hospitais. Nesse caso, ambos os parceiros enfrentam dificuldades na definição de projeto de referência para hospitais, posto que

o setor ainda se caracteriza por um grau elevado de imprevisibilidade e variabilidade de processos. Em consequência, torna-se comum na definição de papéis, responsabilidades e compartilhamento de riscos, a separação nos projetos das atividades de apoio das propriamente assistenciais.

A diversidade também se apresenta na complexidade e incompletude contratual dos projetos para área da saúde, a exemplo de dois regimes contratuais distintos: *bundling* (empresas são agregadas em um consórcio) e *unbundling* (firmas são contratadas separadamente) e examina-se qual é o mais adequado para a aplicação dessa forma de PPP.

Fernandez e demais autores (2014) resumem a duas diferentes estruturas contratuais para utilização do modelo PPP para gestão de hospitais: a primeira consiste em reunir investimento e provisão de serviço dentro de um único contrato e a segunda mostra-se mais usual no setor saúde, caracterizando-se por possuir dois diferentes contratos, um para o investimento e outro para a provisão de serviço.

167

No que tange à utilização do modelo PPP na gestão hospitalar, toma-se como estudo de caso nessa tese o Hospital do Subúrbio, primeiro projeto de PPP implementado na área gestão hospitalar no Brasil. O Hospital do Subúrbio está situado em uma populosa e carente região do Subúrbio Ferroviário de Salvador-Bahia, onde vivem cerca de 1 milhão de pessoas. O Governo da Bahia investiu, à época, R\$ 54 milhões na construção do hospital, projetado para atender casos de média e alta complexidade. (SEMEIA, 2015)

Foi inaugurado em 2010 com gestão, operação e equipagem sob o comando das empresas que venceram o certame licitatório, o consórcio Prodal Saúde S.A., fruto de uma parceria entre a empresa brasileira Promédica Patrimonial, especializada em serviços de saúde, e a francesa Dalkia, especializada em serviços de *facilities* e projetos de infraestrutura. Em 2013, Dalkia tornou-se Vivante, e em 2016, a Promédica Patrimonial assumiu o controle integral da Prodal Saúde (gestora e operadora do Hospital do Subúrbio).



A PPP do Hospital do Subúrbio é do tipo administrativa e conta com um modelo integral de gestão privada, em que a concessionária é responsável tanto pela gestão predial (serviços não assistenciais) quanto pelo atendimento médico aos usuários. Essa modalidade é conhecida como gestão “bata branca” (assistência à população é feita pela concessionária). Nos casos de “bata cinza”, a responsabilidade do setor privado restringe-se à gestão predial, manutenção, segurança, recepção, entre outros; com a assistência médica hospitalar permanecendo sob a responsabilidade do Estado. Especialistas em PPP afirmam que uma das razões do sucesso do hospital é a gestão total por parte do parceiro privado. (SEMEIA, 2015)

É importante destacar que no início do projeto, a oposição por parte de médicos do setor público e servidores da área de saúde foi intensa. Ainda hoje, o projeto é alvo de críticas, especialmente no aspecto ideológico, de atores que o comparam à privatização plena dos ativos públicos. Apesar da oposição de grupos da sociedade, a qualidade no provimento de serviços públicos pelo parceiro privado vem sendo reconhecida pelos usuários: “mais de 90% dos pacientes estão satisfeitos com os serviços prestados. Quando perguntados se voltariam ao hospital em outra necessidade, 92% dizem que sim. Para 96% dos pacientes, a necessidade que os levou até o local foi atendida”. (SEMEIA, 2015, p. 7)

Garofano (2015) ressalta que a experiência recente demonstra que as PPPs no setor saúde estão concentradas na atenção terciária e cita: o Hospital do Subúrbio, Hospital Metropolitano Dr. Célio de Castro em Belo Horizonte, o Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em Vitória, a PPP de hospitais do Distrito Federal, o Hospital de Trauma de Natal, a PPP dos complexos hospitalares do estado de São Paulo e a PPP do Hospital de Clínicas de Sorocaba.

Para apresentar uma dimensão mais geral e detalhada dessa inserção do debate e implantação de PPPs no Brasil, Barbosa e Malik (2015) afirmam que, dos oito estados que apresentaram propostas de PPP, entre 2010 e 2014, apenas a Bahia iniciou suas operações e o Amazonas estava em fase avançada de construção. Em São Paulo, os contratos referentes aos três hospitais foram firmados e o do Ceará foi licitado. Ainda aguardavam licitação Rondônia e Espírito Santo.

E nos casos dos estados do Rio de Janeiro e Mato Grosso tiveram processos interrompidos. O Distrito Federal foi suspenso pelo Tribunal de Contas do Distrito Federal. Ou seja, apenas três projetos avançaram, sendo que apenas um encontra-se em operação.

Em relação aos municípios, dos quatro projetos propostos, apenas o do Hospital de Belo Horizonte avançou. Ficando o de São Paulo interrompido na consulta pública, o de Sorocaba retomando chamamento e o de Natal aguardando autorização da assembleia legislativa. Como se pode observar nas situações descritas, do chamamento à implantação há um longo percurso que pode ou não resultar na efetivação da parceria.

Barbosa e Malik (2015) sinalizam que a implantação de programas de PPP demanda a elaboração de estudos técnicos, projeções de demanda de serviços, projetos técnicos e econômico-financeiros que permitam aos gestores públicos a comparação com outras formas de investimentos nos setores. Pressupõe elaboração de modelos de negócios e análises de riscos que viabilizem contratos juridicamente adequados, sob controle e conhecimento da sociedade, elaboração de editais e procedimentos licitatórios que atendam aos interesses do poder público e busquem conciliar os interesses dos parceiros privados e da sociedade.

Segundo Garofano (2015), embora a complexidade dos projetos nessa seara seja um desestimulador para o interesse de empresas privadas no setor de saúde – especialmente em relação a outros setores da economia mais maduros, em que os riscos são mais conhecidos e o retorno mais garantido –, já existe, no mercado, quem enxergue para o setor de saúde privada com outros olhos, com foco na prestação dos serviços (e não puramente na construção de obras) e estude o setor a fim de buscar mecanismos de melhoria da eficiência na prestação dos serviços, a custos mais baixos, com redução de despesas para os municípios e, ao mesmo tempo, com aumento da qualidade e dos índices de atendimento e conseqüente redução dos indicadores de enfermidades e mortalidade.

Por outro lado, a despeito do manifesto interesse da iniciativa privada em investir no setor saúde, causam estranheza as dificuldades com que os atores envolvidos se defrontam para a consecução de

contratos efetivos, considerando a capacidade de investimentos e atualizações existente no setor público e as possibilidades inerentes ao novo modelo. (BARBOSA; MALIK, 2015)

Além das frequentes notícias sobre renegociações de contratos de PPP, há um ponto que vem ganhando destaque no debate público recentemente. O argumento, em resumo, é o seguinte: diante da crise fiscal, há um grande temor do poder público em estruturar gastos de longo prazo, via PPPs. (PEREIRA, 2015)

## Considerações finais

A expressão mundial do modelo PPP deixa evidente a existência de interesses que vão muito além das fronteiras de países e continentes. Destaca-se também a ampliação de legislação sobre o tema em diferentes países e em vários estados e municípios do Brasil, o que parece apontar na direção de uma institucionalidade do modelo no país. Por outro lado, o lapso temporal entre a decisão dos governantes e gestores acerca do modelo e sua efetiva implementação, mostraram que muito se precisa avançar na qualificação da modelagem dos projetos, incluindo no caso da saúde o conhecimento da condição epidemiológica, a análise do VFM desse modelo em comparação com outros possíveis para a gestão hospitalar e também do atendimento das questões jurídicas que envolvem o modelo.

Os argumentos de eficiência e qualidade da gestão privada, que tem marcado a literatura em defesa das PPPs, bem como o discurso de gestores que defendem o modelo, contrastam com as críticas à baixa regulação, má distribuição do poder no processo de decisão, além da imprecisão na divisão e administração de riscos e pouca clareza sobre os reais impactos orçamentários em contratos que podem ter duração de até 35 anos.

A polissemia conceitual e a grande variabilidade das formas que o modelo pode tomar na sua operacionalização também marcam um desafio para o acompanhamento e avaliação.

Diante dessa revisão de literatura e considerando também o cenário político e econômico brasileiro, cabe reiterar a importância de dar continuidade aos estudos acerca de um modelo, eleito por governantes e gestores da saúde em todo o mundo, com argumento de busca da agilidade e flexibilidade na gestão, mas que, particularmente no Brasil, leva tempo e enfrenta tantas dificuldades jurídicas, técnicas e operacionais para sua conformação.

## Referências

- ALMEIDA, C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 1-16, 2017.
- BACHELET, V. Hospital Concessions in Chile: where we are and where are we heading. *Medwave*, Santiago, v. 14, n. 10, p. 1-7, 2014.
- 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. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1143-1165, 2015.
- BARROS, P. P.; MARTÍNEZ-GIRALT, X. Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model. *The European Journal of Health Economics*, Berlim, v. 10, n. 4, p. 437-453, 2009. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=1128951>. Acesso em: 19 de mar, 2017.
- BRASIL. Decreto nº 5.385, de 4 de março de 2005. Institui o Comitê Gestor de Parceria Público-Privada Federal - CGP e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 5 mar. 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5385.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Decreto/D5385.htm). Acesso em: 19 abr. 2019.
- BRASIL. Lei nº 11.079, de 30 de dezembro de 2004. Institui normas gerais para licitação e contratação de parcerias público-privadas no âmbito da administração pública. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2004.

BRASIL. Lei nº 9.074, de 7 de julho de 1995. Estabelece normas para outorga e prorrogações das concessões e permissões de serviços públicos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 8 jul. 1995. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19074cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19074cons.htm). Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.448, de 5 de junho de 2017. Estabelece diretrizes gerais para prorrogação e relicitação dos contratos de parceria definidos nos termos da Lei nº 13.334, de 13 de setembro de 2016. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13448.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13448.htm). Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990. Institui o programa Nacional de desestatização. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 abr. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8031.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8031.htm). Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 jun. 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/18666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18666cons.htm). Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Lei nº 9.491, de 9 de setembro de 1997. Altera procedimentos relativos ao Programa Nacional de Desestatização, revoga a Lei nº 8.031, de 12 de abril de 1990, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 10 set. 1997. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19491.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19491.htm). Acesso em: 19 abr. 2019.

BRASIL. Medida provisória nº 727, de 12 de maio de 2016. Cria o Programa de Parcerias de Investimentos - PPI e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 13 maio 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv727.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv727.htm). Acesso em: 19 abr. 2019.

BUSE, K.; HARMER, A. Power to the Partners? The politics of public-private health partnerships. *Society for International Development*, Rome, v. 47, n. 2, p. 49-56, 2004.

CABRAL, S.; FERNANDES, A. S. A.; RIBEIRO, D. B. C. Os Papéis dos Stakeholders na implementação das parcerias público-privadas no estado da Bahia. *Cadernos EBAPE.BR*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 325-339, 2016.

CAPPELLARO, G.; LONGO, F. Institutional public private partnerships for core health services: evidence from Italy. *Health Services Research*, Ann Arbor, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/82>. Acesso em: 16 abr. 2020.

CARDOSO, M. R. O.; OLIVEIRA, P. T. R.; FERLA, A. A. *et al.* O Mix Público e Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: coexistência em evidência. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017.

CARRERA, M. B. M. Parceria Público-Privada (PPP): análise do mérito de projetos do setor saúde no Brasil. 2014. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2014.

CIVITILLO, R.; ROSSI, M. Public Private Partnerships: a general overview in Italy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, London, v. 109, p. 140-149, 2014. Disponível em: [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com). Acesso em: 25 set. 2015.

COSTA, F. L. Contribuição a um projeto de reforma democrática do Estado. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 239-270, 2010.

CRUZ, N. F.; MARQUES, R. C. Accountability and governance in local public services: the particular case of mixed companies. *Innovar*, Bogotá, v. 21, n. 42, p. 41-54, 2011.

DARVISH, H.; ZOU, P. X. W.; LOOSEMORE, M. *et al.* Risk management, public interests and value for money in PPP projects: literature review and case studies. In: INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON ADVANCEMENT OF CONSTRUCTION MANAGEMENT AND REAL ESTATE, 11., 2006, Beijing. *Anais [...]*. Beijing: CRIOCM, 2006. p. 546-557. Disponível em: <http://www.irbnet.de/daten/iconda/CIB5826.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

FERNANDEZ, R. N.; HILLBRECHT, R.; CARRARRO, A. Desenho Contratual e Parcerias Público-Privadas para Hospitais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA ANPEC, 42., 2014, Natal. *Anais [...]*. Niterói: ANPEC, 2014. p. 1-20. Disponível em: [http://www.anpec.org.br/encontro/2014/submissao/files\\_I.pdf](http://www.anpec.org.br/encontro/2014/submissao/files_I.pdf). Acesso em: 25 out. 2016.

FERRO, M. Administração contratual, nova contratualidade administrativa e contratos de parcerias: breves considerações acerca de alguns conceitos que integram uma nova terminologia trazida pela doutrina administrativista contemporânea. *Direito e Desenvolvimento*, João Pessoa, v. 6, n. 11, p. 151-169, 2015.

- GAROFANO, F. Parcerias público-privadas no setor de saúde - uma solução nas mãos dos municípios?. *Observatório de parcerias público-privadas*, São Paulo, 19 maio 2015. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/artigo-parcerias>. Acesso em: 14 out. 2015.
- HODGE, G. A.; GREVE, C. PPPs: the passage of time permits a sober reflection. *Economic Affairs*, Calcutta, v. 29, n. 1, p. 33-39, 2009.
- HODGE, G. A.; GREVE, C. Public – Private Partnerships: an international performance review. *Public Administration Review*, Washington, D. C., v. 67, n. 3, p. 545-558, 2007.
- KAMAT, S. The privatization of public interest: theorizing NGO discourse in a neoliberal era. *Review of International Political Economy*, London, v. 11, n. 1, p. 155-176, 2004.
- LA FORGIA, G. M.; HARDING, A. Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs*, Millwood, v. 28, n. 4, p. 1114-1126, 2009.
- LERA-LOPEZ, F.; GRASMAN, S. E.; FAULIN, J. Public-Private Partnerships for Technology Growth in the Public Sector. In: INTERNATIONAL ENGINEERING MANAGEMENT CONFERENCE, 16., 2008, Amsterdam. *Anais [...]*. Piscataway: Institute of Electrical and Electronics Engineers, 2008. p. 1-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1109/IEMCE.2008.4617989>. Acesso em: 15 jul. 2016.
- LIMA, C. M. C.; COELHO, A. C. Alocação e mitigação dos riscos em parcerias público-privadas no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 2, p. 267-291, 2015.
- MCINTOSH, N.; GRABOWSKI, A.; JACK, B. et al. A Public-Private Partnership Improves Clinical Performance in a Hospital Network In Lesotho. *Health Affairs*, Millwood, v. 34, n. 6, p. 954-962, 2015.
- MCKEE, M.; EDWARDS, N.; ATUN, R. Public - private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*, New York, v. 84, n. 11, p. 890-896, 2006.
- OAPS. Observatório de Análise Política em saúde: eixo temático modelos de gestão hospitalar no SUS. *Observatório de Análise Política em Saúde*, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/eixos/apresentacao/0e41e290ac2f2a4cb06c31784c1cc00a/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

OBSERVATÓRIO DE PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADAS. Livro sobre análise do mérito em projetos de PPP: value for money. *Observatório de Parcerias Público-Privadas*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/livro-sobre-an%C3%A1lise-do-m%C3%A9rito-em-projetos-de-ppp-value-money>.

