

Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal

National Policy for Hospital Care: con(di)vergences among the Federal Executive's rules, Conferences and strategies

Thadeu Borges Souza Santos¹, Isabela Cardoso de Matos Pinto²

RESUMO Objetivou-se analisar a formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar e suas convergências e divergências com as Conferências Nacionais de Saúde e aos Planos Nacionais de Saúde no pós Constituição Federal de 1988. Os documentos foram coletados entre janeiro e junho de 2016 e tratados e analisados até dezembro de 2016. Os resultados quanto à formulação da política foram subdivididos nos períodos de pré-decisão, de 1988 a 2002, e decisão, de 2003 a 2013. No primeiro, foi marcante o caráter normativo voltado para a contratualização e descentralização da gestão hospitalar em nível estadual. Na decisão, houve crescimento da gestão indireta, aprofundando o tensionamento frente às deliberações das Conferências.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde. Formulação de políticas. Hospitais públicos.

ABSTRACT *This paper is aimed at analyzing the National Policy for Hospital Care and its convergences and divergences regarding National Health Conferences and National Health Plans in the 1988 Brazilian Federal Constitution. Documents were collected from January to June 2016, then processed and analyzed until December 2016. Results on policy making were subdivided into pre-decision and decision periods. In the first one, the normative character pointing to the formalization of contracts and the decentralization of hospital management at the state level can be highlighted. During the decision period, the indirect management model was strengthened, thus enhancing tensions involving decisions made in Conferences.*

KEYWORDS *Public health policy. Policy making. Public hospitals.*

¹ Universidade do Estado da Bahia (Uneb), Departamento de Ciências da Vida - Salvador (BA), Brasil.
thadeu100@gmail.com

² Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto de Saúde Coletiva (ISC) - Salvador (BA), Brasil.
isabelacmp@gmail.com

Introdução

A atenção hospitalar é temática importante na análise de políticas públicas de saúde e objeto de constante preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes na área. Seu fomento é histórico no Brasil desde o período colonial e fortaleceu o modelo assistencial médico-hospitalocêntrico e liberal nas repúblicas e ditaduras dos séculos seguintes.

A organização hospitalar se transformou durante os séculos. Da concepção religiosidade e destinada aos moribundos, tornou-se instrumento da prática médica terapêutica-curativa e investigativa que marcou o nascimento da clínica e alcançou a concepção moderna do Século XIX, quando se desenvolveu o modelo disciplinar fundamentado nas relações de poder (FOUCAULT, 2015). Na segunda metade do Século XX, a partir do pós-guerra, ampliou-se o porte estrutural e número de leitos, tornando-se preocupação central dos sistemas de saúde nacionais (BRAGA NETO ET AL., 2012).

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

A partir da última década do Século XX, esse nível de atenção se mostrava hegemônico, com alto custo de financiamento, adotando sobreposição de variadas tecnologias e exigindo formação de pessoal especializado (SOLLA; CHIORO, 2012). À gestão, implicava baixa autonomia técnico-administrativa dos diretores, entraves burocráticos da responsabilidade fiscal, exigências licitatórias e processo de contratualização de pessoal (NOGUEIRA, 2011).

Ao final da primeira década dos anos 2000, as internações se concentravam nas regiões

Sudeste e Nordeste, a baixa cobertura dos leitos públicos exigia contratação complementar para melhoria da densidade de leitos por habitantes e houve criação de novos Hospitais, principalmente de Pequeno Porte (HPP), a partir da descentralização da gestão (PAIM ET AL., 2011).

Deve-se ressaltar que o setor privado vem mantendo e inovando suas formas de relação com o setor público (PAIM ET AL., 2011), situação que coloca a relação público-privado dentre as dimensões analíticas da implantação do SUS e do papel do Estado nesse processo (HEIMANN ET AL., 2011). Assim, é relevante compreender o processo de formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) de 2013.

Considerando que a regulamentação da atenção hospitalar no SUS se iniciou a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CFB/1988), nestes 25 anos, entre 1988 e 2013, foram instituídos documentos legais oriundos do Poder Executivo Federal que formularam processualmente as bases regulamentadoras à atenção hospitalar no SUS. Desse modo, evidenciado o fenômeno da formulação da política de atenção hospitalar brasileira no período pós-constituinte e tendo em vista a lacuna identificada na produção científica, o este artigo objetivou analisar a formulação da PNHOSP e suas convergências e divergências em relação às Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e aos Planos Nacionais de Saúde (PNS) pós Constituição Federal de 1988.

Métodos

Trata-se de análise documental de natureza qualitativa e exploratória (MINAYO, 2012) e de análise de política pública (PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014). Adotou-se a concepção teórica do Ciclo da Política Pública, em específico, da fase de formulação da política como referencial de análise (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013).

A temporalidade considerada foram os 25 anos compreendidos entre a CFB/1988 e a PNHOSP em 2013. A pesquisa documental

foi realizada eletronicamente entre janeiro e junho de 2016 por meio de *site* público que incluiu 39 documentos, sendo três leis, dois decretos, 24 portarias, sete relatórios de Conferências Nacionais e três Planos Nacionais de Saúde. Seu tratamento consistiu em leitura exaustiva para identificação dos aspectos inerentes à gestão da atenção hospitalar e organização cronológica dos conteúdos documentais que foram alinhados aos respectivos períodos de governo federal, do Governo Sarney ao Governo Dilma 1, até dezembro de 2016. A perspectiva crítica se fundamentou na triangulação desses achados

com as recomendações das CNS de 1988 a 2013 e com as estratégias definidas nos PNS de 2004 a 2015 e suas con(di)vergências com a PNHOSP. Assim, apresenta-se o *quadro 1*, contendo a síntese da reflexão sobre períodos político-administrativos, marcos normativo-legais da saúde e desalinhamentos das estratégias governamentais.