Acesso em: 16 abr. 2020.

PEREIRA, B. Há futuro para as PPPs no atual cenário fiscal?. *Observatório de parcerias público-privadas*, São Paulo, 15 set. 2015. Disponível em: <http://www.pppbrasil.com.br/portal/content/artigo-h%C3%A1-futuro-para-ppps-no-atual-cen%C3%A1rio-fiscal>.

Acesso em: 10 out. 2015.

PETERSEN, O. Public-Private Partnerships as converging or diverging trends in public management?: a comparative analysis of ppp policy and regulation in denmark and ireland. *International Public Management Review*, Washington, D.C, v. 12, n. 2, p. 1-37, 2011.

Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16199588.pdf>.

Acesso em: 16 abr. 2020

REBELO, C. *As parcerias Público Privadas em Portugal: análise crítica*. 2014. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.

RUSSO, S. J. Lessons from the past: lights and shadows of public-private partnership in the italian healthcare sector. *In: ANNUAL EUROMED CONFERENCE OF THE EUROMED ACADEMY OF BUSINESS*, 6., 2013, Estoril. *Anais [...]*. Bingley: EuroMed Press, 2013. p. 1959-1982.

SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-69, 2009.

SEMEIA. *Parcerias Público-Privadas: o caso do Hospital do Subúrbio*. Instituto Semeia. São Paulo: Semeia, 2015. Disponível em: [http://www.semeia.org.br/admuploads/uploads/Fevereiro\\_Caso\\_Hospital\\_Suburbio.pdf](http://www.semeia.org.br/admuploads/uploads/Fevereiro_Caso_Hospital_Suburbio.pdf). Acesso em: 23 set. 2015.

SILVA, G. G. Uma abordagem da antinomia 'público x privado': descortinando relações para a saúde coletiva. *Interface*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 1-20, 2006.

THAMER, R.; LAZZARINE, S. G. Projetos de parceria público-privada: fatores que influenciam o avanço dessas iniciativas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 819-846, 2015.



WORLD BANK. A Quick Introduction to Public-Private Partnerships. *World Bank*, Washington, D. C, 2018. Disponível em: <https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/pppirc-videos>. Acesso em: 15 abr. 2020.

XU, Y.; YEUNG, J. F. Y.; CHAN, A. P. *et al.* Developing a risk assessment model for PPP projects in China: fuzzy synthetic evaluation approach. *Automation in Construction*, Amsterdam, v. 19, n. 7, p. 929-943, 2010. Disponível em: <http://ira.lib.polyu.edu.hk/handle/10397/33828>. Acesso em: 16 abr. 2020.



## CAPÍTULO 6

# A dominância financeira e sua expressão no empresariamento da assistência à saúde: elementos teóricos para uma abordagem no campo da saúde coletiva

*Artur Monte-Cardoso*

*José Antônio de Freitas Sestelo*

*Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza*

177

## Introdução

Este capítulo trata da expressão da dominância financeira na dinâmica do empresariamento da assistência à saúde e apresenta elementos teóricos e conceituais para aproximação ao tema por meio de uma abordagem crítica de caráter interdisciplinar.

O termo “empresariamento” é um neologismo que está presente nas primeiras produções do campo da Saúde Coletiva, sobre sociologia do trabalho médico ainda na década de 1970. O seu significado remete a um processo histórico de transformação da atividade de prestação de serviços assistenciais, que perde seu caráter artesanal para assumir, progressivamente, um caráter empresarial ou, mais precisamente, modelos de organização que adotam a forma de empresa como referência.

Nesse sentido, os diferentes modelos de gestão prescritos pela voga ideológica gerencialista, que cresce na década de 1990,

podem ser vistos como a continuidade do processo histórico de em presariamento da saúde. São modelos de gestão empresariais, ou seja, são, em seu conjunto, prescrições que tomam a forma de empresa como principal modelo organizativo.

Apesar de ter atingido as organizações brasileiras de assistência à saúde em geral, e o Sistema Único de Saúde em particular, esses modelos de gestão não têm sido muito estudados no país. Com efeito, em um artigo de revisão, Ravioli, Soárez e Scheffer (2018) concluem que, entre 2005 e 2016, um número restrito de artigos foi publicado sobre o tema de forma concentrada no estado de São Paulo, com poucos estudos sobre os modelos mais recentes ou menos difundidos. Essa literatura é marcada pela baixa diversidade de teorias analisadas, por fragilidades metodológicas, com ênfase sobre marcos legais ou configurações jurídicas e prioridade para a mera descrição dos processos de contratualização e conveniamento na gestão de compras de insumos e de recursos humanos e nas práticas de financiamento e controle.

178

Assim, é relevante discutir como se pretende, ainda que de forma não exaustiva, neste capítulo, as modificações observadas no em presariamento da saúde. O argumento fundamental e fio condutor é de que a dominância financeira, mais evidente a partir da primeira década do século XXI, é um elemento estrutural que informa os modelos de gestão em voga.

O conteúdo está disposto nesta introdução, em outras duas seções e nas considerações finais. A primeira seção, a seguir, apresenta o tema da financeirização na disciplina de economia em uma perspectiva histórica, desenvolvendo as linhas gerais da problemática com base no trabalho seminal de José Carlos de Souza Braga. A segunda seção busca situar o tema da financeirização no interior das discussões sobre em presariamento e modelos de gestão em saúde, em particular, apresentando uma seleção de referências úteis para uma aproximação ao tema. Finalmente, a última seção faz uma síntese do conteúdo desenvolvido e tece considerações sobre possíveis linhas de pesquisa de caráter crítico interdisciplinar.

## Bases conceituais e delimitações da financeirização na saúde

O termo “financeirização” (*financialization*, em inglês) aparece, inicialmente, segundo Foster (2008), nas obras de Kevin Phillips (1993, 1994) e Giovanni Arrighi (1994). Registre-se, contudo, que o mesmo fenômeno era tratado, de maneira pioneira, no Brasil, por Braga (1985), com o termo sinônimo de “dominância financeira” e, depois, como “financeirização do capitalismo”. (BRAGA, 1990)

De maneira preliminar, a financeirização poderia ser definida como o “[...] o crescente papel dos motivos financeiros, dos mercados financeiros e dos agentes e instituições financeiras na operação das economias domésticas e internacional”. (EPSTEIN, 2005, p. 31, tradução nossa)<sup>1</sup> Definida desta forma, é preciso demonstrar como se expressam as mudanças no protagonismo dos motivos, dos mercados e dos agentes financeiros na operação das economias nacionais e internacionais.

Diversos dados permitem entender a especificidade da financeirização como traço estrutural do capitalismo contemporâneo. Por exemplo: a taxa de crescimento dos ativos financeiros foi três vezes maior que a Formação Bruta de Capital Fixo (FBCF) – ou seja, o investimento – em países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) entre 1980-92 (CHESNAIS, 1998); os pagamentos a mercados financeiros – juros, recompra de ações e pagamentos de dividendos –, feitos por empresas não financeiras, aumentaram como percentual do seu fluxo de caixa (CROTTY, 2005); os ativos financeiros cresceram em países selecionados da OCDE, relativamente ao PIB, desde 1975 (UNCTAD, 2017); os ativos financeiros das famílias, de organizações sem fins lucrativos e de corporações não financeiras nos EUA também cresceram, em relação aos seus ativos totais, desde os anos 1950. (BRAGA et al., 2017)

179

---

1 [...] increasing role of financial motives, financial markets, financial actors and institutions in the operation of the domestic and international economies.

Esse conjunto não exaustivo de dados nos permite vislumbrar empiricamente como a forma financeira de riqueza cresce absoluta e relativamente no patrimônio coletivo, de instituições e agentes em geral, permitindo interpretações que colocam a financeirização como uma mudança qualitativa na lógica e na organização do modo de produção capitalista.

A financeirização, como traço estrutural do capitalismo contemporâneo, é um desdobramento das contradições do capitalismo “regulado” e de decisões políticas em prol deste padrão tomadas ao longo de décadas.

O pós-guerra foi um contexto muito peculiar, marcado pelo drama de dois conflitos mundiais, do *crash* econômico de 1929 e pela emergência da Guerra Fria, com suas manifestações de tensão e polarização política. A resposta organizada do campo capitalista foi a construção de um conjunto de instituições que responderam, ao mesmo tempo, aos interesses da potência emergente dos EUA, à reconstrução e integração dos países centrais destruídos pela guerra e à contenção da luta de classes por meio de consensos e repressões.

180

Com efeito, a Conferência de Bretton Woods (em New Hampshire, EUA), realizada em 1944, estabelece regras e instituições que vão orientar o desenvolvimento do sistema capitalista, sem alterações significativas até os anos 1970. Dentre essas regras e instituições, destacam-se: o padrão monetário dólar-ouro; as paridades cambiais e o controle de capitais; o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) que, junto com a Associação Internacional de Desenvolvimento (AID) forma o Banco Mundial (BM); o Fundo Monetário Internacional (FMI); o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT), que vem a constituir a Organização Mundial do Comércio (OMC) nos anos 1990; o Plano Marshall, de apoio à recuperação econômica europeia, e o Plano Colombo, de apoio à recuperação econômica de alguns países asiáticos.

Orientados por essas regras, os países capitalistas do hemisfério norte têm, nas décadas subsequentes, altas taxas de crescimento, industrialização e prosperidade, com a formação de sistemas de proteção social abrangentes, que caracterizaram os Estados de bem-estar social (*Welfare States*).

Contudo, justamente, dos desdobramentos desse padrão surgem as condições de seu esgotamento. A internacionalização da grande empresa, sobretudo a partir dos EUA, cria um novo padrão produtivo, tecnológico e financeiro que marcará a formação de empresas transnacionais, operando em um espaço econômico crescentemente integrado (FURTADO, 1977), ao mesmo tempo em que se constitui um circuito de acumulação e de instituições financeiras que não respeitam as restrições nacionais. (LIMA, 1985)

Essa transnacionalização do capitalismo, acelerada e consolidada entre os anos 1960 e 1980, é o pano de fundo de diversas crises do período, marcadas por: fim do padrão monetário lastreado no ouro (1971) e das paridades cambiais (1973), choques do petróleo (1973-4 e 1979), endividamento do Terceiro Mundo e alta dos juros dos EUA (“choque dos juros”, 1979).

É nesse período que os mercados financeiros passam a ter centralidade na acumulação capitalista. Essa centralidade decorre, em primeiro lugar, do aumento do volume de recursos transacionados pelas empresas multinacionais e, em segundo lugar, de inovações relacionadas tanto ao surgimento de novos agentes financeiros, como os fundos de pensão, os fundos mútuos e os de investimento – que não são obrigados a respeitar as restrições impostas aos bancos e às seguradoras pelas regras vigentes –, quanto à criação de novos instrumentos financeiros como o derivativo – instrumento financeiro cujo valor final deriva do valor de outro ativo, protegendo-se assim contra oscilações imprevisíveis ou indesejadas no ativo original.

Tendo descrito, brevemente, o que provocou e como ocorreu a mudança do capitalismo regulado para o capitalismo financeirizado, é possível tornar mais precisa a definição de “financeirização” ou “dominância financeira”.

Assim, neste capítulo, assume-se que a financeirização é o padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. (BRAGA, 1993; 1997) Ele é sistêmico, porque não é redutível a um determinado setor de atividade (o setor financeiro), mas significa uma dinâmica estrutural que domina os setores industrial, agrícola, comercial etc. de modo a tornar falsa a ideia de que existem setores econômicos separados ou com interesses próprios distintos. Nesse padrão,

prevalece uma definição específica da riqueza, na forma preferencial (mas não exclusiva) de ativos financeiros; adota-se uma estratégia específica de gestão da riqueza, por meio de instituições financeiras próprias ou contratadas por cada organização econômica ou social; e tem-se um modo específico de realização da riqueza, que parece ser, em seu movimento geral, como um circuito de valorização puramente financeiro, mas que é, realmente, sistêmico.

Para entender a lógica financeira, a reflexão de Marx é fundamental. Partindo da ideia de que a atividade financeira é mesmo anterior ao capitalismo, ele busca compreender o que é específico neste modo de produção. A totalidade da relação social do Capital é sintetizada por ele através do circuito  $D - M - D'$ , onde  $D$  é Dinheiro,  $M$  são Mercadorias e o circuito significa a valorização por meio da produção capitalista de mercadorias, através da exploração do trabalho. Nesse circuito, Marx identifica o papel destacado do capital a juros, em que o dinheiro é ele mesmo uma mercadoria “especial”, emprestada por período específico a certa remuneração (os juros) para os capitalistas em função (produtores de mercadorias).

182

Embora o movimento da acumulação apareça como  $D - D'$ , que caracteriza a lógica estritamente financeira, dinheiro que gera mais dinheiro –, este circuito só se materializa dentro do conjunto da reprodução social, que dá aos capitalistas monetários uma parcela do excedente extraído do trabalho. Essa forma fetichizada de relação social adquire forma máxima no capital fictício, uma forma de materialização, no presente, de direitos de rendas futuras, como no caso da dívida pública – e também nas dívidas privadas, ações e outras formas de propriedade menos líquidas que podem ser representadas como papéis negociáveis (MARX, 1985).

Assim, se, em Marx, o financeiro pode ser identificado como uma forma do capital, o seu desenvolvimento histórico em concentração, centralização e organização – com o desenvolvimento da sociedade por ações e dos mercados financeiros – conduz Hilferding a definir capital financeiro como a fusão das formas parciais do capital (HILFERDING, 1973), definição similar ao do seu contemporâneo liberal Hobson. (HOBSON, 1996) Portanto, o capital financeiro é

desdobramento do modo de produção e as atividades produtivas e a lógica financeira não podem ser apartadas entre si.