Este estudo vincula-se ao projeto Análise de Políticas e Saúde no Brasil (2003-2017), faz parte da pesquisa intitulada 'Modelos alternativos de gestão na Atenção Hospitalar do SUS Bahia' e tem aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa (CAAE 41872715.2.0000.5030).

Quadro 1. Con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal na formulação da PNHOSP, por períodos do governo federal

Períodos	Primeiro período normativo da formulação					Segundo período normativo da formulação			
	Governos	Sarney	Collor	Itamar	FHC 1	FHC 2	Lula 1	Lula 2	Dilma 1
Dimensões	1985-89	1990-92	1992-94	1995-2002			2003-10		2011-14
Político-administrativas	<p>Em meio ao processo de redemocratização, este período se constituiu na perspectiva legitimadora através da sanção da CFB e LOS. Criou o SUS como parte da seguridade social e com diretrizes de descentralização, integralidade e controle social. Iniciou a implantação do SUS com as NOB e Noas. Suas eleições sucederam cinco períodos do governo federal que se caracterizaram como: desenvolvimentista, com agenda neoliberal, controle inflacionário, tributação específica à saúde, normatização dos processos de compras e contratos pelo poder público e modernização administrativa. Implementou-se o novo gerencialismo a medida que fundamentou o neo-desenvolvimentista com plano de privatizações, diminuição do funcionalismo público, seletividade de políticas sociais e reforma previdenciária.</p> <p>Marcos administrativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CFB/1988: expondo os princípios da administração pública (legalidade, impessoalidade, moralidade e publicidade) e sua configuração como caráter direto ou indireto (por autarquias e fundações); - Lei nº 8.666/1993: instituiu normas para licitações e contratos da administração pública; - EC nº 01/1994: criação do Fundo Social de Emergência (FSE); - Mare/1995: ministério criado e responsável pelo Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE); - EC nº 19/1998: inclui o princípio da eficiência na administração pública; - Lei nº 9.637/1998: criou as OS com o Programa Nacional de Publicização; - Lei nº 9.790/1999: criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) e o Termo de Parceria; - Lei nº 101/2000: estabeleceu normas públicas à responsabilidade de gestão fiscal; - EC nº 27/2000: renomeado Fundo Social de Emergência (FSE) para Desvinculação da Receita da União (DRU). 					<p>Iniciado no quinto governo eleito pós-constituinte, caracterizou-se pela continuidade denominada de neo-desenvolvimentismo, caráter sócio-liberal. Consequentemente, estruturou agenda de inclusão, políticas sociais e incentivos de redistribuição de rendas. Administrativamente, aperfeiçoou a transparência e controle do Estado e ampliou estratégias de gestão pública por parcerias e concessões. Foi marcante no remodelamento normativo da atenção à saúde, e especificamente à atenção hospitalar, com valorização da intersectorialidade e relação entre os níveis de atenção.</p> <p>Marcos administrativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lei nº 1.1079/2004: instituiu normas gerais para licitação e contratação de PPP no âmbito da administração pública; - Portaria nº 161/2010: estabeleceu a cooperação entre entes públicos; - Portaria nº 1.034/2010: dispôs sobre participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos; - Lei Complementar nº 141/2012: regulamentou valores mínimos a serem aplicados em serviços de saúde pelas esferas de governo; - Lei nº 12.550/2011: cria a EBSERH; - Lei nº 13.019/2014: cria a Organização da Sociedade Civil (OSC); - EC nº 42/2003, EC nº 56/2007, EC nº 68/2011: renovações da DRU. 			

Quadro 1. (cont.)

Marcos Normativo-legais da Política de Saúde	<p>1986: VIII CNS; 1988: Instituída a nova CFB, onde a saúde é considerada direito social e dever do Estado, os serviços se vinculam ao SUS e podem ser público e privado, exercidos com caráter de público direto, complementar e suplementar;</p> <p>1990: LOS no 8.080 e no 8.142; 1991: NOB 91; 1993: NOB 93; 1996: NOB 96;</p> <p>2000: EC no 29 que altera artigos e assegura constitucionalmente recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; 2001: Noas 01; 2002: Noas 02;</p>	<p>2003: PNAU; 2004: RAHB, PNH, PN-HPP; 2006: Pacto Saúde; PPI-Assistência; 2008: PN-Regulação; 2009: Certificação das Entidades Beneficentes;</p> <p>2010: RAS/SUS; Termo de Cooperação entre Entes Públicos; Participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos; 2011: RAU/SUS; Regulamenta LOS; Conitec; Rede Cegonha; Rede Psicossocial; RDC Boas Práticas de Funcionamento; Readéqua PNAU, RAU, PNAB e a Certificação das Entidades Beneficentes; 2012: Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência; Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde; 2013: Redefine Atenção Domiciliar; Rede Atenção às Doenças Crônicas; Institui a PNHOSP, contratualização de hospitais/SUS.</p>
Convergências e/ou Divergências Estratégicas	<p>As deliberações tomadas entre as VIII e XI CNS evidenciaram importantes (des)alinhamento com a formulação da PNHOSP. Entre os alinhamentos, destacam-se: participação orgânica da sociedade no SUS, descentralização na perspectiva da municipalização. Como desalinhamentos: priorização da saúde frente ao cenário de crise política e econômica, mudança do modelo de atenção hegemônico e financiamento tripartite, complementaridade de serviços serem com caráter de direito público ou convênio, melhoria na qualidade e cobertura assistencial, contrário às múltiplas formas de privatizações e modelos alternativos de gestão, ampliação da autonomia, inadequados instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação.</p>	<p>Ocorreram da XII a XIV CNS. Houve alinhamento quanto ao movimento sanitário brasileiro, desburocratização, descentralização à regionalização, reforço a seguridade social, fluxos de pactuações e financiamento tripartite, melhoria à gestão de RHS, ampliação da cobertura e fortalecimento dos HPP. Como desalinhamentos: reforma tributária e adequação da responsabilidade social, iniciativa privada em financiamento e regulação, mercantilização da saúde, função regulatória e proibição de privatização, não à DRU e gerencialismo.</p>

Fonte: Conass (1986, 1992, 1998, 2001, 2004, 2008, 2012); Brasil (2005, 2010, 2011).

Resultados e discussão

É importante apresentar os achados desta pesquisa iniciando pela compreensão da PNHOSP e seus dois períodos normativos de formulação. Posteriormente, houve condições de perceber e analisar as convergências e divergências com as deliberações das CNS e estratégias do Executivo Federal expostas nos PNS.

Sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar

A PNHOSP considera os hospitais organizações complexas, destinadas à prestação de assistência conforme perfil epidemiológico e demográfico da Rede de Atenção à Saúde (RAS) regional. Suas diretrizes atendem aos (1) princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social, (2) regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os

outros serviços, (3) modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar, (4) financiamento tripartite conforme pactuação e (5) monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (BRASIL, 2013).

Três eixos estruturantes da política se destacam. A gestão hospitalar que versa sobre qualidade da assistência, cumprimento de metas contratualizadas, eficiência e transparência, planejamento participativo, papel na RAS, fluxos regulatórios e critérios de monitoramento e avaliação. O financiamento tripartite e os instrumentos formais de contratualização que regularizam a relação entre o gestor e os hospitais públicos e privados por meio de critérios regionais, orçamentários, de monitoramento e cumprimento das metas, aprimoramento assistencial e efetivação do controle social e transparência. E a responsabilidade das esferas de gestão que especifica competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente a metas e prioridades para

atenção hospitalar, co-financiamento, contratualização e monitoramento ou avaliação.

Quanto à contratualização, fica estabelecido que o ente contratante regulará ações, serviços e responsabilidades dos contratados quanto à assistência, ensino-pesquisa, cumprimento dos compromissos, metas e serviços contratualizados e monitoramento, avaliação e auditorias.

Períodos normativos da formulação da PNHOSP

A pesquisa retrospectiva e organização cronológica permitiu o aprofundamento em dimensões importantes para a análise das bases que sustentam a Política. Nesse sentido, a referencialidade legal e regimental da atenção hospitalar foi dividida em dois períodos analíticos.

PRIMEIRO PERÍODO NORMATIVO DA FORMULAÇÃO

Constituiu-se pela perspectiva da legitimação, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e início da implantação do SUS pelas Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde (NOB e Noas), e foi delimitada entre 1988 e 2002, períodos dos Governos Sarney, Collor, Itamar e Fernando Henrique Cardoso 1 e 2 (FHC1 e FHC 2).

O Governo Sarney (1985-1989) marcou o movimento pré-constituente que conduziu à nova CFB de 1988 (DAVID, 2011), conhecida como Constituição Cidadã por ter resultado da redemocratização do País, do fortalecimento da participação da sociedade brasileira e do movimento vitorioso das eleições presidenciais conhecido como 'Diretas, Já!' (PAIM, 2013).

Constitucionalmente, o SUS foi criado como parte da seguridade social, sendo as organizações hospitalares definidas como unidades da rede hierarquizada e regionalizada do sistema, que inaugurou o novo caráter de Estado brasileiro, agora orientado ao bem estar-social, possibilitando legitimação da

seguridade social que assegurou o direito à saúde (FLEURY; OUVREY, 2012).

Na primeira eleição direta pós-constituente, foi eleito Fernando Collor de Melo, que permaneceu por aproximadamente dois anos (1990 a 1992), manteve o processo de desenvolvimentismo e adotou agenda de governo com caráter neoliberal, conforme Programa de Desestatização do Estado (PDE) (DAVID, 2011). Com o seu *impeachment*, Itamar Franco (1992 a 1994) assumiu a gestão focado no controle inflacionário por meio do Plano Real e da criação de normas para compras e contratos no setor público por meio da Lei de Licitações nº 8.666/1993. No que tange ao setor saúde, esses governos foram responsáveis pela sanção das LOS e NOB1991 e NOB1993, inaugurando a implantação do SUS e criando a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), primeiro tributo destinado à saúde.