Se, desde Hilferding, sabe-se que a lógica financeira permeia todo o modo de produção capitalista, apenas contemporaneamente essa lógica passa a ter uma existência quase que material, concretizada em várias dimensões. De fato, no século XXI, a financeirização constitui um espaço mundial de valorização do capital – a conexão de diversos mercados nacionais –, com a integração dos diferentes mercados, como os de moedas, títulos, ações, derivativos etc., (a chamada descompartimentalização). Ademais, a dominância financeira reduz o papel intermediário exclusivo de bancos (desintermediação) e torna inócuos os controles e as normas que restringiam, *a priori*, o movimento do capital (desregulamentação), dado que estes eram limitados aos espaços nacionais. (CHESNAIS, 1998)

Nesse cenário, os ciclos de alta e baixa dos mercados financeiros, estimulados pelas políticas monetárias, sobretudo estadunidenses, são os principais determinantes do movimento macroeconômico, a partir dos seus efeitos sobre os valores dos ativos financeiros (o chamado efeito-riqueza) e das taxas de câmbio, gerando maior instabilidade e propensão a crises derivadas dos ciclos de inflação e deflação de ativos. (COUTINHO; BELLUZZO, 1998)

Nessas condições, prosperam as chamadas inovações financeiras, que abarcam desde novos instrumentos (como os derivativos) até novas tecnologias, mercados e instituições (como a diversidade de fundos de investimento), tornando ainda mais complexa a compreensão do movimento e a regulação dos agentes. (GUTTMANN, 2008) A experiência histórica tem revelado que os Estados nacionais tendem a sancionar e promover o processo da financeirização através das operações de resgate de crises, em que os bancos centrais e os Tesouros injetam recursos e criam mecanismos de evitar a quebra dos grandes capitalistas e a desorganização do sistema. (BRAGA, 2009)

Ponto fundamental é o papel cumprido por instituições que não têm raízes nas atividades especificamente financeiras. A adoção generalizada de um padrão de “governança” das empresas que objetivam, acima de tudo, a valorização do patrimônio dos acionistas, a chamada *Maximising Shareholder Value* (LAZONICK; O’SULLIVAN, 2000), tem sido



interpretada, por alguns autores, como indicativas de que as empresas não financeiras se tornaram objeto de uma forma de dominação pelo setor financeiro (CHESNAIS, 2002; PLIHON, 2005), o que teria gerado impactos negativos sobre o investimento, a inovação e o crescimento econômico. (CROTTY, 2005, STOCKHAMMER, 2004; ORHANGAZI, 2008)

Apesar dos efeitos negativos que possam existir – não de maneira inexorável, mas como concretização de novas tendências –, isso não autoriza leituras em que a financeirização se manifesta meramente como lógica externa. Pelo contrário, as ditas Empresas Não Financeiras (ENF) tornam-se partícipes ativas do processo, em particular quando adquirem a escala de empresas transnacionais: participam dos diversos mercados internacionais, as receitas financeiras ganham peso no seu resultado, as atividades das tesourarias, departamentos financeiros e bancos próprios crescem em importância, tornando-se estratégias orgânicas dessas novas formas de grupos financeiros. (SERFATI, 2011) Enquanto grandes capitais com raio de alcance transacional, estes grupos articulam sua presença em diversos países, por meio das chamadas Cadeias Globais de Valor (CGV), com sua estratégia de acumulação financeirizada. (MILBERG, 2008; SERFATI, 2008)

184

Como lógica sistêmica, a financeirização possui manifestações diferenciadas, mediadas e ressignificadas em cada realidade nacional. No Brasil, a crise da dívida dos anos 1980 e as formas de ajuste promovidas pelo FMI criaram as condições para a consolidação de uma atividade financeira particular: empresas exportadoras ou empresas, bancos e famílias superavitárias se consolidaram como contrapartes do endividamento público. (BELLUZZO; ALMEIDA, 2002) A partir dos anos 1990, institucionalizam-se, no país, várias mudanças que impulsionariam ainda mais a financeirização, como: a progressiva abertura comercial e financeira, o ajuste promovido pelo Plano Real com altas taxas de juros e seu esforço de contenção fiscal, a reestruturação produtiva, a mudança da posição do país na Divisão Internacional do Trabalho (DIT), as reformas de Estado, entre outras. (CARNEIRO, 2002; FILGUEIRAS, 2000; GONÇALVES, 1999)

Como resultado, foram renovados os traços estruturais de subdesenvolvimento e dependência por meio de um modelo econômico

“liberal-periférico”. (FILGUEIRAS, 2006) Neste modelo, a burguesia brasileira se adapta a uma posição de intermediária do capital internacional e reorienta seus negócios de maneira pragmática, enfatizando os ganhos com dívida pública e privada, ações, privatização do patrimônio público (sob diversas formas), depredação do meio ambiente e renovação do latifúndio – em um processo de reversão neocolonial. (SAMPAIO JÚNIOR, 2007)

Interessa à discussão aqui proposta o modo como são condicionadas as políticas públicas e, em particular, as políticas sociais. O primeiro vetor da financeirização são as restrições impostas ao Estado no âmbito dos gastos públicos, comprometidos pela lógica geral do ajuste que alimenta a acumulação financeira. (MENDES; MARQUES, 2009; SALVADOR, 2010) Outro vetor é o da participação ativa do setor privado nos negócios financeiros, em diversas modalidades, que podem concorrer e se combinar com as políticas públicas. Isso pode levar empresas historicamente prestadoras de serviços (como empresas de planos e seguros de saúde ou de medicina diagnóstica) a desenvolver estratégias de atração de investidores institucionais, abertura de capital, aumento das receitas financeiras, entre outras.

Essas pistas devem ser seguidas para se pensar em novas conformações e determinantes das políticas sociais em que a financeirização não apareça somente como um fator dotado de uma qualidade intrínseca negativa, mas como fator de reorientação, reformulação e adaptação a uma nova realidade que é estrutural.

185

## Financeirização: elementos gerais para a análise do empresariamento e dos modelos de gestão em saúde

Há um desafio teórico que deve ser enfrentado ao se fazer a transposição do debate sobre a financeirização ou dominância financeira do campo da macroeconomia para o das políticas sociais e da assistência à saúde. Abordagens interdisciplinares, que dialogam

com a economia e a ciência política, tomando a saúde como objeto, solicitam ajustes finos nas expressões e nos termos usados, bem como nos conceitos instrumentais eventualmente aplicáveis a casos concretos. Trata-se de uma tarefa incontornável, ainda que impossível de ser concluída de uma vez por todas.

A expressão da dominância financeira na assistência à saúde ganha corpo no início do século XXI e se constitui em um fenômeno típico da esfera econômica com ampla repercussão política e social. Para que se possa olhar para essa problemática a partir de uma perspectiva crítica, portanto, é preciso transitar pela economia política e pelo território interdisciplinar que interroga, simultaneamente, as dimensões pública e privada dos sistemas de saúde, considerando a sua reconhecida relevância social.

O que se observa, concretamente, no Brasil, a partir dos anos 2000, não é a mera hipertrofia das tradicionais empresas financeiras atuantes na assistência, como as seguradoras especializadas em saúde; nem apenas a prevalência da fração financeira do capital sobre sua fração produtiva, como se houvesse uma verdadeira antinomia entre ambas, mas sim um fenômeno estrutural que se faz presente em todos os recessos da vida social, inclusive naqueles mais próximos da base biológica de reprodução da vida, relacionados com a saúde de indivíduos e populações.

Nesse sentido, a escala dos fenômenos ligados à dominância financeira é ampla e inclui as políticas sociais e os modelos de organização de sistemas de saúde. Entretanto, há poucas referências acadêmicas disponíveis para explicar os seus desdobramentos concretos. Trata-se, claramente, de uma situação em que não há marcos teóricos bem delimitados e, mesmo por isso, é preciso avançar na pesquisa empírica de problemas específicos na perspectiva de instruir possíveis desenvolvimentos teóricos em um movimento duplo que vai dos fenômenos aparentes às explicações generalizantes para, de novo, voltar ao empírico.

Sestelo e demais autores (2017) cotejaram a literatura sobre financeirização para compreender sua expressão no debate sobre as políticas sociais brasileiras, especialmente na saúde, entendendo a dominância financeira como novo modo de ser do regime global

de produção de riqueza. Esses autores postulam que, na saúde, a mudança no padrão setorial de acumulação acompanhou o processo da financeirização, instaurando uma nova configuração estrutural, cuja compreensão exige abordagens que não se restrinjam ao estudo do orçamento público e do papel do Estado, mas incluam a agenda política dos agentes privados interessados na assistência à saúde.

No caso do sistema de saúde brasileiro, o crescimento de empresas e grupos econômicos controladores do esquema comercial de intermediação da assistência, embora não seja o único exemplo de expressão setorial da dominância financeira, é revelador da existência de um espaço privilegiado de transações, situado na interface entre prestadores de serviços, agências governamentais, empresas empregadoras, coletivos de trabalhadores e indústria de equipamentos e insumos. Trata-se de um lugar estratégico que precisa ser analisado de forma crítica na sua relação com o conjunto do sistema.

Nesse sentido, o ponto central da reflexão a ser feita, para entender a natureza dos mecanismos financeiros ancorados no universo da atividade assistencial em saúde e na origem dos diversos modelos empresariais de gestão, situa-se nos conceitos de intermediação e de articulação público/privado.

A atividade financeira é, por excelência, uma atividade de intermediação entre agentes econômicos, envolvidos com a produção de mercadorias e serviços. O lugar histórico e, praticamente, exclusivo, ocupado pelo setor bancário na intermediação dos ativos disponíveis para investimento produtivo passou a ser ocupado gradualmente por agentes econômicos com características distintas daquelas dos bancos, ainda que movidos pela mesma lógica de funcionamento. Entre esses novos agentes, destacam-se os fundos de pensão e os fundos mútuos de investimento com seus diversos produtos de securitização de ativos negociáveis.

Assim, uma vez flexibilizadas as barreiras entre os diversos setores econômicos, novas formas de acumulação de capital, baseadas na estratégia de intermediação de recursos, puderam se desenvolver para além do setor financeiro *stricto sensu* e mesmo em setores historicamente distantes da linha de frente financeira, como a assistência à saúde.

No Brasil, está bem caracterizada a existência de um esquema de intermediação de recursos assistenciais, controlado por um pequeno grupo de grandes empresas que, pelo menos desde os anos 2000, passou a incorporar, em suas estratégias corporativas, a lógica da dominância financeira. Para além da mera atividade administrativa de intermediação assistencial, suas estratégias de financiamento e os seus modelos de organização – na forma de grupos econômicos multisetoriais – valem-se da intermediação financeira para potencializar a acumulação de capital a partir de operações diretamente relacionadas com a prestação de serviços assistenciais.

A abertura de capital das empresas do setor permite que fundos de investimento, dotados de estratégias globais, possam ser titulares simultâneos de quotas de participação societária em empresas que, em tese, seriam concorrentes. Permite também que a atuação multisetorial dos agentes econômicos controladores seja potencializada pela abertura de novos espaços de transação antes inacessíveis. O resultado global de um grupo multisetorial específico é determinado pela soma dos resultados dos diversos investimentos realizados, com um eventual resultado negativo, de um dos investimentos, sendo compensado por resultados positivos dos outros investimentos.

Exemplo dessa estratégia multisetorial são os casos de contratação de empresas de diagnóstico laboratorial. Vinculadas a grupos econômicos atuantes também na assistência e na intermediação, tais grupos prestam serviços terceirizados em unidades assistenciais públicas, em uma escala de monopólio regional, com financiamento público.

Ao lado do conceito de intermediação, o conceito de articulação público/privado, desenvolvido por pesquisadores latino americanos na década de 1990 (EIBENSCHUTZ, 1996) ajuda a diminuir a nebulosidade característica das relações entre os dois setores, na medida em que permite considerar a natureza qualitativamente distinta de cada um dos polos da grande dicotomia público *versus* privado e vislumbrar os matizes da sua expressão na realidade empírica.

O contrário ocorre quando se recorre a conceitos como o de mescla ou *mix* público/privado, formulados no âmbito de organizações multilaterais de fomento ao comércio de produtos e serviços,

como OCDE e BM, controladas pelos países centrais. Nesses casos, as fronteiras entre os objetos são borradas e o controle de atividades de relevância pública por estruturas voltadas para a acumulação privada de capital passa a ser visto de forma naturalizada.

Pode-se dizer, como hipótese, que diversas soluções pragmáticas apresentadas, desde os anos 1990, pelos modelos gerencialistas de assistência à saúde entraram em cena pela janela dessa imprecisão conceitual, que mistura objetos de natureza diversa sem considerar suas qualidades intrínsecas.

Nesse sentido, a superação dessa imprecisão exige que a discussão em torno das prescrições de “modelos de gestão” seja feita dentro do universo conceitual adequado à problemática da saúde como bem de relevância pública, portanto, dotada de características especiais e distintas dos bens de consumo.

Para se tomar o fenômeno do empresariamento, em seu conjunto, como uma matriz ideológica de “modelos de gestão”, é preciso reconhecer a existência de marcos conceituais que instruem um arcabouço legal específico para tratar de empresas e grupos econômicos privados, analisando-os criticamente.

A Teoria Geral dos Seguros, a Teoria da Empresa, o novo Código Civil, a Lei das Sociedades Anônimas, o Código de Defesa do Consumidor (CDC), a Lei dos Planos e Seguros de Saúde, as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) são exemplos de teorias e leis que não podem deixar de ser considerados. A compreensão sobre tais elementos teóricos e normativos será tanto mais útil quanto mais se apoiar em uma perspectiva histórica que ilumine o processo político de constituição do direito privado e sua relação com os bens de relevância pública.

A Teoria Geral do Seguro e a Teoria da Empresa são marcos fundantes da acumulação capitalista industrial nos seus primórdios. O desenvolvimento do cálculo atuarial no século XIX abriu novas possibilidades de precificação de riscos comerciais antes imponderáveis, o que permitiu a adoção de novas estratégias empresariais de acumulação privada de capital, especialmente, em áreas sensíveis aos interesses dos trabalhadores, como os seguros de acidentes pessoais e o seguro-saúde.

Da mesma forma, a Teoria da Empresa se constituiu em um elemento fundamental na passagem do *Ancien Régime* para a Idade Moderna, reconhecendo a função social da empresa capitalista e dando um lugar de destaque para a sua relação com o Estado. Contemporâneos, o novo Código Civil, a Lei das Sociedades Anônimas, o CDC, a Lei dos Planos e Seguros de Saúde e as normas da ANS são marcos que acompanharam o processo de financeirização no Brasil do século XXI e permitiram, entre outras coisas, a dinamização das trocas de títulos mobiliários em bolsas de valores e a consolidação do esquema de intermediação assistencial como espaço estratégico de trocas comerciais regulado por barreiras de entrada para agentes econômicos previamente qualificados. O Código de Defesa do Consumidor, em especial, fortaleceu indiretamente a lógica das relações de consumo para bens e serviços de relevância pública, como a assistência à saúde em oposição ao princípio da saúde e enquanto direito de cidadania com oferta baseada nas necessidades da população.

190 Além das teorias antigas e dos marcos legais contemporâneos, é importante considerar abordagens teóricas em voga no início do século XXI, em especial o neoinstitucionalismo e o regulacionismo. No que se refere ao neoinstitucionalismo, embora referências seminais, como Immergut (2007), tenham postulado que mudanças institucionais não dependem apenas de ações de governos, mas também de efeitos de decisões do passado, das regras atuais e da ação de outros agentes políticos não especificados, existem leituras reducionistas, a serem evitadas, que assumem uma linha de causalidade unívoca das ações de governo para os agentes econômicos.

Quanto ao que se denomina, de maneira genérica, de “regulacionismo”, é preciso reconhecer que existe uma enorme variedade de abordagens, eventualmente contraditórias entre si, e não uma escola de pensamento unificado. A escola regulacionista francesa (CHESNAIS, 1998), que assumiu um lugar de destaque na discussão sobre financeirização no campo da macroeconomia e da economia política, tem sido criticada por autores como Braga (1985) por reduzir a discussão sobre as crises financeiras globais, recorrentes às mudanças no regime de acumulação de capital, observadas a partir da década de 1970.

No Brasil dos anos 1990, a vertente regulacionista que se tornou dominante e instruiu diversos aspectos da reforma do aparelho do Estado não foi a francesa, mas sim a estadunidense, baseada no tripé democracia representativa, planejamento mediado por agências regulatórias e teorias de mercado. (SCHWEICKART, 1992)

A concepção do Estado como agente regulador – e não provedor direto de produtos e serviços – é a que domina a cena política e institucional daquele período, acompanhada da Teoria da Agência e de diversos modelos gerencialistas, difundidos por organismos multilaterais como a OCDE e o BM. Quanto às diversas prescrições de modelos gerencialistas, uma vez analisadas criticamente no seu conjunto, percebe-se que são a expressão de uma voga ideológica neoliberal dominante no Brasil a partir dos anos 1990, ainda que cada um dos modelos tenha suas especificidades.