A partir de 1995, iniciaram-se os Governos FHC1 e 2 (1995 a 2002), quando foi criado o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), erguendo a bandeira da modernização administrativa e implantando com vigor a agenda reformista da administração pública gerencialista. O neo-desenvolvimentismo emplacou às custas de privatizações infra-estrutural, diminuição do funcionalismo público, seletividade de políticas sociais e reforma previdenciária (COSTA; LAMARCA, 2013). Como instrumentos legais, destacam-se a Emenda Constitucional nº 19/1998, que incluía o princípio da eficiência na administração pública, e as Leis de Responsabilidade Fiscal e de readequação do PDE.

Como marcos normativos da atenção hospitalar destacam-se a continuidade do processo de implantação do SUS com a descentralização da gestão por esferas de governo por meio das NOB e Noas. Elas foram documentos importantes por iniciarem a reforma da saúde e representam perspectiva verticalizada (ANDRADE, 2001) do Poder Executivo Federal na implantação das políticas de saúde do primeiro período desta análise. Os

documentos permitem agrupar tais períodos de governo quanto à regulação do sistema de saúde e atenção hospitalar no SUS.

A NOB 1991 não rompeu com a lógica reguladora estabelecida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), conduziu à equiparação dos prestadores públicos e privados quanto ao repasse orçamentário para atenção hospitalar e conformou o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) via Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Na NOB 1993, criaram-se os mecanismos de descentralização da gestão e capacidade regulatória aos municípios e estados e o orçamento por meio de repasses aos respectivos Fundos de Saúde, sendo histórico desse ano a extinção do Inamps e criação do Sistema Nacional de Auditoria; além das Agências Nacionais de Saúde (2000) e de Vigilância Sanitária (1999), que reiteram a concepção regulatória do Estado sobre o setor saúde (SANTOS; MERRY, 2006).

Destaca-se que foi por meio da NOB 1996 que se reajustou o orçamento da saúde à nova concepção baseada na densidade demográfica e série histórica. E atenta-se à coincidente relação entre instrumentalização dos processos de descentralização dependente, quer tutelada ou vinculada, com a transversalidade reformista da administração pública do período, que criava as Organizações Sociais como um dos modelos alternativos de gestão indireta; via governamental denominada como publicização.

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

Entre 1988 e 2002, foram então sancionados documentos jurídico-normativos com o objetivo de implantar o SUS, dos quais somente as LOS foram consideradas na PNHOSP, definindo que a gestão do sistema hospitalar deve ser de competência estadual

e que o Fundo Nacional de Saúde (FNS) compunha o seu orçamento; revelando que a não inclusão das normas operacionais ocorre como possível ruptura entre o primeiro e segundo períodos desta análise.

Muito embora, com olhar retrospectivo, percebe-se que nesse primeiro período houve manutenção de uma espécie de 'patrimônio normativo', em que entraram na agenda governamental: a responsabilização dos implementadores estaduais e municipais vinculados à formalização da contratualização por meio de termo de compromisso; o planejamento integrado com pactuações de redes assistenciais microrregionais que tenham leitos de internação hospitalar; o financiamento submetido a critérios tais como parecer da auditoria do SUS, notificação no sistema de informação e pagamento dos prestadores dos serviços; e o fortalecimento do controle social.

SEGUNDO PERÍODO NORMATIVO DA FORMULAÇÃO

Esse período se iniciou com a mudança presidencial ao Governo Lula 1, em 2003, e durou até o ano da tomada de decisão pela PNHOSP em 2013, no Governo Dilma 1. O Governo Lula permaneceu por dois mandatos (de 2003 a 2010) e de natureza liberal com ajustamento à dimensão social, de modo que foi um misto de continuidades e mudanças (COSTA; LAMARCA, 2013).

No início de seu primeiro mandato, em 2003, reunião governamental coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) desenvolveu o plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB), publicado em 2004, objetivando indicar direções de esforços governamentais à recondução da atenção hospitalar. Constituiu-se como marco histórico da formulação de políticas, pois apresentava proposta de readequação do modelo de atenção à saúde e normatização à política pública de atenção hospitalar no Brasil. Foi amplamente discutida na Comissão Intergestora Tripartite

(CIT) e posteriormente aprovada por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (REIS; CECICLIO, 2009).

Conjuntamente, incluía-se o fomento, a intersectorialidade e a inter-relação com os níveis de atenção no processo de recondução da atenção hospitalar por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003; documento marcante por conduzir alinhamentos que as futuras normatizações pré-decisórias deveriam respeitar. Juntos, inauguraram o segundo período da formulação da PNHOSP e perseguiram a formulação da política com dimensão social, atuação em rede solidária e protagonismo dos sujeitos, diretrizes da reestruturação e estratégias de adequação dos serviços hospitalares no SUS.

Destaca-se que a saúde foi o principal setor com processo de descentralização da gestão nesse período (COSTA; LAMARCA, 2013), sendo relevante destacar a via da contratualização como estratégia escolhida e incluída na RAHB (REIS; CECICLIO, 2009). Outros documentos normativos, que remetem à inovação do modelo de atenção hospitalar no SUS e a partir da RAHB, sancionados nos governos Lula 1 e 2 são as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências (PNAU), de Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e de Regulação do SUS, Pacto pela Saúde e de Gestão, Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Outros instrumentos regulamentadores da relação entre as esferas públicas estatal e não estatal foram o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, Certificação da Beneficência na Seguridade Social e reestabelecimento sobre participação complementar das instituições privadas; documentos vocacionados à continuidade descentralizadora das funções estatais que marcaram a década de 1990 e continuaram como fenômeno nos anos 2000 (COHN, 2011).

Sucedido nas eleições, o Executivo Federal seguiu com Governo Dilma Rousseff 1 (2011 a 2014), que se caracterizou pela continuidade da agenda de inclusão com as políticas sociais e incentivos de renda redistributivas,

aperfeiçoamento da transparência e controle do Estado, bem como ampliação das estratégias de gestão pública por parcerias e concessões (PESSOA, 2015).

Dezoito documentos analisados neste estudo foram sancionados nesse governo. Iniciaram-se com as Redes de Atenção as Urgências (RAU), Cegonha e de Atenção Psicossocial, regulamentação da LOS nº 8.080, composição, competências e funcionamento da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no SUS, boas práticas de funcionamento dos serviços, readequação das Políticas Nacionais de Atenção as Urgências (PNAU) e de Atenção Básica (PNAB) e da Certificação das Entidades Beneficentes. Foram estratégias de grande relevância nesse período de análise.

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

Em 2012, ascendeu na agenda a importância do cuidado à pessoa com deficiência, instituída como rede de atenção. A oportunidade foi aproveitada, também, para regularizar as ações e serviços aos usuários, com tabelas de preços e financiamento tripartite, por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases). Em 2013, redefiniu-se a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e instituiu-se a Rede de Atenção às Doenças Crônicas e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

O conteúdo desses documentos normativos do segundo período de análise pode ser organizado em três grupos: a) ajustes na determinação contratual das relações assistenciais e de gestão; b) aperfeiçoamento do planejamento da atenção hospitalar frente às redes de atenção; e c) redefinição conceitual da atenção assistencial hospitalar no âmbito do SUS.

Vale ressaltar que a PNHOSP não explicita consideração sobre a Portaria nº 1.034/2010, que versa sobre a participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS. Ela é importante porque conceitua os instrumentos de contratualização, como convênio – quando a parceria é firmada com instituição privada sem fins lucrativos– e contrato administrativo – quando estabelece relação de compra de serviços entre o ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos. Outra relevância dessa portaria está no fato de ela obrigar o ente público a respeitar requisitos da Lei nº 8.666/1993, que dispõe sobre normas para licitações e contratos da administração pública.

CNS E A PNHOSP: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

Com o objetivo de se criarem articulações e

convergências entre o marco normativo-jurídico e as deliberações das CNS, podem-se destacar importantes aspectos em relação à gestão da atenção hospitalar. Conforme estruturados os períodos e análises, apresenta-se primeiramente o conjunto de deliberações produzidas entre a VIII e a XI CNS, cujos temas emergiram da conjuntura de redemocratização política do País e implantação do SUS. Em seguida, o período iniciado em 2003, com a mudança governamental ocorrida na esfera federal, responsável pela realização da XII a XIV CNS.

Registra-se que houve continuidade do tensionamento provocado pelas CNS no primeiro período, decorrente da falta de convergências do Poder Executivo Federal com o processo de implementação do SUS. Essas considerações sobre a atenção hospitalar nos respectivos relatórios das CNS pós-constituíntes constituíram o *quadro 2*.

Quadro 2. Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde – períodos de formulação da PNHOSP, no pós Constituição Federal do Brasil de 1988

Período	CNS	Deliberações
Primeiro período normativo da formulação	VIII CNS	Ocorrida durante a constituinte, esta conferência representa um marco decisivo à formulação e inclusão do SUS na CFB de 1988. Nela foram estabelecidas diretrizes, sistematização dos níveis ascendente de gestão, complexidade dos problemas de saúde, fomento ao caráter público estatal e necessidade de unificação dos hospitais ao SUS.
	IX CNS	Foi a primeira a acontecer no contexto de implantação do SUS, da implementação da Lei Orgânica da Saúde e primeira NOB e oportunizou intensos debates à priorização da saúde, em meio aos contornos dramáticos do cenário de recessão e desemprego da época. Posicionou-se resistência às múltiplas formas de privatizações (recomendando caráter de direito público ou convênio nos contratos de complementaridade de serviços. Apontou-se necessidade de mudanças quanto ao modelo hegemônico que vigorava, dependência do setor privado e restrita cobertura assistencial.
	X CNS	Houve manifestação contrária às NOB, definiu atribuições aos gestores e apontou preocupação com o curso da Reforma Administrativa do Estado (RAE) que já se caracterizava pela ampliação da relação entre público e privado. Defendeu, assim, o caráter estritamente complementar e rejeitando contratos de gestão, terceirização e privatização dos serviços públicos.
	XI CNS	Frente aos ajustes fiscais impulsionados pela reforma do Estado, cenário de crescimento dos planos e seguros privados, desarticulação entre os níveis de atenção, precariedade do acesso e insuficiente regulação governamental. De tal modo, recomendou fortalecimento da regulação, melhoria do serviço público, inclusão da cultura de avaliação/auditoria/controle, novos mecanismos de controle social e rejeição a LRF.
Segundo período normativo da formulação	XII CNS	Ao processo reforma tributária, defende-se a democracia, efetivação da integralidade e seguridade social, reitera-se a importância de garantir o controle social, regionalização, descentralização e desburocratizar gestão dos serviços e fundos da seguridade social. Posicionou-se contrário à atuação da iniciativa privada nas atividades de intermediação do financiamento e regulação da assistência médico-hospitalar. No que tange a gestão da saúde, defende-se a consolidação do SUS através da descentralização, com mecanismos que impeçam o clientelismo e mercantilização da saúde, regulamentação dos fluxos de pactuações. Redefinição da relação dos hospitais universitários e integração da Rede Sarah ao SUS. Garantia de recurso para investimento e custeio dos serviços de urgência e emergência, internação domiciliar e ampliação da média e alta-complexidade e necessidade de redefinir formas de pagamento e recomendada criação de incentivos financeiros aos hospitais de referência públicos com menos de 50 leitos, incentivo financeiro aos que atingirem metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) e tratar equitativamente os hospitais de ensino públicos e filantrópicos nas transferências de recursos.