Na virada para o século XXI, já era possível fazer um inventário razoável dos marcos teóricos que instruíam diversos modelos gerencialistas, como assinalado por Gruening (2001, p. 2): Administração Pública clássica, Administração Pública neo-clássica, *Public Choice*, Escola Austríaca, Teoria Principal/Agente (Teoria da Agência), Teoria dos Direitos de Propriedade, Teoria dos Custos de Transação, Nova Administração Pública, Comunitarismo, Análise das Políticas, Gestão Pública Racional e Gestão Pública Orgânica estão entre os mais citados.

Esses modelos apresentam uma série numerosa e, muitas vezes, contraditória entre si, de prescrições: cortes no orçamento de políticas sociais, privatização de ativos públicos, contratação terceirizada de prestadores de serviços, *vouchers* ou contas de poupança específicas para despesas com assistência, difusão do conceito de “cliente” em unidades assistenciais, concorrência entre serviços em uma mesma esfera de atuação, flexibilização da gestão, separação entre política institucional e administração senso estrito, descentralização, métodos de avaliação permanente de desempenho de trabalhadores, ênfase na gestão financeira, auditorias de desempenho, planejamento estratégico, estilos de gestão, gestão de pessoal, utilização intensiva das tecnologias de informação e comunicação, melhoria da regulação, racionalização de estruturas, análise e avaliação, entre outros.



Em uma análise crítica desse conjunto de prescrições, Pollitt e Geert (2000) assinalam as suas contradições: aumentar o controle político da burocracia *versus* liberdade para gerir *versus empowerment* dos usuários dos serviços; dar prioridade à realização de poupanças *versus* dar prioridade à melhoria do desempenho do setor público; enfraquecer a estabilidade de emprego e fazer o *downsizing versus* motivar os funcionários e promover a mudança cultural; criar mais agências com propósitos únicos *versus* melhorar a coordenação horizontal.

Na área da saúde, especificamente, deve-se mencionar uma referência que se destaca entre os modelos gerencialistas, agora já em um cenário em que grandes grupos econômicos controlados por fundos de investimento globais circulam livremente no espaço de transações dos sistemas de saúde, trata-se do modelo *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD<sup>2</sup>). (PORTER; TIESBERG, 2006)

Seus enunciados preveem que, uma vez definida a relação ideal entre o resultado clínico e o custo financeiro, deve-se valorizar a competição sem controle regulatório externo na “entrega” (tradução literal do inglês *delivery*) dos serviços. Os resultados clínicos aferidos em linhas de cuidado específicas, uma vez amplamente conhecidos, seriam a base da competição entre os agentes. Os profissionais de saúde liderariam esse processo de produção de resultados clínicos ótimos, pareando-os com custos financeiros, até encontrar a relação ideal. Assim, suas decisões se baseariam não nas suas tradições e preferências, mas na livre competição por eficiência. Em outras palavras, os prestadores competiriam para serem os melhores na abordagem de um determinado conjunto de condições de saúde, de um determinado segmento de paciente, ou de ambos.

Críticas substantivas são feitas à validade do modelo VBHCD e ao *porterismo* como uma panaceia ideológica multifuncional. (AKTOUF, 2002; MINTZBERG, 2017) Seja no sentido de questionar o papel preponderante atribuído por Porter à competição entre os agentes

---

2 Em uma tradução livre: modelo de Provisão de Assistência à Saúde Baseada em Valor.

prestadores em vez da colaboração e articulação entre as esferas do cuidado, seja no sentido de apontar que toda a discussão levada a cabo, pelo porterismo, sobre valor em saúde simplesmente não dialoga com as referências seminais que tratam sobre esse conceito fundamental tanto no campo marxista como no liberal, o importante é enfatizar que não se pode aceitar postulados tão abrangentes com base em argumentos de autoridade.

Apesar dessas críticas, as ideias de Porter encontraram ampla repercussão, potencializada pela ação diligente de organizações tradicionais como OCDE e BM, mas também por *think tanks* financiados pelas empresas como, por exemplo, a Aliança para Saúde Populacional (ASAP), organização que reúne empresas com interesses comerciais no setor de saúde, em torno do conceito de Gestão da Saúde Populacional (GSP), para atuação conjunta na defesa e disseminação de práticas corporativas imbuídas de responsabilidade social. A GSP é, precipuamente, uma tentativa de conciliação das questões éticas e sociais relacionadas à mudança do perfil etário das populações urbanas com a subsistência do modelo de negócios das empresas que auferem lucro com a intermediação de produtos e serviços voltados para essas populações.

193

Como se vê, em paralelo ao desenvolvimento de novos modelos de gestão empresarial, transcorreu um processo de elaboração de referências conceituais que servem de base para a difusão de uma ideologia que submete o objeto da saúde à lógica de acumulação do capital, em uma base expandida pela dominância financeira.

Trata-se, portanto, de uma situação inteiramente nova, quando se compara com as origens históricas da expansão do empresariamento na assistência à saúde no Brasil, ainda nos anos 1970. Embora todos os marcos legais inspirados na Teoria da Empresa, na Teoria dos Atos de Comércio, no Direito Comercial e nas regras de balanços e demonstrativos de resultados continuem válidos, na prática, a gestão estratégica dos grupos econômicos multissetoriais, sob dominância financeira, escapa ao controle do Estado.

O empresariamento privado na saúde, como processo histórico, avança e se projeta para além da forma de empresa tradicional, assumindo o aspecto de grandes grupos econômicos, inalcançáveis

pelos tradicionais mecanismos de regulação estatal e, eles mesmos, protagonistas ativos da formulação de estruturas institucionais de legitimação social da sua atuação que tendem a rivalizar em poder político com os Estados nacionais.

A esse respeito, é digno de nota o fato de que, no caso de grandes acordos comerciais, como a *Transpacific Partnership*, apenas seis dos seus 30 capítulos têm relação direta com o comércio. O restante está relacionado, principalmente, com a proteção do sigilo de empresas e dos direitos de investidores contra os Estados nacionais. Pode-se supor que este seja o padrão ouro para outros acordos comerciais que, segundo Noam Chomsky, mais corretamente deveriam ser denominados de “acordos de direitos de investidores”. (CARTER; GRIM, 2014)

Mesmo líderes conservadores, como Peter Liley, ex-ministro do governo britânico, têm expressado preocupação com relação a mecanismos como o Sistema de Liquidação de Disputas Investidor-Estado (ISDS) que cria um sistema de tribunais – cortes especiais – em que grandes empresas estrangeiras podem processar governos (mas não vice-versa) por adotarem políticas que prejudiquem seus investimentos. Empresas dos EUA poderiam, por exemplo, processar o governo do Reino Unido se este desejasse retomar para o setor público serviços prestados de forma privada no âmbito do National Health Service (NHS). Esses tribunais dão às multinacionais seu próprio sistema jurídico, muito oneroso para as pequenas empresas – uma vez que o custo médio de tais casos é de cerca de US\$ 8 milhões. Além disso, os “juízes”, na verdade, são advogados comerciais que, quando não estão servindo em um “tribunal”, trabalham para as grandes empresas.

Enfim, o empresariamento é o processo de transformação das organizações “artesaniais” de prestação de serviços de saúde em empresas, nos anos 1970, que, nas primeiras décadas do século XXI, se expande na transformação de empresas comerciais não financeiras em empresas multisetoriais financeirizadas.

Quando se analisa o processo histórico do empresariamento da assistência à saúde no Brasil, há um cabedal de referências que não pode deixar de ser considerado e reinterpretado à luz da realidade empírica atual. A tese de Bahia (1999), assim como, antes,

a de Cordeiro (1984), toma o esquema de intermediação assistencial privativa como base empírica de investigação e trabalha com dados sobre a realidade concreta das empresas. Todavia, a análise das mudanças no padrão de relação público/privado na assistência, que é o elemento chave na obra de Lígia Bahia, já antecipava o que estaria por vir na década seguinte: um padrão estrutural de articulação público/privado com subsídios à demanda por pacotes assistenciais privativos para trabalhadores assalariados e um sistema público que supre as lacunas daquele esquema comercial de intermediação, fazendo, as vezes, de resseguro. Em outras palavras, um padrão regressivo, no que se refere à renda do trabalho e promotor da acumulação de capital.

Em um cenário dessa natureza, a investigação da lógica organizacional que domina as unidades assistenciais do sistema de saúde como hospitais, ambulatórios e serviços de apoio ao diagnóstico e de seus diversos “modelos de gestão” deve, simultaneamente, considerar os elementos estruturais emergentes determinados pela prevalência da dominância financeira no século XXI e municiar-se de metodologias ajustadas à produção de dados em um território não mapeado pelas análises de viés institucionalista ou regulacionista no sentido estrito.

O pressuposto é de que, assim como a nova estrutura financeirizada das empresas exigiu o desenvolvimento e a adoção de novos modelos de gestão, também as instituições de Estado e sua lógica regulatória estão a exigir novas formas e estruturas, que, reconhecendo a dinâmica do capital sob dominância financeira, sejam capazes de subordiná-la ao interesse público.

A despeito das dificuldades operacionais inerentes à produção de dados sobre empresas e grupos econômicos privados, é preciso explorar, simultaneamente às bases de informação das agências de governo, fontes de dados como: registros de empresas em juntas comerciais, bolsas de valores mobiliários, demonstrativos contábeis de resultados operacionais e financeiros, cartórios de registro de títulos e documentos, periódicos da imprensa especializada em economia e negócios.

A síntese do conhecimento crítico sobre políticas sociais com a construção de uma base empírica acerca dos agentes políticos e econômicos mais relevantes na realidade atual é o caminho mais seguro para a fundamentação de qualquer proposta de mudança no padrão de articulação público/privado com perspectiva de trânsito sobre amplos setores da sociedade.

## Considerações finais

Em suma, como evidenciado por pesquisadores da área de políticas de saúde, como Mackintosh e demais autores (2016) e Hacker (1998), é fundamental ter uma compreensão rigorosa e sistemática do setor privado na saúde, considerando as suas particularidades e a multiplicidade de interações que estabelece com o setor público. O conhecimento restrito dos agentes privados ou uma abordagem que tome os setores público e privado como isolados ou estanques diminuem a capacidade de formulação de políticas públicas efetivas. Na verdade, a escala e o funcionamento do setor público podem modelar a estrutura e o comportamento do setor privado e vice-versa.

Quando se olha, em 2018, para o caso concreto da ANS, criada no ano 2000, é possível afirmar que a ideia original, anunciada nos anos 1990, de uma burocracia enxuta, altamente profissional e efetiva na sua capacidade regulatória sobre a ação socialmente regressiva do capital na assistência à saúde, de fato, não se concretizou. Longe disso, o que se observa na prática é uma estrutura burocrática hipertrofiada e um agente pouco efetivo na tarefa de regulação assistencial delegada pelo seu principal, o Ministério da Saúde (MS).

A partir das referências analisadas neste capítulo, pôde-se delimitar alguns elementos fundamentais para balizar a investigação sobre a expressão da dominância financeira no grande processo histórico de empresariamento e suas possíveis conexões com a problemática dos modelos de gestão.

Esses elementos fundamentais são o fato de que a dominância financeira é um elemento estrutural e não conjuntural e que a sua expressão setorial corresponde a um aprofundamento do padrão

regressivo de articulação público/privado historicamente presente em nosso sistema de saúde.

Com base nesses elementos e considerando que os modelos de gestão alternativos à administração direta estão hoje bem estabelecidos na maior parte das redes públicas municipais e estaduais de saúde, seria importante produzir conhecimento sobre esse fenômeno da forma abrangente e aprofundada.

A análise descritiva de aspectos legais e institucionais, relacionados com as diversas prescrições gerencialistas, precisa alcançar o núcleo de ação política dos principais agentes econômicos atuantes e identificar os interesses econômicos em disputa, assumindo uma perspectiva crítica baseada em abordagens interdisciplinares que incluam, simultaneamente, a economia política, as ciências políticas e o objeto saúde/adoecimento.

A pesquisa empírica sobre formatos societários, trajetões de expansão e acumulação de capital nas organizações, entidades e empresas que atuam na gestão de serviços do SUS, bem como as redes de influência e os mecanismos por elas acionados para a preservação de seus interesses junto aos tomadores de decisão governamentais. (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018) solicitam o desenvolvimento de novos métodos, ajustados às peculiaridades do objeto estudado.

Do ponto de vista teórico, ao lado da incorporação de novas referências na análise política das estruturas de dominação e poder típicas da dominância financeira no século XXI, permanece o desafio de sustentar o objeto “saúde” como fenômeno social situado no centro dos modelos descritivos utilizados para tratar de política, planejamento e gestão da assistência.

197

## Referências

ABRAMOVITZ, M.; ZELNICK, J. Privatization in the human services: implications for direct practice. *Clinical Social Work Journal*, Dordrecht, v. 43, n. 3, p. 283-293, 2015.

- AKTOUF, O. Governança e pensamento estratégico: uma crítica a Michael Porter. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 42-53, 2002.
- BAHIA, L. *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.
- BARZELEY, M. *Breaking Through Bureaucracy: a new vision for managing in government*. Berkeley: University of California Press, 1992.
- BELLUZZO, L. G. M.; ALMEIDA, J. G. *Depois da queda: a economia brasileira da crise da dívida aos impasses do real*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- BRAGA, J. C. S. A “financeirização” do capitalismo desenvolvido. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, 22 jul. 1990. Economia, p. B2.
- BRAGA, J. C. S. A financeirização da riqueza: a macroestrutura financeira e a nova dinâmica dos capitalismos centrais. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 25-57, 1993.
- BRAGA, J. C. S. Crise sistêmica da financeirização e a incerteza das mudanças. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 23, n. 65, p. 89-102, 2009.
- BRAGA, J. C. S. Financeirização global: o padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (org.). *Poder e dinheiro: uma economia política da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BRAGA, J. C. S. *Temporalidade da riqueza: teoria da dinâmica e financeirização do capitalismo*. 1985. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1985.
- BRAGA, J. C. S.; OLIVEIRA, G. C.; WOLF, P. W. et al. For a political economy of financialization: theory and evidence. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 26, p. 829-856, 2017. Número Especial.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise financeira global e depois: um novo capitalismo?. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, n. 86, p. 51-72, 2010.
- BRUNO, M.; DIWARA, H.; ARAÚJO, E. et al. Finance-led-growth regime no Brasil: estatuto teórico, evidências empíricas e consequências macroeconômicas. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 730-750, 2011.