Quadro 2. (cont.)

Segundo período normativo da formulação	XIII CNS	Destacou que o SUS é uma política de Estado e, especificamente sobre a gestão e atenção hospitalar, aponta para necessidade de redes assistenciais, humanização, integração dos HU ao SUS, existência de conselho gestor e prestação de contas nos serviços financiados pelo SUS, apoio estadual e municipal aos HPP, estabelecimento de protocolos assistenciais e de referencialidade, bem como ampliação de leitos e cobertura.
	XIV CNS	Considerou o SUS como política pública e patrimônio do povo brasileiro. Rejeitou as alternativas de gestão por Organizações Sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Fundações Estatais de Direito Privado e criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Preocupou-se com a DRU, a regulamentação da EC nº 29, garantia do financiamento a saúde na Reforma Tributária, custeio específico do Complexo Regulador e exclusão do gasto com o pessoal da saúde na Lei de Responsabilidade Fiscal. Recomendou a instituição dos Contratos Organizativos da Ação Pública (conforme Decreto nº 7.508/2011) e agenda do Pacto pela Saúde. Manteve a sugestão de criação da Lei de Responsabilidade Sanitária, implantar um Sistema Nacional de Regulação do SUS e estruturação do Sistema Nacional de Auditoria (ampliando controle, avaliação, ouvidoria e auditoria sobre os contratos e gastos). Quanto a rede de atenção à saúde e hospitalar, recomendou que hospitais universitários públicos sejam 100% SUS; implantação de Programa de Internação Domiciliar (PID) e do Tratamento Fora do Domicílio (TFD); otimização de fluxos e criação de centrais de regulação regionais. Preocupou-se com a qualificação da rede hospitalar de urgência e emergência e ampliação da oferta de leitos (UTI, trauma-ortopedia, perinatal, infantil, obstetria, oncológico e reabilitação), procedimentos e exames de alta complexidade. Apontou necessidade de ampliação dos recursos para aquisição de equipamentos e materiais permanentes, de debates sobre integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede de atenção básica e de atualização anual das tabelas de procedimentos do SUS de acordo com os índices de inflação.

Fonte: Brasil (1986, 2012).

A VIII CNS foi arena constituinte da saúde (ANDRADE ET AL., 2013) que oportunizou a sociedade civil, participação orgânica na redemocratização e construção do que seria o SUS na CFB de 1988. A XIX CNS ocorreu em meio aos intensos debates de crise do Estado, sendo relevante pela defesa da descentralização municipalizada, participação da comunidade nas políticas públicas, mudança no modelo de atenção, financiamento tripartite e que a complementaridade privada fosse por contrato de direito público ou convênio (ANDRADE ET AL., 2013).

A X CNS foi reforçada com a importância do ajuste do modelo de atenção, ampliação da autonomia e do controle social nos serviços públicos de saúde, e se posicionou contrária aos modelos alternativos de gestão. E defendeu-se, na XI CNS, o financiamento definitivo e suficiente, suspensão dos contratos e convênios que substituíssem a gestão pública (CONASS, 2009). Destacando como problemas, houve falta de modelo de gestão para efetivação do SUS, inadequados instrumentos de acompanhamento, avaliação e regulação e continuidade do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde (ANDRADE ET AL., 2013).

Com a mudança política no Executivo Federal ocorrida em 2003, as seguintes CNS pós-constituintes mantiveram a militância sanitária e firmeza na posição contrária aos modelos alternativos de gestão. Mas novos tensionamentos se estabeleceram.

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

Na XIII CNS, emergiram como desafios

a serem enfrentados: gestão de recursos humanos, qualidade da atenção e acesso, mecanismos de controle, ampliação dos recursos e sua alocação eficiente. Intensificou-se a preocupação quanto aos problemas de financiamento, Desvinculação de Recursos da União (DRU) e combate à racionalização neoliberal e privatista. Assim, rejeitou-se a adoção de modelos de gerenciamento por Fundação Estatal de Direito Privado, Organizações Sociais e da Sociedade Civil de Interesse Público e regimes de concessão pública de modo a não privatizar o SUS, aspecto que motivou três moções.

Uma das quinze diretrizes temáticas da XIV CNS teve foco na atenção hospitalar. Rejeitou as alternativas de gestão indireta e se preocupou com a continuidade dos problemas relacionados ao financiamento (ANDRADE ET AL., 2013). Defendeu o SUS 100% frente à expansão dos convênios e contratos no SUS. Aprovou a necessidade de fortalecimento do caráter regulatório do Estado e definiu como alternativas a serem adotadas para atenção hospitalar: a implantação da internação domiciliar e tratamento fora do domicílio, criação de Centrais de Regulação Regionais e qualificação da rede e ampliação da oferta de leitos hospitalares de urgência e emergência, e estabeleceu que o perfil epidemiológico e sociodemográfico fosse parâmetro para construção de hospitais e unidades de média complexidade.

Neste segundo período analítico, a relação entre os marcos normativos e o fomento das CNS revela existência de um misto entre convergência e divergência. Dentre os alinhamentos, estão a maior preocupação do governo federal em normatizar processos que aperfeiçoam a capacidade de gestão pela pactuação, implantação de novos processos de financiamento (CARVALHO, 2007) e legitimação da Emenda Constitucional nº 29, embora tenha frustrado as expectativas sobre a vinculação financeira do nível federal às despesas com ações e serviços públicos de saúde. Também, houve correlação do processo de implantação

das RAS, como: reestabelecimento da relevância dos HPP na rede, ampliação da cobertura assistencial com estabelecimento de fluxos regulatórios, priorização de populações anteriormente negligenciadas, como as pessoas com deficiências, processo de aperfeiçoamento da gestão participativa com os colegiados gestores e avanços sobre a contractualização de modo a favorecer a ação reguladora do Estado (CARVALHO ET AL., 2012).

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

ESTRATÉGIAS DO EXECUTIVO FEDERAL ÀS CNS E PNHOSP

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

A síntese dos PNS 2004, 2008 e 2012 (*quadro 3*) revela que a atenção hospitalar foi um dos enfrentamentos do segundo período governamental analisado. Houve alinhamento entre marcos normativos e CNS, quando o governo reconhece a necessidade de mudanças do modelo de atenção, direcionando

à: integração entre os níveis de atenção e esferas de gestão, incorporação de modelos gerenciais com melhoria do desempenho e cogestão e redefinição do papel dos hospitais como referências nas linhas de cuidados (DEUS; MELO, 2015). Esta última foi experiência voltada à superação da fragmentação sistêmica por

meio das RAS, principalmente de atenção às urgências e emergências que qualificariam as unidades para as linhas de cuidado traumato-cérebro-cardiovascular e de leitos de retaguarda para internação e cuidados intensivos (SOARES; SCHERER; O'DWYER, 2015).

Quadro 3. Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro à formulação da PNHOSH entre 2003 e 2013

Período	PNS	Estratégias
Primeiro período normativo da formulação	PNS 2004-2007	Destaca como base da sua fundamentação o Plano Plurianual e a XII CNS. O documento menciona a necessidade de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e apresenta as seguintes ações estratégicas: readequação da alocação de recurso, regulamentação da EC 29 e reforma do modelo de atenção. Para tanto, destaca aspectos que devem ser priorizados: aperfeiçoamento da gestão, financiamento e controle social e reorganização da atenção hospitalar com ampliação da cobertura e alinhamento entre as atenções ambulatorial, de urgência e emergência e de alta complexidade.
	PNS 2008-2011	Um dos objetivos foi fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, reconhecendo os desafios da atenção hospitalar, necessidade de aperfeiçoamento da capacidade resolutiva, ampliação do acesso, reestruturação da contratualização e qualificação da função regulatória. Aspectos que fundamentam a sua 4ª diretriz, abarcando a organização dos serviços em rede de atenção que envolva atenção pré-hospitalar móvel e fixo, hospitalar, de reabilitação e captação e transplante de órgãos, ampliação de leitos intensivos. Destaca-se o fomento as contratualizações com formas de gestão que permitam aos hospitais públicos prestar serviços resolutivos.
	PNS 2012-2015	Considerou a relevância das unidades hospitalares na conformação das RAS, estando mais associada à de atenção a urgência e emergência. Assim, prioriza ampliação da função regulatória, remodelação da rede de modo a melhorar sua qualidade, resolutividade, distribuição territorial e aumento no número de leitos de alta complexidade. Referente à gestão, destaca o Pacto pela Saúde com a prerrogativa do termo de compromisso de gestão, adoção dos instrumentos de contratualização e constituição de colegiados de gestão regional, fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria e qualificação de instrumentos de execução direta. Pretende-se com isto melhorar a atenção hospitalar através de ganhos de produtividade e eficiência. Assim, como intervenções planejadas, destacam-se: (1) o acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS com foco em resultados e com referência em contrato organizativo de ação pública e garantia de acesso; (2) implantação da gestão por competências e modernização administrativa; e (3) qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos.

Fonte: Brasil (2005, 2010, 2011).

Fato que remodelou o processo de descentralização do SUS e empoderou estados e municípios às pactuações com vistas à regionalização da saúde. Os avanços mencionados foram alcançados em decorrência da reestruturação dos aportes financeiros do Ministério da Saúde por meio dos recursos destinados à implantação das PNAU e RAS e pela aprovação da EC-29, embora esta não especificasse os percentuais de investimentos (CARVALHO, 2007).