- BUSTAMANTE, A. V.; MÉNDEZ, C. A. Health Care Privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico. *Journal of Health, Politics and Law*, Durham, v. 39, n. 4, p. 841-886, 2014.
- CARNEIRO, R. *Desenvolvimento em crise: a economia brasileira no último quarto do século XX*. São Paulo: Editora Unesp: Unicamp, 2002.
- CARTER, Z.; GRIM, R. Noam Chomsky: Obama trade deal a 'neoliberal assault' to further corporate 'domination'. Entrevistado: Noam Chomsky. *Huffpost*, São Paulo, 25 jan. 2014. Disponível em: [https://www.huffpostbrasil.com/entry/noam-chomsky-obama-trans-pacificpartnership\\_n\\_4577495](https://www.huffpostbrasil.com/entry/noam-chomsky-obama-trans-pacificpartnership_n_4577495). Acesso em: 25 maio 2018.
- CHESNAIS, F. Introdução Geral. In: CHESNAIS, F. (org.). *A mundialização financeira: gênese, custos e riscos*. São Paulo: Xamã, 1998.
- CHESNAIS, F. O capital Protador de Juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: CHESNAIS, F. (org.). *A finança mundializada: raízes sociais e políticas, configurações, consequências*. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 35-67.
- CORDEIRO, H. A. *A indústria de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- CORDEIRO, H. A. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- COUTINHO, L.; BELLUZZO, L. G. "Financeirização" da riqueza, inflação de ativos e decisões de gasto em economias abertas. *Economia e Sociedade*, Campinas, n. 11, p. 137-150, 1998.
- CROTTY, J. The neoliberal paradox: the impact of destructive product market competition and "modern" financial markets on nonfinancial corporations performance in the neoliberal era. In: DONNANGELO, M. C. F. *Medicina & sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2011.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- EIBENSCHUTZ, C. (org.). *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- EPSTEIN, G. A. (ed.). *Financialization and the world economy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2005. p. 77-110.
- EPSTEIN, G. A. Introduction: financialization and the world economy. In: EPSTEIN, G. A. (ed.). *Financialization and the world economy*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, 2005. p. 3-16.



- FILGUEIRAS, L. A. M. *História do Plano Real: fundamentos, impactos e contradições*. São Paulo: Boitempo, 2000.
- FILGUEIRAS, L. A. M. O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico. *In: BASUALDO, E. M.; ARCEO, E. (comp.). Neoliberalismo y sectores dominantes: tendencias globales y experiencias nacionales*. Buenos Aires: CLACSO, 2006. p. 179-206.
- FINE, B. Financialization and social policy. *In: UNRISD CONFERENCE ON THE SOCIAL AND POLITICAL DIMENSIONS OF THE GLOBAL CRISES: IMPLICATIONS FOR DEVELOPING COUNTRIES, 1., 2009, Geneva. Anais [...]*. Geneva: UNRISD, 2009.
- FOSTER, J. B. The financialization of Capitalism. *Monthly Review*, New York, v. 58, n. 11, 1 abr. 2008.
- FURTADO, C. *Prefácio à nova economia política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.
- GONÇALVES, R. *Globalização e desnacionalização*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- GOVERNMENT OF THE FUTURE: GETTING FROM HERE TO THERE, 1., 1999, Paris. *Anais [...]*. Paris: OECD, 2000.
- GREGORY, R. All the King's Horses and all the King's Men: putting New Zealand's public sector back together again. *International Public Management Review*, Washington, D. C, v. 4, n. 2, p. 41-58, 2003.
- GRUENING, G. Origin and theoretical basis of New Public Management. *International Public Management Journal*, Stamford, v. 4, p. 1-25, 2001.
- GUTTMANN, R. Uma introdução ao capitalismo dirigido pelas finanças. *Novos Estudos*, n. 82, p. 11-33, 2008.
- HACKER, J. S. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British Canadian, and U.S. medical policy. *Studies in American Political Development*, Cambridge, v. 12, n. 1, p. 57-130, 1998.
- HILFERDING, R. *El capital financiero*. Madrid: Editorial Tecnos, 1973.
- HOBSON, J. A. *A evolução do capitalismo moderno: um estudo da produção mecanizada*. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1996.
- IMMERGUT, E. M. Institutional constraints on policy. *In: GOODIN, R. E.; REIN, M.; MORAN, M. (org.). The Oxford handbook of public policy*. Oxford: Oxford University Press, 2007. p. 557-571.

KETTL, D. F. *The Global Public Management Revolution: a report on the transformation of governance*. Washington, D. C: Brookings Institution Press, 2000.

LAVINAS, L. *The takeover of social policy by financialization: the brazilian paradox*. New York: Palgrave Macmillan, 2017.

LAZONICK, W.; O'SULLIVAN, M. Maximizing shareholder value: a new ideology for corporate governance. *Economy and Society*, London, v. 29, n. 1, p. 13-35, 2000.

LIMA, M. L. L. M. P. *O euromercado e a expansão do capital financeiro internacional*. 1985. Dissertação (Mestrado em Ciência Econômica) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1985.

MAARSE, H. The Privatization of Health Care in Europe: an eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Durham, v. 31, n. 5, p. 981-1014, 2006.

MACKINTOSH, M.; CHANNON, A.; KARAN, A. et al. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet*, London, v. 388, n. 10044, p. 596-605, 2016.

201

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1985. v. III, t. 1.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MILBERG, W. Shifting sources and uses of profits: sustaining US financialization with global value chains. *Economy and Society*, London, v. 37, n. 3, p. 420-451, 2008.

MINTZBERG, H. *Managing the myths of health care: bridging the separations between care cure, control, and community*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers, 2017.

ORHANGAZI, Ö. Financialisation and capital accumulation in the non-financial corporate sector: a theoretical and empirical investigation on the US economy: 1973–2003. *Cambridge Journal of Economics*, Cambridge, v. 32, p. 863-886, 2008.

PLIHON, D. As grandes empresas fragilizadas pela finança. In: CHESNAIS, F. (ed.). *A finança mundializada: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos*. São Paulo: Boitempo, 2005. p. 133-151.

- POLLITT, C.; GEERT, B. *Public Management Reform: a comparative analysis: new management, governance, and the neo-weberian state*. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press, 2006.
- RAVIOLI, A.; SOÁREZ, P. C.; SCHEFFER, M. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 1-16, 2018.
- SALVADOR, E. *Fundo público e seguridade social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2010.
- SAMPAIO JÚNIOR, P. S. A. Globalização e reversão neocolonial: o impasse brasileiro. In: VAZQUEZ, G. H. *Filosofia y teorías políticas entre la crítica y la utopía*. Buenos Aires: CLACSO, 2007. p. 143-155.
- SCHWEICKART, D. Socialism, democracy, Market, planning: putting the pieces together. *Review of Radical Political Economics*, New York, v. 24, n. 3-4, p. 29-45, 1992.
- SERFATI, C. Financial dimensions of transnational corporations, global value chain and technological innovation. *Journal of Innovation Economics & Management*, Paris, v. 2, n. 2, p. 35-61.
- SERFATI, C. Transnational corporations as financial groups. *Work Organisation, Labour & Globalisation*, London, v. 5, n. 1, p. 10-38, 2011.
- SESTELO, J. A. F.; CARDOSO, A. M. C.; BRAGA, I. F. et al. A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 26, p. 1097-1126, 2017. Número Especial.
- STARR P. The meaning of Privatization. *Yale Law and Policy Review*, New Haven, v. 6, p. 6-41, 1989.
- STOCKHAMMER, E. Financialisation and the slowdown of accumulation. *Cambridge Journal of Economics*, Cambridge, v. 28, n. 5, p. 719-741, 2004.
- UNCTAD. *Trade and Development Report 2017: beyond austerity: towards a global new deal*. Geneva: United Nations, 2017.
- VAN DER ZWAN, N. Making sense of financialization. *Sócio-Economic Review*, Oxford, v. 12, n. 1, p. 99-129, 2014.

# A governança em rede e a estrutura operacional no âmbito do SUS – as redes de atenção à saúde

*Monica Almeida Neri*

*Isabela Cardoso de Matos Pinto*

## Introdução

203

O estudo do modelo de governança em rede, seus elementos e atributos, assim como suas diferenças relacionadas com a estrutura de outros modelos favorece a análise conceitual e de fundamentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo vigente no sistema público do país, desde 2010.

Economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção são elementos primordiais das RAS e buscam, *a priori*, garantir resultados de forma efetiva, eficiente e com qualidade. Constituem-se, entretanto, num grande desafio para implementação do modelo nos serviços públicos do país, considerando-se a realidade atual de organização e o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O sistema de governança da rede também será aqui discutido, assim como os atributos das RAS, essenciais para

o seu funcionamento, e suas dimensões quanto ao desenho institucional, sistema gerencial e de financiamento, analisados a partir das peculiaridades do SUS.

Ao abordarmos governança, quatro tipos distintos precisam ser identificados na estrutura do seu conceito: hierarquias, mercados, comunidades e redes. A governança em rede diferencia-se dos demais tipos de governança pela visão pragmática dos atores e pela participação de outros atores sociais nos processos de tomada de decisão política, com o estado assumindo um papel de ativador de atores e na busca da coordenação de diferentes interesses. (KÖHLER-KÖCH, 1999)

Na perspectiva do conceito de governança em rede, as redes de políticas públicas (*policy networks*) constituem uma das manifestações mais comuns. A multiplicidade de atores que participam e interagem no processo, bem como “uma relativa autonomia em relação à autoridade do estado” é uma característica desse modelo (PIERRE; PETERS; GUY, 2000). A complexidade dos estados contemporâneos demandou a substituição dos modos habituais de coordenação, como hierarquia ou mercado, para aqueles baseados em redes intergovernamentais. Isto decorreu da falta de capacidade da forma de governar tradicional para atender às políticas públicas com seus problemas multifacetados. (SØRENSEN; TORFING, 2007)

O modelo de governança em redes permite o compartilhamento de informações e conhecimentos, num intercâmbio de experiências, que favorece os processos de negociação e articulação de soluções entre os atores e construção de consensos. O sentimento de responsabilidade colabora no sentido de diminuir resistências e minimizar conflitos, uma vez que os atores se sentem envolvidos no processo de busca de objetivos comuns em prol das metas propostas. (SØRENSEN; TORFING, 2007)

Na governança em redes, enquanto redes inter-organizacionais auto-organizadas, quatro elementos básicos são destacados por Rhodes (1997), a saber: interdependência entre organizações, interações continuadas entre os membros da rede, interações baseadas na confiança mútua e em regras claras, e um significativo grau de autonomia face ao Estado.

O espaço participativo de discussão e um reconhecido compartilhamento de responsabilidades para uma variedade de atores com certo grau de autonomia é uma característica presente nos conceitos apresentados. Dessa forma, governança em rede pode ser definida como um avanço dos processos de decisão coletiva em que é reconhecida a legitimidade de participação a uma grande variedade de atores sociais. (RODRIGUES, 2010)

Enfatiza-se, ainda, nesse modelo de governança, a interdependência entre os atores do processo e a manutenção da autonomia com relações caracterizadas pela horizontalidade. Há, em paralelo, relações verticais, ressaltando-se que “embora o poder público possa impor decisões aos parceiros, estes últimos possuem, como contrapeso, recursos como informações, conhecimento específico, capital, suporte político, dentre outros”. (MILAGRES, 2012, p. 4)

Há um ambiente de negociações presente nas relações, nas quais o consenso, a construção de confiança, o aprendizado e entendimento comum são metas perseguidas. Entretanto, as diferentes perspectivas e experiências dos atores envolvidos, com certo grau de assimetria, tornam propícios conflitos e antagonismos que serão mediados pelo sistema de governança com seus elementos contratuais (regras e papéis), normativos (normas, valores e padrões), cognitivos (código, conceitos, conhecimentos) e imaginários (identidades, ideologias, expectativas comuns). (TORFING, 2005)

O processo de aprendizado, que contribui para a evolução das relações de parceria, é oriundo e resultante de novas percepções dos atores relativas aos objetivos, metas e caminhos propostos para se atingir os resultados esperados. (MAHNKE, 2000)

As RAS, modelo atual de governança no serviço público de saúde do país desde 2010, atuam com peculiaridades inerentes ao setor e seguem os princípios da governança em rede.

## Governança em rede – As Redes de Atenção à Saúde

A literatura aponta uma multiplicidade de definições sobre as redes de atenção à saúde. A revisão feita por Mendes (2011) destaca a definição das RAS por um grupo pioneiro do tema nos Estados Unidos e que insere importantes elementos ao conceito:

Foco nas **necessidades de saúde da população**, coordenação e integração do cuidado através de um **contínuo de atenção**; sistemas de informação que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; **informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias**; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para **alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos**; e contínua melhoria dos serviços prestados. (MENDES, 2011, p. 80, grifo nosso)

206

A responsabilidade sanitária pelo cuidado de forma integral e integrada a uma população específica é uma característica destacada por outros autores na definição de redes integradas de serviços de saúde. Caracteriza-se, ainda, por uma rede de organizações que provê ou faz arranjos para ofertar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos, assim como pelo estado de saúde da população a que serve. (SHORTELL et al., 1996 apud ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008) amplia esse conceito e ressalta as diferentes complexidades do cuidado a ser ofertado, bem como especifica a atenção à saúde num perfil terapêutico, e também de prevenção: “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”. (WHO, 2008, p. 1) O conceito do MS (MENDES, 2011) para as RAS destaca, nas definições anteriores, a integração do cuidado e insere, ainda, a integração da estrutura logística e de gestão do sistema de saúde

para um resultado efetivo e de qualidade da atenção. Observamos a introdução de aspectos gerenciais integrados mais explícitos, enquanto fundamento administrativo da rede, bem como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnicos, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010)

As RAS têm, ainda, além das características já apresentadas, um importante fator relacionado à colaboração interdependente entre os pontos de atenção à saúde, integrados em prol de um objetivo comum, para um cuidado oportuno, humanizado, com equidade, a partir da atenção primária e que, além de efetivo, gere valor para a população.

Pode-se definir as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p. 82)

207

A introdução da expressão “gerando valor para a população” na definição de RAS por Mendes (2011) remete à necessidade de um sistema de saúde que gere qualidade no resultado entregue à população, num sentido que ultrapassa a efetividade individual do cuidado ao usuário para a perspectiva de um somatório de resultados que contemple a comunidade. Ou seja, não basta o acesso em si a determinado serviço, mas o nível da qualidade e efetividade do serviço entregue ao cidadão, que possa gerar valor para sua condição de saúde e para a sociedade em que vive.

Nos diversos conceitos de redes, diferentes elementos comuns podem ser observados: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos. (MENDES, 2011)



Para a estruturação das RAS, conforme ressaltado por Mendes, quatro fundamentos são essenciais para o seu funcionamento adequado: economia de escala; disponibilidade e suficiência de recursos; qualidade; e acesso. Constituem-se, entretanto, num grande desafio para implementação nos serviços públicos de saúde na realidade atual de organização e de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Compõe-se, assim, um contexto que precisa ser enfrentado, uma vez que o funcionamento de serviços de saúde em rede é uma estratégia de qualificação da atenção à saúde e de otimização de recursos escassos. “A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos”. (MENDES, 2011, p. 75)

A *integração vertical*, também fundamento primordial da RAS, refere-se à articulação interdependente entre os vários serviços que compõem a rede nos níveis da atenção primária, secundária e terciária com o objetivo de agregar valor complementar um ao outro. Outra estratégia das RAS, que visa otimizar o ganho em escala e a eficiência econômica da rede, é a *integração horizontal*, ou seja, a fusão de unidades ou serviços de saúde da mesma especialidade, por meio da integração de pontos de atenção à saúde que tenham atividades afins.

O caráter transitório e, necessariamente, evolutivo da atenção à saúde dentro da rede recorre a *processos de substituição*. Significam o reagrupamento contínuo de serviços e de recursos entre e dentro das unidades de saúde, em busca de qualificação da atenção e da possibilidade de redução dos custos, associados às mudanças das necessidades da população, dos recursos disponíveis, ou de novas evidências científicas relativas à busca de excelência no cuidado. (MENDES, 2011)

Embora as RAS possam estar articuladas ou não a *territórios sanitários*, no caso do SUS, a organização dessa rede, num modelo de cooperação gerenciada, exige determinados critérios: definição da área geográfica, população e ações e serviços de saúde disponibilizados numa região de saúde. A qualidade da atenção, o acesso e o ganho em

escala são fatores que definem a estruturação da região de saúde, com uma organização que pode estar baseada exclusivamente no critério geográfico ou definida a partir da pactuação entre municípios para o compartilhamento ou agregação de serviços

Na perspectiva da territorialização dos serviços de saúde, torna-se fundamental a sua distribuição e pactuação entre municípios e estado por *níveis de atenção à saúde* com vistas ao uso racional dos recursos de acordo com a disponibilidade e densidade tecnológica. (MENDES, 2011) Classificam-se assim: nível de menor densidade, a Atenção Primária em Saúde (APS); densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde (ASS); e nível de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (ATS).

## O sistema de governança da rede

Os atributos de uma RAS, definidos na Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, essenciais para o seu funcionamento, serão abordados nos âmbitos assistencial, de governança e estratégia, de organização e gestão e de incentivos.

No *âmbito assistencial*, têm-se os seguintes atributos: população e territórios definidos, extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços, APS como primeiro nível de atenção, serviços especializados, mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada, atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando-se em consideração as particularidades de cada um.

É fundamental a definição do território e de sua população para conhecimento das necessidades de saúde e de serviços de saúde, bem como para o planejamento e integração regional das ações e monitoramento dos resultados. Em conformidade com essa integração e com a suficiência, acesso e qualidade da atenção, importantes fundamentos das RAS, há a necessidade de planejamento de pontos de atenção à saúde diversificados que incluam ambulatorios de atenção primária e especializados, centros hospitalares, maternidades e

centros de reabilitação. Além disso, é fundamental a disponibilidade de atendimento de promoção, reabilitação e recuperação da saúde num perfil eletivo, de urgência e paliativo.

O planejamento do cuidado deverá ser feito nos diferentes graus de complexidade da atenção à saúde, de acordo com a necessidade do usuário e de forma a promover a garantia de acesso aos diversos pontos da rede, tendo a APS como porta de entrada no sistema.

Ressaltamos que, para as condições de maior complexidade, a fim de otimizar recursos na perspectiva do conceito de economia de escala, os serviços mais especializados serão concentrados em determinado nível da atenção. O gerenciamento do processo de transferência do cuidado entre os diversos pontos de atenção à saúde da RAS deve garantir de forma ininterrupta a atenção necessária, integral e qualificada ao usuário. Esses mecanismos estão relacionados com a governança e gestão dos processos para o acesso do usuário aos serviços da rede.

210 Um outro atributo da RAS, o modelo assistencial centrado no usuário, com atenção às suas necessidades de saúde e peculiaridades sociais, desloca o foco da atenção da doença para o usuário e insere a proposta de consideração às suas singularidades na decisão terapêutica ou do tipo de atenção.

No âmbito da governança e estratégia, os atributos das RAS referem-se à integração entre os diferentes entes federativos, a fim de atingir um propósito comum, ampla participação social e gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010)

A instituição de um sistema de governança único permite melhor planejar as ações para determinada população de uma região de saúde, com otimização dos equipamentos e recursos de saúde dos entes federativos envolvidos. Favorece, ainda, o monitoramento e avaliação dos resultados e indicadores de saúde esperados para as metas propostas no planejamento em saúde para aquela região.

A integração de atores sociais na implementação das ações da RAS, por meio de espaços de discussões, de compartilhamento de decisões e responsabilidades, é um importante diferencial. A participação social nesse modelo de governança relaciona-se a aspectos variados. Entre eles,

destacam-se o entendimento do problema e intercâmbio entre comunidades, com desafios semelhantes para a busca de soluções, uma aproximação efetiva das comunidades para compreensão real das suas necessidades de saúde, bem como o empoderamento dos usuários nesses espaços, para que tenham controle de decisões que possam afetar seu bem-estar (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

A gestão integrada de sistemas de apoio diagnóstico, clínico e logístico é outro importante atributo das RAS. O tamanho e complexidade da rede definirão a magnitude dessa integração num apoio à qualificação daquela linha de cuidado em busca da excelência e eficiência dos serviços disponibilizados. A compra, armazenamento e entrega de insumos médicos, avaliação da necessidade de incorporação de tecnologias e o apoio do sistema de transporte e regulação para trânsito seguro dos usuários entre os diversos pontos da rede são tópicos, cuja centralização (LEGA, 2007 apud ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010, p. 68) pode favorecer a “eficácia eficiente”, conforme recomendado por Testa (2007).

211

A diferença entre eficiência (relação entre aquilo que se faz e o seu custo) e eficácia/efetividade (relação daquilo que resulta com o que foi feito) é extremamente geradora de conflitos. Testa (2007) resgata como indicador, a **eficácia eficiente**, com o objetivo de ressaltar para as organizações de saúde a importância da supremacia da eficácia, a fim de que não se dilapide os recursos e que também não se priorize exclusivamente a otimização dos mesmos. A **eficácia eficiente** torna-se, assim, um importante desafio para o gestor de saúde que necessita tomar decisões de maior ou menor porte, que promovam as mudanças, previamente analisadas e propostas, com um resultado que repercuta positivamente nos indicadores de saúde daquela comunidade ou região. (NERI, 2017, grifo do autor)

Recursos suficientes, sistema de informação integrado, ação intersetorial e financiamento tripartite são os atributos da RAS relacionados ao âmbito da organização e gestão no SUS. Outro importante atributo para a garantia do acesso qualificado é a suficiência dos recursos humanos, logísticos e físicos. Os recursos humanos são

o capital mais importante da rede. Seu quantitativo, distribuição e competência relacionam-se diretamente com a excelência do cuidado que se busca disponibilizar aos usuários. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010)

A informação de qualidade e compartilhada, visando promover uma comunicação clara, entre os diversos pontos de atenção, é estratégica para a tomada de decisão quanto à reavaliação dos processos que potencializem os resultados a serem alcançados pelos serviços de saúde. A RAS deve possuir um sistema de informação que contemple um trânsito fluido, seguro e confidencial de dados sobre os usuários e sua trajetória na rede, além de informações sobre a situação de saúde da comunidade, os pontos de atenção à saúde e custos dos serviços de forma fidedigna.

Além disso, a integração de setores, na perspectiva de compartilhamento de conhecimento entre as especialidades administrativas e da assistência, com foco numa atenção multidisciplinar, estimula, ainda, a comunicação entre os profissionais dos diversos pontos de atenção e da rede como um todo. A garantia da fidedignidade da informação é importante desafio do sistema público de saúde no país e pode comprometer a tomada adequada de decisão por parte dos gestores.

O financiamento dessa estrutura deve envolver recursos que contemplem as necessidades dos serviços nos diversos pontos da rede. Esse atributo está bem estabelecido, por exemplo, na Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha e define o financiamento tripartite por meio de recursos de ordem federal, estadual e municipal. Quanto ao âmbito relacionado aos incentivos, propõe-se a gestão baseada em resultados com monitoramento e avaliação de metas claras, com prazos definidos e indicadores efetivos de acompanhamento.

A implementação desses atributos num sistema de saúde, prioritariamente, fragmentado do cuidado é um processo paulatino, desafiador e com graus, velocidade e evolução dependentes da realidade inicial. Nessa perspectiva, foi construído um quadro (Quadro 1) com níveis de progressão de implementação desses atributos, a partir

de pontos extremos, desde uma fragmentação absoluta do sistema de saúde até o nível de uma rede de assistência completamente integrada. A realidade empírica diverge desses extremos e encontra-se, habitualmente, em níveis heterogêneos de integração dos serviços e de aplicação dos atributos anteriormente apresentados. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010)

Trata-se de um referencial para análise e discussão dos pontos mais frágeis que requeiram maior empenho da governança para a implementação de uma atenção à saúde integral e integrada em rede.

Quadro 1 – Evolução da progressão para Redes Integradas de Serviços de saúde: desde a fragmentação absoluta até as redes integradas

(Continua)

ÂMBITO DA ABORDAGEM	ATRIBUTO ESSENCIAL	NÍVEL DE PROGRESSÃO DOS ATRIBUTOS QUE CONFIRMAM AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
		I REDE FRAGMENTADA	II REDE PARCIALMENTE INTEGRADA	III REDE INTEGRADA
Modelo Assistencial	1. População e território	Sem população/território definidos	População/território a cargo definidos, mas com escasso conhecimento de suas necessidades em saúde	População/território a cargo definidos e amplo conhecimento de suas necessidades em saúde, as quais determinam a oferta de serviços de saúde
	2. Oferta de Serviços	Inexistente, muito limitada ou restrita ao primeiro nível de atenção	Compreende a maioria dos níveis de atenção, mas com grande predomínio de serviços de saúde pessoal	Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que compreende todos os níveis de atenção e que fornece e integra tanto os serviços de saúde individuais como os de saúde pública

ÂMBITO DA ABORDAGEM		NÍVEL DE PROGRESSÃO DOS ATRIBUTOS QUE CONFIRMAM AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE			
		I REDE FRAGMENTADA	II REDE PARCIALMENTE INTEGRADA	III REDE INTEGRADA	
Modelo Assistencial	3. Primeiro nível de atenção	Predominância de programas verticais que funcionam de forma desintegrada	Atua como porta de entrada no sistema mas com grande predominância de serviços de saúde individuais	Atua como porta de entrada no sistema, integra e coordena o cuidado assistencial e resolve a maioria das necessidades de saúde da população	
	4. Atenção especializada	Acesso desregulado a especialistas	Acesso regulado à atenção especializada, porém com predomínio hospitalar	Prestação de serviços especializados se dá preferencialmente nos ambientes extra hospitalares.	
	5. Coordenação assistencial	Não há coordenação assistencial	Existência de mecanismo de coordenação assistencial, mas que não cobre todo o contínuo do cuidado à saúde	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo do cuidado à saúde	
	6. Foco do cuidado	Centrado na enfermidade	Centrado no indivíduo	Centrado na pessoa, na família e na comunidade/ território	



ÂMBITO DA ABORDAGEM	ATRIBUTO ESSENCIAL	NÍVEL DE PROGRESSÃO DOS ATRIBUTOS QUE CONFIRMAM AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
		I REDE FRAGMENTADA	II REDE PARCIALMENTE INTEGRADA	III REDE INTEGRADA
Modelo Assistencial	7. Governança	Não há função clara da governança	Múltiplas instâncias de governança que funcionam em forma independente umas das outras	Um sistema de governança único para toda a rede
	8. Participação	Não há instâncias de participação social	As instâncias de participação são limitadas	Participação social ampla
	9. Intersectorialidade	Não há vínculos entre os setores	Existem vínculos com outros setores sociais	Ação intersectorial além daquelas dos setores sociais
Organização e Gestão	10. Gestão de Apoio	Gestão de apoio desintegrada	Gestão de apoio clínico integrada mas sem integração dos sistemas de apoio administrativo e logístico	Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico
	11. Recursos Humanos	Insuficientes para as necessidades da rede	Suficientes, mas com deficiências quanto às competências técnicas e compromisso com a rede	Suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede

(Conclusão)

ÂMBITO DA ABORDAGEM		NÍVEL DE PROGRESSÃO DOS ATRIBUTOS QUE CONFIRMAM AS REDES INTEGRADAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE		
		I REDE FRAGMENTADA	II REDE PARCIALMENTE INTEGRADA	III REDE INTEGRADA
Organização e Gestão	12. Sistemas de Informação	Não há sistemas de informação	Múltiplos sistemas que não se comunicam entre si	Sistemas de informação integrados e que vinculam todos os membros da rede, com dados divididos por variáveis relevantes
	13. Desempenho e Recursos	Não há medida de desempenho e resultados	Medidas de desempenho centradas em insumos e processos	Medição de desempenho centrada em resultados em saúde e satisfação do usuário
Sistema de alocação e incentivos	14. Financiamento	Insuficiente e descontínuo	Financiamento adequado porém com incentivos financeiros não alinhados	Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede como um todo

Fonte: elaborado pelas autoras.

## Elementos constitutivos das RAS

A operacionalização da RAS depende da interação de três elementos constitutivos: a população e sua região de saúde definida; a estrutura operacional e os serviços com níveis diferenciados de atenção à saúde e sistemas de apoio, logísticos e de governança; e o modelo de atenção à saúde com seu referencial lógico para funcionamento articulado da rede. (MENDES, 2011) Alguns elementos constitutivos da RAS estão entre os atributos apresentados anteriormente e serão aqui detalhados na perspectiva de um modelo assistencial instituído no SUS.

Do ponto de vista das necessidades de saúde, aspecto fundamental de uma RAS, o conhecimento aprofundado da população para a qual a rede disponibiliza os seus serviços é estratégico, assim como a delimitação da área geográfica/região de saúde sob sua responsabilidade. Isto permite a classificação da comunidade a ser assistida por riscos sócio-sanitários e favorece a viabilidade operacional e sustentável do cuidado. A RAS tem como objetivo promover, preservar e/ou recuperar a saúde das pessoas da comunidade. Torna-se primordial buscar informações sobre essa comunidade, para o planejamento atual e futuro das necessidades e serviços de saúde. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010)

O funcionamento da rede depende de uma estrutura operacional, que consiste num conjunto de pontos de atenção à saúde que ofertam os seus serviços e interagem entre si, associado aos sistemas de apoio processual e com vistas à garantia do cuidado. São cinco os componentes: centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; os sistemas logísticos e o sistema de governança. (MENDES, 2011) Através da figura abaixo é possível compreender a estrutura operacional da RAS.

Os pontos de atenção secundários e terciários, em virtude da divisão técnica, são específicos para o serviço prestado naquela rede. (MENDES, 2011) No caso da Rede Cegonha, estarão relacionados com a atenção materno-infantil. Os demais componentes (sistema de

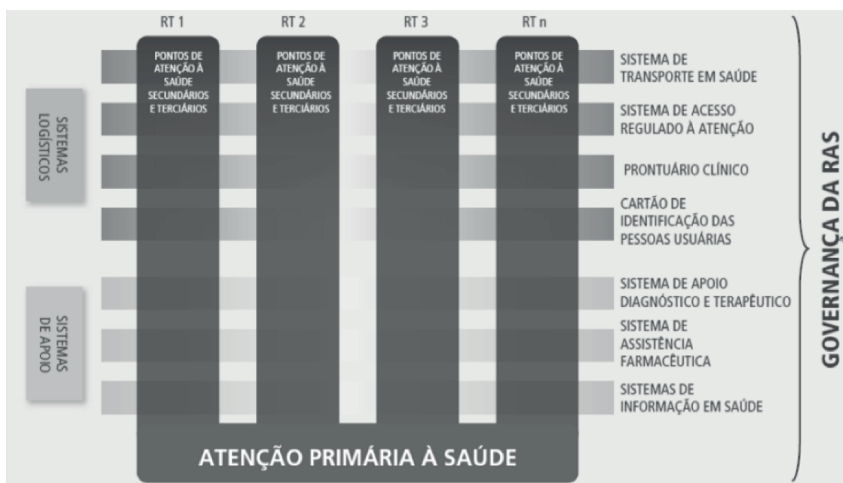
apoio, sistema logístico, sistema de governança) organizam-se de forma transversal em todas as redes temáticas.

A APS, centro de comunicação da rede, deve ser o ponto de entrada do usuário no sistema de saúde organizado e estruturado em rede. A partir desse centro, ocorrem as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência terapêutica e de reabilitação interligados para assistência integral, integrada e continuada da comunidade naquela região geográfica.

Ressaltamos que a expressão “atenção primária” refere-se ao primeiro contato, muito distante do atendimento de atenção primitiva a pessoas pobres de regiões pobres numa lista básica de serviços de saúde de baixa densidade tecnológica, conforme destacado por Testa (1989) e reiterado por Mendes (2011).

Uma APS, estruturada para um cuidado qualificado, ancora-se nos seguintes atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária, competência cultural com importantes funções de resolubilidade, comunicação e responsabilização. (MENDES, 2011) Esses atributos e funções exigem da equipe de saúde da APS um conhecimento aprofundado das necessidades de saúde da população com uma abordagem ampliada e acompanhamento da trajetória do usuário em qualquer ponto de atenção à saúde em que se encontre na rede.

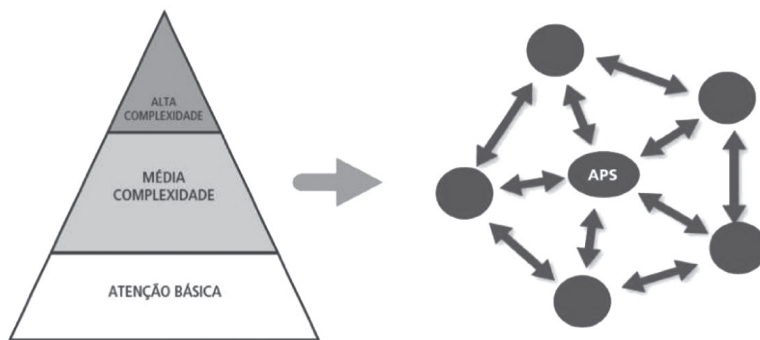
Figura 1 – Estrutura operacional das RAS



Fonte: adaptado de Mendes (2011, p. 86).

Na ilustração da Figura 2, observamos a APS como centro de comunicação numa substituição do modelo hierárquico e piramidal pelo conceito de redes policêntricas horizontais. (MENDES, 2011)

Figura 2 – Modelo da Atenção Primária em Saúde como centro de comunicação



Fonte: adaptado de Mendes (2011, p. 84).

220

Os *pontos de atenção secundária e terciária* funcionam de forma integrada com a APS e demais pontos da rede, por meio dos sistemas logísticos que apoiam o fluxo e contrafluxo do usuário. As necessidades de âmbitos diagnóstico, terapêutico, de assistência farmacêutica e do sistema de informação à saúde das RAS são atendidas pelos *sistemas de apoio* que dão suporte a todos os pontos de atenção à saúde.

O quarto componente, os *sistemas logísticos*, baseados nas tecnologias da informação, responsabilizam-se pela integração dos pontos de atenção à saúde, favorecendo a comunicação eficaz e o percurso rápido e fidedigno das informações para registro adequado e tomada de decisão assistencial e administrativa.

Quanto ao *sistema de governança* da rede, Nielsen (2010) classifica a sua estrutura em contratual e processual. A governança contratual se refere ao plano de trabalho no qual estarão explícitos os direitos e obrigações, os contratos formais, as regras que regulamentarão o comportamento para atingir os objetivos da rede. A processual, por sua vez, tem relação com o processo de intenções entre os atores da parceria, bem como com os mecanismos de coordenação e instrumentos dessas interações. A estratégia desse processo tem como

fator essencial a interdependência e a motivação dos integrantes da rede para um trabalho colaborativo com tarefas individuais e em grupos com interdependência. O sentimento de pertencimento ao processo favorece a construção da parceria e o alcance dos resultados. (NIELSEN, 2010)

A comunicação com intercâmbio e trânsito fluido de informações e conhecimento do processo e estratégias de parceria são fundamentais na estrutura de governança. (LINDENBERG; FOSS, 2011) A simetria de informações e a comunicação integrada aos objetivos da rede favorecem o espaço para a confiança. A partir daí, fortalece-se também a construção de espírito de equipe com regras claras (governança contratual) dos processos e procedimentos para divisão interna do trabalho, minimizando-se conflitos e criando-se espaço para o surgimento e fortalecimento de lideranças no grupo (governança processual). Essa liderança tem como foco o gerenciamento da equipe por meio da cooperação recíproca e se fundamenta também numa estrutura de reconhecimento baseado em recompensas que, prioritariamente, devem ser direcionadas ao grupo e não individuais. (NIELSEN, 2010)

221

Essa classificação torna-se útil para análise crítica dos resultados da rede do ponto de vista gerencial. Empiricamente, os limites entre o contrato e o processo de efetivação do mesmo são tênues e se deslocam; às vezes, superpõem-se, por meio das atividades propostas com suas metas, indicadores e resultados já indicando contratualmente os processos para alcançá-los. Num aspecto que se aproxima dos conceitos acima apresentados, Roth e demais autores (2012) aprofundam as diferenças entre os conceitos de governança e gestão de redes horizontais, suas inter-relações e influências mútuas. Na perspectiva do conceito de governança de rede, os autores acima ressaltam que governança consiste “na definição de regras, critérios para tomada de decisão, responsabilidades e limites de autonomia e ação dos participantes”. Afirmando, ainda, que “o papel da governança não é gerir, mas delimitar a gestão”. (ROTH et al., 2012, p. 112) A gestão, por outro lado, tem por objetivo, por meio da adequação de práticas, atingir metas pactuadas entre governança e integrantes da rede e está caracterizada por certo

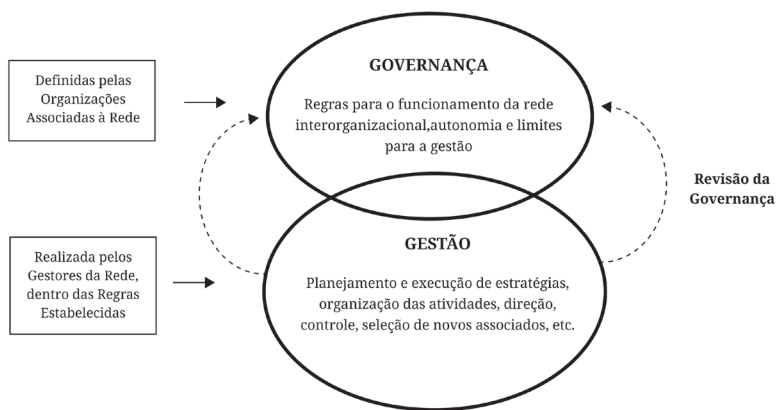
grau de flexibilidade, diferentemente da governança, que tem uma natureza menos transitória.

A gestão da rede, conforme Huxham e Ring (2008 apud ROTH, 2012, p. 118), refere-se a “uma série de processos e práticas realizadas por um time de indivíduos, focados tanto na definição da direção a ser tomada por uma entidade interorganizacional quanto à alocação e implementação de recursos para alcançar esses fins”.

Do ponto de vista conceitual, portanto, à governança, estão relacionados os elementos relativos às normas, regras, autonomia e limites do funcionamento da rede. À gestão, cabem os processos de implementação de ações com a aplicação de conhecimentos e habilidades, a fim de alcançar os objetivos da rede. Há, nesse âmbito, influências mútuas desses elementos que impactam no resultado coletivo da rede. A Figura 3 ilustra a síntese dos conceitos propostos.

Figura 3 – Sistema de governança e gestão de redes interorganizacionais

222



Fonte: adaptado de Roth (2012, p. 120).

A gestão, em última análise, é a colocação em prática das ações necessárias para a execução dos processos pertinentes ao funcionamento integrado da rede com foco na sua vocação e objetivos previamente definidos pela governança.

Outro aspecto a se destacar refere-se à análise da dimensão da influência do contexto no desempenho da governança da rede, associada à influência da própria rede no meio em que foi gerada em

função de suas ações colaborativas. (MILAGRES et al., 2012) Este contexto pode favorecer ou dificultar a implementação, pela gestão, dos processos previstos para atingir as metas do contrato discutido entre a governança e demais integrantes da rede.

No âmbito da eficácia da rede, Provan e Kenis (2008 apud ROTH, 2012) estabeleceram um modelo explicativo no qual diferenciam três formas distintas de governança, a partir da análise do número de membros da rede, do fator confiança, do consenso e da necessidade de uma coordenação do processo: redes de governança compartilhada, na qual o coletivo de atores interage para a tomada de decisão sem uma estrutura administrativa responsável pela gestão da rede; rede com organização líder, que é governada por um de seus membros, responsável pela coordenação das ações e habitualmente ocorre em relações verticais ou horizontais multifacetadas; e as redes governadas administrativamente, ou modelo de organização administrativa da rede, no qual uma entidade é criada para o gerenciamento e coordenação das atividades da rede. A Figura 4 apresenta esses modelos de governança.

223

Figura 4 – Modelos de governança



Fonte: adaptado de Kenis (2008 apud ROTH, 2012, p. 116).

Os autores destacam a possibilidade de surgimento de formas intermediárias entre os três modelos apresentados, a depender do processo de crescimento e evolução da rede, com as adaptações necessárias para a eficiência das metas propostas. No caso da Rede Cegonha, o processo se aproxima do formato de uma organização



administrativa da rede, realizada pelas secretarias de saúde do estado e do município.

Há conceitos de governança das RAS que incluem as ações da gestão. Sinclair e demais autores (2005 apud MENDES, 2011, p. 156, grifo nosso) assim a definem:

[...] é o arranjo organizativo uni ou plurinstitucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A **governança** objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, **definir objetivos e metas que devem ser cumpridos no curto, médio e longo prazos** para cumprir com a missão e com visão, articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas e **desenvolver a capacidade de gestão** necessária para **planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização.**

224

A governança das RAS possui como dimensões o *desenho institucional*, o *sistema gerencial* e o *sistema de financiamento*. (MENDES, 2011) Essas dimensões serão a seguir analisadas, a partir das peculiaridades do SUS.

## A governança das RAS no SUS

O *desenho institucional* da governança das RAS no SUS se insere num sistema de federalismo tripartite com complexas interrelações entre os entes federal, estadual e municipal. Os municípios são entes federados com autonomia política, administrativa e financeira, com competências bem dirigidas e grande heterogeneidade social, geográfica e epidemiológica entre si. O modelo adotado do federalismo predominantemente cooperativo e intraestatal no Brasil prevê um relacionamento entre os entes federados pautado na hegemonia do interesse comum sobre o individual, embora com elementos de competição e cooperação. O formato intraestatal remete ao incentivo de ações conjuntas nas políticas de saúde pública. (MENDES, 2011)

Esse arranjo institucional manifesta-se no SUS a partir de espaços decisórios interfederativos, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Associadamente, nesse modelo, estabelece-se a participação social por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. A unidade na diversidade, uma marca do federalismo cooperativo, deve ser estabelecida na implementação das normas ministeriais, respeitando-se a singularidade dos estados e das regiões brasileiras. (MENDES, 2011) A heterogeneidade de realidades do país dificulta, por vezes, a implementação de políticas públicas, cujas normativas não se encaixam na diversidade de indicadores de saúde e desenvolvimento social e econômico das regiões.

O financiamento federal não pode mais ser o conformador da organização do SUS, **não havendo mais espaço para a edição de normas operacionais e outras portarias ministeriais que rompam com as realidades locais e regionais** e que interfiram na autonomia do ente federativo para organizar seu sistema de acordo com essas realidades. (SANTOS; ANDRADE, 2007 apud MENDES, 2011, p. 168, grifo nosso)

225

Essa compreensão reforçou a necessidade de fortalecimento do modelo de governança regional que possa considerar essas diversas realidades, por vezes, presentes dentro de um mesmo estado. Esse nível da governança objetiva rediscutir e adequar políticas estaduais numa perspectiva de regionalização cooperativa entre municípios e estado. Busca-se, assim, de forma previamente pactuada, reconstruir, para determinada área geográfica, uma rede de assistência em escala adequada com economicidade e qualidade do cuidado ofertado, atendendo aos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade.

Com esse objetivo, e para garantir um espaço de decisão baseado nas prioridades e pactuações do funcionamento da RAS em determinada região de saúde, instituiu-se a Comissão Intergestores Regional (CIR) ou Colegiado de Gestão Regional, composto por gestores municipais de saúde dos municípios da região e representantes do gestor estadual. Trata-se de instância de articulação dos gestores

municipais para discussão e implementação de uma rede de serviços de saúde que disponibilize à população daquela região uma atenção integrada e de qualidade nos seus diversos níveis de complexidade com acesso garantido ao cuidado em saúde. (SANTOS; GIOVANELLA, 2014) Destacamos, nesse espaço, o perfil de decisão por consenso entre os participantes.

A expressão “governança regional” refere-se, portanto, àqueles conceitos de governança anteriormente apresentados, aplicados no âmbito da região de saúde com os seus respectivos representantes. A governança é aqui entendida como processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representa diversidades de interesses (público e privado) em um quadro institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições. (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010)

226

O 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 SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outras providências. Do ponto de vista da articulação interfederativa, assim dispõe no seu Art. 30 sobre a pactuação, a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em RAS:

As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo: I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB. (BRASIL, 2011)

A segunda dimensão da governança da RAS é o *sistema gerencial*, que necessita de instrumentos que envolvam o processo de territorialização por meio dos Planos Diretores de Regionalização (PDR),

o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação. (MENDES, 2011) A concepção dos *territórios sanitários*, descrita anteriormente, corresponde a espaços de responsabilização sanitária da RAS por uma população definida..

O *planejamento estratégico*, importante ferramenta para a construção de estratégias de forma articulada, interdependente, integrada e cooperativa entre os atores envolvidos, permite a discussão das responsabilidades nas três dimensões federativas e definição das ações prioritárias a serem implementadas. Os indicadores de saúde e necessidades regionais da população são importantes referenciais para a sua construção. No caso do SUS, está centrado nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. (MENDES, 2011) O Plano Diretor de Investimentos (PDI) deve refletir os recursos e investimentos necessários para atender às propostas e metas previstas nos respectivos planos regionais e municipais de saúde.

Os *contratos* entre gestores e prestadores de serviços são um importante instrumento para *monitoramento e avaliação* dos direitos e obrigações previstos entre as partes, bem como do cumprimento de metas, prazos e resultados a serem alcançados na implementação de ações de qualificação da atenção à saúde propostas para a melhoria dos indicadores sanitários daquela população. Nesse aspecto, indicadores quali e quantitativos referentes à produção assistencial prevista, acesso ao cuidado, efetividade, atenção hospitalar, atenção ambulatorial, segurança do paciente, satisfação dos pacientes, eficiência, entre outros, deverão estar bem definidos entre as cláusulas contratuais. (MENDES, 2011)

A *acreditação* dos serviços de saúde está entre as metas almejadas pela governança na busca constante da qualificação da atenção prestada nos pontos de assistência das RAS. Consiste no atendimento a padrões previamente definidos de qualidade, estipulados e monitorados por órgão competente. No aspecto das RAS, destacamos que a acreditação não se aplica a um ou mais pontos isolados do sistema, funcionando como “ilhas” de excelência, enquanto outras unidades da rede não acompanham esse nível de qualidade da atenção. A acreditação, neste caso, para ser emitida, analisa integralmente a

qualidade e o funcionamento da rede como um todo, por meio de critérios que consideram os atributos da RAS, apresentados anteriormente, com foco importante na continuidade da atenção nos diversos pontos da trajetória do usuário. (MENDES, 2011)

O *sistema de financiamento* das RAS, no caso do SUS, é de origem federal, estadual, municipal ou de origem externa associada de incentivo, parcial ou integral. Esse é um importante aspecto da governança, definidor de tomada de decisão que pode demandar recursos adicionais para ações ou metas propostas para a melhoria dos indicadores de saúde da população de determinada região. (MENDES, 2011) O subfinanciamento do SUS apresenta-se como limitante da implementação de investimentos normativamente instituídos pelo MS.

As RAS, por meio da utilização de serviços com base na economia de escala, atendem à expectativa de otimização de recursos escassos e redução de custos na atenção à saúde, a fim de minimizar o impacto de um sistema público de saúde sem recursos suficientes para atendimento às necessidades de saúde e de serviços de saúde da população. (CARVALHO, 2013).

Após definições dos elementos *população e estrutura operacional*, abordaremos o *modelo de atenção à saúde*, terceiro elemento constitutivo das RAS.

Modelo de atenção à saúde, conforme Paim (2001, p. 7-8), define-se como “combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas”. Para o autor,

Modelos de atenção são uma lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde. Indicam um determinado modo de dispor os meios técnico-científicos existentes para intervir sobre riscos e danos à saúde... Conceitos como práticas de saúde, com ênfase na sua dimensão técnica, meios de trabalho (saberes e instrumentos) que permitem a articulação de tecnologias e o trabalho propriamente dito (atividades) são de grande utilidade para o entendimento dos modelos de atenção estruturados para intervir sobre problemas e atender necessidades de saúde. (PAIM, 2001, p. 7-8)

São, também, definidos por este autor como formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários), mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. (PAIM, 2001)

Ressalta-se que os modelos de atenção à saúde inseridos nas RAS dos serviços públicos do país têm enfatizado a implantação e o fortalecimento de processos e ações de humanização da assistência, em consonância com os atributos da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/Humaniza SUS) criada pelo MS em 2003.

O Art. 38 do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011, que trata do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa do SUS, reforça este entendimento: “A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde”.

229

Deslandes (2004) ressalta que o termo “humanização” tem sido empregado para respaldar um amplo conjunto de iniciativas do Governo Federal, mas carece de uma definição mais clara. A autora faz questionamentos na tentativa de registrar os estranhamentos causados por esta expressão: “o que designa humanizar? Subentende-se que a prática em saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos?”

Essa autora, na busca de elucidar uma definição ao termo que atendesse ao significado utilizado em políticas e programas de governo, realizou uma análise da expressão a partir do conteúdo de propostas do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (MS, 2001). Nos eixos discursivos analisados, destaca a utilização do termo humanização “como oposição à violência, seja física e psicológica que se expressa por ‘maus tratos’, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e suas expectativas”. No segundo eixo de análise, identifica a expressão como a conjugação de tecnologia e fator humano e de relacionamento,

“humanização como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento”. Os demais eixos identificados remetem humanização à “melhoria das condições de trabalho do cuidador” e à necessidade de “ampliação do processo comunicacional”.

Deslandes (2004) define a utilização do termo humanização para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais. Implica, ainda, a valorização do profissional e do diálogo intra e intequipes.

O MS destaca que a PNH busca “pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar”. Efetivamente, objetiva:

A redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços. (BRASIL, 2020)

230

Nessa perspectiva, ressalta-se que as diretrizes de humanização vêm ao encontro de atributos inerentes à governança em rede. Envolve a criação de condições para melhoria do acesso e da qualidade da atenção disponibilizada aos usuários do SUS, por meio da organização dos serviços, da capacitação permanente dos profissionais de saúde, da corresponsabilidade dos profissionais em seu ambiente de trabalho e dos usuários no próprio cuidado, assim como a participação do usuário na avaliação da qualidade dos serviços que lhe são ofertados.

## Considerações finais

As características inerentes ao modelo de governança em rede diferenciam-se daquele dos sistemas fragmentados, principalmente quanto à forma de organização e coordenação da atenção e do cuidado ao usuário. Além disso, enquanto, nos sistemas fragmentados,

o foco está nas condições agudas de pronto-atendimento, os sistemas que funcionam em rede têm a atenção em condições agudas e crônicas com atuação integral e integrada dos serviços.

A implantação das RAS no país, a partir de 2010, iniciou-se na perspectiva de mudança no perfil do cuidado, por meio de ferramentas de promoção e monitoramento de melhoria dos indicadores de saúde voltados para uma população adscrita, estratificada por subpopulações de risco, e não somente para indivíduos isoladamente.

Na governança em rede, os resultados clínicos e econômicos a serem alcançados estão sob a responsabilidade da RAS, com os seus pontos de atenção integrados e com complexidades diversas, o que permite ao usuário e ao profissional de saúde a referência e contra-referência garantidas quanto à sua necessidade, em momento e tempo oportunos. A linha de cuidado apresenta-se com pontos de atenção previamente acordados pela governança da RAS, com capacidade instalada adequada à demanda e a gestão da assistência pode se efetivar por meio de sistemas logísticos eficazes de transporte e comunicação para o trânsito fluido do usuário na rede.

231

Nas RAS, o cuidado é centrado no sujeito, agente corresponsável pela própria saúde, e não na doença. Associadamente, há ênfase tanto em ações promocionais e preventivas, quanto naquelas curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, por meio de busca ativa, proativa e contínua do usuário. Diferentemente dos sistemas fragmentados, que planejam a oferta de serviços, a governança em rede planeja as necessidades de saúde, a partir das condições e indicadores da população adscrita. Além disso, fomenta-se uma participação social ativa, por meio dos Conselhos de Saúde que participam da governança da rede.

Conforme destacado por Mendes (2011, p. 16), o Brasil, país com situação de saúde com transição epidemiológica, apresenta-se com tripla carga de doenças: “uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas”. Fica, assim, evidente o desafio de mudança de um sistema fragmentado para um sistema de governança em rede e o esforço e investimento necessários para efetivar a implementação desse modelo.



O sistema de governança fragmentado já demonstrou não ser capaz de atender a esta agenda. As RAS mostram-se, assim, como importante instrumento para qualificar a atenção à saúde, por meio de um modelo de atenção que atende à atual condição da população brasileira, com uma oferta de cuidados que atende às condições agudas e crônicas, e não tão somente à assistência às condições e eventos agudos.

A prestação de serviços de saúde com qualidade é um dos fundamentos primordiais dos sistemas de atenção à saúde e da RAS. É importante destacar, entretanto, que os objetivos sanitários demandam também a necessidade de incremento de incentivos financeiros para o SUS, desde muito, subfinanciado. Investimentos de ordem econômica, sanitária e social precisam ser priorizados para a garantia da excelência do cuidado, para que o sistema de atenção à saúde possa responder com qualidade, efetividade, eficiência, segurança e equidade às condições de saúde da população brasileira.

## Referências

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jun. 2011. Disponível em: [http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/negociao\\_060511.pdf](http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/negociao_060511.pdf). Acesso em: 22 set. 2011.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 12 abr. 2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar Assistência à Saúde*. Brasília, DF Ministério da Saúde, 2001.
- CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.
- DESLANDES, S. F. Analysis of the official speech about humanization of the hospital assistance. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.
- DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.
- KOHLER-KOCH, B. *The evolution and transformation of European governance*. Routledge: ECPR, 1999
- LINDENBERG, S.; FOSS, N. J. Managing Joint Production Motivation: the role of goal framing and governance mechanisms. *Academy of Management Review*, Briarcliff Manor, v. 36, n. 3, p. 500-525, 2011.
- MAHNKE, V. *Limits to outsourcing and the evolutionary perspective on firm boundaries*. Copenhagen: Copenhagen Business School, 2000.
- MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
- MILAGRES, R. M.; REZENDE, O.; GONÇALVES, C. A. *Modelo integrado para análise da governança em redes colaborativas público-privadas*. Salvador: Encontro de Administração Pública e Governo, 2012.
- NERI, M. A. *Qualificação da assistência materno-infantil: os desafios para a implementação da Rede Cegonha*. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2017.
- NIELSEN, B. B. Strategic fit, contractual, and procedural governance in alliances. *Journal of Business Research*, Athens, v. 63, n. 7, p. 682-689, 2010.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la salud, 2010. p. 53-54 (Série La renovación de la Atención primaria de la salud en las Américas).

- PAIM, J. S. *Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde!*: notas para discussão nos seminários temáticos permanentes. Brasília, DF: ANVISA, 2001.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.
- PIERRE, J.; PETERS, GUY, B. P. *Governance, politics and the state*. New York: St. Martin's Press, 2000. (Série Political Analysis).
- RHODES, R. A. W. *Understanding governance: policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Maidenhead: Open university press, 1997.
- RODRIGUES, M. Governança em rede: da metáfora ao objecto de investigação. *Interface Administração Pública*, [s. l.], 2010.
- ROTH, A. L. *Proposição de esquema conceitual para a governança de redes de cooperação federadas*. 2011. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2011.
- ROTH, A. L.; WEGNER, D.; ANTUNES JÚNIOR, J. A. V. *et al*. Diferenças e interrelações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudos. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 112-123, 2012.
- SANTOS, A, M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
- SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A. *et al*. Remaking health care in America: building organized delivery systems. *Hospitals & Health Networks*, Chicago, v. 20, n. 6, p. 43-48, 1996.
- SØRENSEN, E.; TORFING, J. Introduction Governance Network Research: towards a second generation. In: SØRENSEN, E.; TORFING, J. (org.). *Theories of democratic network governance*. London: Palgrave Macmillan, 2007. p. 1-21.
- TESTA, M. *Pensar en salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- TESTA, M. Decidir en salud:¿ quién?,¿ cómo? y¿ por qué?. *Salud colectiva*, Buenos Aires, v. 3, n. 3, p. 247-257, 2007.
- TORFING, J. governance network theory: towards a second generation. *European Political Science*, London, v. 4, p. 305-315, 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos colegiados de gestão regional. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317- 2326, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrated health services: what and why?*. Geneva: World Health Organization, 2008.





## SOBRE OS AUTORES

### Arthur Chioro

Médico, Especialista em Medicina Preventiva e Social pela Universidade Estadual Paulista (Unesp). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Doutor em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

237

### Ana Maria Malik

Médica. Mestre em Administração de Empresas pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Titular da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp-FGV).

### Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Auditora em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab) e Professora Adjunta do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia (DCV-UNEB).

## **Artur Monte-Cardoso**

Economista. Mestre e Doutor em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Professor de políticas e planejamento em saúde no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ). Professor Adjunto do IESC-UFRJ.

## **Daniel Gomes Monteiro Beltrammi**

Médico. Especialista em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP) e em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (Eaesp-FGV). Mestre em Gestão de Tecnologias e Inovação em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Doutorando em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Preventiva (DMP) da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

238

## **Isabela Cardoso de Matos Pinto**

Assistente Social. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Doutora em Administração Pública pela Escola de Administração da UFBA (EA-UFBA). Professora Associada do ISC-UFBA. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do ISC-UFBA. Pesquisadora e coordenadora da linha de pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do ISC-UFBA. Membro do Conselho Gestor do Observatório de Análise Política na Saúde (OAPS). Membro do Grupo Trabalho e Educação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

## Jairnilson Silva Paim

Médico. Mestre em Medicina e Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FM-UFBA). Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA). Professor Titular e Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do ISC-UFBA. Coordenador geral do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS).

## Jean Carla de Lima

Enfermeira. Especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em Regulação em Saúde no SUS pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), em Auditoria e Saúde pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e em Saúde da Família pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Mestranda em Saúde Coletiva pela UEFS. Auditora em Saúde da Secretaria de Saúde da Bahia (Sesab).

239

## José Antônio de Freitas Sestelo

Odontólogo. Cirurgião Buco-maxilo-facial pela Universidade Metodista de São Bernardo do Campo. Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ). Analista Jurídico do Tribunal Regional do Trabalho 5ª Região. Pesquisador do Grupo de Pesquisa e Documentação sobre Empreendimento da Saúde (GPDES) do IESC-UFRJ e do Programa de Economia e Inovação em Saúde (PECS) do ISC-UFBA.

## Laíse Rezende de Andrade

Psicóloga. Especialista em Medicina da Família e Comunidade pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA). Mestre em



Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz). Doutora em Saúde Pública pelo ISC-UFBA. Professora Adjunta do ISC-UFBA. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do ISC-UFBA. Membro do Eixo de Modelos de Gestão Hospitalar no SUS e de Trabalho e Educação em Saúde do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). Membro do Grupo Trabalho e Educação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

## **Luciano Rocha Gomes**

Administrador. Especialista em Saúde Pública pela Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia (EESP), em Gestão Pública pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), e em Gestão Estratégica de Pessoas pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Mestrando em Administração pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (EA-UFBA). Auditor em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (Sesab).

240

## **Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza**

Médico. Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA) e Doutor em Saúde Pública pela Université de Montreal. Professor Associado do ISC-UFBA. Pesquisador e Coordenador do Programa de Economia e Inovação em Saúde (PECS) do ISC-UFBA. Membro do Conselho Gestor do Observatório de Análise Política na Saúde (OAPS). Conselheiro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

## **Lumena Almeida Castro Furtado**

Psicóloga. Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP). Doutora em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Adjunta do Departamento de Medicina

Preventiva (DMP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (FM-Unifesp).

## **Mariana Carrera**

Odontóloga. Mestre e Doutora em Administração pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV). Professora da FGV Saúde.

## **Morris Pimenta e Souza**

Médico. Especialista em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP) e em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas (EAESP-FGV).

241

## **Monica Almeida Neri**

Médica. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, e em Gestão de Tecnologias em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP). Mestre em Ginecologia e Obstetrícia pela Universidade René Descartes. Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA). Médica da UFBA.

## **Thadeu Borges Souza Santos**

Enfermeiro. Especialista em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde e Enfermagem Intensivista. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE-UFBA). Doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC-UFBA). Professor Adjunto do Departamento de Ciências da Vida

da Universidade do Estado da Bahia (DCV-UNEB). Docente Permanente do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (Mepisco) do DCV-UNEB. Pesquisador do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação e Gestão na Saúde do ISC-UFBA e do Grupo de Pesquisa em Políticas, Determinantes e Práticas em Saúde do DCV-UNEB. Membro do Eixo de Modelos de Gestão Hospitalar no SUS do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS). Membro da Comissão de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).



## Colofão

Formato	17 x 24 cm
Tipologia	Spartan   Montserrat
Papel	Papel Cartão Supremo 300 g/m <sup>2</sup> (Capa) Papel Off-set 75 g/m <sup>2</sup> (Miolo)
Impressão	Gráfica 3 (Capa) EDUFBA (Miolo)
Tiragem	400 exemplares

A gestão da rede hospitalar tem sido, ao longo dos 32 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), um dos principais “nós críticos” enfrentados nos diversos níveis de gestão do sistema, principalmente pela existência de uma complexa relação entre o público e o privado, na medida em que a maior parte da atenção hospitalar financiada pelo SUS é feita em serviços privados contratados e conveniados. Por conta disso, a regulação da oferta de leitos e do fluxo de pacientes nesta rede “híbrida”, tem desafiado cotidianamente os gestores estaduais e municipais, ao tempo em que enfrentam uma série de problemas decorrentes da adoção de modalidades alternativas de gestão nos hospitais públicos, que exigem fiscalização, auditoria e controle social permanente. Essas e outras questões são discutidas neste livro, proporcionando aos leitores, especialistas, gestores, docentes e alunos do campo da saúde o acesso a um conhecimento científico dessa problemática, subsidiando, portanto, o debate crítico e a elaboração de propostas de mudança da política e da organização da atenção e gestão hospitalar, urgentes e necessárias na atual conjuntura.

**Carmen Teixeira**

Observatório de Análise Política em Saúde