Quanto ao aperfeiçoamento da gestão e contratualização apresentados nos PNS, os achados revelam uma espécie de ‘continuum

da gestão contratualizada’ em duplo sentido, i.e., pela municipalização-regionalizada e pelas alternativas de gestão indireta. Planejou-se inicialmente o fomento ao aperfeiçoamento da gestão e perpassou-se pela qualificação regulatória, embora incipiente, e pela reestruturação contratual por meio de formas de gestão que permitissem aos serviços ser mais resolutivos. Por fim, com o PNS 2012-2015, priorizou-se como ação estratégica a modernização administrativa, introduzindo-se termo de compromisso e instrumentos de contratualização com vistas

à racionalização de recursos com ganhos em produtividade.

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

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

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

desalinhamento: o não avanço do pleito pela construção da Lei de Responsabilidade Social.

Conclusões

Entendendo política de saúde como ação governamental capaz de explicitar ou omitir ações, estratégias, serviços e regulação de serviços frente às necessidades e condições de saúde (PAIM, 2013), pode-se afirmar que a atenção hospitalar se definiu anteriormente aos aspectos constitutivos e às diretrizes das suas Portarias nº 3.390/2013 e nº 3.410/2013. Principalmente quanto à contratualização. Considerando as correlações entre as conjunturas sócio-políticas, os marcos jurídico-normativos e as deliberações das Conferências pós 1988, analisou-se a formulação da PNHOSP considerando dois períodos governamentais: de 1988 a 2002 e entre 2003 a 2013.

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

Uma dimensão transversal à formulação nesses 25 anos analisados é a implementação de estratégias descentralizadoras e fomento ao controle social. No primeiro período analisado, o processo da formulação foi conduzido à luz do projeto governista de terceirizações, privatizações e reforma administrativo-financeira que criou a via da publicização na gestão pública dos serviços de saúde. No segundo, reconduziu-se à municipalização e regionalização e ao fortalecimento da contratualização como instrumentos de melhoria e aperfeiçoamento da administração pública, por meio dos

termos de compromisso entre entes públicos e contratos de gestão, e ao fortalecimento das alternativas de gestão indireta.

Aspectos que subsidiam duas considerações deste estudo: houve concomitante desenvolvimento de duas vias de descentralização – por municipalização-regionalizada e por alternativas de parceria de gestão pública indireta – e se manteve o patrimônio administrativo formulado no primeiro período de análise, com destaque à criação de novas personalidades jurídicas.

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

As alternativas estratégicas adotadas pelo governo conduzem à quarta consideração: no segundo período, a estratégia do Executivo Federal de desenvolver o *continuum* da gestão contratualizada em dupla via de descentralização tem nas modalidades não estatais e de direito privado o desalinhamento às

deliberações contrárias apontadas deste a IX CNS.

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

Colaboradores

Thadeu Borges Souza Santos contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, assim como na elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito.

Isabela Cardoso de Matos Pinto contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, assim como na elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

- ANDRADE, F. A. G. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-318, 2001.
- ANDRADE, L. L. *et al.* As Conferências Nacionais de Saúde, após a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Tempus Actas Saúde Col.*, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 263-279, 2013.
- BRAGA NETO, F. C. *et al.* Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 577-608.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015*. Brasília, DF: MS, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNS_2012-2015_Revisao_2013.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde*. Brasília, DF: MS, 2005. (Série B Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pacto_saude_Brasil.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde*. Brasília, DF: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 9). Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.390, 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 4 set. 2017.
- CARVALHO, A. L. B. *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, p. 4, p. 901-911, 2012.
- CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007.
- COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R., AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 244-251.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas*. Brasília, DF: CONASS, 2009.
- _____. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1986.
- _____. 9ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1992.
- _____. 10ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 1998.
- _____. 11ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2001.
- _____. 12ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2004.
- _____. 13ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2008.
- _____. 14ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília, DF: CONASS, 2012.
- COSTA, N. R.; LAMARCA, I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1601-1611, 2013.

- DAVID, M. O governo Collor e o neoliberalismo no Brasil (1990-1992). *Revista UFG*, Goiânia, v. 13, n. 11, p. 98-108, 2011.
- DEUS, A. D.; MELO, E. M. Avaliação de uma experiência de gestão hospitalar participativa no âmbito do SUS: produção de saúde, sujeitos e coletivos. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 601-615, 2015.
- FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-58.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015. p. 171-189.
- GIAMBIAGI, F. A política fiscal do governo Lula em perspectiva histórica: qual é o limite para o aumento do gasto público? *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 5-60, 2004.
- HEIMANN, L. S. et al. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para gestão em saúde. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 208-219.
- HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. *Política pública: Seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- 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 privada na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 24-47.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [S. l.], v. 377, n. 9779, p. 11-32, maio, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60054-8/references](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60054-8/references)>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- PESSOA, R. S. Disputa política e agenda administrativa: do governo FHC à gestão Lula-Dilma. *Arquivo Jurídico*, Teresina v. 2, n. 1, p. 61-81, 2015.
- PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.; BAPTISTA, T. V. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 69-82.
- REIS, A. A. C.; CECILIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009.
- RIBEIRO, J. C. S.; DACAL, M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. *Rev. SBPH*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 65-84, 2012.
- SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.
- SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 616-626, 2015.
- SOLLA, J. J. S. P.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.

Recebido para publicação em abril de 2017

Versão final em agosto de 2017

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve