

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

LISIANE BÔER POSSA

**POLÍTICAS PÚBLICAS: OS EFEITOS NO SUBSISTEMA DE PROVISÃO DE
SERVIÇOS HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Porto Alegre – RS

2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

LISIANE BÔER POSSA

**POLÍTICAS PÚBLICAS: OS EFEITOS NO SUBSISTEMA DE PROVISÃO DE
SERVIÇOS HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Doutor em Sociologia

Área de concentração: Sociologia

Orientadora: Soraya Maria Vargas Cortes

Porto Alegre – RS
2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática
da Biblioteca da UFRGS, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bôer Possa, Lisiane

Políticas Públicas: os efeitos no subsistema de
provisão de serviços hospitalares do Sistema Único de
Saúde / Lisiane Bôer Possa. -- 2013.

286 p.

Orientadora: Soraya Maria Vargas Cortes.

Tese (doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Sociologia, BR-RS, 2013.

1. Política Pública. 2. Política de Saúde. 3. Política
Hospitalar. 4. Hospital. 5. Sistema Único de Saúde. I.
Vargas Cortes, Soraya Maria, orient. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

LISIANE BÔER POSSA

POLÍTICAS PÚBLICAS: OS EFEITOS NO SUBSISTEMA DE PROVISÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito à obtenção do título de Doutor em Sociologia

Profa. Dra. Soraya Maria Vargas Cortes, UFRGS (orientadora)

Prof. Dr. Ivaldo Gehlen, UFRGS

Profa. Dra. Maria de Lourdes Drachler, ULBRA – Canoas

Profa. Dra. Alzira de Oliveira Jorge, UFMG

Porto Alegre, março de 2013

Agradecimentos

Diz o poeta que “a gente é tanta gente onde quer que a gente vá” e, no caminho que percorri para a produção dessa tese, “muitas gentes” me acompanharam. Agradecer significa voltar “a todos os lugares em que passei”.

Volto a Santiago, onde nasci, para agradecer aos meus pais, Geraldo e Vera. O pampa, o vento minuano e os horizontes dessa terra foram porto, balanço, arrimo, porque vocês estão aí. Vocês foram os mais crédulos, mão que abre a gaiola e amor que não prende, o que tornou possível a andança por tantos lugares. A crença e o amor de vocês me tornam capaz. O exemplo de superação, de honestidade e de respeito não se ensina em cursos.

Volto a Jaguari, cidade da infância, para agradecer aos meus irmãos, Leandra e Fábio, que compartilharam, apoiaram e me propiciaram reviver os encontros mais lindos, tanto quanto os domingos no quiosque (tiosque para os íntimos), com a Julia, com o Silvio Otávio e com o Davi. Vocês confirmam que o melhor lugar do mundo é dentro de um abraço de quem amamos.

Volto a Santa Maria, onde estudei, militei, curti a juventude e comecei minha vida profissional. Agradeço à Gecira, ao Alfredo, à Mauren, à Bela e à Isabel. Vocês foram como o vento norte; trouxeram-me calor do verdadeiro companheirismo e desassossego para sonhar e viver a mudança. Agradeço à Sueli, cuja coragem é fortaleza e proteção como os morros dessa cidade, parceira para luta e para os sonhos da vida, que compartilhamos entre muitos, aos quais também agradeço: Denise, Soeli, Elaine, Rosa, Tonho, Carla.

Em Porto Alegre, onde estou, cidade do trabalho e concretude da vida de *gente grande*. Agradeço à Eneida, ao Nandi e ao Moreno, sempre acolhedores como uma tarde na Redenção. Agradeço à Carla Pacheco, ao Gilberto, à Jamaira, à Lectícia, à Maria Luiza, à Mariana, à Marta e à Quelen. Sempre pude contar com vocês. Foram apoio e incentivo como um pôr do sol no Guaíba. Agradeço a todos os colegas, mas principalmente os parceiros do GHC e da Escola GHC. Vocês estavam lá, como os jacarandás e ipês, que até prevemos quando vão florir, mas sempre surpreendem, e positivamente na intensidade e na diferença da beleza que nos oferecem.

Agradeço à Soraya. Estive muito perdida na escrita desse trabalho. Para fazer essa tese, contei com uma Orientadora, com a intensidade plena do que significa orientar, apoiar e ensinar. Agradeço aos professores Ivaldo, Maria de Lurdes e Alzira, pela dedicação e compromisso em avaliar este trabalho.

Vou também a todos os lugares em que já passei. Falo de viagens, de descobertas, do desconhecido e do desejo de estar e produzir no mundo com outros. A partir desses lugares, agradeço ao Alcindo, semeador de vontades e, sobretudo, cuidador para que se produzam encantos e infinitos laços, onde quer que estejamos.

De dentro de mim, um lugar abstrato onde me faço, sem definição precisa e sem geografia, agradeço ao Ivanor que, nesse tempo, se refez comigo e é com quem me refaço.

À Carla Silva – sua força, empenho e trabalho cotidiano para o verdadeiro cuidado no SUS – dedico esse trabalho.

Resumo

Esta tese analisou os efeitos das políticas públicas sobre o subsistema de provisão hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, entre os anos de 1990 e 2012. O foco da investigação foi o impacto das políticas de descentralização, regionalização da saúde e políticas específicas para a área hospitalar na configuração de atores sociais e estatais envolvidos com hospitais, suas ideias, interesses e estratégias de ação. A pesquisa foi um estudo de caso do setor hospitalar do SUS. O referencial teórico das políticas públicas foi o quadro analítico escolhido para responder à problemática dessa tese. Observou-se que as políticas públicas de saúde, ao longo da história do Brasil, foram decisivas para a organização do subsistema de provisão hospitalar. As regras exaradas pelo Estado constituíram a rede de hospitais existente, influenciaram o processo de medicalização dessas entidades e contribuíram para a organização dos atores estatais e sociais, sociais e de mercado, que participam do setor hospitalar. As políticas de descentralização e regionalização do sistema de saúde, implementadas entre 1990 e 2012, influenciaram diretamente a reconfiguração do subsistema de provisão hospitalar do SUS. Ampliou a participação dos atores estatais de estados e municípios na condução das políticas, bem como a relação desses gestores com os atores sociais, sociais e de mercado, do setor hospitalar. Desfez-se a aliança entre a burocracia estatal federal e os representantes do setor hospitalar privado lucrativo, que constituía uma comunidade de política influente, em especial na década de 1970, anterior à Reforma do Sistema de Saúde brasileiro, ocorrida após 1988. A partir de 1990, diversificaram-se os atores do setor hospitalar que participam do subsistema. Foi possível, com esse trabalho, explicitar as diferenças de ideias, interesses e estratégias dos diversos segmentos hospitalares que, usualmente, eram tratados como homogêneos. Por fim, observou-se que a implementação de políticas públicas contribui para produzir novos atores, bem como para potencializar a organização de atores coletivos que influenciarão as políticas futuras. Os atores alteram suas ideias e estratégias, buscando adaptar-se às novas regras do jogo, para manter seus interesses, mas também os modificam. Adotam propostas de

outros atores, refazendo alianças e acordos para se manterem atuantes na arena política.

Palavras-chave: política pública, política de saúde, política hospitalar, subsistema hospitalar, hospital, Sistema Único de Saúde.

Abstract

This thesis analyzed the effects of public policies on the provision of the hospital subsystem of the National Health System (SUS) in Brazil between the years of 1990 and 2012. The focus of the investigation was the impact of political decentralization, regionalization of health and specific policies for the hospital area in the configuration of state and societal actors involved with hospitals – their ideas, interests and action strategies. The research was a case study of the hospital sector of SUS. The theoretical referential of public policies was the chosen analytical framework to respond to the problems of this thesis. It was observed that public health policies, throughout the history of Brazil, were decisive for the organization of the hospital provision subsystem. The rules printed by the state constituted the existing network of hospitals, influenced the process of medicalization of these entities and contributed to the organization of state, societal, social and market actors participating in the hospital sector. The policies of decentralization and regionalization of the health system, implemented between 1990 and 2012, directly influenced the reconfiguration of the hospital provision subsystem of the SUS. They expanded the involvement of state actors of states and municipalities in implementing policies, as well as the relationship of these managers with societal, social and market actors of the hospital sector. The alliance broke up between federal state bureaucracy and representatives of the profitable private hospital sector, which constituted an influential political community, especially in the 1970s, prior to the Reformation of the Brazilian Health System, which occurred after 1988. Since 1990, the hospital sector actors that participate in the subsystem diversified. It was possible, with this work, to explicitate the differences of ideas, interests and strategies of the various hospital segments that usually were treated as homogeneous. Finally, it was observed that the implementation of public policies contributed to produce new actors as well as to potentialize the organization of collective actors that will influence future policies. The actors change their ideas and strategies, seeking to adapt to the new rules of the game to keep their interests, but also modify them. They adopt

proposals of other actors, redoing alliances and agreements to remain active in the political arena.

Keywords: public policy, health policy, hospital policy, hospital subsystem, hospital, National Health System.

Sumário

INTRODUÇÃO.....	13
1 As Abordagens Analíticas das Políticas Públicas e o Subsistema Hospitalar.....	28
1.1 Instituições, atores, interesses e ideias: categorias analíticas para a compreensão dos efeitos da implementação das políticas no subsistema hospitalar.....	33
1.2 As categorias analíticas sobre a organização dos atores e das instituições, mudanças e permanências do subsistema hospitalar.....	39
1.3 Os conceitos de descentralização e regionalização no setor saúde do Brasil.....	46
2 Antecedentes das Políticas de Saúde e os Hospitais.....	52
2.1 O surgimento dos hospitais no Brasil: responsabilidade das Províncias, estados e municípios	52
2.2 Centralização e fragmentação das políticas hospitalares no executivo nacional entre 1930 e 1945.....	61
2.3 O início da estruturação do subsistema hospitalar: 1945 a 1964.....	66
3 Os Hospitais e a Política de Saúde Durante a Ditadura Militar – 1964 à 1980.....	81
3.1 A política de saúde na Ditadura Militar: a predominância do financiamento previdenciário da assistência à saúde oferecida por prestadores privados	82
3.2 A expansão do setor hospitalar privado lucrativo durante a Ditadura Militar: efeitos das políticas públicas.....	86
4 A Reforma Sanitária: Mudanças no Sistema de Saúde Brasileiro – 1980 à 1989.....	101
4.1 A crise da Previdência e as iniciativas de mudanças no sistema de saúde: estados e municípios ampliam a atuação no setor saúde.....	102
4.2 Reforma Sanitária: reordenamento legal do Sistema de saúde brasileiro	105
4.3 As ideias e os interesses em disputa: proposições de Reformas do Sistema de saúde e o papel dos hospitais.....	110
4.4 Hospitais no período da proposição da Reforma Sanitária brasileira.....	114
5 Implantação do SUS: Início da Descentralização da Saúde – 1990 à 1995.....	128
5.1 Os primeiros movimentos da implementação da descentralização: avanços e resistência da gestão do Sistema de saúde entre 1990 e 1991	128
5.2 A descentralização municipalista de 1993 à 1995	131
5.3 A mudança no financiamento hospitalar: estende-se a forma de pagamento por procedimentos a todos os hospitais.....	137
5.4 Os efeitos da política: ampliação da atuação dos Hospitais Filantrópicos e públicos na assistência hospitalar	143

5.5 A extinção do Inamps – novas rotinas e fluxos para a área hospitalar	146
5.6 Diminuição das internações hospitalares pelo SUS e ampliação da participação dos Hospitais Municipais, de Ensino e Universitários.....	154
6 A Descentralização Municipalista: a ênfase na Atenção Básica entre 1996 e 2000.....	159
6.1 A Norma Operacional Básica de 1996 e a operacionalização da municipalização do Sistema de saúde	159
6.2 A desconcentração administrativa, centralização e fragmentação das políticas na área hospitalar	165
6.3 O gerencialismo na política hospitalar dos anos 1990	175
6.4 Ampliação da produção hospitalar do SUS em serviços estatais e públicos.....	177
7 A Regionalização Normativa do Sistema de Saúde – 2001 a 2005.....	180
7.1 A regionalização normativa do SUS e a gestão dos recursos financeiros federais pelos estados e municípios	180
7.2 A segmentação do setor hospitalar: complexidade como conceito normativo orientador da organização de serviços hospitalares	186
7.3 A grande inflexão na política hospitalar: contratualização dos hospitais..	198
7.4 A diminuição da provisão hospitalar do setor contratado privado e a mudança na classificação das organizações hospitalares.....	205
8 A regionalização Negociada no Sistema Único de Saúde e a Política Hospitalar – 2006 a 2012.....	208
8.1 Pactos como proposta de organização do Sistema Único de Saúde.....	208
8.2 Retrocessos e avanços nas políticas – a influência dos dirigentes do MS no setor hospitalar.....	213
8.3 As mudanças na produção hospitalar e capacidade instalada da provisão dos serviços hospitalares com a implementação do SUS.....	224
8.4 A reconfiguração dos atores do subsistema hospitalar	229
CONSIDERAÇÕES FINAIS	242
REFERÊNCIAS.....	247
ANEXO 1.....	284

INTRODUÇÃO

Esta tese busca identificar os efeitos da implementação de políticas públicas sobre os atores, suas estratégias, interesses e ideias. Mais especificamente, procura evidenciar se houve e, caso tenham existido, quais foram as implicações que a descentralização e regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro tiveram sobre os atores que fazem parte do subsistema de provisão hospitalar.

Pretende-se descrever o desenvolvimento da política hospitalar no Brasil, identificando e analisando os efeitos da implantação da proposta de mudança da política pública de saúde no âmbito do SUS na última década do século XX e na primeira década do século XXI no país.

A principal questão a guiar este estudo foi: uma vez definida uma solução que se transforma formalmente em regra do jogo, qual o efeito sobre os atores, seus interesses, ideias e estratégias? Como os atores se (re)articulam para influenciar a política? Como e o quanto as novas políticas interferem em seus interesses, ideias e estratégias?

Ao analisar as consequências de uma política pública sobre os atores diretamente envolvidos com ela, define-se que o foco da investigação é na implementação. Várias abordagens sobre as políticas públicas analisam os fatores que determinam a entrada de questões na agenda, a escolha das alternativas e os processos decisórios sobre elas. Essas sinalizam que os atores, suas estratégias, ideias e interesses são variáveis relevantes para a compreensão de como uma política se desenvolve (OSTROM, 2007; SABATIER, 2007; SCHLAGER, 2007; TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

Alguns estudos da implementação da política focam a análise no alcance dos objetivos a que a política se propõe (MILLER & BANASZAK-HOLL, 2005). Tais estudos observam que o processo de implantação das políticas gera efeitos inesperados, não previstos originalmente, quando da formulação e da decisão sobre a política. Atribui-se, portanto, ao momento da implementação a possibilidade de reconfiguração das políticas, ou seja, o processo de implementação em si contém formulação, produção de agendas, de novas soluções e definições (MILLER & BANASZAK-HOLL, 2005).

Ao analisar o efeito das políticas públicas, buscou-se identificar o quanto estas são capazes de produzir e de colocar em cena novos atores – ou, ao menos, modificar as ideias, interesses e estratégias dos atores que já estão na cena da política. Atores existentes podem mudar a partir de novas regras, ou, em alguns casos, manter suas ideias e seus interesses, o que frequentemente é referido como: “muda-se para permanecer tudo igual”.

No Brasil, a construção das regras e normas que delimitam e constituem os hospitais como instituições ocorre com uma forte atuação do Estado (POSSA, 2007). A definição do hospital, a delimitação de sua atuação, sua caracterização e a composição da rede hospitalar brasileira com diferentes institucionalidades é resultado, em grande medida, das políticas públicas de saúde estabelecidas para esse setor ao longo do tempo (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; GERSCHMAN & SANTOS, 2006; MENICUCCI, 2006, 2007).

A rede de serviços hospitalares no país é composta por organizações com diferentes formatos jurídicos institucionais e de relações com o Estado, com a sociedade e com o mercado. Há Hospitais Públicos, pertencentes ao poder público nos três níveis de Governo – municipal, estadual e federal – e hospitais pertencentes à iniciativa privada, tanto filantrópicos como lucrativos. Estas organizações são financiadas: 1) pelo Estado, através do SUS, com recursos oriundos de tributos, a partir do credenciamento ao sistema; 2) pelos cidadãos, por meio da compra direta de serviços; e 3) pelos planos e seguros de saúde, com recursos dos prêmios pagos por beneficiários e/ou empregadores. Todos os serviços hospitalares no Brasil estão submetidos à regulamentação, à fiscalização e ao controle do poder público, em decorrência da disposição constitucional que caracteriza toda e qualquer ação e serviço de saúde como de relevância pública (BRASIL, 1988; FERLA, 2007).

Essa diversidade, articulada por um conjunto sistêmico de financiadores, provedores e usuários, é regulada por políticas governamentais variadas. Estas são resultantes da complexidade – heterogeneidade de organizações, multiplicidade de atores, grande diversidade de procedimentos, diferentes tipos de relação das organizações com o Estado – que provoca diferenciação.

Dessa forma, para delimitar a problemática desse estudo, é necessário constituir o seu objeto, explicitando os limites e as fronteiras das políticas públicas

hospitalares no âmbito do sistema de saúde brasileiro. O subsistema hospitalar, pertencente a esse sistema, apresenta um setor que trata da regulação, da fiscalização e do controle do funcionamento dos hospitais, no que diz respeito às suas condições sanitárias, o que é realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). O segundo setor trata da regulação, da fiscalização e do controle da prestação dos serviços hospitalares e dos planos e seguros de saúde, o que é coordenado pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Um terceiro setor define a política e regula a provisão da atenção hospitalar no âmbito do SUS, coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Os três setores têm como principal protagonista institucional estatal o Ministério da Saúde (MS), e contam com a participação, em diferentes graus, dos gestores estaduais e municipais nas definições.

A Lei Federal nº 8080/90 estabeleceu o regramento a respeito da inserção dos serviços de saúde no SUS (BRASIL, 1990b). Os Hospitais Públicos, da administração direta ou indireta, pertencentes aos municípios, aos estados e à União¹, constituem a rede hospitalar própria do SUS². A rede hospitalar privada contratada pelo SUS distingue-se em filantrópica ou privada. Conforme disposição legal, os Hospitais Privados são serviços complementares ao SUS e podem ser demandados quando da insuficiência de serviços públicos³. Os Hospitais Filantrópicos pertencem a instituições sociais variadas, que adquirem o certificado de filantropia, na medida em que são organizações que cumprem o regramento

1 A União também conta com a rede hospitalar das Forças Armadas, assim como alguns estados brasileiros têm rede hospitalar específica para os atendimentos de servidores públicos. Esses serviços hospitalares respondem a demandas específicas dessas corporações, têm políticas e organizações distintas e não têm qualquer relação com o subsistema em análise neste trabalho.

2 “Lei nº 8080 de 90 – Art. 4º – O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 1990b).

3 “Lei nº 8080/90 – Art. 8º – As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente. (...) – Art. 24 – Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o (...) SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público. – Art. 25 – Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do (...) SUS” (BRASIL, 1990b).

estabelecido por legislação específica⁴ e não têm fins lucrativos. Os Hospitais Privados são organizações de mercado, com fins lucrativos, que podem ser contratados para o atendimento ao SUS, quando esgotada a capacidade assistencial dos Hospitais Públicos e dos Filantrópicos. Esses – e alguns Hospitais Públicos também – prestam serviços a particulares ou a planos de saúde.

As relações entre os gestores do setor saúde e as organizações hospitalares provedoras de serviços ao SUS apresentam características diversas, dependendo da figura jurídica destas. Em geral, as relações firmadas com os estabelecimentos filantrópicos e privados credenciados ao SUS são na condição de “vendedores” de serviços para o sistema. Já os hospitais próprios, sob a administração direta do poder público da área da saúde ou da educação (como os hospitais de universidades públicas), embora também “vendam” serviços para o sistema, têm sua autonomia gerencial limitada, pois integram o setor público. A política pública de serviços hospitalares financiados com recursos do SUS diz respeito, portanto, a um conjunto de hospitais diversificados em sua natureza, com diferentes formatos de relações com o Estado. Atores individuais e coletivos, que fazem parte do setor saúde, organizam-se em torno desses serviços, influenciando na definição de políticas e construindo estratégias de ação na defesa de seus interesses e das ideias que defendem.

O sistema de saúde brasileiro passou por um processo de mudança importante no final da década de 80 do século XX, com a inclusão, na Constituição Brasileira, do princípio da saúde como direito, e com a criação do SUS (BRASIL, 1988). As mudanças nesse sistema – processo denominado de Reforma Sanitária Brasileira – ocorreram no contexto de democratização do país. O Movimento Sanitário aglutinou os reformadores sociais que debatiam e disputavam o projeto de Reforma da política nacional de saúde. O Movimento foi considerado um sujeito coletivo, por congregar o conjunto de atores individuais e coletivos de diferentes organizações políticas e funcionais da área da saúde (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; GERSCHMAN & VIANA, 2005; TEIXEIRA, 2006; PAIM, 2008).

4 Lei nº 12101/2009 que regula a Filantropia no Brasil (BRASIL, 2009a)

Os reformistas tiveram como principais opositores as organizações de provedores privados de saúde no país, organizações de profissionais de saúde, em especial da categoria médica, e parte da burocracia dos organismos estatais existentes no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e no MS (LUZ, 1986; BARROS, 1997; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008). Esses dois grupos de atores e organizações eram identificados como comunidades de políticas, ou seja, “[...] um número limitado e relativamente estável de membros que compartilham os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial” (CÔRTEZ, 2009a, p. 1627) e que tiveram forte influência sobre os processos decisórios da saúde ao longo das últimas décadas.

As principais divergências entre essas comunidades na construção da Reforma de saúde no país eram relativas aos conceitos de saúde e à organização da atenção para responder aos problemas e às necessidades em saúde (CARVALHO, 1995; CÔRTEZ, 2002; FERLA, 2004, 2007; ACIOLE, 2006). Além disto, a organização do sistema de saúde relacionava-se à unificação, descentralização ou centralização da gestão e do financiamento do setor saúde (BARROS, 1997; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008). Por fim, diferiam quanto à universalização do acesso, à publicização ou segmentação da oferta, e à manutenção da iniciativa privada na atenção à saúde, ou seja, sobre as relações público e privado no financiamento e na provisão de serviços para o sistema de saúde (ALMEIDA, 1997; MATOS & POMPEU, 2003; SANTOS & GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005; OCKÉ-REIS, ANDREAZZI, SILVEIRA, 2006; MENICUCCI, 2006, 2007; GERSCHMAN & SANTOS, 2006; BAHIA, 2008; OCKÉ-REIS, 2009).

No que diz respeito aos conceitos de saúde e organização da atenção, a proposta de Reforma do setor saúde no país, defendida pelos reformistas, tinha como base a crítica a um modelo de atenção centrado na medicalização, no hospital e na doença. O texto constitucional que era orientador da proposta definia o conceito de saúde relacionando-o com os modos de viver em sociedade, questionava o “lugar” que as organizações hospitalares ocupavam e o “papel” que desempenhavam no sistema de atenção à saúde. Isto se confirmava pela própria redação da diretriz do atendimento integral, gravada no texto constitucional, que

enfetizava a necessidade de serem priorizadas as atividades preventivas sem prejuízo das ações assistenciais (BRASIL, 1988).

Esta perspectiva deslocava do hospital a exclusividade do cuidado em saúde e remetia para a necessidade de construção de uma rede de atenção à saúde, mais ainda, para a multiplicidade de possibilidades de cuidado. Tal deslocamento – que era um dos temas do debate da Reforma Sanitária – tinha, nos dirigentes, donos de instituições hospitalares e nas organizações que representavam os hospitais do país, um opositor. A Federação Brasileira dos Hospitais era um dos principais porta-vozes da proposta em disputa, qual seja, a alternativa liberal de prestação de assistência médica, através do mercado, e a manutenção do modelo da medicina científica (LUZ, 1986; CARVALHO, 1995; CÔRTEZ, 2002; FERLA, 2004, 2007; ACIOLE, 2006).

A organização do sistema brasileiro de saúde, anterior à criação do SUS, constituía-se de um componente de saúde pública, desenvolvido pelo MS e algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e do componente da assistência médica, organizado pelo Inamps e ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). As ações de saúde pública pretendiam ser universais. Já as ações de assistência médica eram destinadas aos contribuintes do sistema previdenciário. A prestação dessa assistência ocorria através da compra de procedimentos dos prestadores de serviços – principalmente os hospitais – sendo que a maioria dessas organizações era privada ou filantrópica (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; GERSCHMAN & VIANA, 2005; MENICUCCI, 2006).

Uma das ênfases do processo de Reforma recaiu sobre a proposta de unificação dos dois subsistemas – de saúde pública e de assistência – com a criação do SUS. A Reforma, que também definiu o direito à saúde e o dever do Estado de supri-la, baseava-se na proposta dos reformistas de descentralização das ações e dos serviços de saúde, sobretudo o incentivo à organização da rede básica de atenção em todos os municípios brasileiros. Esta foi sendo construída ao longo da década de 90 do século XX e nos primeiros anos do século XXI (UGÁ et al., 2003).

A descentralização era defendida como dispositivo para a universalização da atenção à saúde e para a construção do processo de democratização das

tomadas de decisões no setor saúde. A descentralização, com direção única em cada esfera de Governo (municipal, estadual e federal), ampliou a participação de gestores públicos municipais e estaduais no campo da saúde, visto que eram os municípios, segundo a legislação, os responsáveis pela prestação de serviços. Por outro lado, as organizações hospitalares privadas lucrativas, representadas pela Federação Brasileira de Hospitais, defendiam – juntamente com a tecnoburocracia do Inamps – a manutenção do modelo centralizado de gestão da prestação de serviços (BARROS, 1997; GERSCHMAN & VIANA, 2005).

Recursos escassos frente a demandas crescentes por serviços era uma questão recorrente em sistemas de saúde, mas o aumento dos gastos não significava necessariamente melhores indicadores de saúde (BRAGA NETO, BARBOSA, SANTOS, 2008; RIBEIRO, 2009). No Brasil, a demanda por ações e serviços hospitalares era maior que a oferta propiciada por organizações hospitalares financiadas pelo SUS. Denúncias sobre filas, lotação e falta de atendimento eram frequentes. Os diagnósticos para essa situação eram de diversas naturezas, e expressavam os interesses, as ideias e o posicionamento dos atores envolvidos.

As análises sobre as razões para crise no setor hospitalar e as alternativas de solução eram muitas vezes conflitantes. Os atores ligados às organizações hospitalares e ao Complexo Médico Industrial – que compartilhavam uma concepção de atenção à saúde baseada na realização de procedimentos definidos de forma autônoma por profissionais e organizações hospitalares – tendiam a enfatizar o subfinanciamento do setor (CARVALHO, 2007; RIBEIRO, 2009). Já os atores ligados à Reforma Sanitária – que faziam a crítica ao sistema de saúde centrado no hospital –, atores estatais e o Complexo Médico Financeiro (CMF) enfatizavam que, ao lado da insuficiência de recursos financeiros, havia problemas de gestão e de isolamento dos hospitais da rede de serviços ambulatoriais, além da debilidade da regulação estatal (CARVALHO, 2007; FARIAS, 2009).

Os provedores de serviços hospitalares e o Complexo Médico Industrial não se colocavam essas questões, pois o consumo de tecnologia e a oferta de procedimentos de saúde complexa estavam entre os seus principais objetivos, e lhes garantiam lucratividade e crescimento. Para isso, o central era dispor de

recursos financeiros (VIANNA, 2002), ou seja, a modelagem da atenção, a regulação das ações e a autonomia dos hospitais em relação ao sistema eram questões fundamentais para boa parte dos atores integrantes do subsistema de serviços hospitalares expandirem a sua atuação.

As análises sobre o processo de Reforma do sistema de saúde ocorrido nos últimos 20 anos no Brasil, em decorrência da mudança estabelecida na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90 que regulamentam o SUS, sinalizam que as mudanças neste sistema de saúde não lograram a transformação pretendida, em especial no que diz respeito à construção de um sistema universal e equânime de atenção à saúde para os brasileiros (GERSCHMAN, 2004; UGÁ & MARQUES, 2005; MENICUCCI, 2007). Os resultados limitados da Reforma Sanitária foram consequência da combinação de fatores externos ao setor, em especial as políticas de ajuste fiscal da década de 90 do século XX, da trajetória histórica do sistema de saúde – que institucionalizou os padrões de assistência constituídos em períodos anteriores – e da disputa e suporte político dos diferentes atores envolvidos e com interesses no sistema (GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005; BAHIA, 2005; UGÁ & MARQUES, 2005; ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2007; FARIAS, 2009).

Mesmo assim, houve importantes mudanças no sistema de saúde brasileiro ao longo da década de 1990 e destes últimos 20 anos. Exemplos disso são: a descentralização e a institucionalização das relações interfederativas, entre União, estados e municípios, que levaram à municipalização da gestão dos serviços e a regionalização; as mudanças no financiamento no setor; a organização de estruturas e fóruns de gestão e participação (BARROS, 1997; COSTA, SILVA, RIBEIRO, 2001; UGÁ et al., 2003; GERSCHMAN, 2004; ACIOLE, 2006); a ampliação e o fortalecimento dos subsistemas de atenção básica; a política de atenção básica, com a implantação da estratégia de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde (BODSTEIN, 2002; MARQUES & MENDES, 2002; SILVA & COSTA, 2002; CARVALHO, 2007); e o fortalecimento do subsistema de vigilância em saúde, com a criação da Anvisa e do sistema de vigilância em saúde descentralizado no país (CARVALHO, 2007).

No entanto, o caráter inconcluso, insuficiente e excludente (FAVERET & OLIVEIRA, 1990; GERSCHMAN, 2004; CAMPOS, 2007; COHN, 2008; PAIM,

2008) da implantação da proposta de Reforma era atribuído, em grande parte, à incapacidade de universalizar o acesso à saúde com equidade. Houve a constituição do subsistema de saúde suplementar – de planos e seguros de saúde – que veio a ser legitimado pela legislação que os regulava e pela criação da ANS, o que consolidou a característica dual do sistema de saúde brasileiro.

Houve ainda a manutenção dos modelos de atenção, gestão e financiamento na provisão de serviços hospitalares ao SUS. Registraram-se poucos avanços na ampliação da regulação estatal sobre os mesmos ou de sua maior integração ao conjunto dos serviços de saúde que compunham o sistema (BAHIA, 2001; SANTOS & GERSCHMAN, 2004; MENICUCCI, 2006, 2007; CARVALHO, 2007; FARIAS, 2009; RIBEIRO, 2009).

Observou-se, portanto, que o tema da provisão de serviços hospitalares – seja na crítica ou defesa do modelo de atenção, na descentralização ou centralização do sistema, ou na relação público e privado – está na arena da política de saúde. Os atores individuais e coletivos ligados ao setor de provisão de serviços hospitalares privados e filantrópicos são reconhecidos como integrantes de uma comunidade da política influente nesta arena (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; CÔRTEZ, 2009). No entanto – e talvez até por isso –, a literatura sinaliza que não houve mudanças significativas no caso específico da regulação de serviços hospitalares no âmbito do SUS (MENICUCCI, 2006, 2007; CARVALHO, 2007; FARIAS, 2009; LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Segundo Menicucci (2006, p. 82), não ocorreu a publicização da rede prestadora de serviços hospitalares que deveria acompanhar a Reforma, na medida em que esta definia tais serviços como de relevância pública. Não houve, ao longo da implementação do SUS, “expansão da rede estatal [...] [ou] incorporação da rede privada de acordo com critérios públicos”.

Entre as dificuldades para a ampliação da regulação estatal da rede de serviços hospitalares, a literatura destaca: a insuficiente capacidade do Estado de “definir sua demanda, negociar serviços, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação, em uma relação que ainda não tem regras definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos” (MENICUCCI, 2006, p. 82); as restrições políticas pela resistência dos prestadores do setor privado à regulação governamental, dada a história

pregressa de auto-regulação; e a correlação de forças presentes na arena do setor saúde, com a forte influência dos prestadores privados de serviços hospitalares e a sua penetração nas instâncias governamentais (MENICUCCI, 2006, 2007; FARIAS, 2009).

Uma questão que é recorrente nas análises sobre a política hospitalar é o interesse de mercado, no caso, o complexo industrial de saúde na indução de consumo de tecnologias e das prioridades dos hospitais e serviços (VIANNA, 2002). Têm destaque também os interesses corporativos das profissões, em especial dos médicos, na busca por autonomia (ACIOLE, 2006). A regulação da incorporação de tecnologia, do acesso e dos processos de trabalho na saúde – através, por exemplo, da criação de centrais de regulação e de protocolos e diretrizes terapêuticas para os serviços hospitalares – tem sido apontada como uma necessidade não somente pelas autoridades estatais, mas também pelos planos e seguros de saúde (CARVALHO, 2007).

Nesse contexto, para além de observar o quanto fracassou ou foi vitoriosa a Reforma Sanitária no subsistema de provisão de serviços hospitalares ao SUS, esta tese propôs-se a analisar os efeitos que a política pública para os hospitais – de descentralização e regionalização do sistema de saúde, editadas a partir de 1990 – teve sobre os atores implicados com os serviços hospitalares no âmbito do SUS. O principal objetivo foi verificar o seu impacto na configuração de atores sociais e estatais que participam desse subsistema, mais especificamente suas ideias sobre esta política, seus interesses e suas estratégias de ação.

Ressalta-se que, em que pese as mudanças ocorridas no setor saúde ao longo dos anos 1980 e 1990, a política de provisão de serviços hospitalares não acompanhou esse processo de reformista. Apenas em 2004, surgiu uma proposta de reorganização hospitalar no SUS. O contexto de transformação na política de saúde no Brasil sugere a potencialidade de, ao analisar o desenvolvimento desse subsistema, contribuir para a compreensão das dinâmicas de manutenção e de mudanças nas instituições que organizam a implementação de políticas públicas.

O interesse nesta temática justifica-se porque a política hospitalar é uma área relevante da política pública de saúde (BRASIL, 2004; TEIXEIRA & SOLLA, 2005; ACIOLE, 2006). Os hospitais são as organizações em que ocorrem os maiores investimentos de recursos do sistema de saúde. Concentram saberes e

tecnologias especializadas. São organizações que contam com legitimidade social. A apreciação pública sobre seu funcionamento – expressa e influenciada pelas manchetes midiáticas – serve como indicador de crise ou de sucesso de todo o sistema de saúde (BRAGA NETO et al., 2008).

Nas diferentes abordagens teóricas sobre as políticas públicas, o Estado ocupa lugar central, e todas procuram identificar o papel dos Governos na definição e na implementação de políticas públicas. No caso dos serviços hospitalares, a diversidade de organizações envolvidas – sejam públicas, de mercado ou filantrópicas – conforma um contexto em que a análise da ação do Estado na produção, no financiamento, na distribuição e regulação de serviços de saúde é fundamental para elucidar o papel dos atores estatais, suas capacidades e seus recursos de autoridade no interior desse subsistema (SOUZA, 2003).

Na conformação do subsistema de serviços hospitalares, é reconhecida a forte influência da autoridade estatal, em especial o MS. Porém, não é negligenciável a capacidade de influenciar a formação das políticas da área das organizações hospitalares privadas, do Complexo Médico Industrial, e de atores sociais, em especial algumas corporações profissionais médicas (BAHIA, 2001; ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2006, 2007; OCKÉ-REIS, ANDREAZZI, SILVEIRA, 2006; FARIAS, 2009). No entanto, pouco se sabe sobre as dinâmicas internas do subsistema hospitalar e, mais especificamente, sobre os efeitos das políticas, e das regras e normativas delas resultantes. Também ignoram-se as consequências para o conjunto de atores individuais e coletivos afetados por tais políticas, regras e normativas, ou sobre as suas expectativas e estratégias de ação. Além disso, é necessário identificar os fatores e atores que impactam sobre a capacidade do Estado de agir no interior do subsistema, não apenas como proponente de políticas, mas também como provedor e, no caso brasileiro, principalmente, como regulador da provisão oferecida.

Através da revisão da literatura que trata dos serviços hospitalares no âmbito do SUS, observou-se que o foco da análise recai sobre os seguintes aspectos: a) financiamento e caracterização do sistema hospitalar (CARVALHO, 2007; RIBEIRO, 2009); b) a insuficiência na oferta desses serviços como explicação para a manutenção das características não universalistas do sistema de saúde brasileiro (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; FARIAS, 2009; RIBEIRO,

2009); e c) resultados alcançados a partir dos objetivos estabelecidos pelas políticas públicas gerais do sistema de saúde neste setor específico (FARIAS, 2009; LIMA, 2009; LOBO et al., 2009).

Os estudos não focalizam centralmente os efeitos das propostas de mudança na configuração dos atores envolvidos com a política hospitalar do SUS. Desse modo, pretende-se contribuir para a compreensão das políticas públicas e das dinâmicas da relação entre as instituições e os atores, na manutenção e mudança nas políticas públicas. A investigação sobre as Reformas da política pública de serviços hospitalares no SUS é um campo fértil para compreender as dinâmicas da relação entre os fatores que são reconhecidos como variáveis explicativas das mudanças, fundamentalmente a ação dos atores e grupos de interesses, e aquelas que, em geral, são relacionadas com a manutenção, sejam das instituições ou das estruturas.

Busca-se identificar essas variáveis explicativas na configuração das relações entre atores individuais e coletivos, estatais, de mercado e sociais, bem como verificar que fatores e atores tornam possível transformações e que sustentam a manutenção de padrões anteriores à proposta de mudança. Ao analisar o caso empírico, busca-se também contribuir para o desenvolvimento teórico-metodológico na análise das políticas públicas no Brasil, particularmente na área da saúde.

A pesquisa foi um estudo de caso da política hospitalar brasileira, especificamente do subsistema hospitalar do SUS, tendo como marco histórico as propostas de mudanças implantadas a partir de 1990 e seus desdobramentos até 2012. Este intervalo de tempo possibilita a análise dos efeitos resultantes da implementação da descentralização, bem como das medidas direcionadas aos hospitais sobre o subsistema.

Trata-se de um caso decisivo, que permite testar proposições acerca dos efeitos das alterações de regras e de normas das políticas públicas, a descentralização e regionalização do SUS e as medidas direcionadas aos hospitais, nas variáveis dependentes: atores individuais e coletivos, ideias, interesses e estratégias do subsistema de atenção hospitalar do SUS no Brasil. Esta problemática justifica o estudo de caso único, pois “pode representar uma importante contribuição à base de conhecimento e à construção de teoria” (YIN,

2006, p. 62) sobre os efeitos de implementação de políticas públicas e as suas dinâmicas de permanência e transformação.

O estudo de caso longitudinal – descrição e análise do subsistema de atenção hospitalar do SUS em dois pontos diferentes do tempo (YIN, 2006) – possibilitou verificar as relações que se estabelecem entre o evento da implementação da proposta de mudança do SUS, e os efeitos sobre o subsistema de provisão hospitalar, particularmente no que se refere à configuração das relações entre os atores nele envolvidos.

O foco da análise recaiu sobre a relação entre o Estado, seus atores e os prestadores de serviços hospitalares; sobre a identificação dos fatores e atores presentes na configuração anterior à proposta reformista, e aqueles externos ao setor, no período anterior à implementação das políticas, e que podem explicar os resultados encontrados no subsistema no ano de 2012 (PIERSON & SKOCPOL, 2002; PIERSON, 2004).

Para identificar as alterações ou a resiliência e analisar os efeitos da política no subsistema de atenção hospitalar, foi necessário realizar a descrição do desenvolvimento deste setor da política, contextualizando-o e caracterizando-o ao longo do tempo, de forma sequencial, para que se identifique a configuração que apresenta nos períodos anteriores e posteriores à implementação das políticas em análise. A partir disso, fez-se a distinção entre: a) efeitos da implementação das propostas de mudanças; b) efeitos das condições prévias; e c) efeitos de fatores externos ao setor. Também foi possível identificar as situações críticas, a dependência de trajetória e de auto-reforço, contribuindo para a análise das dinâmicas de transformações e permanência.

A triangulação de técnicas de pesquisa foi necessária para a busca dos dados empíricos, destacando-se:

- 1) pesquisa na literatura científica, através da seleção de textos já produzidos sobre a temática da política hospitalar, a forma como o problema hospital é representado e as ideias sobre a política brasileira nessa área, bem como as análises sobre a descentralização e regionalização do sistema e as abordagens teóricas sobre mudanças e manutenção nas políticas públicas;

2) pesquisa documental da legislação e das normas formuladas que regem essas políticas ao longo da história; e de documentos produzidos pelos atores estatais e pelos grupos relacionados a essa política;

3) pesquisa em dados secundários, caracterizando a rede de serviços hospitalares do SUS, o número, porte, localização geográfica e demais informações úteis para a caracterização dessas organizações, que estejam nos sistemas de informação, identificando as mudanças e manutenções ao longo do tempo, buscando identificar tendências que auxiliam a descrição e explicação da formulação da proposta de mudança, o processo de implementação e os efeitos no setor;

4) entrevistas semiestruturadas com atores-chave envolvidos e afetados pela política pública de serviços hospitalares do SUS no Brasil.

Cabe destacar que os atores-chave, considerados para a elucidação da problemática desta pesquisa, são os representantes de todas as organizações nacionais, estatais e societárias, identificadas com o subsistema de provisão de serviços hospitalares do SUS e o processo de descentralização e regionalização. A seleção dos entrevistados envolvidos com a política hospitalar não se deu de forma aleatória. A obtenção dos entrevistados foi pelo método de indicação, técnica conhecida como “bola de neve”, pela qual os próximos entrevistados eram selecionados a partir da referência em entrevistas anteriores.

Quanto aos dirigentes e formuladores das políticas públicas hospitalares do SUS, foi feita a escolha de informantes qualificados, ou seja, aqueles que estiveram envolvidos na formulação e implementação da política no período analisado.

A estratégia analítica geral desse estudo de caso foi baseada nas proposições teóricas, ou seja, que a implementação de proposta de mudança na política pública do SUS gera efeitos no subsistema hospitalar. Identificou-se como – ou seja, as situações críticas e de auto-reforço – e por que, quais fatores e atores estão implicados nas dinâmicas de permanência e de transformação da política pública e do setor. Tratou-se de ter esta proposição como “guia para análise do estudo de caso” empírico e para a definição de “explicações alternativas” (YIN, 2006, p. 140).

A técnica analítica específica foi a análise de séries temporais. Assim, pretendeu-se seguir o curso das alterações e resiliências do subsistema hospitalar brasileiro ao longo do tempo, contrastando a tendência antes e depois de publicadas as regras das políticas descentralizadoras e as regulatórias dos serviços hospitalares. Dessa forma, foi aplicada a “comparação da ‘série temporal interrompida’ dentro do mesmo caso” (YIN, 2006, p. 153) para analisar e verificar a hipótese de que, ao implementar a descentralização, a regionalização e novas regras para os hospitais, alteraram-se os padrões de relações entre atores, ideias, interesses e estratégias destes atores.

Esta pesquisa será apresentada em oito capítulos: No primeiro, apresentam-se as escolhas teóricas que orientam o conjunto desta análise, em especial as abordagens sobre políticas públicas, os principais conceitos e as categorias analíticas que configuram o problema teórico que se pretende abordar, assim como o conceito, histórico e parte do acúmulo teórico e analítico sobre a descentralização e regionalização do SUS no Brasil, variável independente deste estudo.

Do segundo ao quarto capítulo, são apresentados os antecedentes do objeto de análise, qual seja, o subsistema de provisão hospitalar no Brasil, o contexto mais geral em que foram formuladas as políticas públicas de saúde, quais os conteúdos, as ideias e os interesses que se destacam em cada momento do processo histórico de sua conformação no país.

Nos capítulos cinco ao oito, buscou-se identificar os efeitos da descentralização, da regionalização e das políticas hospitalares do SUS na organização do subsistema. Procurou-se identificar os atores que são mais preponderantes e influentes na definição das políticas para a área hospitalar, quais os que se contrapõem e resistem, as ideias e estratégias que têm/utilizam para a/na organização da provisão hospitalar do SUS, e relacionar com as políticas. Para isso, as variáveis dependentes são descritas ao longo da implementação do SUS brasileiro, tendo como foco na análise as variáveis independentes: descentralização, regionalização e políticas específicas para o setor hospitalar. Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

1 As Abordagens Analíticas das Políticas Públicas e o Subsistema Hospitalar

O referencial teórico das políticas públicas é o quadro analítico identificado para responder à problemática dessa tese. Sabatier (2007) cita Lasswell (1951, 1971) como o fundador da disciplina, para quem a política pública é um processo que se desenvolve em etapas ou ciclos. A teoria dos ciclos da política foi relevante no estudo das políticas públicas, em especial porque rompeu com a tradição de análise que se restringia à agenda e aos processos decisórios, ao incluir as demais etapas no foco das investigações. Dentre as etapas identificadas em um ciclo de política pública, encontra-se a inclusão na agenda governamental, a identificação e formulação de solução, a decisão e escolha do curso da ação, a implementação e avaliação das políticas públicas (BONAFONT, 2004; JONES apud SOUZA, 2006).

Recentemente, a abordagem dos ciclos da política vem sendo criticada pela avaliação de que as etapas da política não expressam a realidade, visto que não é possível compreender de forma tão fragmentada o desenvolvimento de uma política pública (PIERSON, 2004; SABATIER, 2007). No entanto, pode ser considerado como um dispositivo heurístico relevante (BONAFONT, 2004). Mesmo sabendo que as fronteiras entre as etapas são fluidas (PIERSON, 2004; SABATIER, 2007), permite que se identifique metodologicamente o foco de uma investigação. Considera-se, então, que a divisão em etapas é um recurso metodológico para delimitação inicial do estudo sobre os serviços hospitalares no SUS. O estudo agora proposto focaliza um tipo de efeito – no caso, sobre a configuração dos atores – da implementação da descentralização e regionalização do SUS no Brasil.

O conceito de políticas públicas aqui adotado refere-se ao que os Governos decidem fazer ou não fazer (DYE, 1984) e ao que necessitam para que a atuação governamental se realize (NELSON, 2001). As políticas públicas resultam da ação de uma autoridade investida de poder público e de legitimidade governamental (MENY & THOENIG, 1992). Tanto dizem respeito à ação para solucionar um problema com conflito social, como também servem para evitar que

ações sejam desenvolvidas (BACHRACH & BARATZ, 1963). São consideradas como uma “regra formulada por alguma autoridade governamental que expressa uma intenção de influenciar, alterar, regular, o comportamento individual ou coletivo através do uso de sanções positivas ou negativas” (LOWI apud BONAFONT, 2004, p. 1).

Considerando que a política pública está diretamente relacionada com o que o Estado faz ou deixa de fazer, ou seja, com a análise da ação do Estado, a relação entre este e os grupos de interesse – atores individuais e coletivos que defendem certa visão sobre a política – é uma questão-chave na compreensão das políticas públicas. Dentre as diferentes perspectivas teóricas acerca dessa relação, destacam-se o pluralismo, o elitismo e o neo-institucionalismo. Para o pluralismo, o Governo reflete as pressões dos grupos, funcionando como um mediador dos interesses; o elitismo considera que Governo serve aos interesses de determinadas grupos sociais; e o neo-institucionalismo aponta uma perspectiva em que exista uma autonomia relativa do Estado, em que este tenha um espaço próprio de atuação permeável a influências externas e internas (SOUZA, 2006). O que há em comum entre estas perspectivas, é a concepção de que a política pública resulta de um processo de negociação e interação constantes entre atores estatais e de grupos societais – de mercado ou sociais (COHN, 2008).

A utilização do conceito de subsistema é frequente na análise das políticas públicas. A complexidade da sociedade moderna, que pressupõe a especialização dos participantes das políticas públicas (SABATIER, 2007) e a adoção da teoria do processamento paralelo e em série das informações e da atenção – incapacidade dos indivíduos de estarem atentos a todos os temas o tempo todo (TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007) – explicita a necessidade das estruturas institucionais dividirem-se. Essas organizam-se em subsistemas, produzindo, assim, o processamento paralelo das informações e da atenção. Seriam filtros que tornam possível que várias questões sejam abordadas simultaneamente. Para essas abordagens, subsistemas são arranjos institucionais empíricos passíveis de serem identificados a partir da análise da realidade (BONAFONT, 2004; SABATIER, 2007; TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

O subsistema diz respeito ao *locus* em que a temática dos serviços hospitalares do SUS é tratada na maioria das vezes (TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007). Este conceito é profícuo para esta análise, não só porque delimita o objeto estudado, mas também porque determina a necessidade de caracterizar esta área de política, tão influente no sistema de saúde brasileiro. Tal sistema é reconhecidamente organizado em torno da temática do financiamento, da distribuição, da produção e das necessidades de serviços hospitalares no SUS (BARROS, 1997; MENICUCCI, 2006, 2007; FARIAS, 2009).

Os atores ligados ao setor privado de prestação de serviços hospitalares ao SUS são articulados em uma comunidade política há três décadas no sistema de saúde. Ela engloba outros atores, entre eles dirigentes públicos do sistema, dos setores do mercado e das corporações da saúde, em especial a médica (CÔRTEZ, 2009). No entanto, os atores ligados ao setor privado de prestação de serviços hospitalares, apesar de influentes, não são a totalidade de atores do subsistema hospitalar do SUS. Outros atores e organizações, societais ou estatais, também estão com ele envolvidos.

O subsistema é usualmente caracterizado como homogêneo em ideias e interesses, mesmo que reconhecida a heterogeneidade de atores e instituições que o compõem (BRASIL, 2004; MENICUCCI, 2006; FARIAS, 2009). A literatura sobre o setor de serviços hospitalares no Brasil salienta o domínio dos prestadores de serviços privados em aliança com setores da burocracia estatal; pouco trata do papel dos prestadores hospitalares públicos, ou dos atores e das organizações a eles ligados (BARROS, 1997; SANTOS & GERSCHMAN, 2004; FARIAS, 2009). Por isso, um olhar mais aprofundado pode ser esclarecedor, pois parece pouco provável que ideias e interesses de instituições e grupos de atores tão distintos não abriguem conflitos e divergências.

É reconhecido o papel de destaque do Estado como ator político no âmbito dos subsistemas de serviços hospitalares, particularmente no Brasil, mas destaca-se também a influência dos atores sociais e da história institucional da área na definição e implementação das políticas públicas de saúde (GERSCHMAN & SANTOS, 2006; MENICUCCI, 2007) e, em particular, no setor hospitalar (MENICUCCI, 2006, 2007; POSSA, 2007; FARIAS, 2009).

No caso específico desse estudo, o que está em análise é a capacidade do Estado brasileiro de implementar políticas públicas que surtam efeito no subsistema da política, e verificar os efeitos das regras e normas reformistas, da descentralização e regionalização, nos processos políticos de negociação e interação entre o Estado e os atores sociais e de mercado envolvidos com os serviços hospitalares no âmbito do SUS. Observe-se que tais regras e normas visavam a ampliar a capacidade estatal, dos estados e municípios, de regulação dos serviços hospitalares e diminuir a autonomia dos prestadores.

As análises das políticas públicas – que têm como foco as mudanças e/ou permanências – consideram que as explicações para a dinâmica dos processos estão nos atores individuais e coletivos, em sua ação estratégica, nos fatores externos, nas ideias, nas crenças, na imagem da política, nas instituições e também no próprio desenvolvimento dos processos políticos (JOHN, 1999; SCHLAGER, 2007).

As diversas abordagens diferem na importância que dão aos aspectos institucionais, aos grupos de atores e suas relações, ou às ações dos indivíduos. Apesar de haver um esforço para tratar, nos quadros explicativos da estrutura e ação, de indivíduos/grupos e instituições, as permanências são consideradas principalmente como resultado de estruturas e instituições que dão estabilidade aos sistemas e às relações. Já as mudanças estariam associadas às ideias, à ação, aos indivíduos/grupos e a fatores externos ao subsistema. É frequente, nas análises das políticas públicas, considerá-las como variáveis dependentes e buscar identificar os fatores e as cadeias causais de sua manutenção e mudança (HALL & TAYLOR, 2003; BONAFONT, 2004; SABATIER, 2007; SCHLAGER, 2007; TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

São exemplos as abordagens como Múltiplas Correntes, Escolha Racional e Equilíbrio Interrompido, que têm o foco na análise dos momentos críticos: quando, como e por que se criam as condições para que grandes mudanças aconteçam nas políticas públicas. Nesse caso, recortam-se períodos no processo de desenvolvimento destas, analisando grandes transformações. A partir desse foco, as principais explicações para a mudança seriam: a) a possibilidade de um tema entrar na agenda pública do sistema (TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007); b) a conjuntura, ou seja, o encontro em um momento no tempo entre

problemas, conteúdo da política (*policies*) e contexto da política (*politics*) (ZAHARIADIS, 2007); e c) a ação estratégica dos atores sociais (OSTROM, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

Para essas perspectivas, a análise privilegia os momentos de entrada na agenda e os processos de definição de conteúdo e decisão do ciclo da política, procurando explicar quais os fatores que intervêm nesses processos. São, por isso, consideradas investigações que tratam de configurações específicas e isoladas, limitadas no tempo e capazes de identificar mecanismos de curto prazo (PIERSON & SKOCPOL, 2002).

Abordagens como a Coalizão de Defesa e o Institucionalismo apontam a necessidade de analisar a trajetória da política ao longo do tempo, inserindo os momentos críticos no desenvolvimento mais geral da política. Elas buscam explicar tanto as mudanças mais radicais, como as mudanças incrementais e a manutenção das políticas em períodos temporais mais prolongados (PIERSON, 1993, 2004; PIERSON & SKOCPOL, 2002; SABATIER, 2007). Não privilegiam, portanto, etapas específicas, contrapondo-se à adoção dos ciclos da política em suas análises. A ênfase recai em outros elementos para compreender o desenrolar das políticas, tais como as relações entre os grupos e atores que interagem na política (BONAFONT, 2004; SABATIER, 2007), ou as instituições, em especial a forma como estas distribuem os recursos de modo diferente entre os grupos de atores (PIERSON & SKOCPOL, 2002; HALL & TAYLOR, 2003).

No caso de o foco recair sobre as relações sociais, o resultado dos conflitos e consensos entre os grupos de atores, e as suas formas de organização e estratégias de ação, são fatores explicativos importantes para as permanências e mudanças. A ênfase nas instituições propicia observar como regras e normas formais ou informais explicam a manutenção de elementos constitutivos de subsistemas de políticas, enquanto novas ideias e fatores externos produziram mudanças.

No caso dos serviços hospitalares, os horizontes de tempos para observar causas e efeitos, e prováveis mudanças sistêmicas, são longos. Acredita-se que a análise deva abranger períodos maiores, porque se trata de um subsistema altamente institucionalizado, com história de resistência a alterações, que é propenso a mudanças incrementais, mesmo em um contexto de Reforma do

sistema de saúde brasileiro como o desencadeado nas últimas décadas (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; MENICUCCI, 2006). Assim, a abordagem mais adequada – sob pena de serem produzidas explicações e análises incompletas sobre os processos sociais que estão envolvidos – deve levar em conta longos períodos de tempo, de modo a observar o desenvolvimento do subsistema de serviços hospitalares do SUS. Compartilha-se, portanto, da crítica às análises focadas exclusivamente em eventos (PIERSON, 2004). Percebe-se que o tempo importa, em especial para as questões que se colocam neste trabalho e para essa área da política.

1.1. Instituições, atores, interesses e ideias: categorias analíticas para a compreensão dos efeitos da implementação das políticas no subsistema hospitalar

As políticas públicas são, em geral, tratadas como uma resultante da ação dos atores, seus interesses e ideias, das instituições, das estruturas e dos processos políticos existentes. Busca-se explicar como essas variáveis influenciam na construção e implementação das políticas (SABATIER, 2007). Abordar as instituições, ao tratar de políticas públicas, desafia o pesquisador a repensar os modelos que colocam a política pública como variável dependente. Ao invés disso, é possível pensar em uma perspectiva que busque analisar a capacidade das políticas públicas, não apenas para refletir a ação dos atores e grupos, dos processos e das estruturas, mas também modificar tais atores, grupos, processos e estruturas (PIERSON, 1993, 2004; PIERSON & SKOCPOL, 2002). Essas são categorias analíticas que orientaram a análise dos efeitos nas políticas no subsistema hospitalar.

O conceito de *instituição* refere-se, neste estudo, às regras do jogo e aos limites que estruturam a interação humana em um determinado território. Sua relevância na análise de políticas públicas justifica-se porque as instituições formais são normatizadas por leis, normas e regras formais que definem o que os atores podem ou não fazer. A vigência de leis e normas está ancorada no poder coercitivo do Estado, enquanto as regras ou instituições informais são as mais difíceis de alterar, e se mantêm por longos períodos de tempo (PIERSON, 2004).

As instituições são classificadas conforme a permeabilidade e velocidade que mudam (lento ou rápido), as arenas que atuam (social, econômica, política, cultural, religiosa), e a intensidade da formalização (formal e informal). Esta última classificação tem relevância para o problema desta pesquisa, em que as mudanças nas normas e regras formais do sistema de saúde e seus efeitos nas organizações dos atores estão sendo analisadas.

As *instituições formais* são imperativos que definem o que os indivíduos podem ou não fazer, as condições e os incentivos para o desenvolvimento das atividades, impostas por entidades oficiais através de regramentos explícitos. Estas coexistem com as instituições informais, e a interdependência entre ambas moldam os resultados das políticas (SOYSA & JUTTING, s/d).

As *instituições informais* são “a regularidade comportamental, baseada em regras socialmente compartilhadas, geralmente não escritas, que são criadas, comunicadas e executadas fora dos canais oficialmente sancionados”. Mesmo não sendo codificadas, em geral, têm legitimidade e são “regras em operação”, diferente das “regras em vigor” formalizadas. Implicam “extensões, elaborações e modificações das regras formais [...]”. São normas de comportamento socialmente sancionadas – atitudes, costumes, tabus, convenções e tradições. “São autoaplicadas através de mecanismos de obrigação, expectativa de reciprocidade e adesão internalizada à norma” (SOYSA & JUTTING, s/d, p. 3).

As mudanças nas regras formais não necessariamente coadunam com as instituições informais. Estas podem permanecer resistentes às mudanças. Para tanto, a interação entre elas e a maneira como afetam o resultado da política contribui para compreender as mudanças e permanências. Segundo Soysa e Jutting (s/d), a tipologia das relações entre as instituições informais e formais, e os efeitos na mudança, é: 1) complementar: quando convergem, e as instituições formais são eficazes; neste caso, são propícias às mudanças; 2) obsequioso: as instituições informais acomodam-se às formais, não contrariam a regra, mas sim os princípios que as orientam. Ocorre quando elas divergem, mas as instituições formais são eficazes; trata-se do *mudar para continuar como está*. As regras são formalmente seguidas, mas os objetivos que as originaram são contrariados; 3) competição: a regra formal é pouco ou nada aplicada; resulta da divergência entre elas, da ineficácia da instituição formal, e as mudanças não ocorrem; e 4)

substituição: as instituições informais são complementares. Atuam para substituir as instituições formais, quando estas são ineficazes ou ignoradas pelos órgãos oficiais; neste caso, contribuem para que as mudanças ocorram.

As abordagens que tomam a política pública como variável dependente – como é frequente entre os institucionalistas – consideram que as instituições importam, mesmo quando não ocupam lugar central em seu modelo causal. As regras e normas formais e informais afetam as estruturas de oportunidades, os arranjos institucionais e a construção de imagens políticas, bem como de interesses, crenças e ideias que os atores têm sobre as questões sociais, a distribuição dos recursos entre os atores, e a composição dos grupos de atores (HALL & TAYLOR, 2003; PIERSON, 2004; BONAFONT, 2004; SABATIER, 2007; SCHLAGER, 2007; TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

Na pesquisa a ser desenvolvida – em que a política pública ocupa um lugar central no modelo causal –, a análise do efeito de uma proposta de mudança no sistema de saúde brasileiro pretende identificar se e como as novas normas e a formação de regras afetam os atores, arranjos institucionais, as ideias, os interesses e as estratégias no subsistema de política pública em foco, esses sim tratados como variáveis dependentes. Neste sentido, cabe explicitar as definições constitutivas e operacionais dessas variáveis.

Atores são o conjunto formado por indivíduos e coletivos, estatais, de mercado e sociais, e as formas estruturadas (regras) de relação que estabelecem entre si e que os caracterizam. A abordagem do subsistema de políticas – definido como um arranjo ou uma configuração de relações sociais entre atores que tenham o desejo de influenciar uma área da política específica indiferente da inscrição institucional – possibilita que a definição da filiação dos atores como societais, de mercado e estatais não ocorra *a priori*, mas a partir de sua posição em relação aos demais no contexto do subsistema. O subsistema será examinado empiricamente, identificando que atores o compõem e como se organizam.

Os *atores estatais* e *societais* são os participantes da política. Neste estudo, os primeiros são considerados os gestores e as burocracias⁵ dos

⁵ Burocracia é considerada o conjunto de funcionários, técnicos e especialistas que atuam no e pelo Estado ou organizações na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas e que não são os dirigentes e gestores das instituições.

executivos e legislativos federais, estaduais e municipais da área da saúde, ou que com ela se relacionam. *Atores societais* referem-se àqueles indivíduos ou grupos que não estão vinculados às estruturas do Estado. Diferenciam-se entre *atores societais sociais*, organizados em associações e movimentos democráticos; e *atores societais de mercado*, que agem compelidos pelo dinheiro e poder associados à economia de mercado (CÔRTEZ, 2009).

Ao tratar de atores individuais e coletivos, busca-se delimitar e caracterizar o subsistema de provisão de serviços hospitalares no país em suas dimensões materiais, funcionais e territoriais (SABATIER, 2007). Para isso, é necessário identificar os participantes, as agências, os grupos de interesses e as organizações especializadas na temática, bem como a sua inserção no território – nacional ou por regiões, centrada na União ou articulada nos estados e municípios. É importante investigar as formas de organização dos grupos, como triângulos de ferro (*iron triangles*), nichos de questões (*issue niches*), redes de questão (*issue network*) ou coalizões de defesa (BONAFONT, 2004; TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007). Quaisquer destas denominações indicam a existência de grupos organizados, comunidades de especialistas, que operam fora do processo político visível e que tratam das questões setoriais específicas (CÔRTEZ, 2009).

A categorização dos grupos que estão envolvidos nas políticas públicas está diretamente relacionada ao peso que as diferentes abordagens dão às categorias “ideias” e “interesses”, para explicar o posicionamento dos atores. As *ideias* podem ser conceituadas como: imagem política, informações empíricas e recursos emotivos que expressam identidades públicas e privadas (TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007); crenças, que podem ser sobre os princípios ontológicos mais gerais da condição humana, sobre as preferências de núcleo político ou sobre instrumentos específicos (SABATIER, 2007); conteúdo da política, propostas de soluções para os problemas (ZAHARIADIS, 2007); concepções de mundo ou ideologias (FARIA, 2003).

A variável *conhecimento* surge e tem destaque nas análises das políticas públicas, superando as abordagens anteriores, em que a interpretação estava quase que exclusivamente centrada no poder e nas teorias do conflito (FARIA, 2003). Estas abordagens consideravam que os *interesses*, ou seja, a

possibilidade de maximizar seus ganhos, de responder às suas necessidades e a ação estratégica voltada a um fim, é que explicavam a interação dos indivíduos e grupos e os resultados das políticas públicas (OSTROM, 2007). Reconciliar ideias e interesses na análise das políticas públicas é um caminho que tem sido apontado como mais profícuo (CAMPBELL, 2002; FARIA, 2003). Parece também ser o mais adequado para a análise do subsistema de serviços hospitalares do SUS, em que é reconhecida a disputa não apenas de interesses, mas também de ideias distintas sobre sua organização e seu papel no sistema de saúde como fator preponderante para explicar o sistema de saúde brasileiro (BAHIA, 2005; MENICUCCI, 2006; FARIAS, 2009).

A tipologia das *ideias* produzidas nas análises das políticas públicas as distingue acerca dos conteúdos, da capacidade de afetar as políticas e dos fatores que influenciam a sua manutenção ou mudança. Neste trabalho, serão destacados três tipos de ideias: os paradigmas cognitivos, os conceitos normativos e as ideias programáticas (CAMPBELL, 2002).

Os *paradigmas cognitivos*, ou visão de mundo, significam as descrições e análises teóricas que especificam o relacionamento entre causa e efeito dos fenômenos. Orientam o entendimento de como o mundo funciona, como e quais instituições e instrumentos da política devem ser organizados para alcançar os propósitos políticos. Esses estão presentes no debate político de fundo. Tendem a reduzir as opções dos decisores políticos nas escolhas sobre quais políticas seriam eficientes e limitar os formuladores na produção de alternativas consideradas adequadas. Mudam os paradigmas quando esses não oferecem soluções para os problemas que surgem, no caso de crises, problemas e novas necessidades. Entretanto, nem sempre, nestas situações, os decisores modificam seus paradigmas. Isso se dá porque os mesmos sustentam objetivos políticos, relações de solidariedade com o grupo ou coalizões de defesa, oferecem visão de mundo ou redundam em assumir a culpa pelo mau desempenho (CAMPBELL, 2002; MILLER & BANASZAK-HOLL, 2005). As regras sobre descentralização e regionalização, as medidas direcionadas ao setor hospitalar – foco deste trabalho – e o conjunto de diretrizes constitucionais do SUS inserem-se nesta tipologia.

Os *conceitos normativos*, considerados “certas suposições sobre valores, atitudes, identidades e outras expectativas compartilhadas coletivamente”,

também limitam as alternativas dos decisores. Limitam o que é considerado aceitável e legítimo. Não estão relacionados com a capacidade de responder aos problemas como os paradigmas cognitivos. Trata-se do imperativo da legitimidade, ou seja, adequação moral ou social das opções políticas dos decisores. Muitas vezes, são orientadores dos processos decisórios em detrimento dos interesses. Os atores envolvidos na formulação e decisão das políticas também produzem quadros conceituais (*framework*), normativo e/ou cognitivo, para justificar as escolhas e/ou legitimar aquelas que foram adotadas. Portanto, conceitos fazem parte dos processos das explicações das mudanças nas políticas (CAMPBELL, 2002; MILLER & BANASZAK-HOLL, 2005).

São exemplos de conceitos normativos que orientam o setor saúde os princípios do SUS: universalidade, participação, autonomia, integralidade e equidade, baseados na noção geral da solidariedade. Também são o do livre mercado, liderança, hierarquias sociais e políticas, segmentação, distinção, desigualdade naturalizada, ou seja, a ordem social como competitiva.

Por fim, as *ideias programáticas* são referências de como devem ser organizados as instituições e os instrumentos das políticas, para a resolução de problemas. Ou seja, detalha como serão as soluções para questões específicas. Estas ideias são adequadas aos princípios estabelecidos pelos paradigmas cognitivos e conceitos normativos. Facilitam a tomada de decisão, e as alterações resultam em mudanças nas políticas. São as referências que os decisores têm mais facilidade de assimilar, pois são mais simples e fáceis de compreender; oferecem segurança frente às situações políticas incertas e incômodas e, portanto, são “armas” para as disputas nas políticas públicas. Também oferecem foco para os formuladores, facilitam a organização de coalizões políticas e são mais fáceis de serem adotadas. Aumentam a simetria entre rivais, pois esses expressam a indefinição de consequências das diferentes políticas (CAMPBELL, 2002). São ideias programáticas as formas de operar a descentralização e regionalização do SUS, e as regras e normas para o setor hospitalar.

Há estudos que enfocam os mecanismos que tornam possível que atores, instituições, ideias e interesses se relacionem para produzir efeitos nas políticas. Neste caso, as categorias analíticas produzidas serão úteis para compreender a organização dos atores e como ocorrem as mudanças e a permanência no

subsistema hospitalar. Trata-se dos conceitos de comunidade epistêmica, comunidade da política, arena política, agenda pública, configuração dos atores, arranjos institucionais, processo de implementação da política de cima para baixo e de baixo para cima, dependência de trajetória, auto-reforço, isomorfismo institucional e situações críticas que serão apresentados a seguir.

1.2. As categorias analíticas sobre a organização dos atores e das instituições, mudanças e permanências do subsistema hospitalar

Os mecanismos causais, sugeridos na literatura, que tornam possível as ideias influenciarem as políticas públicas, são: *atores individuais*, normalmente acadêmicos ou intelectuais que se destacam e são ouvidos; e *comunidades epistêmicas*, que são responsáveis por selecionar as questões do debate, ao institucionalizar áreas de conhecimento, de produção de inovações. São selecionados nos processos políticos; tornam-se influentes na definição ou transformação dos interesses e promovem a disseminação de ideias entre os formuladores e decisores das políticas. Contribuem para a compreensão das questões complexas, diminuindo as incertezas através da utilização de soluções já produzidas e tecnicamente fundamentadas.

As comunidades epistêmicas podem ser organizações centralizadas e hegemônicas, ou descentralizadas, compostas por grupos e indivíduos que, isoladamente, seriam fracos. Estas são redes de profissionais que agem na política, compartilham crenças normativas, conceitos paradigmáticos e noções de validade empírica. Geram ideias próprias e as difundem, formulam regras e procedimentos que regulamentam a elaboração das políticas, influenciam as ideias, penetram nos processos decisórios e, na medida em que são implementadas, suas ideias geram efeitos isomórficos, auto-reforço e dependência de trajetória. Muitas vezes, as lutas, os conflitos e as repressões, se expressam em filtros institucionais que limitam e impossibilitam o ingresso na arena das políticas de outros especialistas e, assim, de novas ideias (ADLER & HAAS, 1992; CAMPBELL, 2002).

A articulação entre comunidades epistêmicas, movimentos sociais, atores estatais do legislativo e dirigentes das políticas é considerada como um fator que

potencializa a possibilidade de mudanças nas políticas públicas (DOBUSCH & QUACK, 2008; MARIER, 2008). Essa potência tem como justificativa: 1) a organização de entidades que reúnam os atores que compartilham e divulgam sua visão sobre a política e suas propostas de solução; 2) a possibilidade de contínuo processo de negociação e não aderência a uma agenda fixa, com a produção de ideias programáticas que permitem a inclusão de novos atores e o crescimento da influência, por serem concepções compatíveis a múltiplas realidades; 3) a coesão de organizações distintas, que fortalecem o trabalho conjunto em direção aos mesmos objetivos; e 4) a utilização de estratégias distintas, tanto de persuasão dos atores políticos, característico das comunidades epistêmicas, quanto de estratégias de mobilização, ações e eventos que, além de persuadirem, pressionam os decisores das políticas (MARIER, 2008).

A inclusão de atores estatais nas comunidades epistêmicas possibilita a transposição do conhecimento científico em políticas concretas. Os políticos engajados agem facilitando a interação entre as comunidades científicas e a arena política, permitindo acesso privilegiado ao Estado e favorecendo a permanência dos atores em todas as fases do processo político, não só na definição dos objetivos iniciais, mas também na implementação das propostas (DOBUSCH & QUACK, 2008).

A interação do conjunto de atores resulta em uma *comunidade de política*. Esta “refere-se a um número limitado e relativamente estável de membros que partilham os mesmos valores e visão sobre quais deveriam ser os resultados da política setorial” (CÔRTEZ, 2009a, p. 1627) e agem na arena política buscando influenciar e direcionar a ação do Estado, ou seja, disputam as agendas, os processos decisórios e a implementação das ações. A *arena política* é aqui compreendida como espaço político conflituoso. É tanto atores – que desencadeiam e participam – quanto espaços decisórios – que abrigam processos. Esses “levam à definição e redefinição de estruturas setoriais de relações entre tais atores e espaços políticos” (CÔRTEZ, 2009a, p. 1627).

As disputas dos temas na agenda da arena política mobilizam os atores. *Agenda* são problemas e questões que estão na pauta dos atores. São considerados relevantes, para os quais há propostas de mudança/manutenção,

ou seja, efetivamente agem buscando alianças, para que se torne uma agenda pública e sejam desencadeados processos de definição e redefinição.

Quando as questões deixam de estar circunstanciadas a um grupo de atores e entram na arena política, considera-se que se transformaram em uma *agenda pública*, e passam a envolver atores estatais e societais. Um tema estar na agenda pública é considerado, por algumas abordagens analíticas, como pré-requisito – ainda que não único – para que ocorram mudanças nas políticas públicas. Estar em debate na arena política faz com que os problemas e as questões possam ser incluídos nos processos de construção de soluções, formulações, definições e decisões que formatam regras, políticas e programas a serem implementados. Portanto, desencadeiam processos de mudanças nas políticas públicas e também de resistência a elas (TRUE, JONES, BAUMGARTNER, 2007; ZAHARIADIS, 2007).

As convergências, divergências e a existência de disputas de grupos – grupos majoritários e minoritários ou monopólio – são expressas na arena política. As definições resultantes dos processos decisórios contribuem para alterar ou manter a *configuração dos atores*. Esta é compreendida como “redes interdependentes de seres humanos, com relações de poder assimétricas, estruturada e mutantes”. A interdependência pressupõe não salientar os antagonismos entre indivíduos, sociedade, grupos e instituições, ou seja, não dicotomizar Estado e sociedade, visto que estão implicados na recriação e mudança constante na configuração social de poder (CÔRTEZ, 2009a, p. 1628).

Os *arranjos institucionais* compreendidos como as estruturas de oportunidades e regras de organização do subsistema fornecem incentivos e limites para a configuração dos atores. Um exemplo disto é o grau de consenso exigido para mudanças na política, os números de locais pelos quais as decisões devem passar, o grau de acessibilidade a esses locais, ou seja, parâmetros relativamente estáveis do subsistema da política (SABATIER, 2007). Os arranjos institucionais podem se manter estáveis por longos períodos de tempo, mas também sofrem mudanças. Há uma conversão de seu papel, novas estratificações através de inclusão ou exclusão de instituições, e difusão de padrões institucionais em um processo de “isomorfismo institucional” (PIERSON, 2004). O subsistema de serviços hospitalares do SUS congrega inúmeras

organizações, muitas delas históricas, outras mais recentes. No entanto, não há uma descrição sistemática dessas, e pouco se sabe sobre a dinâmica de relações entre as organizações, as estruturas de oportunidade e as regras e normas internas dessa área.

A análise sobre o processo de implementação das políticas públicas produziu conceitos que serão utilizados neste estudo. São duas abordagens para caracterizar os tipos de implementação das políticas (modelo ideal⁶). Na primeira delas, a implementação é um *processo de cima para baixo (top down)*. Há separação entre os momentos decisórios (formuladores) e da implementação (implementadores). Estas etapas seriam consecutivas. A implementação seria restringida à operacionalização das decisões. A avaliação foca apenas o cumprimento das prescrições, e os problemas são atribuídos a “desvios de rota” e falta de controle sobre os implementadores (SABATIER, 1986; SECCHI, 2012; SILVA & MELO, 2000).

A segunda *abordagem de baixo para cima (bottom-up)* reconhece os limites do processo decisório, a liberdade dos implementadores e a necessidade de negociação na implementação. Portanto, é um processo contínuo, no qual a implementação produz efeitos, de baixo para cima, capaz de alterar a formulação inicial. Implementadores participam na definição dos problemas e das soluções. São legitimadas práticas já experimentadas. Credita-se maior discricionariedade aos gestores, burocratas e público-alvo, responsáveis pela implementação. São consideradas interdependentes a formulação, implementação e avaliação das políticas. Há uma avaliação em todo o processo da política, e os problemas remetem à reformulação em qualquer das etapas/locais/atores envolvidos (SABATIER, 1986; SILVA & MELO, 2000).

Para identificar e analisar os efeitos que a implantação da Reforma de serviços hospitalares ao SUS possa ter ocasionado no subsistema, os conceitos de *dependência de trajetória* e *auto-reforço* serão utilizados. Esta escolha justifica-se principalmente porque os hospitais são organizações relativamente

⁶ Modelo ideal considerado como tipologias teóricas, construídas a partir da realidade empírica, que representam, esquematicamente, esta em alguns aspectos. Esses não traduzem necessariamente a complexidade da realidade; apenas possibilitam a classificação, simplificação e comparação das situações.

estáveis e porque as mudanças na área têm característica incremental (SANTOS & GERSCHMAN, 2003; MENICUCCI, 2006; POSSA, 2007).

Dependência de trajetória refere-se a processos sociais caracterizados pela existência de *feedback* positivo. Esses processos de auto-reforço geram padrões no desenvolvimento da política, em especial, porque as políticas públicas criam regras que passam a reger o comportamento social em determinado campo. Ao mesmo tempo, elas vinculam o comportamento dos atores e constituem arranjos institucionais que têm como consequência dificultar a alteração da trajetória iniciada, pois, a partir de escolhas iniciais, há um aumento dos custos de reversão dos caminhos escolhidos ao longo do tempo (PIERSON, 1993, 2004).

Os aspectos que caracterizam a política como um domínio suscetível aos processos de auto-reforço são: 1) o papel central da ação coletiva, já que criar condições favoráveis a ela é uma questão-chave na vida política. As ações de cada indivíduo são dependentes das ações dos outros e requerem coordenação. Não há espaço para todos, pois, muitas vezes, *quem perde sai do jogo*. Há prevalência de expectativas adaptativas, em que se precisa ajustar o comportamento em função de como os outros irão agir. As organizações envolvem altos custos iniciais, para que o grupo torne-se sustentável; 2) o grande número de instituições que foram construídas para coordenar os esforços dos atores na busca de bens públicos, e que, uma vez estabelecidas, oferecem restrições e constrangimentos jurídicos que vinculam o comportamento dos atores; 3) a dinâmica do poder, assimetrias e poder político de autoridades, em especial a autoridade política dos atores para alterar as regras do jogo e reforçar seu poder; 4) os padrões de compreensão social, em resposta ao fato de que a política é um ambiente inerentemente ambíguo, em que os objetivos são complexos. Nela, a ligação entre ação e resultados não é clara, ou seja, os atores e grupos sociais adotam “mapas mentais”, padrões e normas para poderem compartilhar e adaptar suas expectativas ao coletivo, marcando os processos políticos pela dinâmica de auto-reforço.

Outros dois aspectos reforçam a lógica de auto-reforço e aumentam os custos de mudanças. Um deles trata dos horizontes de curto prazo dos dirigentes políticos. As grandes mudanças institucionais tendem a necessitar de períodos de

tempo prolongados e ter efeitos em longo prazo. Portanto, frequentemente, não entram na agenda dos atores políticos, devido à lógica da política eleitoral. O outro é a manutenção das regras de decisão na maioria das instituições políticas, seja porque quem concebe as políticas quer vincular seus sucessores, seja porque os políticos precisam se autovincular para garantir estabilidade, o que fazem através da criação de instituições que limitam a ação dos indivíduos (PIERSON, 2004).

Nesse sentido, considerando que dependência de trajetória e auto-reforço permeiam o processo político, a tarefa não se restringe a constatar sua existência, mas sim a identificar a dinâmica desses processos. Trata-se de verificar quais os eventos que desencadeiam uma trajetória e os mecanismos que fazem com que haja auto-reforço. Assim, mais do que descrever configurações institucionais cristalizadas, procura-se compreender os mecanismos de reprodução, por que alguns padrões persistem e como continuam a dominar o espaço político. Considerando que os hospitais são instituições reconhecidas por sua similaridade organizacional, o conceito de isomorfismo institucional auxilia na compreensão dos processos de auto-reforço e manutenção dessas organizações.

O *isomorfismo institucional* resulta na semelhança das organizações, na diminuição da variedade e diversidade das características institucionais. São processos que tornam as organizações homogêneas em termos de estruturas, processos e comportamentos. As análises sobre a transformação das organizações consideram o processo de isomorfismo como consequência: 1) da pressão para homogeneização das formas organizacionais e das práticas, através do aumento da interação entre as organizações; 2) do surgimento da dominação de algumas estruturas inter-organizacionais e coalizões; 3) do aumento das informações sobre as organizações de um campo; 4) do desenvolvimento de orientações semelhantes entre os participantes que compartilham um campo em comum (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

Os fatores que contribuem para a homogeneização das organizações são: 1) a dependência de uma organização à outra; 2) a centralização da oferta, pois a dependência do financiamento gera a adequação à organização que domina os recursos, visto que o campo é dependente de uma única fonte; 3) a incerteza entre meios e fins, que faz com que as organizações se assemelhem àquelas

bem sucedidas no campo; 4) no caso de existirem ambiguidades e conflitos sobre os objetivos da organização, estas tendem a se modelar às organizações bem sucedidas, pois espelhar-se em quem tem destaque diminui os conflitos internos e confere legitimidade; e 5) o resultado da participação dos dirigentes e burocracias de associações profissionais e organizacionais que tendem a tomar como exemplo outras organizações e partilharem as análises sobre os problemas e as soluções. Também é considerada a ação das elites, através de grupos organizados que influenciam o campo, definindo as premissas, as normas, os padrões e as intervenções críticas, em momentos que definem os modelos das estruturas organizacionais e as políticas, e que se tornam irrefutáveis por longos períodos de tempo (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

O isomorfismo é considerado resultado: 1) da normatização, quando as organizações concordam com os padrões normativos produzidos; 2) da coerção, no caso das organizações que se submeterem às regras formais e informais impostas pelas autoridades; e 3) do mimetismo, quando as organizações se espelham em outras consideradas bem sucedidas. O isomorfismo é classificado como *vertical*, resultado da imposição do Estado e do mercado, que regulamentam, normatizam a política e produzem sanções às organizações; e é classificado como *horizontal*, quando é consequência das normatizações e do mimetismo, a partir da adesão a imperativos cognitivos e normativos. Esses podem ser regras formais, mas têm efeito isomórfico, principalmente quando em conformidade com as regras culturais, normas e expectativas já existentes, ou seja, as regras informais (MILLER & BANASZAK-HOLL, 2005).

A questão colocada é que nem sempre o isomorfismo responde pelas melhores soluções. Em especial nos casos em que a realidade é complexa, as demandas são incertas e imprecisas. Este é o caso da saúde, principalmente considerando a dimensão do sistema de saúde brasileiro. Desta forma, questiona-se a possibilidade de constituir-se uma coordenação setorial que estimule a diversificação, ao invés de patrocinar o isomorfismo e auto-reforço (DIMAGGIO & POWELL, 1983).

Como nem todos os processos produzem auto-reforço, busca-se identificar as “*situações críticas*” – ou seja, eventos, fatores e momentos – em que os mecanismos de reprodução existentes que geram continuidade são desfeitos,

observando quando e quais as novas condições que eliminam os mecanismos específicos que reproduzem as trajetórias e que desencadeiam novos processos de auto-reforço (PIERSON, 2004).

Considerar que permanência e mudança são elementos do desenvolvimento institucional implica não apenas buscar identificar os fatores e atores que são relevantes para que ocorram, mas também compreender quando e como esses fatores articulam-se para gerar dependência de trajetória e *feedback* positivo, ou quando geram situações críticas em que as mudanças efetivam-se.

A descentralização e regionalização do SUS, diretrizes firmadas na Constituição de 1988, representaram uma mudança na trajetória da política de saúde no Brasil, ao menos normativamente. Por tratar-se do objeto deste trabalho, apresentaram-se estas categorias analíticas, os conceitos, as tipologias e abordagens dos principais estudos sobre esta temática no setor saúde após o início de sua implementação, nos anos 90 do século XX, até os dias atuais.

1.3. Os conceitos de descentralização e regionalização no setor saúde do Brasil

A dicotomia entre *descentralização/centralização* do sistema de saúde foi um tema permanente na organização deste setor no Brasil em toda a República. Ela viabilizou alianças históricas com dimensões e direções políticas distintas em cada contexto. Esta polarização seria a transposição institucional e a tradução na ordem política da concentração/desconcentração do poder social. A concentração do poder institucional, traço permanente e repetitivo do Estado brasileiro, materializa-se na centralização das políticas públicas e suas estruturas, mesmo com a atuação dos movimentos sociais, como é o caso da saúde (LUZ, 2007).

A centralização/descentralização é expressa, desde a fundação da República, nas definições das atribuições das esferas de Governo – federal, regional, estadual, municipal. A tarefa de constituir a nação como totalidade, unitária e íntegra, é que constitui o poder central na República Federativa. A definição em cada momento histórico e político desta totalidade é que implica a relação descentralização/centralização e concentração/desconcentração. Estas

relacionam-se às estruturas de poder social e à delegação do poder decisório nas políticas específicas, ou seja:

Quem decide sobre metas e, sobretudo, sobre as formas de financiamento que fazem descer tais metas da retórica discursiva (leis, normas, programas) para sua efetivação prática e seu desenvolvimento, com todas as consequências daí recorrentes? (LUZ, 2007, p. 170).

A atribuição de conceito para a descentralização/desconcentração segue padrões históricos, sociais, ideológicos e de conveniência. A identificação/confusão entre os termos minimizou a perda de poder político do nível central, pois omite a análise sobre os processos decisórios, mesmo que ocasionando maior participação nas políticas das demais instâncias. Por outro lado, restringi-la a termos geopolíticos, apenas de delegação de funções aos entes federados, ratifica o sentido territorialista da divisão do poder do Estado nacional e ignora a discussão democrática do Estado central (LUZ, 2007).

Os conceitos normativos, sobre poder central/regional/local, o papel desses na política e os resultados esperados com a centralização/descentralização, orientam o posicionamento dos atores historicamente. Um dos pressupostos que orientam as políticas públicas é que o Estado nacional seria o portador de

um universalismo social abstrato, contraposto aos poderes regionais/locais e às demandas organizadas da sociedade civil. Os últimos seriam vistos *a priori* como particularistas, isto é, defensores de uma acumulação particular (regional/local/corporativa) de poder [...] (LUZ, 2007, p.172).

Na história recente das políticas sociais, a distinção no conceito da descentralização ocorre a partir do vínculo com objetivos políticos ou econômicos. No primeiro caso, seria o resgate do caráter democrático e a contraposição à concepção central “universalista” e local “particularista”. Descentralização foi uma proposta política do Movimento Sanitário, cujo objetivo era deslocar os eixos de poder às instâncias locais, através de dispositivos de democracia formal e de participação direta da sociedade. No segundo caso, a descentralização é orientada pela racionalidade econômica de produzir eficiência nas políticas setoriais, resultado das políticas de restrição da atuação do Estado operadas a partir dos anos 1980 (SILVA, 2001).

As tipologias dos paradigmas normativos da implementação da descentralização resultam das diferenciações dos conceitos e das concepções apresentadas. Estas seriam: intragovernamentais – desconcentração, devolução ou descentralização territorial, e descentralização funcional ou autárquica; e interinstitucionais – delegação. No primeiro caso, *desconcentração* seria o deslocamento de responsabilidades com transferência de responsabilidades para os demais entes federados para a execução de determinados serviços. No segundo, *devolução* ou *descentralização territorial* seria quando há transferência de poder e de recursos para outras esferas de Governo. No terceiro, *descentralização funcional* ou *autárquica* seria a transferência de responsabilidades para as estruturas jurídico-administrativas diferentes na mesma estrutura de Governo. Por fim, *delegação* seria quando as responsabilidades do poder público são transferidas para instituições ou entidades da sociedade civil (SILVA, 2001).

No caso do SUS, a descentralização envolveu um movimento processual e de mudanças que, como será apresentado, teve início nos primeiros anos da década de 80 do século XX. A Norma Operacional Básica (NOB) nº 01/1993, conceitua como um “processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de Governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de Governo e controle social” (BRASIL, 1993e).

Assim, para a implementação da descentralização tal qual estabelecida na Norma, há pelo menos três dimensões em questão: uma política, relativa à autonomia de formular e proceder às escolhas; uma financeira, que diz respeito à liberdade para alocação de recursos e de critérios de aplicação; e uma administrativa, voltada para a liberdade de adoção de princípios e de diretrizes para a organização da máquina administrativa (ELIAS, 2001). Outra dimensão do processo de implementação da descentralização é o posicionamento dos atores envolvidos, propostas, metas e interesses (MINAYO, 2001).

A descentralização, segundo o ideário da Reforma do sistema de saúde brasileiro e a normativa Constitucional, seria um processo que: 1) estabelece as prerrogativas de gestão política ao poder público, através das atribuições específicas das três esferas de Governo; 2) conduz à ampliação do direito à

saúde, este como direito de acesso e de participação; 3) promove práticas de atenção com base na integralidade e na participação dos usuários; 4) produz arranjos institucionais permeáveis ao controle das políticas públicas; 5) viabiliza a transferência de poder e de recursos para as esferas de Governo mais próximas do território onde está localizada a população usuária do sistema de saúde; e 6) possibilita a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas, com orientação para a demanda de cada território e para os princípios doutrinários e operacionais do SUS (FERLA et al., 2006).

A *regionalização* é um conceito que está inicialmente relacionado à ideia básica de organizar por regiões. Esta também apresenta diferenças conceituais, a partir do posicionamento dos atores e do contexto político, social, econômico e ideológico. Para os reformistas, seria o processo de identificação e constituição de regiões de saúde visando à universalidade de acesso, à equidade, à integralidade e à resolutividade (BRASIL, 2007g). Com isso, as regiões de saúde têm um duplo sentido: 1) uma base territorial para o planejamento e a execução da rede de atenção que possua dada densidade tecnológica e auto-suficiência de ações e serviços de saúde para a sua população; e 2) um espaço vinculado e articulado de condução político-administrativa desta rede de atenção. Trata-se da *regionalização negociada*, proposta pelo Pacto pela Saúde e pelo Contrato de Ação Pública.

A regionalização pode ser atribuída à organização no território de um conjunto de instituições de igual natureza, articulados a partir da hierarquização da oferta de serviços, cuja definição é baseada na normativa que delimita as atribuições dos segmentos; portanto, trata-se da *regionalização funcional*. Exemplo disso são as propostas de regionalização do setor hospitalar durante a década de 1950 e retomada na década de 1970, que pressupunha a organização dos hospitais rurais, distritais e regionais. Elas consideravam este processo como a regionalização do sistema de saúde sem o envolvimento dos demais serviços e atores do setor saúde.

A *regionalização normativa* é quando imposta como modelo padrão a partir de indicadores populacionais e epidemiológicos pelos órgãos centrais para a execução da organização no território. Neste caso, porém, envolve o conjunto dos equipamentos de saúde e os atores em sua execução. Foi o caso das propostas

de regionalização das Normas de Assistência à Saúde definidas pelo MS em 2001 e 2002.

A regionalização e a descentralização da saúde foram objeto de estudos ao longo da implementação do SUS. A maior parte das abordagens avaliavam a implementação da política e sua adequação aos pressupostos normativos já listados. As análises que avaliaram a transferência de poder e de recursos para os executivos locais foram recorrentes (PAIM, 1992, 2008; BARROS, 1997; LUZ, 2007; MARQUES & MENDES, 2002; UGÁ et al., 2003; SOUZA, 2003; BARATA, TANAKA, MENDES, 2004; GERSCHMAN, 2004; RASSI NETO, 2004; ARRETCHE, 2005; GERSCHMAN & VIANA, 2005; UGÁ & MARQUES, 2005; ALVES, 2006; ARRETCHE & MARQUES, 2007; LIMA, 2009; NASCIMENTO, 2007; OCKÉ-REIS, 2009).

Um segundo aspecto estudado, relacionado à descentralização, foram seus condicionantes e resultados, do ponto de vista político e da atenção à saúde. Ou seja, seu impacto no direito à saúde, integralidade e regionalização, e os fatores que facilitam/dificultam a gestão da saúde nos executivos locais (HEIMANN, 2000; MENDES, 1999, 2001, 2001a; COHN, 2005; GASTÃO, 2005; GERSCHMAN & VIANA, 2005; NASCIMENTO, 2007; LIMA et al., 2012).

Também foram realizados estudos acerca da implementação do controle social nos entes federados (CARVALHO, 1995; CÔRTES, 1996, 2002, 2009; FERLA, 2004; GERSCHMAN, 2004; GUIZARDI et al., 2004; MACEDO, 2005). Outro aspecto sobre o qual há produção acadêmica e análises é a relação público e privado, e o papel do Estado na gestão de um sistema único (BRAGA & SILVA, 2001; BAHIA, 2005, 2008; ACIOLE, 2006; GERSCHMAN, 2006; OCKÉ-REIS, ANDREAZZI & SILVEIRA, 2006; MENICUCCI, 2007; LIMA, 2010). Por fim, nos últimos anos, o tema da regionalização, as propostas, os condicionantes e resultados de sua implementação foram estudados (POSSA, SCHIMITH, BARRIOS, 2002; NASCIMENTO, 2007; MACHADO, 2007, 2009; BELTRAMMI, 2008; DUBEUX, 2009; CHEBLIN, PAIVA, STEPHAN-SOUZA, 2010, 2010a; OLIVEIRA, 2010; DOURADO & ELIAS, 2011; IANNI et al., 2012)

Esses e outros estudos auxiliaram na análise realizada neste trabalho, cujo foco não foi avaliar o resultado, mas sim o efeito da descentralização e regionalização na organização dos atores. Para tanto, foi descrito o setor

hospitalar brasileiro, sua construção e seu contexto atual, bem como os atores e as organizações que compõem esse subsistema da política. A contextualização política, econômica e social do país e do sistema de saúde, é realizada nos aspectos mais gerais e pertinentes para a compreensão do setor hospitalar brasileiro. O objetivo é revelar as circunstâncias que auxiliam na análise das mudanças e permanências das políticas públicas, instituições e atores envolvidos com os hospitais, em especial a dependência de trajetória e as situações críticas desse setor.

A escolha teórica do referencial do institucionalismo histórico – ou seja, a concepção de que a história e o desenrolar dos acontecimentos importam para a compreensão da política pública – está relacionada à opção pela organização do texto desta tese, tendo como fio condutor a trajetória histórica das políticas de saúde e do setor hospitalar. Os próximos capítulos buscam caracterizar o subsistema de atenção hospitalar no Brasil. Na análise, destacam-se: 1) as políticas da saúde, em especial a centralização e descentralização, ou seja, as relações interfederativas na condução do setor saúde e as implicações nas organizações hospitalares; e 2) as mudanças ocorridas nas políticas públicas que tratam destas organizações, os atores que delas participam – ou com elas se relacionam – e uma síntese com a configuração, em cada período, dos atores, ideias, interesses, mudanças, permanências, relações e arenas do debate.

A periodização para examinar o setor hospitalar corresponde às principais mudanças institucionais ocorridas no país: as políticas hospitalares do Império à Ditadura Militar (1500 a 1964), na Ditadura Militar (1964 a 1980) e na Reforma Sanitária (1980 a 1989). A partir da implantação do SUS, a periodização considerou as principais normativas que orientaram a condução da descentralização: NOB/1991 e 1992 (1989 a 1992), NOB/1993 (1993 a 1995), NOB/1996 (1996 a 2000); Norma de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002 (2001 a 2005); Pacto pela Saúde e Contrato Operativo de Ação Pública (COAP) (2006 a 2011)⁷.

⁷ BRASIL, 1991a, 1992a, 1993e, 1996g, 2001a, 2002b, 2006b e 2011a.

2 Antecedentes das Políticas de Saúde e os Hospitais

A análise dos antecedentes das políticas de saúde e, especificamente, da área hospitalar foi realizada com base no estudo documental das leis e normas exaradas pelo executivo nacional sobre esta temática, de livros e de documentos produzidos sobre o assunto. Aqui será apresentada a síntese dos achados e as principais características do setor hospitalar desde o seu surgimento no Brasil até a Ditadura de 1964.

A apresentação dos antecedentes das políticas de saúde e dos hospitais, até a Ditadura Militar de 1964, foi organizada em três seções que sistematizam os períodos analisados. A primeira apresenta as características principais da área hospitalar desde o surgimento destas organizações no Brasil, até 1930. A segunda trata do início da organização centralizada de políticas para a área hospitalar no executivo federal entre os anos de 1930 e 1945. A terceira aborda os antecedentes da organização hospitalar do país entre os anos de 1945 e 1964, considerado como o período em que teve início a estruturação do subsistema hospitalar no país.

2.1. O surgimento dos hospitais no Brasil: responsabilidade das Províncias, estados e municípios

O Brasil Imperial caracterizou-se pela economia extrativista e agrária exportadora, com centralismo político e coronelismo dos proprietários de terra das províncias e localidades, em constante tensão entre o Governo Central e as oligarquias rurais regionais. A política de saúde ficava a cargo das províncias, com prioridade para o enfrentamento das doenças transmissíveis, da vigilância sanitária (portos e comércio), centrada nos centros urbanos, na prática higienista e no controle dos desviantes sociais.

Outro aspecto da política de saúde referia-se à regulação da formação dos profissionais de saúde, o que consolidou o papel dos médicos e farmacêuticos, e a sua organização na Academia Imperial de Medicina. Entre as ideias programáticas que viabilizaram as políticas de regulação do exercício profissional

da medicina, observava-se o início da medicalização dos hospitais militares, privados, e das colônias de imigrantes, com atuação do Estado no sentido de exigir a presença de profissionais médicos autorizados e condições sanitárias nestas organizações.

A organização do Estado era marcada pela dicotomia entre centralização no Governo Imperial ou descentralização para as províncias das ações de saúde pública. Não se observava a mesma divergência em relação aos hospitais, que eram tratados como uma questão de cada cidade/província. O Governo Central participava através de medidas como a isenção de impostos às organizações hospitalares, o financiamento do atendimento das Forças Armadas e o reconhecimento das sociedades beneficentes, aptas a receber isenções e subvenções.

Os conceitos normativos que orientavam a organização do setor foram herdados do modelo português implantado no Brasil Colônia. O cuidado em saúde era responsabilidade dos indivíduos isoladamente e das comunidades em associação. Desta forma, os hospitais eram os de Caridade, os Beneficentes das comunidades de imigrantes e os privados. Os paradigmas cognitivos eram coerentes com as ideias de desresponsabilização do Estado, desconcentração territorial para as províncias, em especial delegação aos “particulares” pela prestação dos serviços.

A assistência do Estado ocorria apenas para grupos sociais considerados estratégicos, como as Forças Armadas, ou para o tratamento de doenças vistas como ameaça à coletividade: as doenças infectocontagiosas e mentais. Para estas, havia hospitais especiais, tais como os hospitais militares, os hospitais de isolamento, para marítimos, os manicômios e os leprosários. Mesmo nesses, o atendimento era pago. As subvenções destinavam-se aos que não tinham condições de pagar.

As províncias e cidades foram responsáveis pelo início da ação de assistência aos pobres, vítimas de acidentes e desastres, através do denominado *socorro público*. Os hospitais eram organizações cuja articulação e influência se expressavam majoritariamente nas localidades. Logo, as políticas e práticas de atenção individual ao adoecimento, hospitalar ou não hospitalar, eram descentralizadas.

Este período caracterizou-se pela expansão das instituições de caridade que atendiam aos “desvalidos” e não apenas aos doentes. Eram organizações em que o cuidado dos doentes era pouco medicalizado. O setor hospitalar alterou-se significativamente nas primeiras décadas do século XX. Na época, surgiram os primeiros hospitais e casas de saúde privados para as populações que não tinham condições de ter atendimento domiciliar, seja por falta de recursos financeiros, seja porque estavam distantes de suas casas. O mais relevante é que o objetivo terapêutico da assistência hospitalar ficava mais nítido.

A mudança resultou da iniciativa de profissionais médicos, que impulsionaram a mudança nas instituições privadas beneficentes. O movimento marcou o início da expansão da rede hospitalar privada no país, em especial nas regiões em que havia maior desenvolvimento econômico, quais sejam, as regiões sul e sudeste, e a Bahia.

Os interesses dos médicos de destaque se expressavam na organização das casas de saúde privadas lucrativas. A criação desses serviços foi possível a partir dos novos conceitos sobre o cuidado em saúde, o advento das novas tecnologias, como reprodução das práticas existentes nos países desenvolvidos. A Europa era o principal modelo. A influência internacional ocorria através da formação dos profissionais no exterior e a vinda de imigrantes. Além de defenderem a melhoria da qualidade da assistência e a transformação dos hospitais em instituições médicas, os médicos também expressavam seu interesse em controlar a oferta de atendimentos privados lucrativos em domicílios e instituições. Iniciou-se a constituição daquilo que a categoria médica considerava sua prerrogativa na disputa com o poder regulador estatal: o controle sobre a expansão dos serviços de saúde, a serviço da manutenção de reservas de mercado e da elitização da atenção. Ao mesmo tempo, tinha início o regramento estatal do funcionamento dos hospitais, que se transformavam de instituições de caridade em casas de saúde.

Apesar de existirem propostas normativas (LUZ, 1986; SANTOS, 2007) que procuraram ampliar o controle no Governo Central na área da saúde, as políticas de saúde pública em cada Estado apresentavam características e processos de implementações diversos (BRAGA & PAULA, 1981; SANTOS, 2004; ACIOLE, 2006). A dificuldade de centralização federal era atribuída à

impossibilidade de o Governo – baseado nas oligarquias regionais – ter capacidade de implementação de políticas modernizadoras e unificadas em todo o território. Isso teve nova tentativa na década de 20 do século XX e se concretizou no pós-30 com a República Nova. Também foi reconhecido que a assistência médica era de acesso restrito à população pelo pequeno número de médicos e escolas médicas existentes. Existiam três em 1900, e 10 em 1929. Havia ainda limites do conhecimento científico e tecnológico acerca do diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças epidêmicas que ensejavam maior atuação estatal no setor saúde (BRAGA & PAULA, 1981; SANTOS, 2004; ACIOLE, 2006).

Uma tentativa mais consistente de centralização ocorreu em 1920, quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, ligado ao Ministério de Estado da Justiça e Negócios Interiores. O Departamento era responsável pelo controle das endemias rurais. Em seu âmbito, foram criados os serviços federais de profilaxia rural nos estados, bem como serviços de higiene materno-infantil, serviços especiais de tuberculose, lepra e doenças venéreas. Ampliava-se, assim, a possibilidade de o Governo Central exercer algum controle sobre as doenças no conjunto do território nacional (LUZ, 1978; ACIOLE, 2006). Apesar de efetivamente ter alcançado poucos resultados na organização dos serviços, este processo representou o início de políticas públicas, com a concepção de que a saúde era uma questão do Estado nacional (LUZ, 1978; BRAGA & PAULA, 1981; ACIOLE, 2006).

É deste período a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), através da Lei Eloy Chaves de 1922, cujo objetivo era prestar assistência médica individual e benefícios a seus segurados. Eram custeadas por recursos das contribuições obrigatórias dos empregados e patrões, que formavam um conselho administrativo para sua gestão. Eram organizadas por empresas, sem participação do Estado em seu financiamento (GUIMARÃES, 1982; LUZ, 1982; NICZ, 1982; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; PERILLO & AMORIM, 2008). A criação das CAPs, que resultou em um padrão mais homogêneo de funcionamento da estrutura previdenciária, pode ser considerada como uma primeira ruptura com o liberalismo.

O Congresso Nacional dos Práticos, em 1922, permitiu identificar as posições dos médicos sobre a maior ou menor atuação do Estado na área de saúde. Eles dividiam-se em três posições: os generalistas, os especialistas e os higienistas. Os primeiros eram produtores individuais de serviços de saúde nos consultórios ou na residência do paciente; eram contrários a qualquer interferência na relação entre médico e paciente. Os especialistas e higienistas se contrapunham a essa posição, defendendo a divisão do conhecimento e das práticas, em consonância com as doenças e partes do corpo (ACIOLE, 2006). Especialistas e generalistas se opunham à ação do Estado, enquanto os higienistas a defendiam.

Com a criação de estruturas centralizadas das áreas especializadas de saúde pública, os hospitais das doenças transmissíveis e das doenças mentais continuaram a ser priorizados. Apesar da atuação predominante dos estados, houve a elaboração de regras e normativas por parte do Governo Central para o atendimento à tuberculose, lepra e saúde mental. Nas primeiras duas décadas do século XX, surgiram também os hospitais gerais de assistência. Em especial, houve o fomento de Hospitais de Ensino, do ensino nos Hospitais Privados e da investigação científica, como tarefa da área de assistência hospitalar (BRASIL, 1926; SANGLARD & ROSA, 2004). Neste período, ocorreu a centralização no Governo Federal da concessão de subsídios aos Hospitais de Caridade, e foram produzidas normativas específicas para o funcionamento das organizações hospitalares. Estas iniciativas expressavam o embrião de uma política nacional para hospitais, com recursos distintos e atuação estatal, distinguindo o setor hospitalar da área de saúde pública nas estruturas do Estado.

A transformação dos hospitais no Brasil e da política para essas instituições – que se iniciou no final do século XIX e se consolidou na Nova República – operou-se em um contexto em que se verifica o predomínio do cientificismo e do biologicismo⁸ no campo da saúde, além de uma redução da visão da medicina para o clínico individual, através do

⁸ Identificado por Ribeiro (1993), Breilh (1991) e outros autores. Segundo Testa (1992, p.169), trata-se de uma prevalência da ideologia biologicista, na qual “[...] os problemas de saúde são individuais e consistem em um afastamento da normalidade biológica, seja qual for o critério com que esta se defina. A etiologia da enfermidade esgota a questão da causalidade, bem

[...] pleno desenvolvimento do saber acumulado e [do] [...] ressurgimento de uma atividade científica na medicina e ramos afins, esta vez sim com possibilidades de estruturar um sistema que pôde aproveitar os conhecimentos de outras ciências e consolidar-se como o substrato da moderna medicina capitalista (BREILH, 1991, p. 95).

A Reforma Flexner⁹, desenvolvida nas escolas médicas dos Estados Unidos (EUA) no início do século XX, influenciava cada vez mais a prática médica e a organização dos hospitais no Brasil. Esta Reforma surgiu como resposta às questões apontadas no relatório de avaliação daquelas instituições. Foi desenvolvido por Abraham Flexner. Segundo Silva Júnior (1998) e Mendes (1999), seus principais elementos constituintes foram mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialismo, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico, ênfase na medicina curativa e concentração de recursos nos espaços hospitalares¹⁰. Esses conceitos conformam o que tem sido denominado como *modelo da medicina científica*. Nesta concepção, o hospital era o centro da organização das práticas de saúde, e os médicos os atores principais do setor saúde, visto que a medicalização e a hospitalização eram as formas dominantes de se tratar uma doença. O modelo flexneriano difundiu-se no Brasil, a partir de 1916, bem como aumentou a influência norte-americana sobre a produção do

como define as formas de respostas possíveis, basicamente mediante a atenção aos problemas de enfermidades que as pessoas apresentam: atenção médica”.

⁹ Segundo Silva Júnior (1998, p. 44-45), esta Reforma foi o marco da medicina científica. “Abraham Flexner, da Universidade de Johns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América a proceder a uma avaliação da Educação Médica em seu país e no Canadá. Esse relatório [...] teve como impacto o fechamento de 124 das 155 escolas médicas americanas [...]. A realização das recomendações desse relatório foi articulada pela Associação Médica Americana e pela indústria, por meio de fundações de amparo à pesquisa que destinaram, para isso, de 1910 a 1928, cerca de US\$ 600 milhões”.

¹⁰ “a) Mecanicismo. A analogia do corpo humano com a máquina [...]. b) Biologicismo. [...] pressupõe o reconhecimento predominante da natureza biológica das doenças, de suas causas e consequências. c) Individualismo. A prática é duplamente individualista. Primeiro, ao escolher como seu objeto o indivíduo e, segundo, ao aliená-lo, excluindo de sua vida os aspectos sociais. d) Especialismo. A prática médica aprofunda o conhecimento específico em detrimento da globalidade inerente ao seu objeto. e) Exclusão de práticas alternativas: A prática médica oficial considera-se a única científica e anula ou restringe-se, por ineficaz, a *priori*, outras práticas. f) Tecnificação do ato médico. A tecnologia passa a ter um valor em si mesma, independente até de sua eficácia, como nova forma de intermediação entre os homens e a doença. g) Ênfase na medicina curativa. A prática médica concentra sua atuação na medicina curativa prestigiando o processo fisiopatológico em detrimento da causa, porque este é o setor mais suscetível de incorporação tecnológica” (MENDES, 1993, p. 141-142). “Concentração de recursos: [...] concentrar a Medicina Científica em determinados espaços. A instituição hospitalar [...]” (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 47).

conhecimento e organização das instituições médicas e hospitalares, superando a tradicional influência europeia existente até então (PERILLO & AMORIM, 2008).

Ao final da República Velha, a prestação de serviços médicos individuais era feita por organizações privadas. Foram identificadas algumas medidas incipientes de regulação do Estado dirigida às instituições hospitalares que atendiam às pessoas que podiam pagar, diretamente ou por meio da embrionária Previdência Social. A responsabilização explícita do Estado, por meio do financiamento no formato de subvenções, paulatinamente centralizadas no período, contemplava as instituições de caridade, apenas para o cuidado dos “indigentes”, e atenção às doenças infectocontagiosas.

A configuração institucional do setor hospitalar, neste período, era o seguinte: 1) o Conselho da Assistência Hospitalar do Brasil¹¹ do executivo federal, ligado ao Departamento Nacional de Saúde Pública, que era encarregado de organizar as subvenções públicas aos Hospitais de Caridade e as definições de modelos para a construção dos hospitais; 2) instituições de caridade, em especial as Santas Casas de Misericórdia, que realizavam um conjunto de atividades relacionadas à atenção aos desvalidos, com perfil assistencial geral. Entre as atividades que desenvolviam, estavam os cuidados com os doentes, com auxílio do Estado central, dos estados e das comunidades de cada local; 3) instituições hospitalares de iniciativa particular individual, mantidos com o pagamento pelos serviços prestados; 4) instituições hospitalares beneficentes de comunidades específicas, com o atendimento reservado para os associados que contribuía para a sua manutenção; 5) instituições estatais de isolamento para as doenças infecciosas e psiquiátricas, cuja tarefa principal era tirar de circulação as pessoas que, de alguma forma, afetavam as cidades e localidades subvencionadas pelo Estado; eram majoritariamente federais e estaduais; e 6) instituições militares, responsáveis pelo cuidado dos soldados; eram estatais.

Na configuração dos atores, predominavam os atores sociais, sejam as comunidades que mantinham e organizavam os Hospitais de Caridade e Beneficentes, sejam os profissionais da medicina, através da Academia Imperial

¹¹ Decreto nº 5058, de 1926, cria a Assistência Hospitalar no Brasil, através de um conselho administrativo ligado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e ao Departamento Nacional de Saúde Pública (BRASIL, 1926)

de Medicina e Academia Nacional de Medicina e dos primeiros Hospitais Privados. Os atores estatais eram compostos pelos dirigentes dos estados e da República. Os primeiros tinham forte articulação nos hospitais e os segundos atuavam através da prerrogativa de autorização de funcionamento das instituições, na articulação dos atores locais, através da oferta de subvenções públicas. A burocracia estatal do setor hospitalar, inicialmente, restringia-se aos hospitais militares, lazaretos e hospitais marítimos com atuação local. Foram criados departamentos e conselhos no executivo federal para atuar nesta área, com ação predominante na capital federal, e que se constituíram em modelos para a organização dos estados ao longo do próximo período.

A arena mais importante das políticas localizava-se no âmbito estadual, onde efetivamente ocorriam as disputas sobre a organização dos serviços hospitalares. O Governo Central foi a arena para a organização e restrição da atuação profissional na medicina, para o início da medicalização dos hospitais e para propor regras de funcionamento dos Hospitais Privados.

Os conceitos normativos, paradigmas cognitivos e as ideias programáticas que orientaram a ação, neste período, são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ações programáticas centrais no período

Conceitos normativos	Paradigmas cognitivos	Ações programáticas
Cuidado em saúde, responsabilidade dos indivíduos e comunidades	Centralização normativa, desconcentração territorial e delegação a particulares na implementação e manutenção da assistência à saúde e na provisão de serviços hospitalares	Autorização de funcionamento para hospitais, isenções e subvenções, criação das CAPs, medicina como prática liberal
Ação em relação aos desfavorecidos e “desvalidos”	Responsabilização das elites locais pela manutenção dos Hospitais de Caridade/Beneficentes	Contribuições dos indivíduos, pagamento pelos atendimentos de pessoas com recursos e militares
Necessidade de reclusão e separação dos desviantes sociais	Hospitais como espaço de segregação para manter a ordem	Construção de hospitais
Mudança: intervenções da medicina que tem possibilidade terapêutica sobre os corpos e hospital como lugar da cura	Disciplinarização dos hospitais, paulatina incorporação de profissionais	Exigência de profissionais para o funcionamento de hospitais, formulação de regras e normas sobre o funcionamento e controle dessas instituições
Prioridade no controle das doenças infectocontagiosas dos portos e das cidades	Normas centrais para a organização de instituições e a atuação do Estado, em alguns momentos com descentralização para as províncias; em outros com tentativa de centralização no executivo nacional	Construção de hospitais de isolamento, marítimos, tuberculose, lepra, psiquiátricos e militares, juntas, comissões de saúde, departamentos no Estado e medicina como ação estatal
Profissionalização do cuidado em saúde, medicalização dos hospitais e hospitalização da medicina	Organização da formação através das universidades, regulação profissional pelo Estado, regulação do funcionamento dos hospitais	Registro profissional através do Estado como ato autorizativo para o exercício da medicina, progressiva exigência de profissionais autorizados nas organizações hospitalares, construção de regras para o funcionamento dos hospitais e criação dos hospitais de Ensino

Fonte: Elaboração da Autora

Nas duas primeiras décadas do século XX, predominava a concepção de Estado liberal. O Governo Central pouco intervinha no setor econômico ou nas relações de trabalho, enquanto as políticas sociais eram pouco expressivas. Esta postura liberal passou a ser questionada, tendo reflexos a partir da década de 20 do século XX. Movimentos das classes trabalhadoras urbanas, que surgiram com a expansão dos setores industriais e de serviços na economia nacional – principalmente nas regiões mais industrializadas do país – deram origem a um período de instabilidade e crise das oligarquias dominantes, que resultou na transformação de 1930 (LUZ, 1982; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

2.2. Centralização e fragmentação das políticas hospitalares no executivo nacional entre 1930 e 1945

Entre 1930 e 1945, ocorreu uma reorganização do Estado brasileiro, que apresentava, entre outras características, o crescimento da atuação governamental nas áreas da saúde e da Previdência. Foi o momento em que se construíram as estruturas institucionais e as bases do sistema de saúde cindido entre as áreas de saúde pública e de assistência médica individual. Foi uma característica dual que acompanhou a organização do sistema de saúde brasileiro ao longo de sua história.

Consolidou-se uma política nacional de saúde pública centralizada na União e executada pelos estados, como resultado direto de iniciativa do executivo federal através do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), criado em 1930 (CORDEIRO, 1980; GUIMARÃES, 1982; ACIOLE, 2006; FONSECA, 2007).

A reorganização das estruturas de saúde pública no executivo federal tinha como prioridade a atuação voltada às questões sanitárias e às doenças contagiosas, responsáveis pelas endemias rurais e epidemias urbanas. No que diz respeito aos hospitais, houve a construção de normatizações, dos regramentos e da especialização nas áreas de tuberculose, lepra, saúde mental e materno-infantil. A trajetória dependente das políticas prévias expressava-se em uma política centrada na subvenção de instituições hospitalares de caridade para a assistência àqueles que não tinham acesso à medicina previdenciária (CORDEIRO, 1980; GUIMARÃES, 1982; ACIOLE, 2006; FONSECA, 2007).

Estabeleceu-se controle do Estado sobre as atividades sindicais. O Governo passou a ser mediador do conflito entre setores dos trabalhadores e da burguesia industrial. No caso da atenção individual à saúde, foi através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), criado em 1930, que se expandiu a assistência previdenciária com prestação de serviços de saúde para os indivíduos inseridos no mercado de trabalho, com base em um sistema corporativo (CORDEIRO, 1980; GUIMARÃES, 1982; NICZ, 1982; BODSTEIN, 2002; ACIOLE, 2006; FONSECA, 2007). A provisão de serviços hospitalares na Previdência Social foi atribuída majoritariamente à iniciativa privada.

Neste período, institucionalizou-se o hospital moderno, tendo os EUA como modelo de organização hospitalar. Disto, redundou a necessidade de superação do conceito caritativo de atendimento aos doentes por misericórdia. A questão dos hospitais foi incorporada ao debate público. Nas direções, substituíram-se os leigos por profissionais médicos. Foi instituído o 'corpo clínico' – conjunto de médicos – em cada hospital, e foram admitidos especialistas em administração hospitalar. Profissionalizou-se a enfermagem, a nutrição e as demais áreas (BRASIL, 1954; PEDROSO, 1984).

A finalidade do hospital moderno era prestar assistência aos doentes que poderiam ter sua condição remediada por serviços e tratamentos hospitalares. Destinava-se, ainda, ao ensino das profissões de saúde, ao desenvolvimento de pesquisa e à educação sanitária. Eram esses conceitos que orientam a atuação dos atores sociais dos hospitais, da medicina, e os atores estatais que defendiam ser o hospital a principal agência de saúde da comunidade. Para esta concepção, as outras unidades – inclusive de saúde pública – passaram a ser classificadas como para-hospitalares, demonstrando a centralidade do hospital no sistema de saúde (BRASIL, 1954; PEDROSO, 1984).

O paradigma cognitivo pressupunha a organização do hospital acrescida da ordem burocrática, de estrutura de administração e controle com normas, regramentos e hierarquia. Articulada com a organização médica, a organização burocrática passou a ser parte das estruturas hospitalares e caracterizá-las enquanto instituição (BRASIL, 1954; PEDROSO, 1984; CARAPINHEIRO, 1993).

As Santas Casas eram os hospitais de referência para a formação na saúde. Em 1940, havia 12 faculdades de medicina em funcionamento no país

(BRASIL, 1954; PEDROSO, 1984). O único hospital público de ensino criado na época foi o Hospital de Clínicas da Faculdade Medicina da Universidade de São Paulo, construído entre 1938 e 1944 (CORDEIRO, 1980; PEDROSO, 1984; PRÓ-SAÚDE, 2012).

As ideias programáticas que guiaram a mudança na área de saúde em geral – incluindo o setor hospitalar – foram a centralização de definição das políticas no âmbito federal, com a criação de uma burocracia estatal, a capacitação de profissionais em todo o país e a construção de normatização e regramento do sistema de saúde (HOCHMAN & FONSECA, 1999; FONSECA, 2007). Cabe destacar também a forte influência das instituições e ideias provenientes dos EUA na política de saúde, através do trabalho das fundações, tais como Rockefeller, Aiai e Kellog. Estas contribuíram financeiramente e participaram da coordenação de muitos programas de saúde implementados no país. Possibilitaram ainda a formação de profissionais brasileiros nas escolas dos EUA, em especial dos dirigentes e das lideranças da política nacional de saúde pública e assistência hospitalar. Participaram na organização de processos de formação de pessoal do Departamento Nacional de Saúde. Influenciaram o modo como se estruturaram as faculdades na área de saúde e os currículos acadêmicos.

As políticas para a área hospitalar constituíram-se tendo como base a noção de que a assistência hospitalar oferecida diretamente pelo setor público ocorreria apenas quando houvesse impossibilidade de articulação da iniciativa privada. Subvenções governamentais eram limitadas àqueles que não pudessem custear o atendimento. O papel da União, dos estados, das CAPs e dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) na provisão de serviços hospitalares era supletivo e limitado, de tal forma que a grande parte do acesso à assistência hospitalar ocorria através de financiamento e provisão privados.

Durante o Estado Novo, observou-se uma centralização das decisões sobre o acesso à assistência hospitalar previdenciária, ficando as CAPs e os IAPs sujeitos às regras e ao controle do Governo Federal. Embora os estados continuassem a participar no financiamento e na provisão de serviços hospitalares, especialmente para doenças infectocontagiosas (hanseníase e tuberculose) e doenças mentais, houve um aumento da participação federal no

financiamento da assistência hospitalar através de recursos financeiros provenientes da Previdência Social. Na época, as CAPs e os IAPs iniciaram o pagamento dos serviços por atendimento/procedimento baseado em Tabelas únicas de prestação de serviços hospitalares, pagamento que, até então, era baseado exclusivamente em subvenções fixas. A isenção de impostos e de taxas nos Hospitais Filantrópicos passou a ser condicionada a um certo número de internações gratuitas.

O setor hospitalar foi centralizado na Divisão de Organização Hospitalar (DOH), do Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1942. Esta divisão tinha o objetivo de expandir as atividades da União no que diz respeito à assistência hospitalar¹². Institucionalizou-se a distinção entre assistência médica e de saúde pública. Organizaram-se duas áreas, cabendo ao Estado a responsabilidade pela provisão direta apenas dos serviços de saúde pública.

Na saúde pública, a política foi organizada por meio da centralização normativa, descentralização funcional (através de órgãos de saúde do MESP nos estados) e desconcentração executiva. Aos estados, cabia executar os serviços de saúde pública. O Ministério dedicava-se à expansão e estruturação desses serviços nos estados ao longo do período 1930-1945. Foram construídos departamentos de saúde uniformes, por meio de normativas e regimentos

¹² São competências da DOH: “a) encarregar-se do estudo e solução dos problemas referentes à assistência médico-social a doentes, deficientes físicos e desamparados; b) organizar o plano geral dessa assistência, aí compreendida a rede de hospitais para todo o território nacional; c) incentivar o desenvolvimento e melhoria de instituições e serviços de assistência, incumbindo-se da fiscalização direta dos situados na 1ª região; d) cooperar com a Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas-padrões, com as necessárias especificações, para hospitais, ambulatórios e outros estabelecimentos de assistência, opinar sobre localização, construção, remodelação, adaptações desses estabelecimentos e instalações dos respectivos serviços, exercendo a precisa fiscalização ao serem eles executados; e) estabelecer normas e padrões para instalação, organização e funcionamento dos vários serviços técnicos e administrativos de hospitais de diversos tipos, casas de saúde e outras unidades de assistência, inclusive sanatórios, estabelecimentos para convalescença ou repouso, colônias de férias, estâncias climáticas e hidrominerais; f) organizar e manter atualizado o cadastro dos estabelecimentos hospitalares e demais órgãos de assistência, existentes no país; g) opinar nos processos de subvenção federal a instituições de assistência, no que respeita às obrigações que devam assumir, e fiscalizar, para as situadas na 1ª região, o cumprimento das exigências estabelecidas pelo poder competente; h) cooperar com o SFB, na regularização da estatística hospitalar; i) planejar e orientar, em todo o país, no tocante à parte assistencial, a luta contra doenças degenerativas e outras entidades mórbidas para as quais não haja serviços especializados no DNS; j) cuidar dos problemas relativos à assistência médico-social a cegos e surdos-mudos, a indigentes, velhos, abandonados, aleijados e outros anormais e deficientes físicos; l) organizar o plano nacional de seguro contra a doença e promover, em cooperação com a DOS, a instituição sistemática dos exames periódicos de saúde” (BRASIL, 1942, art. 16).

detalhados sobre a assistência sanitária, e da formação massiva de técnicos e profissionais. Os dirigentes da área da saúde e de hospitais nos estados estavam entre os profissionais formados. Houve a distritalização, e foram construídos centros e postos de saúde para a realização de atividades sanitárias sob gestão estadual. Não houve estímulo para que os municípios participassem na execução das atividades sanitárias. A supervisão e fiscalização das atividades nos estados eram realizadas pelas delegacias federais de saúde e pelos órgãos centrais do Departamento Nacional de Saúde (BRAGA & PAULA, 1981; FONSECA, 2007).

Atores estatais da área de saúde pública do executivo federal eram contrários à expansão da assistência médica individual nos centros e postos de saúde. Eles argumentavam que era preciso consolidar a saúde pública como especialidade e que a prioridade de ação do setor público deveria ser as ações sanitárias. Essa também era a posição defendida por médicos especialistas e por atores estatais da área hospitalar. Eles defendiam a mínima atuação do Estado na assistência médica individual. Consideravam que os hospitais e os consultórios privados eram os executores precípuos dessa tarefa. Os paradigmas programáticos baseavam-se na concepção de que o Estado subvencionaria a atenção oferecida nessas instituições aos que não pudessem pagar, e se responsabilizaria pelo atendimento das doenças infectocontagiosas e mentais, bem como nas regiões pobres do país, onde não houvesse possibilidade de articulação da iniciativa privada (PEDROSO, 1984)¹³.

Operou-se, assim, a transformação dos hospitais no hospital moderno e médico. Este processo foi dirigido principalmente pelo setor saúde dos Governos federais e estaduais, que formaram um arcabouço burocrático-institucional centralizado. Esses passaram a contar com uma tecnoburocracia estatal, principalmente médica, que atuava: a) no controle das subvenções públicas às instituições privadas de caridade; b) na formação de profissionais; c) na organização das estruturas do Estado e dos hospitais; d) na realização de censos e registros obrigatórios; e e) em propostas de organização da rede hospitalar do

¹³ Para essas regiões, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), criado em 1942, no âmbito do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA), desenvolveu papel importante (BRAGA & PAULA, 1981; MERCADANTE, 2002; FONSECA, 2007).

país. Com essas iniciativas, o Estado delimitava a temática do hospital, distinguindo-se cada vez mais da assistência social, como um processo de prioridade do técnico-científico em detrimento da política e da caridade.

2.3. O início da estruturação do subsistema hospitalar: 1945 a 1964

Do ponto de vista das políticas sociais, o período que iniciou em 1945 e foi até a Ditadura em 1964 caracterizou-se pelo contexto de ampliação das reivindicações e de reorganização das lutas da classe média e dos trabalhadores em um regime político democrático. À época, o MTIC, através da Previdência Social, foi mais atuante – no que dizia respeito à assistência médica e ao sistema hospitalar – do que no período anterior (CORDEIRO, 1980; ACIOLE, 2006).

A especificidade da área da saúde como uma política pública consolidou-se com a criação do MS, em 1953. Foram mantidas as mesmas estruturas existentes no Ministério da Educação e Saúde, com a incorporação ao novo Ministério do Departamento Nacional da Criança e do Departamento Nacional da Saúde (BRASIL, 1953a, 1953b). A obrigação do Estado com a atenção dos indigentes, a segmentação de clientela e a diferenciação entre formas e serviços de saúde a serem prestados pelo Estado, foram reafirmadas com a aprovação, em 1961, do Código Nacional de Saúde. O Código estabelecia a responsabilidade do Estado de promover ações preventivas em saúde e de oferecer assistência médica gratuita àqueles que não tinham recursos (BRASIL, 1961a).

Com a separação desses Ministérios, coube ao Ministério da Educação as políticas de formação de trabalhadores da área da saúde. Observe-se que estava em processo a expansão dos Hospitais Federais de Ensino, ligados às universidades e, portanto, ao Ministério da Educação. A maior parte dos hospitais de clínicas começou a sua construção neste período. Iniciou-se a organização do setor hospitalar universitário. A criação de faculdades de medicina e das profissões da saúde foi concomitante e condicionada à criação destas instituições (MELLO, 1983). Esta divisão, bem como a criação do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 1958, também resultaram no redirecionamento da agenda pública sobre a formação e regulação profissional para o Ministério da Educação,

descolando este debate do setor saúde. Ele retornou à área somente com a Constituição de 1988.

Com base na Previdência Social, a assistência médica era uma pauta que estava na agenda pública, principalmente do legislativo, neste período de redemocratização e de pluripartidarismo. Entre 1945 e 1964, a Previdência Social teve relevância na relação com os sindicatos dos trabalhadores, nas disputas das políticas sindicais e político-partidárias. O sistema previdenciário passou por crises financeiras, que resultaram em inúmeras tentativas de reformas no sentido da ampliação e unificação da prestação dos serviços (CORDEIRO, 1980; BRAGA & PAULA, 1981).

A partir de 1950, houve uma expansão da assistência médico-previdenciária. O tipo de assistência oferecida pelos IAPs tornou-se praticamente uniforme, devido à fiscalização constante do Departamento Nacional de Previdência Social, criado em 1946. O debate que se colocava era no sentido de unificação, através das comunidades de serviços médicos. Essas comunidades foram previstas no regimento do Serviço de Assistência Médica da Previdência Social, e tinham o objetivo de aglutinar os serviços e atendimentos dos diversos IAPs. As inúmeras tentativas de construção da unificação da prestação de assistência médica e hospitalar, através das comunidades de serviços, teve resultado muito menor do que as expectativas dos projetos apresentavam. Foram alvo de crítica, em especial da tecnoburocracia da estrutura previdenciária e das categorias de trabalhadores, que contavam com melhores benefícios por dispor de mais recursos.

A exceção foi a área de emergência, através do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU)¹⁴, que constituiu uma rede de serviços

¹⁴ Apesar de estar previsto desde 1949, apenas em 1959 se estabeleceu o Regimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU). Subordinado ao MTIC, teria a finalidade de prestar assistência médica de urgência, em ambulatórios e hospitais a esse fim destinados, bem como no domicílio ou local de trabalho, aos segurados ativos e inativos, seus dependentes e aos pensionistas dos Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários, Comerciantes, Bancários, Marítimos e Empregados em Transportes e Cargas e da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos. A prestação de assistência médica de urgência poderia ser feita a entidades federais, estaduais, municipais e privadas, mediante convênio, *ad referendum* com o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Além dos órgãos de direção central, previa a organização de delegacias e postos de atendimentos, com autonomia de gestão desde que seguindo ao regimento, bem como hospitais e serviços de apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 1959a).

no país. Sobre isso, cabe destacar que a área de urgência e emergência tinha uma tradição de oferta pública desde o Império, e muitos municípios buscavam desenvolver serviços para essa assistência. Constituíam-se como uma área em que não havia desenvolvimento do setor privado hospitalar. Os princípios de organização do SAMDU consideravam a necessidade de centralização, através de centrais de emergência, equipes de socorro e hospitais com equipes fixas, demandando organização a partir dos Governos e subsistência com garantia de financiamento do Estado (CORDEIRO, 1980; PEDROSO, 1984).

A promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) foi considerada como a finalização de um processo longo de debate sobre a unificação da Previdência, como um dispositivo que favoreceu a unificação, que efetivamente ocorreu com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1966. É a partir da LOPS que a assistência médica foi considerada inerente à Previdência Social e, portanto, assegurada a todos os beneficiários. Reconheceu, ainda, a possibilidade de que as empresas prestassem assistência a seus empregados e dependentes, através de serviços próprios ou contratados, o que lançou as bases para o crescimento dos planos e seguros de saúde (BRASIL, 1960; CORDEIRO, 1980; GUIMARÃES, 1982; MENICUCCI, 2007)¹⁵.

¹⁵ Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), que passou a exigir a inscrição de todo trabalhador empregado, avulso ou autônomo, e matrícula de todas as empresas em algum instituto da Previdência Social. No que dizia respeito à assistência médica, esta era considerada a assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, ou seja, segurados e seus dependentes, seja em ambulatório, hospital, sanatório, ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitissem, com a previsão do regime de comunidade de serviços, ou seja, a prestação de serviços, separadamente ou em comum. As comunidades de serviços organizadas, tendo em vista as necessidades locais, a conveniência dos beneficiários e a eficiência da execução. A realização dos serviços em comum será sempre atribuída, mediante contribuição das demais, a um dos IAPs que assumiria a responsabilidade integral. Ficava mantida a assistência médica domiciliar e de urgência a ser prestada pela comunidade de serviços SAMDU. A organização dos serviços de assistência médica ficou a cargo do DNPS, com a regra de buscar assegurar a liberdade de escolha do médico, dos hospitais e sanatórios por parte dos beneficiários, dentre aqueles que fossem credenciados, para o atendimento em consultórios ou clínicas, na base da percepção de honorários *per capita* ou segundo Tabela de serviços profissionais. Também era previsto que o segurado que utilizasse os serviços médicos em regime de livre escolha teria participação no custeio, nos valores que excedessem àqueles previstos pelos IAPs. Ficou restrita a provisão de serviços próprios aos essenciais, para os segurados que não quisessem valer-se dos serviços de livre escolha ou quando esta situação não fosse possível. Também era prevista a possibilidade de convênio com empresas ou entidades públicas, sindicais e privadas. No que dizia respeito à assistência médica, mantiveram-se os limites de recursos com a porcentagem anualmente estabelecida pelo Serviço Atuarial do MTIC, e previu-se a possibilidade de acordo com as entidades assistenciais destinadas aos trabalhadores rurais, para que as instituições da Previdência prestassem serviços a essa população (BRASIL, 1960).

A expansão da cobertura previdenciária, aliada à ampliação do custo da assistência médica pela incorporação tecnológica operada após a Segunda Guerra Mundial, levou à expansão dos gastos com a saúde na Previdência: eles passam de 7,3% em 1949 para 19,3% em 1960; e em 1966, significavam 24,7% do total (BRAGA & PAULA, 1981; NICZ, 1982; CORDEIRO, 1980; ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2007). A organização da assistência médica da Previdência redundou em taxas de crescimento de gastos progressivos, sendo da ordem de 44,6% em 1961, 35,1% em 1964 e 117% em 1965. Ao mesmo tempo, o maior crescimento ocorreu na área da assistência hospitalar, em que a participação no total de dispêndio da assistência médica passou de 22% em 1960 para 58% em 1967 (BRAGA & PAULA, 1981).

Este período caracterizou-se pela consolidação do modelo dual da organização do Estado para a execução das políticas públicas de saúde, com a assistência médica individual previdenciária a cargo do MTIC. A prestação de serviços públicos de saúde ficou a cargo do MESP, inicialmente, e do MS a partir de sua criação. Tal divisão redundou em um modelo diferenciado de reconhecimento de direitos sociais. Cidadãos teriam como base o sistema corporativo da Previdência; pré-cidadãos seriam aqueles que não acessavam a assistência médica individual previdenciária, e seriam objeto da ação da saúde pública (LUZ, 1978; FONSECA, 2007; MENICUCCI, 2007).

A década de 1960 foi considerada o período em que a extensão da assistência saúde a toda a população como política governamental consolidou-se no ideário do Estado e das instituições médicas (LUZ, 1986; MENICUCCI, 2007). Exemplo desses movimentos, além da LOPS e da obrigação com a atenção aos

Definiu-se o custeio da prestação de assistência médica a cargo do SAMDU e das comunidades de serviços, mediante o recolhimento de uma contribuição anual proporcional ao número de seus segurados ativos e inativos existentes nas localidades em que o SAMDU mantinha postos para a prestação da assistência. Os demais serviços eram de responsabilidade dos IAPs com a organização, em cada um deles, de um Departamento de Assistência Médica responsável por dirigir a assistência médica (BRASIL, 1960). Integrou a estrutura do DNPS o Conselho de Medicina da Previdência Social (CMPS), com a finalidade de coordenação técnica da prestação da assistência médica pelas instituições de Previdência Social. O CNPS foi constituído de médicos, representantes do MS, de cada instituição de Previdência Social, do CFM; da Associação Médica Brasileira e dos Sindicatos Médicos em conjunto, indicados pelos respectivos órgãos e designados pelo Ministro do Trabalho, além do Consultor Médico da Previdência Social (BRASIL, 1960, 1961b). Tal formato sinalizava para a importância da intervenção da categoria médica na Previdência Social.

indigentes, foi a aprovação, em 1963, do regulamento da Previdência Social rural, que prevê a assistência médica e à maternidade aos beneficiários (BRASIL, 1963).

O Complexo Médico Industrial tornou-se um setor relevante para as políticas de saúde. Observava-se a expansão da indústria nacional de equipamentos, e a presença da indústria internacional no pós-guerra. A incorporação massiva de tecnologia – sendo os hospitais o principal espaço deste uso – consolidava uma articulação importante entre o subsistema hospitalar nascente e o setor de produção de insumos (CORDEIRO, 1980; BRAGA & PAULA, 1981; MELLO, 1981).

Os hospitais no Brasil transformaram-se, paulatinamente, em hospitais médicos, incorporando as novas tecnologias que alteraram a medicina, a complexidade dos meios de diagnóstico e de tratamento. Os hospitais coverteram-se no centro do cuidado e uma importante instituição do complexo produtivo da saúde. Houve uma ampliação significativa do custo da assistência hospitalar e uma integração cada vez maior entre o Estado, as empresas de serviços médicos e industriais (BRAGA & PAULA, 1981; GUIMARÃES, 1982).

A atenção gratuita realizada nos Hospitais Privados de caridade era considerada cada vez mais responsabilidade do Estado, no que dizia respeito a sua subvenção. Ao mesmo tempo, essas organizações ampliavam a oferta de serviços para atendimento das pessoas que podiam pagar, ou que tinham cobertura previdenciária. Fortaleceram-se os processos de ação do Governo Federal e estaduais nas instituições hospitalares, em especial na direção da adequação destas instituições ao processo de tecnificação e medicalização¹⁶. Além disso, desde 1959, entidades filantrópicas estavam isentas de taxa de contribuição para a Previdência (BRASIL, 1959b).

Apesar da tendência predominante de ampliar a compra de serviços de prestadores privados ou filantrópicos, a Previdência Social paralelamente

¹⁶ A instituição terá organização eminentemente econômica. Deverá procurar rendas, manter fundos, e ter patrimônio, sempre que possível. Não sendo mais o único objetivo, como era no hospital antigo e outras instituições para-hospitalares, a assistência a indigentes e ao doente gratuito em geral deverá ser paga na base de “interno-dia” ou “doente-dia” ou por unidade de serviço, em cooperação, pelos Governos, pela Caridade, pela Filantropia. A renda proveniente dos contribuintes: particulares, caixas e institutos, cooperativas e sociedades mútuas. Serviu para ampliar e melhorar a instituição e os serviços (BRASIL, 1954).

expandiu os serviços médico-hospitalares próprios dos IAPs, a partir de 1945. Em 1964, os IAPs contavam com uma rede formada por 22 hospitais e 505 ambulatórios em todo o país (ACIOLE, 2006; MENICUCCI, 2007). O crescente aumento da compra de serviços foi mais acentuado no Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários, devido ao posicionamento privatista de sua tecnoburocracia, o que influenciou a Previdência no período pós-unificação dos institutos, depois de 1964 (LUZ, 1986).

O debate sobre serviços próprios *versus* compra de serviços privados permeou toda a história dos institutos, sendo ora uma, ora outra a política adotada (MELLO, 1978; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; SANTOS & GERSCHMAN, 2004). Neste período, ocorreu a ampliação significativa de Hospitais Filantrópicos, em especial a partir de 1940, com a participação de fundos dos Governos. Também se observava a expansão de serviços hospitalares da Previdência, mas em menor número, sem representar ameaça ao interesses privados da área médico-hospitalar. Apesar de ser menos expressivo, também ocorreu o aumento do número dos Hospitais Privados lucrativos. Em 1950, 53,9% dos leitos eram privados; em 1960, esses representavam 62,1%, sendo 14,4% de instituições com fins lucrativos (CORDEIRO, 1980; PESSOA, 2005; ACIOLE, 2006).

Foi no período entre 1945 e 1964, que as entidades representativas das instituições hospitalares privadas beneficentes e de profissionais médicos se organizaram. Até então, eram escassas as entidades organizativas de médicos e de hospitais de caráter nacional. Os sindicatos médicos, criados na década de 1920, não tinham expressão durante o período ditatorial. A Academia Nacional dos Médicos (ANM) tinha uma postura de conciliação; recebia os representantes do Estado que divulgavam suas ideias e ações. No entanto, não era chamada a participar na definição das políticas, mantendo a sua tradição de subserviência aos Governos (RIBEIRO, 1984).

O tema da corporação médica, sua organização e regulação é o único que permaneceu na pauta da ANM. O papel dos sindicatos como órgão disciplinar de classe foi contestado internamente pela categoria médica, de tal forma que surgiu a proposição de criar uma ordem dos médicos, tal qual a Ordem dos Advogados do Brasil, que fora criada em 1933. Este debate permaneceu ao longo de todo o

período. A ANM e boa parte dos sindicatos médicos foram contrárias à criação do CFM em 1945, o que se concretizou apenas em 1958 (RIBEIRO, 1984).

A carência de organizações das categorias profissionais e das instituições hospitalares de abrangência nacional não significou que os médicos e representantes das entidades não tivessem influência sobre políticas adotadas. Ao contrário, o Governo Vargas caracterizou-se pela cooptação das lideranças e pela participação desses nos órgãos do próprio Estado. Exemplo disto foi o destaque para os conselhos técnicos e conselhos gerais, consultivos da câmara e do Senado federal. Um capítulo especial constava na Constituição de 1934, previsto em todos os Ministérios, com composição de metade de seus membros de especialistas que não faziam parte dos quadros dos respectivos Ministérios (BRASIL, 1934; CORDEIRO, 1980; ACIOLE, 2006; FONSECA, 2007).

A ANM organizou o I Congresso Interamericano de Medicina que ocorreu no Rio de Janeiro em setembro de 1946. Dentre os temas dos congressos médicos que passaram a ocorrer neste período, estava sempre presente a assistência e organização hospitalar, considerados relevantes pela avaliação do baixo nível administrativo e assistencial dos hospitais no Brasil (RIBEIRO, 1984). Em 1950, foi realizado no Rio de Janeiro o 3º Instituto de Organização e Administração Hospitalar, com apoio do Governo brasileiro, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Associação Interamericana de Hospitais. No período posterior a esse Congresso, organizaram-se as associações hospitalares no Brasil; dentre elas, a Associação Paulista de Hospitais e a Associação Brasileira de Hospitais em 1951. Em 1954, foi criado o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares, instituição privada vinculada às organizações hospitalares (NICZ, 1982; PRÓ-SAÚDE, 2012).

A criação da Associação Médica Brasileira (AMB), em 1951, inseriu na arena setorial um ator que teve grande influência no setor saúde ao longo deste período e no período subsequente. Tal organização, em um contexto de democracia, surgiu como oposição à proposta estatizante do setor saúde que, apesar de não implementada, foi formulada entre 1945 e 1950. Representando a categoria médica e defendendo explicitamente a prática médica liberal, passou a

ter atuação destacada junto ao MS e no Conselho de Medicina da Previdência Social (NICZ, 1982; CAMPOS, 2007).

Exemplos da articulação nacional das instituições hospitalares como estratégia do setor saúde do Governo Federal foi a realização, em 1955, do I Congresso Nacional de Hospitais e da I Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar, organizados pela Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e promovidos pela DOH (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 1955). Os congressos hospitalares passaram, a partir deste ano, a ser anuais, reunindo o conjunto de dirigentes e lideranças do setor no Brasil.

Os congressos mantinham a articulação entre os dirigentes hospitalares. Nesta época, tinham forte cunho acadêmico e de produção de conhecimentos, mas serviam também para a socialização de pautas e pressão sobre os Governos. A articulação do setor hospitalar era acompanhada pelo Complexo Médico Industrial (CMI). No primeiro Congresso, ocorreu também a I Mostra Nacional de Material Médico-Hospitalar. Esta se tornou tradição nos eventos hospitalares, nos quais tanto era articulada a agenda em direção ao Estado, como o CMI trazia suas “novidades” para os hospitais com forte protagonismo na definição das incorporações tecnológicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 1955).

A distinção entre as organizações de saúde dedicadas à educação, sob responsabilidade do Ministério da Educação, e de prestação de serviços individuais no MS e MTIC, acarretou a organização da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), criada em 1962. Foi a organização que liderou o debate sobre a temática dos Hospitais de Ensino e Universitários.

No período anterior, a influência das Santas Casas era exercida sobre os Governos Estaduais e Municipais. Na medida em que as políticas foram centralizadas em instituições federais, as organizações que representavam esses hospitais passaram a pressionar o Governo Central. Permanecia, no entanto, a influência dos atores sociais ligados à Igreja, e das pessoas “representativas”¹⁷

¹⁷ Esta representatividade diz respeito às lideranças políticas e econômicas, que, em prol da filantropia, se envolviam diretamente na administração dos hospitais. Individualmente ou por meio da organização de sociedades beneficentes, esses eram os usuários dos serviços que pagavam por seu atendimento. Os demais usuários, fossem eles indigentes ou trabalhadores,

da comunidade nos hospitais. Porém, a partir de 1963, essa influência passou a ser canalizada diretamente através da recém criada Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas do Brasil (CMB). Ela representaria os interesses dos hospitais sem fins lucrativos, denominados de *filantrópicos*, a partir deste período, no plano nacional. Surgiu uma atuação articulada destas organizações com capacidade de influenciar as políticas de Governo, então centralizadas (PEREIRA, 1996).

A atenção à saúde, com o desenvolvimento do capitalismo, constituiu-se em uma questão política e econômica, seja pela ampliação da tecnologia disponível para o setor – que tinha como consequência a formação de um complexo industrial e de serviços – seja porque o saber médico passou a considerar a saúde não mais como um problema da interação com o mundo e sim como um problema do corpo individualmente. Isso colocou a questão não mais como problema de saúde, mas como problema de atenção à saúde, para a manutenção da população e dos corpos e, portanto, da força de trabalho, bem como para a garantia do direito social na luta dos trabalhadores por melhores condições de vida. Deste processo, redundou que o hospital fosse o espaço social para a atenção à saúde, que adquiria características técnicas e financeiras de grande indústria. A medicina previdenciária constituiu-se, a partir do final da década de 1950, como hospitalar e curativa (BRAGA & PAULA, 1981; MENICUCCI, 2007).

O Estado transformou-se no principal financiador das ações desenvolvidas no setor hospitalar privado, seja com a expansão das subvenções ao atendimento dos indigentes, seja através da concessão de isenção e incentivos fiscais, seja através da ampliação do custeio da assistência hospitalar pela Previdência Social. Contudo, neste período, observou-se a ênfase na organização hospitalar no setor saúde. Os representantes dos hospitais e das organizações representativas da categoria médica debatiam e formulavam propostas para uma política da área.

A configuração institucional do subsistema hospitalar nascente, antes do Golpe Militar de 1964, era a seguinte: 1) departamentos do executivo nacional do setor saúde, que tratavam da temática hospitalar, e os departamentos similares,

que compravam os serviços via Previdência Social, não estavam no rol das pessoas “representativas” nos hospitais privados e filantrópicos.

criados por indução do Governo Central, junto aos executivos estaduais; 2) departamentos dos IAPs e da Previdência Social, que abordavam a assistência médica dos previdenciários, e as regras e normas para aquisição/provisão dos serviços hospitalares; 3) entidades nacionais sociais e de mercado de representação dos hospitais, ABH e CMB; 4) entidades nacionais de representação dos médicos, AMB e ABEM; 5) entidades nacionais de representação dos trabalhadores, sindicatos e federações; 6) instituições de caridade, em especial as Santas Casas de Misericórdia, que se medicalizaram, sob tutela e com auxílios crescentes do Estado, também prestando serviços para os IAPs. Eram mantidas como responsabilidade das comunidades de cada local, que garantiam os recursos para o atendimento daqueles que não podiam pagar pelos serviços; 7) instituições dos estados e municípios. Os primeiros ampliaram a atuação através de hospitais gerais e, também, dos hospitais especializados tradicionais de combate às doenças infectocontagiosas e psiquiátricas. Os segundos atuavam na área de emergência, mantendo serviços através de subsídios públicos e da oferta de serviços aos IAPs; 8) Hospitais Federais de isolamento para as doenças infecciosas e psiquiátricas, e da fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que implantou serviços principalmente no Nordeste, dirigidos para o público em geral; 9) instituições hospitalares privadas lucrativas, mantidas com o pagamento pelos serviços prestados e pelos Institutos da Previdência; 10) instituições hospitalares próprias dos IAPs; 11) instituições hospitalares beneficentes de comunidades específicas, cujo atendimento era dirigido e mantido pelos associados que contribuíam para a sua manutenção, mas também atuavam para os IAPs; 12) Hospitais de Ensino ligados às universidades estaduais e federais, subvencionados pelo Estado; e 13) instituições militares responsáveis pelo cuidado dos soldados, financiadas e mantidas pelo Estado.

A configuração dos atores, neste momento, foi de predominância dos atores estatais do setor saúde. Esses eram os dirigentes e a burocracia atuante na DOH do MS e dos Governos Estaduais. Apesar de inúmeras tentativas de colocar na agenda pública e de envolver o legislativo e o executivo na definição de uma política para o setor hospitalar, isso não ocorreu. As iniciativas de regramento e mudança na área foram promovidas pela DOH e pelos órgãos estaduais responsáveis pela política hospitalar. As que efetivamente tiveram êxito

eram relacionadas à incorporação crescente de tecnologia e medicalização dos hospitais. Também se constituiu o setor estatal na área da educação que se inseria no debate sobre os hospitais. Os atores estatais do executivo federal na área de educação do Ministério da Educação responsabilizaram-se pela organização dos hospitais das universidades federais e pela regulação da formação da saúde.

Houve ação dos atores estatais da Previdência, através das direções e da tecnoburocracia dos IAPs, que constituíram atores que produziram ideias e formularam propostas para a organização do setor saúde. Diferente da área da saúde pública, a organização dos serviços de assistência médica da Previdência esteve na agenda pública, foi pauta no Congresso Nacional e envolvia atores sociais, em especial a representação dos trabalhadores dos institutos. Foi crescente a participação da Previdência no financiamento do setor hospitalar no país.

A política da Previdência também redundou na organização dos atores sociais do movimento dos trabalhadores. Esses tinham como pauta a organização dos IAPs. As regras para a assistência médica, nestas instituições, atuaram através da pressão para a ampliação e da resistência à unificação da mesma.

Os atores sociais, ligados às comunidades que mantinham e organizavam os Hospitais de Caridade e Beneficentes, tinham participação destacada em articulação com os atores estatais do setor saúde. Organizaram eventos e atividades, e participaram das definições das políticas, evidenciado em inúmeras iniciativas do executivo federal de priorizar este setor. Essa articulação resultou na criação da ABH e da CMB.

Também teve destaque a atuação dos atores sociais da profissão médica, em especial a organização da AMB, que apresentava como principal proposta a autonomia dos profissionais. Ela interferiu na formulação e definição das políticas, em especial a priorização do setor privado hospitalar, filantrópico ou lucrativo, em detrimento do público, que se constituía como condição para a prática liberal da medicina. Da mesma forma, outro ator social que se constituiu, a partir da separação das áreas da saúde e educação, foi a ABEM. Esta organização reunia os profissionais médicos em torno do tema da formação. A AMB e ABEM reuniam atores que tanto defendiam como criticavam a

centralidade nos hospitais e a especialização excessiva da medicina. Deste modo, contribuíram para o processo de medicalização dos hospitais e para a hospitalização da medicina, mas também às críticas a este processo.

Este é o período em que os atores sociais de mercado se inseriram no setor, primeiro, através da expansão dos Hospitais Privados Lucrativos; segundo, com a expansão das tecnologias e dos insumos, através dos atores do CMI. Há que se considerar que o setor hospitalar e o CMI estiveram relacionados, visto que a maior parte dos recursos era demandada pelos hospitais. Os atores estatais protagonizaram a “tecnificação” e incorporação desses insumos e equipamentos através de financiamento e de regramentos que estabeleciam exigências para o funcionamento destas instituições.

Atores de organizações internacionais foram relevantes para o processo de transformação em “hospital moderno”. Contribuíram para a organização da burocracia interna dos hospitais e dos órgãos de Estado, que tratavam das políticas de saúde, para a medicalização dos serviços hospitalares, na difusão do modelo de atenção à saúde que conferia centralidade a estas organizações, e na incorporação crescente de tecnologias. Estes atores atuaram na formação de atores individuais, das universidades e dos órgãos do Estado, que organizaram uma comunidade epistêmica na Universidade de São Paulo (USP) e na DOH. Eles formularam propostas de organização do setor, realizaram congressos, produziram ideias, inseriram-se na direção dos órgãos estatais e prestaram consultorias que orientavam as políticas para esta área no setor saúde dos executivos. Também contribuíram para a disseminação, no Brasil, dos conceitos relativos à assistência da medicina comunitária.

A maior parte dos atores coletivos e das entidades representativas do setor hospitalar, que influenciaram a política de saúde durante a Ditadura Militar e na Reforma Sanitária, estava organizada nacionalmente, neste período. As regras formais propunham a alteração dos hospitais como instituições medicalizadas, burocráticas e com planejamento centralizado no executivo federal. A divergência com a instituição informal da tradição – em especial dos Hospitais Filantrópicos – contribuiu para que as mudanças neste setor fossem lentas e para o ingresso dos Hospitais Privados Lucrativos como alternativa, uma vez que esses surgiram orientados pelos conceitos normativos do hospital moderno. A resistência dos

entes estatais estaduais, dos atores societais sociais e de mercado do setor hospitalar dificultaram que as polícias centralizadas do setor saúde tivessem efeitos e entrassem na agenda pública do executivo e legislativo, para que estas políticas fossem efetivamente constituídas como regra para os entes federados.

A dependência de trajetória em relação às instituições existentes, os Hospitais Filantrópicos, foi relevante como dispositivo de auto-reforço para as políticas hospitalares do setor saúde do executivo federal, assim como a prioridade da atuação do Estado brasileiro na área de urgência e emergência. Também contribuiu para a não operacionalização das políticas federais propostas pelos atores estatais para o setor hospitalar, a história prévia de autonomia dos entes federados, em especial os estados, e dos atores societais sociais, ligados aos Hospitais Filantrópicos ou Hospitais Privados. Apesar de serem formuladas propostas para a organização nacional do setor hospitalar, de ocorrer a expansão dos órgãos estatais de planejamento central, das regras, dos regulamentos e de tentativas de articulação dos serviços com base territorial, essas não foram implementadas.

Também se auto-reforçaram os conceitos normativos que orientavam a ação do Estado em relação às ações de saúde pública e atenção aos indigentes. Esta atuação era distinta da assistência à saúde como responsabilidade dos indivíduos isolada ou coletivamente. Reforçavam essa última a concepção da medicina como prática liberal e a atuação dos atores e organizações internacionais, defensores do hospital moderno como central nos sistemas de saúde.

O Quadro 2 apresenta a síntese dos conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas que orientaram a ação no período entre 1930 e 1964.

Quadro 2. Conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas centrais no período

Conceitos normativos	Paradigmas cognitivos	Ideias (ações) programáticas
Cuidado em saúde como responsabilidade dos indivíduos e comunidades que dispusessem de recursos e como tarefa do Estado aos carentes	Centralização normativa da política para a área hospitalar, desconcentração territorial e delegação a particulares na implementação e manutenção da assistência à saúde e de provisão de serviços hospitalares, fragmentação das políticas e da organização do Estado pelo público-alvo, Previdência aos que podem pagar e saúde pública aos demais	Regras e normas progressivas para o funcionamento de hospitais, subvenções sistemáticas, criação das IAPs, da DOH, medicina como prática liberal
Migração do conceito de caridade e ação individual, para filantropia como atuação do Estado na organização de medidas sociais de atendimento aos carentes	Políticas estatais de subvenção e regulação das instituições de caridade com manutenção da responsabilização das elites locais pela manutenção dos Hospitais de Caridade/Beneficentes/Filantropicos	Organização de títulos, registros, fluxos para concessão das subvenções estatais, assim como de monitoramento, prestação de contas e avaliação vinculada ao efetivo atendimento aos carentes. Renomeam-se os Hospitais Privados não-lucrativos: de Hospitais de Caridade e Beneficentes para Hospitais Filantropicos
Intervenções da medicina que tem possibilidade terapêutica sobre os corpos, hospital como lugar da cura	Disciplinarização paulatina dos hospitais, incorporação de profissionais e transformação dos hospitais no equipamento de saúde capaz de responder a todas as demandas	Formulação de políticas, senso, produção de informação e formação dos atores relacionados aos hospitais Exigência de profissionais para o funcionamento, formulação de regras e normas sobre o funcionamento e controle dessas instituições
Tecnologias e insumos que qualificam o atendimento e são produtores da cura das doenças	Organização de estruturas de Estado para responderem pela organização hospitalar	Normas, regras, censo, avaliação e monitoramento dos hospitais
Na saúde pública: prioridade na prevenção das doenças, epidemias urbanas e endemias rurais, como possibilidade de extinguir as doenças	Organização de departamentos de Estado que tratam de saúde pública	Construção de unidades de saúde pública, normas centrais para a organização de instituições e a atuação, com desconcentração para os estados Restrição das atividades curativas e de clínica individual nas unidades de saúde pública, manutenção de hospitais especializados (tuberculose, lepra, psiquiátrico)

Conceitos normativos	Paradigmas cognitivos	Ideias (ações) programáticas
Profissionalização do cuidado em saúde, medicalização dos hospitais e hospitalização da medicina	Organização da formação através das universidades, regulação profissional pelo Estado, regulação do funcionamento dos hospitais	Registro profissional através de ato autorizativo para o exercício profissional como prerrogativa das corporações, Progressiva exigência de profissionais autorizados nas organizações hospitalares, construção de regras para o funcionamento dos hospitais, Distinção da área da educação e criação dos Hospitais de Ensino

Fonte: Elaboração da Autora

Este período caracterizou-se pelo início da organização de um subsistema hospitalar do setor saúde brasileiro, através da organização de estruturas do Estado que formularam e implementaram políticas específicas para essa área. Essas políticas resultaram na vinculação dos hospitais ao Estado através de: 1) compra de serviços dos hospitais pelas CAPs e IAPs, para o atendimento à assistência médica individual aos segurados da Previdência; 2) subvenções e isenções fiscais para o atendimento aos não segurados pobres; 3) expansão dos Hospitais Públicos dos IAPs, dos estados e da União, em especial os universitários; e 4) construção de normativas e regras para o funcionamento dos hospitais, organização de sistemas de informação sobre este setor e proposição de organização da rede hospitalar.

A partir dessas iniciativas, o Estado se constituiu, de forma crescente, como catalisador das pressões dos diversos setores relacionados com a área hospitalar que passaram a se organizar em entidades nacionais. Tornou-se também o decisor sobre os destinos da assistência hospitalar no Brasil. No período seguinte, esse novo subsistema se consolidou.

3 Os Hospitais e a Política de Saúde Durante a Ditadura Militar: 1964 a 1980

Ao longo do período que se estendeu de 1964 a 1980, direitos políticos e liberdades individuais foram suprimidos. Após 1968, eleições diretas eram permitidas apenas para cargos legislativos e para o executivo em algumas cidades, excluídas as capitais e aquelas cidades consideradas de segurança nacional. Os candidatos deveriam pertencer aos dois únicos partidos permitidos pelo Governo Militar. Todos os tipos de representação da sociedade em órgãos colegiados foram extintos, ou aqueles que os ocupavam eram indicados pelo Governo. Somente a partir de 1975 é que, aos poucos, os direitos civis e políticos foram sendo restabelecidos. Houve supressão da participação, dos Governos locais e da representação da sociedade, no setor saúde e nos processos decisórios das prioridades e dos programas de atuação na assistência individual à saúde.

No período pós-1964, ampliou-se a importância econômica e a ação do Estado na área de saúde e no setor hospitalar. A estrutura de financiamento da área e do subsistema hospitalar que se organizava teve como base as contribuições compulsórias da Previdência. Isto significou que, por um lado, houve centralização de recursos na Previdência Social. Por outro, diminuiu a importância relativa da área de saúde pública sob a jurisdição do MS, bem como das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, responsáveis pelas ações sanitárias em seus territórios de abrangência, uma vez que dependiam de recursos fiscais (BRAGA & PAULA, 1981; SILVA, 1983; MENICUCCI, 2007). Não apenas mantinha-se, como se acentuava a dicotomia prevenção/ação coletiva e cura/atenção individual, já em curso no período anterior (CORDEIRO, 1980; BRAGA & PAULA, 1981; MELLO, 1981; SILVA, 1983; ACIOLE, 2006).

Esse processo foi acompanhado da organização de atores que representavam os diversos interesses no subsistema hospitalar em formação, particularmente no setor empresarial. A Federação Brasileira de Hospitais foi criada em 1964, e a Associação Nacional de Medicina de Grupo (Abrange), fundada em 1966. Esses eram aliados à AMB, existente desde 1951, e à uma tecnoburocracia estatal centralizadora, que dirigia a Previdência Social e defendia

a delegação da prestação de serviços ao setor privado – o modelo ‘médico assistencial privatista com gerência estatal’. Eram atores que constituíam uma comunidade da política que definia, praticamente sozinha, as políticas do setor até o final da década de 1970 (LUZ, 1978; MELLO, 1978; CORDEIRO, 1980; NICZ, 1982; SILVA, 1983; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; ACIOLE, 2006).

A centralização decisória na Previdência Social e a estruturação do modelo médico assistencial privatista não estiveram livres de críticas e resistência de atores da sociedade civil e do Estado. Esses, alijados dos processos decisórios, defendiam maior controle e ação estatal sobre o sistema de saúde e acesso universal aos serviços. Eles questionavam o modelo hospitalocêntrico de atenção (LUZ, 1978; CORDEIRO, 1980; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Neste capítulo, serão apresentados, em uma primeira seção, as principais características da política de saúde, em especial da assistência individual, bem como as origens do Movimento de Reforma Sanitária. Na segunda seção, serão abordadas as políticas e a organização específicas do setor hospitalar, bem como os atores e as ideias que tiveram influência no período analisado.

3.1. A política de saúde na Ditadura Militar: a predominância do financiamento previdenciário da assistência à saúde oferecida por prestadores privados

Em 1966, houve a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) e das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), o que deu origem ao INPS. A Previdência Social organizou-se de forma uniforme e centralizada, ao mesmo tempo em que desconcentrou sua estrutura funcional por seus departamentos localizados nos estados. Expressão da predominância da área previdenciária no setor saúde foi a proporção da participação dos recursos financeiros provenientes das contribuições sociais nos gastos totais com saúde. O INPS representava 32,9% desses, em 1963. Em 1977, ampliou sua participação para 74,2%. A partir de 1974, houve também a inclusão do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), que foi da ordem de 6,8% dos gastos, em 1977. Desta forma, a Previdência teve 81% dos recursos da saúde do país neste ano. O MS respondia por 28,2% em 1963, e reduziu para 11,3% em 1977. Os estados

participavam com 38,9% em 1963, e 7,7% em 1977, ou seja, o setor saúde contribui com 19% dos gastos totais (POSSAS, 1989).

O MS e os órgãos dos estados e municípios responsáveis pela área de saúde desenvolviam quase que exclusivamente atividades de prevenção e promoção, com dedicação a atividades sanitárias, tais como campanhas de prevenção e ações de atendimento materno-infantil, desarticulados da atenção médico-hospitalar (SILVA, 1983). Os estados e municípios mantiveram-se encarregados por alguns dos hospitais da área de urgência e emergência. Conveniados à Previdência Social, recebiam subsídios fixos mensais para os atendimentos ambulatoriais, encaminhando os contribuintes da Previdência. Após o atendimento, eram encaminhados para os hospitais contratados ou conveniados¹⁸ (MELLO, 1981).

Paralelamente, a Previdência Social estava ampliando sua cobertura, por meio de iniciativas como o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Prorural), instituído em 1971, que gerou o Funrural. Esse viabilizou a extensão da assistência médica aos trabalhadores rurais a partir de 1972. Outra medida no mesmo sentido foi a inclusão dos trabalhadores domésticos e dos autônomos na Previdência Social, em 1972 e 1973 respectivamente. Esses novos segurados tinham acesso a serviços de saúde financiados com recursos da Previdência Social. A expansão da oferta de serviços de saúde dava-se principalmente através da compra de serviços do setor privado (BRAGA & PAULA, 1981; SILVA, 1983; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), formado pelos seguintes órgãos: INPS, responsável pela concessão de benefícios previdenciários; Inamps, que dirigia a prestação de assistência médica individual aos segurados; Fundação Legião Brasileira de Assistência, que atuava na assistência social à população carente; Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, que se responsabilizava pela assistência social das crianças e dos adolescentes carentes; Dataprev, que era a empresa de processamento de dados da Previdência Social; Central de Medicamentos; e Instituto de Administração

¹⁸ Hospitais contratados eram aqueles da rede privada remunerados pela quantidade e natureza da assistência prestada. Convênios eram estabelecidos com os serviços do Governo Federal, Estaduais e Municipais, ou seja, hospitais governamentais (MELLO, 1981).

Financeira da Previdência e Assistência Social, que coordenava toda a atividade financeira da Previdência (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986).

A Lei nº 6229 de 17 de julho de 1975, que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, atribuiu ao MS a coordenação desse setor (BRASIL, 1975). Esta Lei definiu as áreas de competência dos órgãos governamentais e propôs a regionalização da atenção à saúde. Tratou-se de uma tentativa de responder à crítica da dispersão e indefinição de competências das entidades privadas e públicas do setor saúde. Isso, contudo, não se configurou como uma possibilidade concreta de mudança, visto que a sua implementação necessitaria equacionar, no âmbito político, a liberdade de ação do setor privado e da burocracia previdenciária com complexos interesses em jogo (LUZ, 1978; CORDEIRO, 1980; NICZ, 1982; MELLO, 1983; SILVA, 1983).

Na prática, portanto, manteve-se a preponderância da Previdência Social e do Inamps, que consolidava a sua hegemonia no setor saúde, com ampliação dos gastos em hospitalizações e com o crescimento do setor médico-empresarial. O Plano de Pronta Ação (PPA), de 1974, universalizou o atendimento de urgência, na medida em que este atendimento – seja na rede própria, contratada ou conveniada – deixou de ser exclusivo aos contribuintes da Previdência (MELLO, 1981). O PPA ampliou a cobertura através de credenciamentos e contratos com o setor privado, o que acarretou um aumento de 4,1 milhões de internações hospitalares da rede contratada, em 1974, para 8,4 milhões, em 1980 (LUZ, 1978; MELLO, 1978; CORDEIRO, 1980; NICZ, 1982; MELLO, 1983; SILVA, 1983; MPAS, 1986).

Em 1977, surgiram dispositivos de contenção de gastos no MPAS como efeito da crise financeira da Previdência, da insuficiência de recursos para pagar a rede privada contratada e da necessidade de ampliar a assistência. As medidas de contenção de gastos foram: criação do Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares, que qualificava os mecanismos de controle sobre os prestadores contratados; estabelecimento de metas; aumento do rigor para credenciamento de novos serviços com a ampliação do setor conveniado; e participação da Previdência em programas de interiorização e de Medicina Comunitária (SILVA, 1983).

Uma estratégia que incorporava as propostas de extensão de cobertura e a articulação interinstitucional foi o Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) do Nordeste, criado em 1976. O Programa propunha a organização da atenção primária à saúde no Nordeste rural brasileiro. O Grupo Executivo Interministerial, que coordenava as ações do Piass, reunia o MS, o Ministério da Educação e o MPAS. O último, a partir de 1978, passou a financiar outros projetos dessa natureza. A área de assistência médico-previdenciária passou a atuar também sobre a atenção básica, visto que contava com a maior parte dos recursos da atenção à saúde (SILVA, 1983; FELIPE, 1987).

O questionamento explícito do segmento médico-empresarial e da política de saúde implementada pelo INPS/Inamps tornou-se possível a partir da segunda metade de década de 1970, na medida em que o contexto político possibilitou a inclusão de atores até então marginalizados. No plano internacional, foi realizada a Conferência Mundial em Alma Ata, em 1978, que defendia a saúde para todos nos anos 2000. Tinha como orientação a oferta de Atenção Primária em Saúde, através de ações de saúde desenvolvidas prioritariamente nos postos e nas unidades básicas de saúde. Essa proposta foi, posteriormente, assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (MELLO, 1978).

Durante os anos 1970, no Brasil, foram criadas organizações que se articularam em torno das ideias de mudanças nas políticas de saúde. Esse foi o caso do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976, e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), criada em 1979. Com o crescimento do assalariamento dos profissionais médicos, o processo de democratização e o aumento do número de médicos – devido à expansão das faculdades –, os Sindicatos e o Movimento de Renovação Médica passaram a ter papel de destaque nos debates da área da saúde, aliando-se, a partir de 1975, à crítica ao modelo vigente. Com a abertura democrática, esses atores integraram o chamado Movimento da Reforma Sanitária no Brasil e reproduziram as ideias internacionais sobre a mudança do modelo de atenção (MELLO, 1983; SILVA, 1983; NETO, 2003; GERSCHMAN, 2004; ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Os atores do Movimento da Reforma Sanitária tinham como conceito normativo a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a mercantilização da saúde.

Defendiam um conceito ampliado de saúde, e consideravam saúde como direito social, dever do Estado, a ser construído com participação social, principalmente dos beneficiários das políticas. Esse posicionamento influenciou as estratégias de atuação que os integrantes do movimento apresentavam nos espaços de Governo, como gestores de saúde e da Previdência, ou componentes da burocracia estatal.

A minha cidade tinha a proposta de fazer quatro ou cinco unidades de saúde e seis hospitais, um em cada região. Era um modelo hospitalocêntrico, feito pelas maiores autoridades de São Paulo. Quando nós pegamos a secretaria em 78, final de 78, era exatamente para cortar esse sistema e fazer um outro sistema que fosse voltado para as comunidades (Entrevistado 14).

Desta forma, surgiram novas ideias e experiências de condução do setor saúde, com base em outros paradigmas cognitivos – entre eles o da descentralização – e novas ideias programáticas que sinalizavam para a crise do modelo médico-hegemônico. Ações baseadas nessas ideias foram implementadas em muitos municípios administrados pelo partido de oposição, o Movimento Democrático Brasileiro, e defendidas por profissionais com propostas reformistas, que ocuparam posições na burocracia e na direção de Secretarias Municipais e Estaduais, nos Ministérios e nas universidades.

Estas experiências colocaram ideias em práticas, articularam atores do Movimento Sanitário defensores das mudanças no sistema de saúde, formaram quadros técnicos que defendiam propostas e práticas alternativas às vigentes e contribuíram para a construção de proposições de mudança na política de saúde em curso (FELIPE, 1987). Foram assim formuladas e implantadas propostas de política que se constituíram de baixo para cima e que influenciaram a ação institucional do MS, Inamps e o Movimento da Reforma Sanitária na década de 80 do século XX.

3.2. A expansão do setor hospitalar privado lucrativo durante a Ditadura Militar: efeitos das políticas públicas

Com a instalação da Ditadura Militar, em 1964, e a unificação dos IAPs no INPS, em 1966, a relação entre os atores estatais e atores organizacionais dos

hospitais tornou-se mais estreita. Entre esses atores, predominava a concepção assistencial privatista. Para os dirigentes da área de saúde da Previdência Social, a ideia preponderante era responder aos interesses das organizações hospitalares privadas, naquele momento aquelas que visavam ao lucro e não mais as sem fins lucrativos, como no período anterior.

Tratou-se de uma mudança que favoreceu a posição dos atores societários de mercado – em termos de capacidade de influenciar a decisão sobre as políticas, de modo a favorecê-los – no subsistema hospitalar que se consolidava. O Estado incentivava o crescimento das organizações privadas através das medidas do sistema previdenciário, tais como o sucateamento de sua rede própria de serviços e a compra do setor privado (CORDEIRO, 1980; SILVA, 1983; LUZ, 1986; FELIPE, 1987).

As orientações normativas induziam que a atenção à saúde estivesse centrada no hospital. Os estudos e as propostas para a área da saúde afirmavam e reafirmavam a ideia de que faltavam hospitais. Argumentava-se que havia muitos municípios ainda sem hospitais, e que o número de leitos era insuficiente. Propunham-se planos e projetos, formulados principalmente pela Federação Brasileira de Hospitais, de expansão em número de instituições e em número de leitos (SOUZA, 1976). A não ampliação de serviços em volumes importantes nos primeiros anos da Ditadura e o crescimento demográfico intenso eram considerados como fatores que acarretariam um caos na saúde do país. As propostas de regionalização do sistema que defendiam, referiam-se única e exclusivamente aos hospitais: defendiam a organização de um sistema de hospitais rurais, hospitais de distrito e hospitais regionais (SOUZA, 1976).

Foram principalmente esses atores – representantes dos Hospitais Privados com fins lucrativos – que tensionaram o Estado para tomar medidas e financiar a expansão destas unidades. Dirigentes da área de saúde federal, especialmente da Previdência Social, compartilhavam desta visão e eram permeáveis às pressões que os representantes das organizações hospitalares exerciam sobre eles para implementá-las.

Em resposta a tais pressões, o Conselho de Desenvolvimento Social, em 1974, criou o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), para o financiamento de investimentos da área social. O Fundo, administrado pela Caixa

Econômica Federal, até 1978 tinha financiado 31.423 novos leitos hospitalares, sendo que 75% dos recursos totais do FAS foram utilizados para esse fim. O principal destino desses recursos foi a ampliação da rede hospitalar privada, que usufruiu de 74% dos recursos para a construção e ampliação dos leitos (MELLO, 1981).

No setor público, a área hospitalar restringiu-se aos hospitais especializados em psiquiatria, tuberculose e hanseníase, sob a gestão dos estados, alguns poucos hospitais especializados e gerais federais – principalmente os que antes eram dos IAPs e das universidades – e gerais e de urgências municipais, além da rede da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (Fundação Sesp). A atenção hospitalar para os indigentes ocorria nos Hospitais Municipais, Estaduais e na rede hospitalar filantrópica, em consonância com a noção que advinha do período anterior de que o Estado e a comunidade deveriam se responsabilizar pela atenção àquelas pessoas que não tivessem recursos. Os que podiam pagar pelos serviços e os segurados da Previdência Social eram atendidos na rede contratada (SOUZA, 2003).

O paradigma cognitivo, que orientou os atores que ocupavam as posições superiores no subsistema hospitalar que se formava, incorporava a concepção de que o mercado deveria ser o principal responsável pela oferta de serviços. Nesse sentido, houve mudanças em relação ao período anterior, tanto do ponto de vista do financiamento, quanto da provisão dos serviços. Até então, havia um padrão limitado e díspare de financiamento da assistência hospitalar a segurados da Previdência Social de diferentes categorias profissionais, abrangendo uma parcela relativamente pequena da população. Agora, havia o financiamento de uma oferta de serviços uniforme à maioria da população brasileira – trabalhadores urbanos com carteira assinada e trabalhadores rurais – que era incorporada à Previdência Social. A provisão de serviços hospitalares, que antes era majoritariamente oferecida por provedores filantrópicos, teve crescimento importante do setor privado lucrativo neste período (GUIMARÃES, 1982; POSSAS, 1989).

Na reestruturação do papel do Estado no subsistema hospitalar, o conceito normativo separou a saúde pública da atenção individual. Alterações na estrutura do MS consolidaram a área de vigilância sanitária como reguladora da atenção à

saúde, inclusive hospitalar, estabelecendo as regras e normas para o seu funcionamento. O MS não foi mais responsável por formular e propor políticas para a área hospitalar, para o dimensionamento e a organização da rede de serviços. Foi extinta a Divisão de Organização Hospitalar (DOH), que teve atuação destacada no período anterior.

A centralização institucional e financeira da assistência médica individual e da atenção hospitalar no setor previdenciário, bem como a mudança do MS que dirigia suas ações sobre os hospitais para a área de vigilância em saúde, produziram isomorfismo vertical nas estruturas de saúde dos estados e municípios. As normas formais e o financiamento induziram a homogeneização das Secretarias e dos departamentos que tratavam da questão saúde e hospital. Estas, paulatinamente, foram se assemelhando à área de saúde do executivo federal e reduzindo a sua participação na provisão de serviços hospitalares. Ao mesmo tempo, dirigiram a sua atuação para os programas de atenção básica e prevenção. Os estados e municípios que têm hospitais também reproduziam a distinção operada no nível federal, de tal forma que os setores que coordenavam a área hospitalar e os próprios hospitais tendiam a se separar das demais áreas e dirigir a sua interlocução à área de saúde da Previdência Social (BRAGA & PAULA, 1981; MELLO, 1981).

No caso dos Hospitais Públicos, dois fatores contribuíram para a homogeneização através de isomorfismo horizontal: 1) os Hospitais Privados prestigiados pela área de saúde da Previdência Social, grande financiadora da provisão de serviços hospitalar, serviram de exemplo para os demais; 2) a atuação da comunidade epistêmica do período anterior, formada por atores da USP, da representação dos hospitais, dos departamentos de Estado, em particular a burocracia da Previdência Social. Esta estava aliada aos representantes dos Hospitais Privados especificamente, e da categoria médica que produzia e difundia ideias sobre a organização hospitalar, em especial a incorporação de tecnologias, padrões da organização burocrática e médica.

Houve mudanças também na política de subvenção das instituições de saúde. O primeiro movimento foi através do Decreto-Lei nº 204 de 27 de fevereiro de 1967 que definiu novo regramento para a exploração das loterias (BRASIL, 1967b). Foi criado o Fundo Especial de Financiamento da Assistência Médica

(Fefam), para o qual foi destinado 30% da receita líquida das loterias. O Decreto nº 61012, de 14 de julho de 1967, regulamentava a aplicação, pelo MS, do Fefam (BRASIL, 1967a). A aplicação seria em instituições hospitalares e para-hospitalares, mantidas por pessoas jurídicas de direito público ou privado, ou seja, deixavam de ser exclusivas para os Hospitais Beneficentes, como era até então. Também foi previsto que esses recursos fossem direcionados para o atendimento das populações rurais e para programas de interiorização da medicina (BRASIL, 1967a).

O segundo movimento foi a extinção do Fefam através do Decreto-Lei nº 701, de 24 de julho de 1969, que criou o Fundo Nacional de Saúde (BRASIL, 1969). Desta forma, acabaram as subvenções ordinárias às instituições hospitalares filantrópicas, que mantiveram, no entanto, a isenção de impostos e de contribuições sociais.

Portanto, na década de 1970, as políticas em relação ao subsistema hospitalar não priorizavam os hospitais não-lucrativos. Os conceitos normativos que orientavam a ação daqueles que ocupavam as posições superiores no subsistema hospitalar preconizavam a expansão da assistência médica previdenciária, favorecendo o hospital-empresa, que busca lucro. Ao fazê-lo, tratavam os hospitais como vendedores de um produto, pago por uma unidade de cálculo denominada *unidade de serviço*, tendo como referência de preço uma Tabela única de tipos de unidades¹⁹. O Estado, através da Previdência Social, foi o principal comprador. Afirmava-se a organização hospitalar como prática liberal e empresarial. Esse processo influenciou os Hospitais Filantrópicos a organizarem-se de modo similar aos hospitais-empresa. Esse processo, aliás, foi iniciado no período anterior, quando essas características eram menos marcadas (BRASIL, 1965; CORDEIRO, 1980; NICZ, 1982; SILVA, 1983).

¹⁹ O Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares, então existente, caracterizava-se por estabelecer parâmetros ou gabaritos que definiam um limite máximo conforme a nosologia e o procedimento médico, com base no qual o ressarcimento da fatura de despesas, ato a ato, apresentada pelos hospitais, era comparada. Desta forma, a diferença entre o apresentado pelo hospital e os parâmetros previstos no instrumento da Guia de Internação Hospitalar (GIH) e na Tabela de Honorários Médicos para os atos profissionais, que estabeleciam os valores por Unidade de Serviço, determinavam glosas dos valores excedentes, que eram justificadas pelos hospitais e revisadas manualmente pelo INPS (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

O sistema de pagamento da Previdência Social para os hospitais – através de unidades de serviços segundo Tabela única – foram as ideias programáticas que orientaram às propostas de organização do subsistema. Uma das críticas a este formato de financiamento, realizada pelos que defendiam a provisão estatal de serviços hospitalares ou, ao menos, um maior controle do Estado sobre a provisão, se referia às implicações na formação profissional e para a rede de serviços. A precificação diferenciada de cada ato realizado no hospital pela Previdência Social induzia à realização desnecessária de internações hospitalares e de procedimentos especializados em consonância com a oferta de serviços das organizações hospitalares e não das demandas e necessidades. Ou seja, quanto mais realizassem internações e procedimentos, em especial os com melhores valores da Tabela, maiores eram os ganhos dos hospitais e dos profissionais (MELLO, 1983).

O resultado da política implementada foi o desenvolvimento da rede hospitalar privada, em especial o segmento lucrativo, concentrado nas regiões mais desenvolvidas do país, onde havia a maior proporção de trabalhadores contribuintes da Previdência Social. Houve o direcionamento das ações hospitalares para a “sofisticação” orientada pela diferenciação da remuneração, de forma que a incorporação tecnológica não se referia às necessidades em saúde e sim à possibilidade de oferecer serviços cuja remuneração fosse maior para hospital. O subsistema organizava-se com uma rede de unidades desarticulada, orientada pela maximização do lucro (SILVA, 1983).

O paradigma cognitivo que guiava a ação dos atores estatais – os dirigentes da área de saúde da Previdência Social – em aliança com os atores sociais de mercado – organizações representativas dos hospitais – para a organização do subsistema hospitalar, pressupunha ainda a centralização das decisões sobre política de saúde na Previdência Social, e a redução da importância relativa do MS. Este último restringiu sua ação às ações sanitárias e de vigilância. O orçamento do MS, que era de 4,57% do orçamento da União em 1961, foi de 0,9% em 1974. Era reconhecido o “pauperismo” do MS e a concentração de recursos alocados nos programas assistenciais da Previdência. O MS e o Ministério da Previdência eram considerados como estruturas distintas e contraditórias, que dicotomizavam as ações preventivas e curativas. Em função

dos recursos que dispunha, este último era considerado como dominante na definição das políticas de saúde (MELLO, 1981; POSSAS, 1989; NICZ, 1982).

O modelo de financiamento por contrato e pagamento por unidade de serviço foi estendido para os Hospitais Universitários (LUZ, 1986; NICZ, 1982; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986). A ABEM e o Ministério da Educação exerceram grande influência na definição do tipo de relação que a Previdência Social passou a ter com os Hospitais de Ensino e Universitários. Apesar de ser o responsável legal pela manutenção financeira das instituições federais, o Ministério da Educação reivindicava a participação da Previdência Social no custeio dos Hospitais Universitários. Como resposta, o Governo Federal, em 1974, aprovou o Convênio Ministério da Educação/MPAS, que regulava as relações entre hospitais do Ministério da Educação e a Previdência Social.

O convênio favorecia esse tipo de hospital público. Os Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino seriam priorizados quando do contrato e convênios de prestação de serviços com a Previdência Social, pois eles não seriam iguais aos firmados com as instituições privadas. Previa, ao invés de pagamento por serviço, a existência de um subsídio mensal variável em relação à produção ambulatorial e de altas hospitalares. Esse instrumento foi denominado convênio-padrão e substituiu o pagamento por unidade de serviço (MELLO, 1983). A presença de um ator estatal do executivo federal, o Ministério da Educação, na disputa por recursos da Previdência, surtiu efeito em fazer uma inflexão na política que, até então, favorecia principalmente os Hospitais Privados.

Este formato de convênio, no entanto, enfrentava dupla resistência. Dos próprios Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino, que temiam pela perda de autonomia, e da Previdência Social, que não atualizava os valores do subsídio, ao passo que atualizava os valores pagos por unidades de serviço. Por isso, muitos hospitais optavam pela não assinatura dos convênios e pela manutenção dos contratos de pagamento por unidade de serviço. Para os professores desses hospitais, esse tipo de convênio também não era interessante. Com o pagamento por unidade de serviço, recebiam como docentes pelas universidades, e por serviços prestados pela Previdência Social. A correção dos valores do convênio foi realizada apenas em 1981, extinguindo a motivação para a não assinatura dos convênios por partes desses hospitais (MELLO, 1983).

Na segunda metade da década de 1970, as formas de relacionamento da Previdência Social com os prestadores de serviços hospitalares no subsistema eram múltiplas. Havia os contratos com o setor privado, através do pagamento por unidade de serviço, direto aos hospitais e aos profissionais, o que contemplava as demandas da Federação Brasileira de Hospitais e da AMB. Era possível comprar serviços dos sindicatos rurais que passaram a ser entidades assistenciais. Existiam os convênios com Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino. O sistema previdenciário mantinha as subvenções aos seus próprios hospitais, além de celebrar convênios com estados e municípios para atendimento de urgência e emergência com subsídio fixo mensal (MELLO, 1981; SILVA, 1983).

Nesse período, a corporação médica teve na AMB seu principal representante junto aos decisores governamentais (CORDEIRO, 1980; NICZ, 1982; MELLO, 1983). A Associação apresentava como principal bandeira o exercício liberal da prática médica, ou seja, o direito do paciente escolher seu médico. Esta defesa estava aliada ao argumento que sustentava o pagamento por unidade de serviço, no qual os profissionais eram remunerados pelos procedimentos que realizavam (MELLO, 1983).

Os hospitais dos antigos IAPs foram inicialmente incorporados ao novo sistema previdenciários. A configuração da rede de Hospitais Públicos da Previdência Social permaneceu estável no período, com poucas iniciativas de construções de hospitais e ampliação de sua atuação, limitadas pela priorização dada à expansão do setor privado (MELLO, 1983; SILVA, 1983; FELIPE, 1987; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; PESSOA, 2005). Esses hospitais eram financiados integralmente através de orçamento da Previdência. O argumento apresentado, contrário a sua expansão, é que os custos de sua operação eram maiores do que a iniciativa privada, e que havia capacidade ociosa nos mesmos (MELLO, 1983).

A crise financeira da Previdência brasileira tornou-se uma questão a partir da segunda metade da década de 1970. Foi consequência de fatores relacionados às despesas e às receitas do sistema previdenciário. No primeiro caso, destacava-se o crescimento expressivo da assistência médica com a expansão da população segurada, o custo crescente do cuidado médico, devido à incorporação tecnológica, e o superfaturamento da prestação de serviços por

parte do setor privado. No segundo caso, referia-se ao processo de recessão econômica do país, que teve como resultado a queda no poder aquisitivo dos salários. Aliado às fraudes nos recolhimentos dos encargos sociais e inflação crescente, isso redundou em diminuição das receitas da Previdência Social (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; POSSAS, 1989).

No contexto de crise da Previdência Social, e em resposta às medidas adotadas para contenção de gastos, a Federação Brasileira de Hospitais constituiu-se como a porta-voz dos grupos contrários a mudanças. Em 1978, acusava publicamente o MPAS pela diminuição de recursos para a prestação de serviços hospitalares. Argumentava que era um artifício para aumentar, o que consideravam uma intervenção estatal indevida sobre o setor privado prestador de serviços. Sistemáticamente, afirmavam que Hospitais Públicos tinham um custo maior para o Estado, se comparados aos Hospitais Privados. A Federação explicitava suas posições e buscava constituir apoio político e social para as suas propostas (MELLO, 1981).

Nesse contexto de crise financeira da Previdência, um novo sistema nacional de controle e pagamentos de contas hospitalares foi formulado em 1979 (MELLO, 1981). Uma comissão foi formada pelo Governo Federal com a tarefa de apresentar uma proposta de novo sistema. Ela era formada por técnicos do Inamps, Dataprev, Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas), Federação Brasileira de Hospitais, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho do Sindicato dos Hospitais e Federação das Misericórdias de São Paulo (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

Dentre as diretrizes e os objetivos que orientaram a proposta elaborada, destacava-se a presença de ideias e interesses dos diferentes atores envolvidos, mas, em especial, percebia-se a interferência dos prestadores hospitalares e médicos. Os pressupostos que embasavam o novo sistema a ser constituído eram os seguintes (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993; DUBEUX & CARVALHO, 2009): 1) os prestadores agiriam corretamente, cabendo ao sistema identificar e corrigir distorções, definindo responsabilidades do Inamps e dos prestadores na assistência médica; 2) as entidades representativas da categoria médica e dos hospitais participariam do planejamento, da avaliação e implementação do novo sistema; 3) seriam eliminadas as restrições à utilização da capacidade instalada

existente, incorporando todos os serviços e os médicos sem credenciamento prévio, desde que esses desejassem; 4) seriam eliminadas as barreiras de escolha dos médicos e hospitais pelos pacientes; 5) seriam adotados mecanismos de reajustes dos valores e de eliminação de glosas; 6) seriam desvinculados os pagamentos dos hospitais e dos honorários médicos; 7) haveria garantia de que os serviços prestados e autorizados teriam que ter pagamento no prazo contratado; 8) seriam instituídos mecanismos de valorização do desempenho hospitalar; e 9) seriam previstos os gastos da assistência médica hospitalar, ao agilizar os mecanismos de controle, instituírem-se auditorias e avaliação.

A comissão apresentou, em 1980, uma Tabela de Procedimentos, cujos valores foram definidos pelo MPAS, com um formulário padrão, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs). A Classificação de Procedimentos da OMS foi utilizada para definir os tipos de procedimentos que constaram da Tabela. O cálculo dos valores financeiros por procedimento, divididos em serviços profissionais, serviços hospitalares e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, teve como base as contas apresentadas pelos hospitais, em um período de seis meses. Criou-se, assim, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que foi colocado em teste em Curitiba, em 1981; no Paraná, em 1982; e adotado nacionalmente a partir de 1983 (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993; DUBEUX & CARVALHO, 2009).

A proposta foi amplamente debatida com os representantes dos prestadores de serviços e das especialidades médicas, e incorporou em grande medida as principais questões por eles apresentadas. A influência dos prestadores de serviços se expressou também na aceitação, que ocorreu mais tarde, pela Previdência Social, de sua demanda pela separação dos valores pagos pelos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico dos pagamentos por procedimentos hospitalares em geral (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

Quando implantou esse sistema de remuneração [...], na época, a Federação Brasileira de Hospitais acompanhou a formulação do projeto. Tinha mais abertura, tinha uma abertura boa para a gente poder negociar. Participava o prestador, participava das negociações, participava das discussões, trazia proposições e mudando, às vezes, era ouvido. Então, a gente tinha, durante todo esse tempo, desde a unificação do INPS e, posteriormente, com o

Inamps, uma maneira de relacionar e expor e de fazer com que houvesse os hospitais que trabalhavam para a Previdência Social, que sobrevivessem e pudessem fazer um bom serviço. Essa foi uma época que ninguém tem queixas (Entrevistado 2).

O novo sistema nacional de controle e pagamento de contas hospitalares representou a vitória daqueles que defendiam que os problemas da prestação de assistência médica decorriam da insuficiência de recursos para financiá-los. Porém, ao mesmo tempo, representou o aumento da capacidade estatal de controlar e avaliar as ações desenvolvidas pelas instituições hospitalares e pelos médicos.

O Movimento Sanitário criticou o novo sistema de pagamento por procedimento. Segundo esses reformistas, ele induzia à realização de procedimentos desnecessários, favorecia que os prestadores optassem por procedimentos melhor remunerados na Tabela, além de não permitir a racionalização da oferta de serviços. Isso porque aqueles prestadores com maior capacidade de oferta, localizados nas maiores cidades e nas regiões mais ricas do país, tenderiam a continuar sendo os principais beneficiados. O Movimento propunha a expansão dos convênios com Hospitais Públicos, em primeiro lugar, e com Hospitais Filantrópicos não-lucrativos, em segundo lugar. O modelo seria o convênio-padrão MEC/MPAS, já utilizado com Hospitais Universitários, que se baseava em subsídio fixo por alta hospitalar e para o atendimento ambulatorial (MELLO, 1981).

As vantagens desta metodologia de financiamento seriam: evitar a sofisticação desnecessária e a superespecialização no cuidado médico, que eram induzidos pela diferenciação da remuneração da Tabela de Procedimentos; evitar conflitos, na medida em que algumas especialidades eram mais bem remuneradas do que outras; valorizar o atendimento ambulatorial, diminuindo as internações desnecessárias; e simplificar os processos administrativos envolvidos (MELLO, 1981).

Ao longo dos anos 1970, em que pese a relativa autonomia dos hospitais, o Estado tornou-se não apenas o principal ator no subsistema hospitalar que se constituiu, como foi o responsável pelo caráter privatista que este subsistema assumiu. Atores estatais em aliança com representantes de hospitais estruturaram um modelo de organização na área da saúde que privilegiava a

assistência em detrimento da saúde pública e cujos protagonistas eram, como financiador, o sistema previdenciário e, como provedor, o setor privado. Porém, os gastos crescentes, o fim do milagre econômico, a crise fiscal do Estado brasileiro e as pressões do Movimento Sanitário fizeram com que, ao fim do período, se buscasse uma alternativa – o novo sistema nacional de controle e pagamentos de contas hospitalares – que, ao menos, racionalizasse o padrão de relacionamento financeiro entre Previdência Social e prestadores privados e públicos de serviços hospitalares.

A configuração do subsistema estruturado na década era a seguinte: 1) órgãos estatais da Previdência Social, e a criação do Inamps, em 1974; 2) dirigentes de saúde estaduais e municipais; 3) principais entidades representativas dos atores de mercado, a Federação Brasileira de Hospitais e a Abrange; 4) principal entidade representativa dos médicos, a AMB; 5) principal entidade de representação do ensino médico, a ABEM; 6) entidades organizadas do Movimento da Reforma Sanitária, o Cebes e a Abrasco; 7) instituições hospitalares privadas lucrativas, mantidas com o pagamento pelos serviços prestados e pela Previdência; 8) Hospitais de Ensino ligados às universidades estaduais e federais subvencionadas pelo Estado, que ofereciam serviços financiados pela Previdência Social; 9) hospitais próprios do Inamps, que incorporou os hospitais dos IAPs; 10) instituições de caridade, em especial as Santas Casas de Misericórdia, sob responsabilidade das comunidades locais para o atendimento aos indigentes, mas também direcionadas para a assistência aos contribuintes da Previdência Social; 11) instituições hospitalares para clientela específica, para o atendimento dos associados que contribuíam para a sua manutenção, e ofereciam serviços para a Previdência Social; 12) Hospitais Estaduais e municipais, que contavam com recursos da Previdência Social para a assistência de urgência e emergência; 13) Hospitais Federais do MS, em especial os de isolamento para as doenças infecciosas e psiquiátricas, e da Fundação Sesp, atendendo aos indigentes e segurados da Previdência; e 14) hospitais militares, estatais.

A configuração dos atores, neste momento, era de predominância dos atores estatais, particularmente da Previdência Social, em aliança com atores societários de mercado. O tema hospital era pouco abordado no MS. A Previdência

Social e o Ministério da Educação atuavam em conjunto para buscar a sustentabilidade dos Hospitais de Ensino das universidades. A crescente importância da Previdência Social, que aumentara significativamente sua cobertura, redundou na diminuição relativa da capacidade dos gestores de saúde estaduais de promoverem políticas hospitalares próprias. Dirigentes municipais e estaduais começavam a aumentar a sua capacidade de influir sobre as políticas de saúde, graças à democratização política em curso. Porém, não direcionavam sua atuação para o debate sobre a organização hospitalar em si; apenas referendavam a crítica ao modelo hospitalocêntrico.

Os atores sociais de mercado foram decisivos na interlocução com o Estado, para a formulação e implementação das políticas do setor hospitalar, que, de fato, lhes favoreceram. A articulação do CMI com o setor hospitalar e os atores estatais garantiu a expansão do crescimento do consumo de tecnologias e insumos. Isso ocorreu, não mais através de regras sobre o funcionamento dos hospitais, como no período anterior, mas através das políticas de financiamento e de investimento, que redundaram no crescimento tanto do número de hospitais e de leitos oferecidos, como do padrão de incorporação tecnológica, graças a Tabelas de pagamento que favoreciam os procedimentos que faziam uso de maior tecnologia.

Os atores sociais que representavam a categoria médica atuaram no regramento profissional, promovendo a especialização e tecnificação da medicina. Estimularam, portanto, a inserção de tecnologias e da organização da atenção individual através dos hospitais. Também propunham e defendiam o modelo de financiamento por unidade de serviço, alinhado à concepção hegemônica da medicina liberal.

Mais do que as regras formais, a indução pelo financiamento e pela autoridade conferida pela Ditadura ao executivo federal consolidou a mudança no setor. Completou o isomorfismo institucional dos hospitais e constituiu o subsistema hospitalar. As instituições hospitalares que apresentavam resistência – tais como o setor filantrópico – e as burocracias dos hospitais que pertenciam à Previdência Social, da área de saúde pública, educação e trabalhadores de saúde, foram “acomodados” com atendimento de demandas específicas, mas não puderam ampliar sua capacidade de influenciar as políticas.

O Quadro 3 apresenta os conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas identificadas no período.

Quadro 3. Conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas centrais no período

Conceitos normativos	Paradigmas cognitivos	ideias programáticas
Cuidado individual em saúde como responsabilidade do Estado, através da contribuição dos indivíduos e provisão de serviços pelo mercado	Centralização normativa da política na área da Previdência. Consolida institucionalmente a fragmentação das políticas hospitalares da organização do Estado através da distinção – Previdência atenção individual e saúde pública no setor saúde. Provisão de serviços pela iniciativa privada com gerência estatal	Compra de serviços dos provedores por procedimentos preferencialmente privados lucrativos conforme Tabela definida pelo Estado Medicina e serviços de saúde como prática liberal e de mercado
Progressiva expansão da assistência através da Previdência Social Manutenção dos carentes através da ação comunitária	Políticas estatais de subvenção e manutenção da assistência a saúde	Organização de sistemas de pagamento e de informação da prestação de saúde por procedimentos
A cura é atributo da intervenção e realização de procedimentos da medicina em hospitais	Organização do sistema de saúde tendo como centro os hospitais que orientam a regionalização funcional do sistema	Expansão dos hospitais, monitoramento, censo e propostas de expansão dos serviços hospitalares Financiamento de investimento e custeio Construção de hospitais rurais, distritais e regionais
Tecnologias e insumos orientam a organização da medicina e dos hospitais	Diferenciação dos procedimentos Especialização progressiva da medicina com base na tecnologia e em insumos	Organização de regimentos para o exercício das especialidades médicas Distinção na Tabela dos preços dos procedimentos
Saúde como resultado da atuação no meio, ações básicas, medicina comunitária e prevenção como possibilidade de atenção com custos menores	Consolidação do setor saúde na atenção em vigilância e prevenção Incorporação de programas de saúde comunitária na Previdência	Organização de propostas de ações coletivas e atenção primária nos municípios e áreas carentes de recursos e tecnologias em saúde
Crise da Previdência é resultado da falta de controle e dispositivos de eficiência do sistema	Aumento dos dispositivos de controle sobre a prestação de serviços	Informatização, produção de novos sistemas de pagamentos, controle e auditoria
Crise da Previdência é resultado do modelo político, econômico, administrativo e de atenção adotados	Reorganização do setor saúde, integração, descentralização, priorização do público, mudança no formato de financiamento e da atenção primária	Normatização para integração do setor, programas de atenção primária, financiamento para Hospitais Públicos e filantrópicos através de convênio e cogestão

Fonte: Elaboração da Autora

O final do período ditatorial caracterizou-se pela predominância dos Hospitais Privados na prestação de atenção médica com aumento dos custos da assistência, o que acarretou o agravamento da crise da Previdência Social que chegou ao seu ápice no início da década de 1980. As Reformas até então implementadas não respondiam à contradição de universalizar a atenção sem aumento de recursos e sem controle da prestação de serviços privados. Assim, começou a entrar em pauta a crise do modelo de atenção vigente (MELLO, 1981; OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; NETO, 2003). Houve também sucessivas denúncias de corrupção nos hospitais: superfaturamento e internações desnecessárias eram constantemente referidos na mídia e pelos órgãos de Governo (MELLO, 1978, 1983; NICS, 1982; GERSCHMAN & SANTOS, 2006; CAMPOS, 2007). Foi neste contexto que ideias de Reforma se ampliaram e passaram a ser implementadas, como será apresentado no próximo capítulo.

Foi na década de 1970 que houve a organização de atores sociais, conhecido como Movimento da Reforma Sanitária, ou Movimento Sanitário. Ele articulava atores das universidades, atores estatais, dirigentes e burocracias da área de saúde dos municípios, estados federais, críticos ao sistema de saúde vigente. Constituíam-se como uma comunidade de política influente para a Reforma que teve início na década seguinte.

4 A Reforma Sanitária: Mudanças no Sistema de Saúde Brasileiro – 1980 a 1989

A saúde como direito fundamental, a construção dos estados de Bem-Estar Social, a partir dos anos 40 do século XX, aliadas à incorporação crescente de tecnologia, principalmente nos países desenvolvidos, legitimou demandas por melhor qualidade de vida e saúde humanas. Nesse contexto, ampliou-se também a legitimidade dos hospitais e de seus principais atores – os médicos. Ao mesmo tempo, aumentavam significativamente os gastos dos países com o setor saúde.

Propostas de mudanças nas práticas em saúde e no hospital foram resultado da disputa dos atores no campo da saúde, em um contexto em que este adquiriu uma importância significativa do ponto de vista da economia dos países e do mundo. Segundo Piola e Viana (1995), em 1990, a saúde mundial gastou cerca de 1,7 trilhões de dólares, ou 8 % da renda mundial²⁰. O contexto da crise fiscal do Estado, do Estado de Bem-Estar Social em especial, a partir dos anos 1970, aliado aos custos crescentes do setor, apontava para a necessidade de alternativas a esta problemática.

A Reforma de saúde implantada a partir do início da década de 1980 no Brasil teve como base o embate entre ideias e interesses divergentes. Inscreveu-se no contexto da crise da Previdência Social, de mudanças políticas e econômicas no país nos fins da década de 1970 e início da década de 1980. Com a abertura democrática, houve a entrada em cena de outros atores e a proliferação de propostas de atenção à saúde. Configurou-se, assim, a situação propícia para mudanças no setor saúde no país. Foram transformações que resultaram no processo de Reforma proposto pelo Movimento Sanitário, orientadas pelo conceito normativo da unidade do sistema de saúde, que se traduziu na unificação dos dois subsistemas, da saúde pública e da assistência médica na Constituição de 1988, conforme será apresentado a seguir.

²⁰ Ao abordarem a estrutura e dinâmica do setor saúde, Braga e Silva (2001) salientam que as ações de saúde, nas sociedades capitalistas, tanto podem ser providas como uma mercadoria, caso dos EUA, como através de serviços públicos com financiamento advindo de tributação, caso do Canadá e da maioria dos países europeus. Os agentes envolvidos no campo da saúde, em ambos os casos, vivenciam o processo de questionamento dos custos crescentes do setor.

4.1. A crise da Previdência e as iniciativas de mudanças no sistema de saúde: estados e municípios ampliam a atuação no setor saúde

No início dos anos 1980, surgiram propostas de alteração da política de saúde vigente até então. Dentre estas, destacava-se o Prev-Saúde, que foi formulado nos anos 1980 e 1981, a partir de um grupo interinstitucional que reuniu representantes do MPAS, MS, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Secretarias Estaduais de Saúde e OPAS. Este plano previa novos paradigmas cognitivos, que preconizavam o investimento na atenção primária e organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. As pressões contrárias à implementação de mudanças no sistema de saúde foram oriundas da Abrange, da Federação Brasileira de Hospitais, da AMB, do Inamps e de grupos, cujos interesses políticos clientelistas se beneficiavam com a regra de credenciamento de profissionais e serviços de saúde, tais como existiam (SILVA, 1983; NETO, 2003; CAMPOS, 2007; MENICUCCI, 2007; PAIM, 2008).

O Prev-saúde não foi implementado. Deste plano, restou a Comissão Interinstitucional de Planejamento (Ciplam), que se caracterizava como um fórum de articulação intrassetorial, através do qual se definiram normas para a relação entre o MS, a Previdência e o Ministério da Educação (FELIPE, 1987; MERCADANTE, 2002).

Outra iniciativa para propor mudanças no sistema de saúde foi a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Este era composto por atores sociais que representavam diferentes conceitos normativos de como deveria se organizar o sistema de saúde, quais sejam: 1) Conservador/privatista, que propunha a manutenção do modelo com ampliação dos recursos e qualificação do controle dos gastos; 2) Modernizante/privatista, que defendia a medicina de grupo, com financiamento dos usuários que pudessem pagar e responsabilidade do setor público aos demais; e 3) Estatizante, com concepção da responsabilidade pública na execução dos serviços e das ações de saúde. Esses últimos eram majoritários no conselho orientados pelos conceitos normativos de combate ao mercantilismo e à atuação privada na execução de ações e serviços, defendiam o controle do setor privado e reforço do setor público (NETO, 2003).

Este grupo de trabalho propôs o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano Conasp. Aprovado em 1982, traduzia os conceitos normativos em paradigmas cognitivos de organização institucional. Foram proposições deste plano: a eficiência técnica de programas específicos, em especial a saúde mental, odontológica e procedimentos de alto custo; a racionalização da rede assistencial própria e ambulatorial privada; a alteração dos mecanismos de custeio do setor hospitalar; e o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS). Este último previa a articulação das redes federal, estadual e municipal, e constituía-se em uma proposta de natureza mais estrutural e funcional do sistema (NETO, 2003; PAIM, 2008).

Desta proposta, resultaram as ideias programáticas que viabilizaram a ampliação do custeio das atividades assistenciais dos serviços estaduais e municipais públicos, entre elas as internações hospitalares.

Em 81, quando finalmente o Inamps entendeu o nosso recado, resolveu patrocinar os municípios para mexer com saúde. Eu disse que o nosso foi o município piloto. É que nós reabrimos a parte hospitalar, porque ele estava começando a remunerar, e ele passava dinheiro também para a parte ambulatorial (Entrevistado 14).

No final de 1982, houve eleições diretas para os Governos estaduais, o que resultou na ampliação de opositoristas à Ditadura Militar, representados pelos novos governadores que não apoiavam o regime. Neste ano, também foi criado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Esta entidade colocou em cena novos atores que contribuíram para a alteração da correlação de forças no setor saúde. Entre os anos de 1983 e 1984, foram assinados os convênios das AIS com todos os estados da Federação. Esta foi a estratégia federal adotada para o reordenamento da política nacional de saúde (NETO, 2003; PAIM, 2008).

As AIS alteraram o financiamento do setor saúde e expressaram mudanças na história institucional do Inamps. Ampliou-se a participação dos estados e municípios na prestação de serviços de saúde. Esses passaram a receber recursos da Previdência; inicialmente, por meio de convênios, da mesma forma que a iniciativa privada de prestação de serviços, via compra da assistência

individual; em um segundo momento, através de financiamento de ações coletivas (FELIPE, 1987).

As redes foram se firmando, quando veio, em 83, a possibilidade de receber um dinheiro a mais, que foram as AIS. Foi o primeiro dinheiro que chegou aos municípios. De 76 a 83, tudo o que foi feito em saúde nos municípios, foi por conta do próprio recurso municipal. Quer dizer, essa é uma novidade e a base do movimento municipalista (Entrevistado 14).

O processo de implantação das AIS significou a tentativa de unificação do planejamento das unidades públicas e privadas de prestação de serviços. Buscava superar a concepção de que as ações curativas cabiam exclusivamente à iniciativa privada, e ao setor público cabiam as ações preventivas. Através da Programação e Orçamentação Integrada (POI), pretendia-se unificar o planejamento das Secretarias Estaduais, Municipais e Superintendências do Inamps. O objetivo era que os prestadores públicos e privados fizessem parte de um planejamento unificado de atenção à saúde (FELIPE, 1987).

A construção de instâncias interinstitucionais e colegiadas de gestão e participação no sistema de saúde, também foram propostas pelas AIS. Além da Ciplan, criada em 1980, que reunia o MS, o Ministério da Educação, da Previdência Social e do Trabalho, foram criadas as Comissões Interinstitucionais de Saúde, as Comissões Regionais Interinstitucionais de Saúde, as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde e as Comissões Locais Interinstitucionais de Saúde. Destas comissões, participavam representantes das direções das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, do Inamps e de instituições relacionadas com a prestação de serviços e usuários (FELIPE, 1987).

O processo de mudança do sistema de saúde foi permeado por contradições e disputas. Em 1984, verificou-se o favorecimento à iniciativa privada. Houve o aumento dos valores das Tabelas de remuneração, patrocinado pela Direção Geral do Inamps, em clara aliança com a tecnoburocracia e com os Hospitais Privados (NETO, 2003). No entanto, as AIS ampliaram os recursos do Inamps repassados ao setor público, estadual e municipal. Em 1984, esses repasses representaram 4% do orçamento do Inamps, 10% em 1985 e 12% em 1986. Também resultaram na diminuição da dicotomia prevenção e cura, pois era

permitida a utilização dos recursos da Previdência para o conjunto das ações de saúde (FELIPE, 1987).

As AIS ampliaram a interlocução dos atores estatais estaduais e municipais da saúde com o MPAS. Esses passaram a disputar os recursos da Previdência que, até então, eram reivindicados principalmente pelo setor hospitalar, em especial o setor privado lucrativo. Novos atores se inseriram na arena da disputa das políticas de saúde. Eram eles: legisladores, executivos e burocracias do conjunto dos entes federados, que enfrentaram a resistência organizada do setor hospitalar privado, em especial a Federação Brasileira de Hospitais. Essa não conseguiu impedir a distribuição do orçamento da Previdência (FELIPE, 1987; PAIM, 2008). Os atores estatais do setor saúde, aliados aos demais atores sociais, constituíram o Movimento de Reforma Sanitária, que participou ativamente das proposições do novo sistema de saúde.

4.2. Reforma Sanitária: reordenamento legal do sistema de saúde brasileiro

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi considerada um marco para a história do setor saúde e para a proposta reformista. Foram resultado desta atividade os principais princípios e diretrizes que orientaram os reformistas na proposição do texto constitucional de 1988. Entre eles, destacaram-se: a saúde como direito de todos e dever do Estado; a criação de um SUS; a atenção integral com ênfase na prevenção; a descentralização e regionalização deste sistema; e a participação social. Entre os debates pautados na 8ª Conferência Nacional de Saúde – mas que não foram concensuados – estava a estatização imediata ou progressiva da provisão de serviços de saúde (FELIPE, 1987; PAIM, 2008).

Havia consenso entre os reformistas sobre a diretriz da unificação e a descentralização. Os posicionamentos diferenciavam-se entre os modelos para implementá-las. No que dizia respeito à unificação, alguns atores defendiam que a mesma ocorresse através da articulação das estruturas de Estado existentes, ou seja, Previdência, saúde e educação em todos os níveis de Governo. A posição que foi contemplada na legislação foi a da construção de um sistema

único, isto é, exclusivamente conduzido pelas estruturas de Estado da saúde (PAIM, 2008).

Em relação à descentralização, havia posições distintas dos atores sobre as atribuições dos entes federados. Uma das posições defendia que os municípios fossem responsáveis pela atenção básica, e os estados pela atenção hospitalar e especializada. A posição que prevaleceu definiu que a gestão da execução de todos os serviços seria atribuição dos municípios. Os estados e a União foram responsabilizados pelo apoio, pela coordenação e execução de atividades complementares (PAIM, 2008). As ideias divergentes dos atores reformistas a respeito da organização do sistema influenciaram a implementação da Reforma. Elas se expressaram nas normativas e práticas desses atores.

Entre 1985 e 1987, houve inserção no Governo Federal de integrantes do Movimento Sanitário, tanto na direção do Inamps, vinculado à previdência social, quanto do MS (BAPTISTA, 2003; PAIM, 2008). Em 1986, o Inamps tomou medidas de expansão do atendimento, aproximando-se da cobertura universal da atenção à saúde²¹.

Em julho de 1987, através do Decreto nº 94.657, foi criado o programa dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (BRASIL, 1987). Este definia as competências das três esferas de Governo (municipal, estadual e federal) e orientava a descentralização das ações de saúde entre 1987 e 1989 (SOUZA, 2003). Caracterizava-se por uma tendência estadualista de organização do sistema. Foram os estados os entes federados com maior atuação no sistema de saúde neste período, visto que o SUDS previa convênios entre o Inamps e os Governos Estaduais (SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003; PAIM, 2008).

Em 1988, através da NOB do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos estados (NOB/SUDS), foram detalhadas as regras para implementação da descentralização (BRASIL, 1987). O

²¹ Entre elas, destaca-se o fim da exigência de apresentação da Carteira de Trabalho e Previdência e da Carteira de Beneficiário para o atendimento: através da Resolução nº 18 nas unidades próprias do Inamps; da Resolução nº 138 nas unidades próprias e naquelas entidades componentes das AIS (unidades públicas); e da Resolução nº 115, que estabeleceu que os trabalhadores rurais, apenas assistidos pelo Funrural, tivessem tratamento equivalente aos demais beneficiários, estabelecendo-se os mesmos mecanismos de financiamento em substituição aos subsídios fixos utilizados para o pagamento da prestação de serviços para esta população. Foram medidas que ampliaram o acesso da população aos serviços, em especial na área hospitalar (FELIPE, 1987; SOUZA, 2003).

SUDS foi uma iniciativa implementada pelo Inamps, com forte participação da União e dos estados, anterior à legislação que instituiu o SUS. Tinha o objetivo explícito de universalizar a assistência, e descentralizar e unificar o sistema de saúde (MS – Inamps – MPAS). A descentralização era para os estados, que assumiriam a coordenação do sistema, com a unificação dos serviços de saúde no território. Houve a delegação das atribuições do Inamps para as Secretarias Estaduais de Saúde. Esse processo ampliou a participação do Conass na política de saúde (FELIPE, 1987; SOUZA, 2003; PAIM, 2008).

A transição para o SUS começou em 87 para 88, porque, no mesmo ano da Constituição, houve a criação do SUDS, o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde, que era uma tentativa já de inserir e pegar o dinheiro do Inamps e colocar para a assistência. Então, o SUDS foi o primeiro passo no sentido de uma unificação da assistência, mesmo antes da Constituição (Entrevistado 2).

Através do SUDS, iniciou-se o repasse às Secretarias Estaduais de Saúde da gestão dos serviços próprios do Inamps (os 41 hospitais que tinham 9761 leitos, e os 610 postos de assistência médica com 8333 consultórios) e da responsabilidade pela realização dos convênios e contratos com os Hospitais Privados. As Secretarias Estaduais de Saúde paulatinamente se responsabilizaram pela distribuição das AIHs, pelo controle e avaliação dos hospitais, e pela recepção e envio das AIHs ao Dataprev, da previdência social. Todavia, o pagamento e regramento continuaram centralizados no Inamps (FELIPE, 1987; LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

A resistência ao SUDS foi protagonizada pelo setor privado lucrativo de prestação de serviços e pela tecnoburocracia do Inamps. Os primeiros por perderem a centralização da pressão sobre os órgãos estatais, uma vez que teriam que negociar com outros atores. Os segundos pela perda de poder, influência e direitos funcionais (FELIPE, 1987; PAIM, 2008). O processo de Reforma através da formulação e implementação do SUDS foi conduzido pelos dirigentes do MPAS. Em 1989, iniciaram-se os processos de descentralização da gestão deste sistema para as Secretarias Municipais de Saúde (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

Paralelamente à implementação do SUDS, após a realização da 8^o Conferência Nacional de Saúde, foi instituída a Comissão Nacional da Reforma

Sanitária. Essa reuniu as principais lideranças do setor saúde. Era composta de forma paritária por representantes dos órgãos do Estado e da sociedade²². Essa comissão, as plenárias de saúde e o resultado da 8ª Conferência Nacional de Saúde contribuíram para a elaboração do texto constitucional da seguridade social e da saúde (PAIM, 2008).

Em 1987, foi realizado o IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. A principal proposta do evento foi a municipalização do sistema. Também foi eleita a comissão provisória para a criação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Este Conselho foi efetivado no V Encontro, realizado em 1988, considerado um momento histórico para o movimento municipalista da saúde. A organização da representação dos gestores municipais ampliou a participação desse segmento na proposição das políticas de saúde. A atuação inicial do Conasems foi dirigida para a atuação na Assembleia Constituinte. A participação dos dirigentes municipais do setor saúde contribuiu para o formato de organização do sistema previsto no regramento constitucional e influenciou o início da implantação do SUS, em especial na ênfase municipalista.

No Conasems, a nossa agenda inicial foi a constituinte. Nós participamos efetivamente na discussão, através de uma representação que nós tivemos na comissão da Reforma Sanitária. E participamos ativamente na constituinte, com reuniões quase semanais. Nos articulamos para levar e discutir a proposta da comissão da Reforma Sanitária, que era, na realidade, a carta aprovada no relatório da oitava (Entrevistado 8).

A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, nº 8080/90 e nº 9142/90, regulamentaram o SUS (BRASIL, 1988, 1990b, 1990c). A descentralização articulada com a regionalização foi princípio estratégico norteador dos processos de organização político-territorial do SUS. A descentralização, com comando único em cada esfera de Governo, ampliava a participação de gestores públicos municipais de saúde, visto que eram os municípios, segundo a legislação, os responsáveis pela prestação de serviços,

²² Fizeram parte da Comissão: MS, MPAS, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Urbano, Ministério da Ciência e Tecnologia, Secretaria de Planejamento da Presidência da República, Conass, Câmara dos Deputados, centrais sindicais, centrais patronais, prestadores privados – CMB e Federação Brasileira de Hospitais, profissionais de saúde, Confederação Nacional das Associações de Moradores (PAIM, 2008).

cabendo à União e aos estados a coordenação e co-financiamento do sistema de saúde.

Nos hospitais, a pauta específica era a questão do comando, que o comando fosse o mais perto possível de onde se executavam os serviços. Acho que esse era um dos pontos cruciais do debate [...]. Então, esse foi o grande embate que se impôs, dizendo que nós [os municípios] não tínhamos capacidade gerencial, que nós não tínhamos quadro, enfim, toda uma desclassificação do município e dos seus secretários gestores, para assumir essa nova demanda (Entrevistado 8).

As instituições hospitalares, representadas pela Federação Brasileira de Hospitais, juntamente com a tecnoburocracia do Inamps, defendiam a manutenção do modelo centralizado de gestão da prestação de serviços. Não sem resistências, esse processo resultou na transferência de fato dos serviços de saúde da Previdência Social, em 1991, para o SUS, e a extinção do Inamps, em 1993. Com a perspectiva de descentralização da gestão e da prestação dos serviços para os estados e municípios, a maioria dos serviços hospitalares do Inamps e do MS foi repassada no decorrer da década de 1990.

No debate da proposição da Reforma da saúde, o tema da relação público e privado aparece como uma questão no financiamento do setor saúde e na provisão de serviços para o SUS. De um lado, o Movimento Sanitário defendia um sistema universal com financiamento e oferta de serviços exclusivamente pública como condição para a universalização do sistema, enquanto a proposta dos opositores era a garantia da participação da iniciativa privada (DOIMO & RODRIGUES, 2003; MENICUCCI, 2006).

A ideia era um sistema estatal. Ele não é estatal; ele é público, e a iniciativa privada tem todos os direitos, está no artigo 199. Então, para produzir o artigo do direito da população e do dever do Estado, eles tiveram que fazer a negociação com esse grupo que manteve a iniciativa privada como complementar, mas fazendo parte do sistema (Entrevistado 8).

O posicionamento dos atores sobre a organização do sistema de saúde e do papel dos hospitais na provisão de serviços de saúde será o tema tratado a seguir.

4.3. As ideias e os interesses em disputa: proposições de Reformas do sistema de saúde e o papel dos hospitais

Uma das posições emblemáticas sobre o sistema de saúde refere-se à inserção e ampliação da atuação de mercado na lógica do setor saúde, tanto no aspecto da produção de insumos e equipamentos, quanto na perspectiva de controle, competitividade e eficiência econômica da prestação de serviços de saúde. Características empresariais foram conferidas às organizações de saúde com o objetivo de controle dos gastos em saúde, considerando que a tendência crescente dos custos dos mesmos não era sustentável²³ (BRAGA & SILVA, 2001; VIANNA, 2002; GADELHA, 2005).

No período anterior, o hospital era centrado nele mesmo, hospital isolado na rede, hospital a partir de si mesmo, investimentos pesados, mas ninguém nunca ninguém discutiu a qualidade hospitalar. Isso não era debatido; então, começa a ter luz sobre esse debate, e aí começa ter reflexão na sociedade. Então, o hospital passa por um processo de mudança sim, depois de 80 (Entrevistado 9).

Os hospitais eram as instituições nas quais com maior ênfase se produziam e se consumiam as tecnologias. Neles, os médicos eram os atores com poder para a definição de seus usos. O tema da eficiência nos usos de recursos passou a estar presente nas instituições hospitalares. No entanto, essa inserção não significou o questionamento da centralidade das instituições hospitalares e seus principais atores, os médicos, no campo da saúde.

Nos hospitais, havia maior concentração do uso da tecnologia produzida pelo CMI, e que consumiam consideráveis volumes de recursos. Por outro lado, os hospitais e os médicos, reforçados pelo modelo da medicina científica, tinham a função primordial na produção de conhecimento, ao mesmo tempo em que

²³ Gadelha (2005) reafirma essa inserção do setor na lógica capitalista. Segundo ele, “[...] o processo de penetração do capital e empresariamento da área de saúde e de constituição de um complexo econômico movido pela lógica de mercado não é novo, já tendo sido identificado por Cordeiro (1980) há mais de 20 anos [...]. Com o movimento recente de terceira revolução tecnológica e de globalização, acompanhado, no nível das relações de poder, pela clara hegemonia do sistema capitalista no mundo e pela onda de Reformas do Estado, que incidiram de forma marcante no setor saúde, esse processo tornou-se um movimento avassalador em todo o planeta – à exceção dos países e regiões que foram completamente alijados do sistema econômico mundial, com o exemplo dramático da África –, sendo, aparentemente, irreversível, ao menos nos marcos do sistema político e econômico atual” (p. 2).

ofereciam variadas ações de saúde. Tanto a produção de conhecimento, quanto o cuidado desenvolviam-se a partir da lógica da especialização, da incorporação massiva de equipamentos, fármacos, enfim, da incorporação tecnológica. Esses eram os procedimentos ofertados através do CMF. Nesta perspectiva, a concepção de saúde era relacionada à cura das doenças, alcançada com a incorporação de tecnologia, insumos e equipamentos na perspectiva de mercado, conferindo poder aos médicos e às instituições hospitalares, bem como aos atores do CMI e CMF.

Uma segunda perspectiva de superação da problemática dos custos crescentes e de universalização de acesso à saúde propunha que a organização da produção de saúde ocorresse com controle público da oferta de serviços. Dentre os argumentos dos atores defensores dessa posição, apareceu a crítica ao modelo da medicina científica. “Seus custos progressivos e nem sempre racionais constituem importante barreira ao oferecimento universal dos benefícios produzidos pela tecnologia médica [...]” (SILVA JÚNIOR, 1998, p. 50).

Questiona-se a eficiência do modelo da medicina científica e aponta-se como pouco resolutiva uma postura biocientífica, centrada na atenção especializada, sofisticada e de alto custo. As propostas oriundas desta crítica conformaram o ideário de disputa do grupo de atores que defendiam o controle público sobre a forma de produzir saúde.

A proposta de Medicina Comunitária seria a principal alternativa ao modelo hegemônico da medicina científica. Ela foi, ao menos em parte, implantada em vários países e contou com o patrocínio de organismos internacionais como a OPAS e a OMS (SILVA JÚNIOR, 1998). A medicina comunitária ou atenção primária em saúde, realizada nas unidades e nos postos de saúde, seria “[...] um meio prático para pôr ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, assistência de saúde indispensável, de forma que resulte aceitável e proporcional a seus recursos e com plena participação” (REZENDE, 1989, p. 107).

As situações que requereriam serviços mais complexos eram encaminhadas a outras unidades de saúde, com recursos tecnológicos e de pessoal mais especializado, que comporiam os níveis de atenção secundário e terciário. Esses dois níveis de atenção eram realizados principalmente em

hospitais. Nesta perspectiva, as Reformas que foram implantadas buscaram conferir importância significativa à construção da atenção primária ou básica de saúde em muitos países do mundo.

Esta proposta alternativa ao modelo vigente tirou o hospital do lugar central e atribuiu papel maior à “porta de entrada” do sistema – os serviços de atenção básica. A imagem utilizada para a representação dessa organização dos serviços de saúde era a pirâmide: os hospitais eram uma peça superior dos sistemas de saúde, e os demais serviços o seu meio e a base.

As duas perspectivas alternativas ao modelo hegemônico até os anos 1970 podem ser consideradas complementares. A primeira perspectiva, privada assistencialista, defendia a organização dos sistemas de saúde a partir da oferta de serviços através do mercado. A segunda, estatal social, baseava-se na ideia da saúde como direito social e da organização de sistemas de saúde como responsabilidade do Estado. As propostas dos organismos internacionais, principalmente Banco Mundial, OPAS e OMS, apontaram para um modelo híbrido, em que a assistência curativa do modelo da medicina científica era oferecida às pessoas que podiam pagar. A organização do financiamento, neste caso, ficava ao cargo, principalmente, dos seguros e planos de saúde. O Estado se responsabilizava pela prestação de “serviços básicos” à saúde ao restante da população, notadamente prevenção e ações de menor complexidade e custo.

Nesse contexto, os atores com poder no campo da saúde eram fundamentalmente aqueles ligados à produção de insumos e equipamentos, do CMI; os atores vinculados a planos e seguros de saúde, do CMF; e os atores estatais ligados a esses interesses. Esses atores estariam interessados na manutenção do poder médico e das instituições hospitalares, apesar da introdução de mecanismos de controle da autonomia desses atores e das organizações. A atenção à saúde, para eles, deveria orientar-se à cura e atuação médica com o predomínio do tratamento das doenças e a prevenção, seletivamente aos diferentes públicos. Defendiam que a organização da produção de saúde ocorresse a partir da oferta de serviços aos consumidores, e aqueles aliados da possibilidade de consumo é que deveriam ser subsidiados pelo Estado (NETO, 2003).

O conflito entre os atores do setor produtor de tecnologia em saúde e os agentes ligados ao financiamento da prestação de serviço restabeleceu o equilíbrio econômico do setor e controlou o aumento de gastos na área. Logo, o tema da regulação em relação aos serviços hospitalares não se restringiu à ação estatal (RIBEIRO, 2001; VIANNA, 2002; CARVALHO, 2007).

Os atores que apresentavam críticas à perspectiva do mercado como organizador da produção de saúde e ao modelo da medicina científica incorporaram várias das proposições do modelo da medicina comunitária. Defendiam a organização da produção de saúde a partir das necessidades de saúde, e a participação dos usuários na definição destas. Estavam relacionados com estas perspectivas os usuários de serviços públicos de saúde e seus representantes, uma parcela dos profissionais de saúde e algumas entidades representativas, articulados com o Movimento Sanitário, e atores estatais ligados a esses interesses.

Esses atores propunham maior atuação do Estado, controle público e regulação das políticas e da organização das ações e dos serviços, considerando que o mercado não era competente para produzir saúde²⁴. A ação do Estado era vista como necessidade para otimizar a alocação dos recursos disponíveis na sociedade. A universalidade do direito e a integralidade da atenção à saúde eram diretrizes defendidas por este conjunto de atores na disputa do campo, em contraposição à seletividade e focalização dos recursos públicos aos mais pobres, através de ações de menor custo e complexidade. Por sua vez, apontavam que a organização das ações de saúde deveria considerar a necessidade expressa dos usuários, com a combinação de todas as forças técnicas, políticas e administrativas de que dispunha cada realidade local (CECÍLIO, 2001).

Neste contexto, o hospital é uma unidade primordial de um importante setor econômico que, em função dos custos crescentes com a incorporação

²⁴ Castro (2002) trata da impossibilidade de que as leis do mercado possam regular e responder às necessidades de saúde. Isso porque a demanda é induzida pela oferta, acarretando risco moral. Quando dos riscos e das incertezas, para garantir rentabilidade, os seguros de saúde escolhem clientela ou estabelecem preços muito altos para alguns cuidados demandados. Também salienta que é necessário considerar a posição desigual na informação de quem produz e quem utiliza os serviços de saúde, bem como a possível existência de barreiras para o consumo ou para a produção de bens de saúde que acarretariam riscos para as pessoas.

tecnológica, despertou a atenção de gestores de seguros de saúde e do setor público, no sentido de controlar seus gastos e sua expansão.

4.4. Hospitais no período da proposição da Reforma Sanitária brasileira

No início da década de 1980, os serviços hospitalares no Brasil eram realizados pelas seguintes modalidades de prestação de serviços para o Inamps: 1) serviços próprios, oriundos dos antigos IAPs, e aqueles criados no período que eram custeados com subvenção fixa; 2) hospitais contratados, sejam privados, beneficentes, de ensino e governamentais, com repasse por produção de serviços com a unidade de serviço, em que se subdividia o pagamento em diárias, taxas de salas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, medicamentos e honorários médicos, estabelecidos em Tabela de Honorários Médicos e Hospitalares; 3) convênios com hospitais governamentais, com subsídio fixo mensal, geralmente responsáveis pelo atendimento de emergência; 4) convênios com os Hospitais Universitários, cujo pagamento se dava através de um subsídio variável pela quantidade e qualidade da alta hospitalar (MELLO, 1983).

No que dizia respeito aos hospitais, o Plano Conasp, de 1982, foi uma iniciativa de mudança do sistema de saúde que salientava a necessidade da regionalização e hierarquização dos serviços tanto privados como públicos (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993; DUBEUX & CARVALHO, 2009). A proposta era reorientar o modelo médico assistencial e buscar privilegiar o setor público. No entanto, essas eram proposições de difícil viabilidade devido à história institucional do setor hospitalar, de estagnação e desmantelamento da rede hospitalar estatal (SILVA, 1983). No que se refere aos Hospitais Privados especificamente, o plano propunha a alteração do financiamento dos serviços. Foi substituído o pagamento por unidade de serviço da Guia de Internação Hospitalar (GIH), por um novo sistema de contas – as AIHs.

Em 1983, houve a implantação do SAMHPS, para os Hospitais Privados contratados em substituição à remuneração por unidades de serviços. Também foram implementados novos mecanismos de auditoria e a primeira Tabela de Procedimentos e valores do novo sistema de pagamento hospitalar (GONÇALVES, 1982; LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993; DUBEUX & CARVALHO,

2009). Houve também iniciativas de contratação da prestação de serviços hospitalares através dos convênios. Essa prática era considerada prioritária com base nas críticas dos reformistas ao sistema de pagamento por procedimento existente. Esse era considerado corruptor, indutor da realização desnecessária de procedimentos e contribuía para a construção de uma rede hospitalar desorganizada. A inclusão dos Hospitais Públicos municipais e estaduais no financiamento da Previdência ocorreu majoritariamente a partir de convênios com subsídios fixos de prestação de serviços (RIBEIRO, 1983).

A implantação, em 1984, do Índice de Valorização Hospitalar (IVH), previsto no SAMHPS/AIH, exclusivamente para os Hospitais Privados contratados, foi uma das iniciativas que demonstraram a atuação mais conservadora do executivo federal e a manutenção da relação privilegiada do Inamps com o setor privado prestador de serviços hospitalares²⁵ (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

A mudança de prioridade em direção à rede hospitalar privada não lucrativa, pública, universitária e de ensino expressou-se através de medidas do Inamps entre 1986 e 1988, concomitante ao ingresso de dirigentes reformistas nesta instituição. Em abril de 1986, através de convênio-padrão, o SAMHPS/AIH foi estendido aos Hospitais Filantrópicos e Beneficentes. Em junho do mesmo ano, foi estabelecido o IVH diferenciado para esses hospitais com valores mais altos do que os estabelecidos para os hospitais contratados²⁶. Na mesma direção – de priorizar os Hospitais Públicos – em maio de 1987, os Hospitais Universitários foram incluídos no SAMHPS/AIH, e passaram a contar com IVH específico²⁷, conforme critérios de integração na rede assistencial, complexidade da unidade e perfil do ensino ministrado (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

²⁵ Houve diferenciação da remuneração de 1,0 a 1,29 sobre a fatura das internações. Este índice era um fator diferenciador, conforme as características do hospital, ou seja, tinha como função estabelecer remuneração distinta, para os mesmos procedimentos, considerando a complexidade das unidades hospitalares. Apenas em 1986 e 1987, foram também atribuídos aos Hospitais Filantrópicos, Universitários e de Ensino (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

²⁶ Os índices para os hospitais privados eram de 1,0 a 1,20 apenas para produção hospitalar (excetuados os serviços profissionais). Para os Hospitais Filantrópicos, eram entre 1,05 e 1,80 atribuídos à produção hospitalar (excetuado os serviços profissionais) e ambulatorial (FELIPE, 1987; LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

²⁷ A Portaria Interministerial MEC/MPAS nº 15/1987 implantou o Índice de Valorização de Desempenho (IVD), no âmbito do convênio MEC/MPAS. Ele estabelece o Índice de

Estas medidas foram consideradas pelos reformistas como um reposicionamento que tinha o objetivo de expandir a relação do Inamps com prestadores de serviços de saúde públicos – aí incluídos os filantrópicos e os universitários – e diminuir a dependência do setor privado lucrativo na prestação da assistência hospitalar. No entanto, o volume de leitos dos serviços privados lucrativos e a ausência de capacidade instalada pública para suprir a demanda constituíam a dependência da trajetória das políticas. Inviabilizava-se, mesmo com a atuação de reformistas na direção do executivo, a alteração significativa da provisão de serviços hospitalares da Previdência (RIBEIRO, 1983; FELIPE, 1987).

Em 1986, iniciou-se o processo de credenciamento diferenciado dos hospitais, no que dizia respeito aos procedimentos de alta complexidade e custos. Essa proposta foi oriunda do Plano Conasp, e objetivava aumentar o controle público e a eficiência na prestação de serviços com prioridade para aqueles serviços de maior custo para o sistema de saúde (NETO, 2003; PAIM, 2008).

Foram criados o Sistema Integrado de Cirurgia Cardiovascular, o Sistema Integrado de Controle do Câncer, o Sistema Integrado de Assistência ao Renal Crônico e Transplante, o Sistema Integrado de Reabilitação e Traumatologia e Sistema Integrado de Oftalmologia, que também redundavam na ampliação dos IVH para os hospitais credenciados (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

O processo de priorização do setor filantrópico, implementado pelo executivo federal, resultou na rearticulação da representação nacional deste segmento. A hegemonia da Federação Brasileira de Hospitais na representação dos hospitais era tão expressiva que alguns atores atribuíram a este momento a criação da CMB, que foi fundada em 1962, mas teve participação pouco expressiva até o período da Reforma.

Quem liderava inicialmente, até o final da década de 1980, início de 1990, quem liderava todo o processo de negociação era a Federação Brasileira de Hospitais, era a entidade que foi a mais

Valorização Hospitalar (IVH) e Índices Adicionais de Valorização (IAV). Aos Hospitais Universitários e de Ensino, era atribuído um IDV, conforme critérios de complexidade, resolutividade, integração à rede de serviços e perfil de profissionais de saúde formados, atribuído pela produção hospitalar e ambulatorial global, e eram entre 1,20 a 2,30. O IAV baseava-se na existência de programas de formação em áreas rurais e periferias urbanas, formação de médicos gerais e participação dos Sistemas Integrados de Alto Custo do Inamps (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

atuante de todas [...]. Depois da época da Constituição, é que as Santas Casas começaram a se estruturar. É quando fundou a CMB (Entrevistado 2).

A ampliação dos recursos públicos na manutenção da rede hospitalar filantrópica foi oportunizada através da universalização da assistência pelo Inamps, com medidas de ampliação da cobertura e também pela política de priorizar este setor, conforme já explicitado. Essa rede hospitalar dedicou a maior parte de sua capacidade instalada para o SUDS/SUS, neste período, e obteve melhora significativa de sua condição financeira.

Até 1988, a rede hospitalar filantrópica tinha uma realidade de muita dificuldade, porque praticamente 35% de toda a assistência que prestava era para indigentes, que não tinham vínculos com o Inamps, não tinham nenhuma condição de ter um outro sistema, algum convênio privado, não integravam também na época o Funrural [...]. A partir de 1988, com o advento da Constituição Federal, desapareceu esta natureza, o indigente, o sujeito que não tinha direito à saúde [...]. A partir dali, se conjugou um direito de todos e um dever do Estado, e esta rede hospitalar passou a atender, então, pelo SUS. Praticamente 95% de toda a capacidade dos hospitais sem fins lucrativos do Brasil estavam direcionados, até o início da década de 1990, para o SUS (Entrevistado 1).

A relação dos atores da rede de Hospitais Filantrópicos, com a direção progressista do Inamps e com os atores do Movimento da Reforma Sanitária, se ampliou. A diferenciação entre serviços estatais, públicos e privados, era defendida por muitos reformistas. Essa distinção auxiliava na aglutinação do setor filantrópico em torno das propostas de mudança do Sistema de saúde. Eram considerados Hospitais Públicos, visto que não eram privados lucrativos e pertenciam à sociedade. A representação dos Hospitais Filantrópicos foi aliada na disputa pela Reforma Sanitária. A direção da CMB posicionou-se publicamente, disponibilizando à Reforma Sanitária a capacidade instalada da rede hospitalar filantrópica (PAIM, 2008).

O preceito constitucional de priorizar esse setor na provisão hospitalar do SUS, em detrimento dos Hospitais Privados lucrativos, foi ao encontro do posicionamento desses atores. Essa regra, o direito de todos à saúde e o dever do Estado em provê-la, reconfigurou a relação do setor filantrópico com a sociedade e o Estado. O vínculo comunitário dos Hospitais Filantrópicos era considerável. Sua sustentabilidade estava associada à articulação com a

sociedade em cada localidade. Eram as contribuições de empresas e os indivíduos que viabilizam parte dos recursos para a manutenção e expansão desses hospitais. Com a inserção no SUDS/SUS, observou-se que a interlocução prioritária destas instituições foi, paulatinamente, dirigindo-se para o Estado que, de forma crescente, garantiu o financiamento desses hospitais.

Os hospitais tinham uma relação muito direta com a comunidade. Então, se vivia muito de apoios empresariais, apoios públicos também, mas muito apoio direto individual das pessoas, para se poder manter, especialmente, esse processo de gratuidade que se tinha naquela época [...]. Era um voluntariado puro, a essência do voluntariado desenvolvido até então (Entrevistado 1).

A descentralização para os estados e a organização de fóruns de participação no setor saúde contribuíram para a reorganização da representação do setor hospitalar filantrópico. Neste contexto, é que ocorreu a formação da maior parte das federações estaduais das Santas Casas de Misericórdias e Hospitais Filantrópicos que são, até os dias atuais, as Federadas da CMB (Rio de Janeiro em 1984; Ceará, Maranhão, Piauí e Paraná em 1986; Rio Grande do Sul e Bahia em 1987; Santa Catarina em 1992). A organização das entidades representativas dos Hospitais Filantrópicos em âmbito estadual estava em consonância com a ampliação da atuação estadual na organização dos sistemas e serviços de saúde.

O debate sobre a estatização imediata, ou crescente e progressiva dos serviços privados de provisão da assistência à saúde, dividia os atores do Movimento Sanitário. Os argumentos a favor da segunda alternativa baseavam-se na inviabilidade do contexto sociopolítico para a execução da desapropriação dos serviços privados (FELIPE, 1987).

A defesa do setor privado era pela manutenção da oferta de serviços hospitalares, diagnósticos e terapêuticos para o SUS, pela rede filantrópica e privada lucrativa, e também pela manutenção e reafirmação do subsistema de saúde suplementar (ALMEIDA, 1997; MATOS & POMPEU, 2003; SANTOS & GERSCHMAN, 2004; GERSCHMAN & SANTOS, 2006; OCKÉ-REIS, ANDREAZZI & SILVEIRA, 2006; MENICUCCI, 2007; BAHIA, 2008).

Os Hospitais Universitários também iniciaram a organização de uma entidade de representação nacional neste período. A participação no debate da

constituente aglutinou parte dos dirigentes destas organizações entre os anos de 1987 e 1988. Esses não se sentiram representados pela ABEM que, até então, pautava as demandas desses hospitais junto ao Estado. No encontro da ABEM, em 1989, foi fundada a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue).

Foi em 88, antes da Constituição, quando se começou a ter a consciência da necessidade de formar um grupo que discutisse os Hospitais de Ensino, não só os Federais. Isso surgiu dentro do Ministério da Educação, entre os Hospitais Federais de Ensino [...]. Então, neste contexto, durante a reunião de Manaus da ABEM, que nós sempre trabalhamos integrados com a ABEM, houve uma dissidência [...]. Precisava que houvesse um *locus* privilegiado onde se discutisse só ensino, pesquisa e assistência, dentro dos Hospitais de Ensino. Foi quando foi criada a Abrahue, 10 de outubro de 1989 (Entrevistado 7).

Foram 39 hospitais que fundaram a Abrahue. A maioria eram os federais do Ministério da Educação, mas também havia estaduais e filantrópicos. A composição da associação incluiu esses três segmentos, acrescidos de Hospitais Municipais. Esta organização, em especial a partir de 1993, participou ativamente da condução das políticas sobre a área hospitalar do país, influenciando as definições dos atores estatais do executivo federal.

Dentre os principais opositores ao processo de Reforma, estavam os prestadores privados que dependiam dos fundos públicos – em destaque a Federação Brasileira de Hospitais, a Federação Nacional dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde, a AMB, cooperativas médicas e outras (MISOCZKY, 2002; MENICUCCI, 2007). Esses atores tinham como proposta a organização da prestação de saúde, a partir do mercado, e garantiram a preservação das formas privadas de financiamento e de assistência no texto constitucional.

Os Hospitais Privados tiveram diminuição da participação na provisão da atenção hospitalar do Inamps no período. Aqueles com mais tecnologia e complexidade iniciaram, no final da década de 1980, o afastamento progressivo do sistema público. Direcionaram as suas atividades para a assistência supletiva e para a clientela privada, com exceção das atividades com melhor remuneração e não atendidas pelo setor supletivo. A ação da Federação Brasileira de Hospitais centrou-se na ampliação dos atendimentos no sistema privado e na disputa pelo aumento dos valores dos serviços na atenção pública. A AMB pautava-se pela

regulação dos preços, resistência aos controles orçamentários e administrativos e pela defesa da livre escolha dos profissionais (MENICUCCI, 2007).

A configuração institucional do setor hospitalar, neste período, era formada por: 1) departamentos estatais da Previdência, em especial o Inamps; 2) órgãos estatais da saúde no executivo federal, estadual e municipal; 3) entidades de representação dos atores estatais estaduais e municipais – Conass e Conasems; 4) entidades organizadas do Movimento da Reforma Sanitária – Cebes, Abrasco, movimento sindical e comunitário; 5) entidades representativas dos atores de mercado – Federação Brasileira de Hospitais e Abrange; 6) entidade representativa dos médicos – AMB; 7) entidade de representação do ensino médico – ABEM, e das direções dos Hospitais Universitários e de Ensino – Abrahue; 8) entidade representativa nacional dos Hospitais Filantrópicos – CMB e, nos estados, a Federação das Misericórdias; 9) instituições hospitalares privadas lucrativas, mantidas com o pagamento pelos serviços prestados, pela atenção aos beneficiários de planos e seguros de saúde e pelo Inamps; 10) instituições hospitalares do Inamps; 11) Hospitais de Ensino ligados às universidades estaduais e federais, subvencionados pelo Estado e inseridos na prestação de assistência ao Inamps; 12) instituições de caridade, em especial as Santas Casas de Misericórdia, ainda mantidas como responsabilidade das comunidades de cada local para o atendimento aos indigentes, mas crescentemente direcionadas para a assistência aos segurados do Inamps; 13) instituições hospitalares beneficentes de comunidades específicas, para o atendimento dos associados que contribuía para a sua manutenção, mas também atuavam no prestação de serviços aos segurados do Inamps; 14) instituições hospitalares dos estados e municípios, que contaram com recursos da Previdência para o atendimento dos beneficiários e mantiveram atenção universal; 15) Hospitais Federais do setor saúde, que atuam na atenção universal e dos beneficiários da Previdência; e 16) instituições militares responsáveis pelo cuidado dos soldados, à cargo do Estado.

Os atores estatais que pautaram o tema hospitalar, no período da Reforma, foram, predominantemente, do setor Previdência do executivo federal. Esses se constituíam em dirigentes, ora aliados aos atores sociais de mercado, ora aos atores estatais estaduais, municipais e militantes reformistas. Havia também a

tecnoburocracia do Inamps articulada com o setor privado de prestação de serviços de saúde. As estratégias descentralizadoras e de unificação do setor saúde recolocaram, na arena política, os atores estatais municipais e estaduais. Desse processo, resultou a organização das entidades de representação dos dirigentes do setor saúde do Estado e município – Conass e Conasems.

Os atores societais de mercado reduziram a sua participação no sistema. Essa redução é resultado do aumento da prestação de serviços dos Hospitais Públicos e Filantrópicos para o Inamps e da participação de atores reformistas, na direção do setor saúde e Previdência do executivo federal, que tinham como proposta limitar a atuação do setor privado lucrativo. No entanto, a entidade representativa dos Hospitais Privados lucrativos (Federação Brasileira de Hospitais) foi atuante na proposição e resistência às propostas da Reforma e da criação do SUS. Esses permaneceram em articulação com o complexo médico industrial, e os atores societais de mercado, ligados aos planos e seguros de saúde, organizados através da Abrange. Esses atores, aliados à tecnoburocracia do Inamps, foram uma comunidade da política atuante no processo de Reforma do setor.

Os atores societais sociais da profissão médica, através da AMB, atuaram na defesa da iniciativa privada em consonância com a proposta da medicina liberal. A organização dos médicos, através dos sindicatos, foi atuante na proposição da Reforma, tanto quanto a ABEM. A especificidade dos Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino, explicitadas nas políticas para esse setor, resultaram na criação da entidade representativa dos dirigentes destas organizações, a Abrahue.

Este foi um período em que a atuação de atores das organizações internacionais foi menos intensa, se comparada aos períodos anteriores. As proposições de organização de sistemas universais, tendo como base a atenção primária, difundidas pela OPAS e OMS, foram orientadoras das propostas brasileiras.

Houve a rearticulação dos atores societais sociais ligados aos Hospitais Filantrópicos, com a retomada da participação da CMB e organização das Federações das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos em muitos estados da Federação. Desta forma, organizou-se um ator coletivo que

incidiu e continuou incidindo sobre a organização do setor hospitalar no período da implantação do SUS.

Em um contexto democrático, foi retomada a participação de atores sociais dos movimentos sociais, sindicais e comunitários, assim como foram atuantes as entidades organizadas no período anterior – Cebes e Abrasco. A criação dos espaços de participação social no sistema de saúde, a partir das AIS, oportunizou a organização nacional da comunidade da política do Movimento Sanitário. A 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Comissão Nacional da Reforma Sanitária foram a expressão máxima dessa articulação.

Com a democratização, os arranjos institucionais tiveram modificações importantes. Foram organizados fóruns, comissões, conferências e congressos que tornaram os processos decisórios interligados, propiciaram a atuação de muitos atores e também tornaram as decisões suscetíveis a críticas e resistências organizadas dos diferentes setores envolvidos com o tema da saúde. Havia múltiplos espaços de negociação, e foi necessária a produção de consensos mínimos para que as políticas pudessem ser operadas. Exemplo disso foi o texto constitucional que representou o consenso possível entre propostas divergentes para a organização do sistema de saúde brasileiro.

As regras formais que operaram alterações no sistema tiveram como foco a unificação e articulação do sistema de saúde nos estados e municípios. Essas colidiam com as tradições da burocracia estatal do Inamps, que dificultaram os processos de mudanças. Todavia, eram ideias compartilhadas por um conjunto de atores reformistas que, indiferente da atuação da autoridade central, as substituíam na operacionalização das mudanças nos estados e municípios e atuavam no enfrentamento às resistências.

A arena da política para o setor saúde e sua reformulação foi, nos primeiros anos desta década, o executivo federal e, na segunda metade, o legislativo. A agenda pública era a Reforma do sistema de saúde. A arena das políticas sobre hospitais manteve-se no Governo Federal, mais especificamente no Inamps. Contudo, com os novos arranjos institucionais, foram ampliados os espaços de debates e diversificado os atores com propostas na arena política. A agenda pública para os hospitais foi dominada pelo debate sobre a provisão privada ou pública de serviços de saúde, e esta incluiu também o parlamento

quando da definição constitucional. Os demais temas da provisão ficaram restritos às áreas do Inamps e aos segmentos hospitalares. Os reformistas tiveram pouca atuação e ideias sobre a organização dos hospitais. A agenda prioritária desses atores era a organização conceitual e institucional do sistema de saúde e a expansão da atenção básica.

A crise das instituições formais de saúde existentes contribuiu para que outra institucionalidade fosse produzida para o sistema de saúde brasileiro. Cabe destacar a expressão da oposição entre as instituições formais existentes e as novas proposições. Essas eram baseadas em conceitos normativos e paradigmas cognitivos opostos, tais como: centralização e descentralização; autoritarismo e democracia; segmentação e unificação; seletividade e universalidade; curativo hospitalar e integralidade com ênfase na prevenção; atomização e regionalização hierarquizada; desigualdade e equidade.

O Quadro 4 apresenta os conceitos normativos, paradigmas cognitivos e as ideias programáticas identificadas no período.

Quadro 4. Conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas centrais no período

Conceitos normativos	Paradigmas cognitivos	Ideias programáticas
Crise resulta da intervenção do Estado, mercado é alternativa – A saúde resulta da cura das doenças alcança pela incorporação de tecnologia, insumos e da ação médica – Focalização e seletividade do público-alvo e segmentação da oferta de ações de saúde	Medicina científica a cura da doença centrada em procedimentos, oferecido aos consumidores, orientado pela lógica de mercado – demanda e oferta. Organizações institucionais que induzam a competitividade entre CMI e CMF	Organização da medicina de grupo e sistema público para pessoas de baixa renda e gerencialismo dos serviços de saúde
Crise resultado do modelo de atenção – Saúde resultado qualidade de vida e da organização social, cultura, econômica e política. Estado otimizaria a alocação de recursos disponíveis na sociedade Universalidade, integralidade e equidade	Produção da saúde a partir das necessidades individuais e coletivas articuladas a partir do Estado com regulação e controle públicos. Organizações institucionais estatais que induzam planejamento e participação social	Organização de sistema público de ações e serviços de saúde, em especial atenção básica, regulação da incorporação e acesso a tecnologias, rede de serviços articuladas e dispositivos de gestão e planejamento participativos
Crise da Previdência é resultado da falta de controle e dispositivos de eficiência do sistema	Aumento dos dispositivos de controle sobre a prestação de serviços	Informatização, produção de novos sistemas de pagamentos, controle e auditoria

Conceitos normativos	Paradigmas cognitivos	Ideias programáticas
Crise da Previdência resultado do modelo político, econômico, administrativo e de atenção adotados	Reorganização do setor saúde, integração, descentralização, priorização do público, mudança no formato de financiamento e da prioridade para atenção primária	Normatização para integração do setor, programas de atenção primária, prioridade e diferenciação do financiamento para Hospitais Públicos e Filantrópicos através convênio e co-gestão, incentivos diferenciados
Unidade/unificação do sistema de saúde	Organização de instâncias articuladoras de unificação das instituições existentes Recriação de novas instituições com extinção e unificação	Criação das AIS, SUDS e SUS/extinção do Inamps e reorganização do MS
Sistema de saúde unicamente estatal e/ou manutenção do setor privado	Ampliação da provisão de serviços pelo setor estatal, prioridade para esses seguido dos filantrópicos e setor privado considerado como complementar	Direcionamento da contratação e incentivos diferenciados para hospitais estatais, filantrópicos e diminuição do financiamento dos Hospitais Privados
Sistema de saúde com organização de serviços como pirâmide, atenção integral com prioridade para prevenção crítica ao hospitalocentrismo	Organização e ampliação da atenção básica e vigilância em saúde; segmentação das atribuições – municípios atenção básica e Estado maior complexidade	Construção e custeio das ações de atenção básica e atividades preventivas nos municípios e articulação dos serviços de maior complexidade para os Estado/comando único sobre todos os serviços
Tecnologias e insumos orientam a organização da medicina e dos hospitais	Diferenciação dos procedimentos especialização progressiva da medicina com base na tecnologia e insumos	Organização de regimentos para o exercício das especialidades médicas e criação dos Sistemas Integrados de Alto Custo
Democratização do setor saúde	Descentralização das ações e serviços de saúde as unidades territoriais mais próximas do cidadão e configuração institucional com fóruns obrigatórios de participação	Delegação das atividades do Inamps para estados e municípios, criação das CIS, CRIS e CIMS

Fonte: Elaboração da Autora

A dependência de trajetória da organização do sistema de saúde durante a Reforma resultou das instituições existentes, Inamps e Hospitais Privados, e da atuação dos atores da comunidade política, consolidada durante a Ditadura, defensores da medicina científica e privatista, que reunia a tecnoburocracia estatal, a Federação Brasileira de Hospitais, a Abrange, o CMI e AMB. Esse contexto institucional e político, aliado à centralização dos recursos assistenciais no Inamps, produziu mecanismos de auto-reforço. O setor da Previdência do executivo federal coordenou a arena política das disputas sobre a Reforma do

setor saúde no início da década de 1980, restringindo a possibilidade de operação de propostas reformistas, e incidindo na formatação do novo sistema de saúde em debate no parlamento na segunda metade desta década.

Também ficou centralizada a agenda sobre organização dos hospitais no sistema. As ideias programáticas acerca das rotinas, dos fluxos, dos sistemas de informação e do pagamento da provisão de serviços hospitalares, produzidas no Inamps, se constituíram em dispositivos de auto-reforço que contribuíram para manter o formato da relação entre o Estado e os hospitais. Contribuíram para a manutenção os conceitos normativos, a organização segmentada das estruturas do Estado, dividida entre ações preventivas, curativas e educativas, e a falta de tradição sobre hospitais dos demais atores e instituições – reformistas e estruturas de Estado dos setores saúde e educação. Esses não tiveram força política para que suas ideias programáticas pudessem constituir-se em alternativa às propostas vigentes sobre a assistência hospitalar.

Havia a restrição de diálogo e poucas mudanças dos mecanismos de financiamento e oferta da provisão de serviços hospitalares no sistema de saúde. Isto foi resultado da inexistência de relação prévia, da polarização da disputa entre os reformistas, dos setores da tecnoburocracia e dos Hospitais Privados, da desarticulação dos hospitais estatais e Filantrópicos e da crítica ao modelo hospitalocêntrico. A agenda dos reformistas era a organização institucional do sistema de saúde e a atenção básica. A pauta da tecnoburocracia da Previdência e do setor privado era a manutenção das instituições e dos mecanismos vigentes, o aprimoramento gerencialista do sistema e a resistência a um sistema estatista de financiamento e provisão de serviços de saúde. Essas agendas permaneceram durante a implementação do SUS.

As políticas públicas definidas constitucionalmente – e que foram o foco deste trabalho – foram a descentralização e regionalização, paradigma cognitivo para a organização do SUS que orientava a construção da atenção universal, como prerrogativa do Estado e com controle público. A implementação do conjunto de regras que regulamentaram a descentralização acarretaram mudanças organizativas e institucionais do Estado no setor saúde.

A descentralização iniciou-se na década de 1980 e consolidou-se na década de 1990. Durante este período – considerado como de implementação da

Reforma – é que foram formuladas e decididas as regras de organização do sistema de saúde e do processo decisório sobre este. Houve o deslocamento da arena decisória do setor saúde para o executivo federal, o MS, diferente do período anterior, em que o parlamento foi a arena da Reforma (ARRETCHE, 2005).

As diferentes formas de gestão, instituídas pelas NOBs, ao longo da década de 1990, preconizaram crescente responsabilização dos entes federados municipais e estaduais no sistema, em consonância com o estabelecido constitucionalmente (BRASIL, 1991a, 1992a, 1993e, 1996g). O conceito brasileiro diferenciava-se das propostas internacionais, em que a descentralização estava associada aos ajustes das políticas públicas, operadas a partir do ideário neoliberal, e à privatização dos serviços de saúde. A descentralização na Reforma Brasileira baseava-se na ideia de alterar a lógica do sistema público, com manutenção do Estado como gestor e provedor de serviços, defendida pelos reformistas. Definiu o município, com gestão única em seu território, como ente federado autônomo e responsável pela atenção à saúde, diferente das propostas privatizantes em que a delegação de provisão de serviços era para o setor privado (COHN, 2005; CAMPOS, 2006; GERSCHMAN & SANTOS, 2006).

A perspectiva era de um sistema universal que buscava superar a racionalidade de mercado no setor. Apesar de não haver a estatização da provisão de serviços – mantendo-se a saúde aberta à atuação da iniciativa privada – foi definida como atribuição do Estado, em especial os municípios, a gestão sobre a oferta desses serviços (ARRETCHE, 2005; CAMPOS, 2006).

A descentralização das ações e dos serviços de saúde, sobretudo, o incentivo à organização da rede básica de atenção em todos os municípios brasileiros, foi considerada, pelos atores do Movimento Sanitário, um mecanismo importante para a construção do processo de democratização das tomadas de decisões no setor saúde, na medida em que a deliberação da utilização dos recursos e da organização da atenção se aproximava dos cidadãos que fariam uso das mesmas (ARRETCHE, 2005; GERSCHMAN & VIANA, 2005; GERSCHMAN & SANTOS, 2006).

Cabe destacar que a Constituição de 1988 definiu municípios, estados e União como entes da Federação com autonomia política e administrativa. A

execução de serviços de saúde caberia fundamentalmente aos municípios, os estados seriam responsáveis pela cooperação técnica e financeira aos municípios, e a União pelo financiamento e coordenação intergovernamental (BRASIL, 1988). Esse paradigma cognitivo do processo de descentralização constituiu a municipalização como principal ideia operativa e eixo condutor da organização do sistema na década de 1990, ao contrário do período estadualista do SUDS. Pode-se identificar esse como o período em que houve uma sobreposição dos termos descentralização/municipalização (SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003; ARRETCHE, 2005; ARRETCHE & MARQUES, 2007; UGÁ & MARQUES, 2005).

Ao longo da primeira década do século XXI, a descentralização teve como eixo a regionalização da atenção à saúde. Uma inflexão na direção da organização das redes de atenção à saúde, ampliação da atuação dos estados e propostas específicas para a organização do setor hospitalar.

A proposta do SUS, as legislações e as normas editadas para a sua implementação buscaram definir o papel dos entes federados, a competência de cada esfera de Governo, as estruturas e os mecanismos institucionais de relacionamento entre os gestores e a sociedade para o processo decisório do mesmo, bem como as condições para que estados e municípios assumissem as ações e os serviços de saúde e alterassem sua posição no sistema de saúde (SOUZA, 2003; GERSCHMAN & SANTOS, 2006).

Os próximos capítulos apresentarão a relação entre as mudanças operadas, a partir das políticas específicas para os hospitais, da descentralização e da regionalização do sistema na conformação do subsistema hospitalar.

5 Implantação do SUS: Início da Descentralização da Saúde – 1990 a 1995

A normatização que orientou o processo de descentralização do sistema de saúde na década de 1990 foi composta pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 de 1990 e nº 8142 de 1990; pela NOB/91, NOB/92 e NOB/93; pelo regramento para repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de 1994 (BRASIL, 1990b, 1990c, 1991a, 1992a, 1993e; UGÁ, et al.; 2003; SOUZA, 2003; GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008; LIMA, 2010). Um evento marcante também foi a extinção do Inamps em 1993.

Essas normas e as políticas hospitalares serão apresentadas a seguir. O debate em torno da formulação, definição e implementação da descentralização e das políticas hospitalares é apresentado no capítulo, buscando-se identificar as ideias em disputa, que se polarizavam entre propostas reformistas e conservadoras do sistema. Procurou-se verificar quais os atores que tiveram maior relevância na proposição dessas ideias e quais os principais temas em debate. Buscou-se ainda examinar as implicações da descentralização e das políticas específicas para os hospitais para o subsistema de provisão hospitalar do SUS, bem como identificar e analisar o efeito nos atores do sistema de saúde.

5.1. Os primeiros movimentos da implementação da descentralização: avanços e resistência da gestão do sistema de saúde entre 1990 e 1991

A descentralização contou com a oposição de importantes atores do setor saúde. Sua operacionalização inicial foi permeada por disputas. Exemplo disso foi a própria Lei Orgânica da Saúde que, em sua primeira formulação, a Lei nº 8080 de setembro de 1990, teve os artigos referentes à extinção do Inamps, descentralização, controle social e repasses intragovernamentais vetados pelo Presidente da República (BRASIL, 1990b). A inclusão desses temas na legislação da saúde demandou a articulação dos atores do Movimento da Reforma Sanitária, com atuação destacada dos gestores municipais. Esses reverteram os vetos presidenciais através da promulgação de outra Lei que abordava especificamente esses aspectos na regulação do SUS, a Lei nº 8142 de dezembro de 1990

(BRASIL, 1990b, 1990c; SOUZA, 2003; GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008; DOWBOR, 2009).

Neste período, o Inamps²⁸ foi incorporado ao MS, de tal forma que os cargos de direção de ambas as instituições passaram a ser exercidos pelas mesmas pessoas. A influência do Inamps na implementação do SUS também era reforçada pelo volume de recursos deste no orçamento da União. Em 1990, o orçamento do Inamps era 3,5 vezes maior que o orçamento do MS, evidenciando a dependência do SUS em relação aos recursos da Previdência Social (SOUZA, 2003).

A incorporação do Inamps na estrutura do MS e a participação desta instituição na implantação do SUS foram consideradas por alguns reformistas como empecilho da efetivação do sistema (PAIM, 2008). A burocracia inampiana tendia a reproduzir no MS o padrão de relação com o setor privado que mantivera no período anterior (SOUZA, 2003).

A NOB/91, de janeiro de 1991, foi reconhecida como uma tentativa de centralização do sistema de saúde com a manutenção das políticas, tais como eram executadas pelo Inamps (BRASIL, 1991a, UGÁ et al., 2003; GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005; UGÁ & MARQUES, 2005; PAIM, 2008; LIMA, 2010). Apesar de atribuir a estados e municípios a incumbência de distribuir as AIHs²⁹, a NOB/91 manteve o pagamento direto, do MS, às instituições hospitalares das internações realizadas. Através desses instrumentos, definiu-se uma cota máxima de AIHs a serem distribuídas aos estados da Federação. Denominou-se de teto quantitativo anual calculado com base na população, e ficou estabelecido 0,10 AIH/habitante/ano.

Esse formato manteve um modelo de distribuição de recursos dependente da capacidade instalada existente e das séries históricas de gastos do Inamps. A distribuição territorial dos valores financeiros, segundo as necessidades de saúde, não era prevista. Desse modo, mantinham-se as desigualdades na distribuição

²⁸ A incorporação do Inamps ao MS ocorreu pelo Decreto nº 99.060, de 07/03/1990 (BRASIL, 1990a).

²⁹ A Portaria nº 19 de 08/01/1991 do MS/SNAS define a quantidade de Autorização de Internação Hospitalar (AIHs) a serem distribuídas, mensalmente para cada ente da Federação (BRASIL, 1991d). A Portaria nº 32 de 27/03/1991 do MS/SNAS estabelece as cotas mensais de AIH de cada estado a vigorarem a partir de abril de 1991 (BRASIL, 1991e; LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

dos recursos financeiros entre estados e municípios. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde apenas distribuíam as AIHs entre os prestadores de serviços hospitalares situados em seu território, sem possibilidade de interferir sobre a natureza dos serviços prestados ou sua qualidade.

A NOB/92, publicada em fevereiro de 1992, iniciou o processo de diferenciação do Inamps e do SUS, ao definir que os recursos da saúde deveriam ser alocados no Fundo Nacional de Saúde a partir do final de 1992 (BRASIL, 1992a). O Inamps atuaria apenas até o final do ano no repasse dos recursos aos demais entes da Federação (SOUZA, 2003). Isso significava manter a centralização das definições e do financiamento. As burocracias do Inamps e MS também eram deslocadas para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde do país, em especial nos grandes centros urbanos.

Em 1990 e 1991, não participavam da direção do MS integrantes do Movimento da Reforma e defensores da descentralização. Havia disputas entre propostas que defendiam maior participação dos municípios na operação dos serviços de saúde de seu território, e aquelas adotadas pelos conservadores favoráveis à centralização (ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008), conforme afirma o representante dos gestores municipais de saúde entrevistado.

Outros embates que nós tivemos foi com o próprio Governo. O MS queria um sistema mais centralizado, e nós sempre defendemos um sistema descentralizado [...]. A 9ª Conferência, cujo tema central é o que está no material institucional do Conasems na época, Saúde: municipalização é o caminho. O Conasems se apresenta como ator e assume a condução da Conferência. Foi eleito, inclusive, o coordenador da Conferência no comitê executivo [...]. Nós aprovamos a tese dos princípios do SUS descentralizado com o município como ator principal. Foi aí que nós estabelecemos as regras para o SUS municipal através da unanimidade da Conferência de 92 (Entrevistado 8).

Nos anos iniciais da implantação do SUS, gestores municipais e federais do setor saúde apresentaram propostas distintas. Enquanto os primeiros defendiam a descentralização, os segundos advogavam pela manutenção da centralização. Esses foram os atores que tiveram maior protagonismo no debate nacional da política de saúde. O formato da NOB/91, que definiu o repasse direto de recursos do MS/Inamps para a prestação de serviços nos municípios,

contribuiu para desarticular os atores estaduais na gestão do SUS (SOUZA, 2003) segundo a afirmação do representante dos gestores municipais entrevistado.

Nós defendíamos a questão direta: o que era do Estado ia para o Estado, e o que era do município ia para o município. Também tinha uma certa divergência com as Secretarias Estaduais, que estavam perdendo o poder [...]. Era uma nova República, passa a ser uma Federação com três esferas de Governo (Entrevistado 8).

A ênfase na municipalização foi explicitada na Lei nº 8142 de 1990, que estabelecia o mínimo de 70% de repasse dos recursos federais aos municípios, e 50% desse vinculado a critérios populacionais (BRASIL, 1990c). A questão da municipalização como decisiva para a implantação do SUS entrou na agenda do setor. O tema da 9ª Conferência Nacional de Saúde, de 1992, foi “Saúde: municipalização é o caminho” que foi a diretriz norteadora da política de saúde a partir de 1993 (GERSCHMAN, 2004; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008; DOWBOR, 2009; LIMA, 2010).

5.2. A descentralização municipalista de 1993 a 1995

A partir do Governo Itamar, iniciado em dezembro de 1992, atores do Movimento Sanitário e defensores da municipalização, ingressaram no quadro diretivo do MS. Nesse contexto de mudança no MS e de intensa articulação do conjunto dos secretários municipais de saúde através do Conasems, constituíram-se novas regras da organização do SUS através da NOB/93 de maio de 1993 (BRASIL, 1993e, BAPTISTA, 2003; PAIM, 2008).

Essa normativa retomou o processo de descentralização territorial. Constituíram-se os mecanismos para a municipalização do sistema, que permitiram aos municípios adesão a três formas de gestão, quais sejam: Incipiente, Parcial e Semiplena. Esta última possibilitava a completa definição sobre a aplicação do conjunto dos recursos, de tal forma que, ao aderir a esta forma de municipalização, os municípios responsabilizavam-se pela contratação, auditoria e pagamento dos serviços hospitalares em seu território, mesmo que com recursos e regras federais (UGÁ et al., 2003; UGÁ & MARQUES, 2005; ARRETCHE, 2005; ARRETCHE & MARQUES, 2007).

A produção de ideias programáticas sobre a organização do sistema de saúde, em especial do papel dos gestores de saúde na relação com os prestadores de serviços, foi relevante para a construção deste processo de municipalização. A manutenção de execução de serviços hospitalares por diferentes instituições e por diferentes entes da Federação, precisou ser adequada à regra de comando único dos serviços pelos municípios.

Deste modo, os conceitos de gestão e gerência³⁰, formulados na NOB/93, foram instituídos (BRASIL, 1993e). Os gestores locais passaram a se responsabilizar pelo conjunto dos serviços prestados em seu território no caso da Gestão Semiplena (ARRETCHE & MARQUES, 2007; UGÁ & MARQUES, 2005), inclusive os serviços hospitalares que se mantinham sob gerência privada, municipal, estadual e federal. O que se considerava descentralização, no que se refere aos hospitais, era a gestão sobre essas unidades, ou seja, a realização do planejamento, cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento (ARRETCHE & MARQUES, 2005).

Além de municipalizar o conjunto dos recursos transferidos pela União para os municípios em Gestão Semiplena do Sistema, a NOB/93 estabeleceu valores financeiros máximos a serem repassados aos estados e municípios para a área hospitalar e ambulatorial (BRASIL, 1993e). No entanto, o mecanismo que tornou possível o repasse dos recursos aos municípios só foi criado em 1994 (SOUZA, 2003).

Como resultado da participação dos representantes dos Governos locais na formulação da NOB/93, institucionalizou-se a participação dos gestores de saúde dos três entes da Federação na gestão do SUS. Constituíram-se os fóruns de negociação e pactuação entre os gestores municipais, estaduais e federal, através das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Esses mecanismos modificaram o arranjo institucional do sistema e ampliaram a atuação dos gestores estaduais e municipais no processo decisório do setor saúde. As principais decisões teriam que ser negociadas e precisavam ser ratificadas por consenso nesses fóruns

³⁰ Gestão significa ação na definição, formulação, implementação, avaliação da política pública e na prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados. Gerência é definida como a administração dos serviços (BRASIL, 1993e).

(BRASIL, 1993e, SOUZA, 2003; ARRETCHE, 2005; MENICUCCI, 2005; CÔRTEZ, 2009). Os fóruns intergestores constituíram-se no espaço em que se concentravam os debates sobre a política setorial, nos quais eram realizadas as negociações entre os entes federados, demandando consenso entre as representações dos três níveis de Governo (CÔRTEZ, 2009).

Por conta da característica e da conformação do sistema, quando a NOB/93 reconheceu a existência do Conass e do Conasems, instituiu a Comissão Intergestores Tripartite, ela definiu que há um espaço de articulação para as políticas [...]. Uma função muito específica, o papel de harmonizar as relações interfederativas que se dá nesse espaço. Então, tem sim a construção da política e a aprovação da política. A deliberação da tripartite é o que determina que esta ou aquela política será efetivada (Entrevistado 11).

O regimento da NOB/93 estabeleceu a relação entre o MS e os municípios diretamente, favorecendo esse ente na organização do sistema. No final de 1994, 2400 municípios haviam se habilitado a alguma forma de gestão municipalizada. Aos estados, coube um papel menor na gestão do sistema. Municípios em Gestão Semiplena assumiam também a responsabilidade por serviços que, anteriormente, eram estaduais. Ao final de 1994, nove estados estavam habilitados, quatro em Gestão Semiplena e cinco em Parcial. Isso demonstrava que os defensores da descentralização estadualistas, integrantes do antigo Inamps e do MS, na época da organização do SUDS, foram derrotados (BAPTISTA, 2003).

Com o Inamps plenamente incorporado ao MS, os novos dirigentes propuseram a extinção do órgão, o que ocorreu de fato em 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993a; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008). Mesmo contra as resistências de prestadores privados de saúde, de grupo de conservadores e de funcionários da autarquia, a proposta tinha trânsito no Governo e foi vencedora (BAPTISTA, 2003; SOUZA, 2003; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008).

Com a extinção do Inamps, o setor hospitalar, em especial o segmento privado, considerou que teve diminuída a interlocução e a capacidade de influência sobre o executivo federal. Tradicionalmente, o setor contava com uma burocracia historicamente aliada aos seus interesses, como afirma um dos líderes do setor hospitalar:

O problema maior que nós tivemos, alguns deles persistem até hoje, foi na transição do Inamps [...]. Quando o Inamps foi incorporado ao MS, ocorreu uma série de atritos. Estava no histórico, o MS quase sempre ser dirigido por sanitaristas, e o Inamps tinha uma vocação e uma *expertise* em assistência. [A incorporação] trouxe uma série de dificuldades e problemas para a sobrevivência e estruturação da rede hospitalar, como era até então. Porque, historicamente, quem era responsável – continua sendo – pela assistência médica hospitalar do Brasil era setor privado, não era o setor público [...]. Então, a coisa ficou bem dividida (Entrevistado 2).

Pela liberdade de adesão que municípios e estados tinham, assim como pelas dificuldades financeiras do setor saúde, resultaram que apenas 24 municípios foram habilitados na Gestão Semiplena em dezembro de 1994 (BAPTISTA, 2003). Portanto, poucos eram os estados e municípios que assumiram a responsabilidade sobre os serviços hospitalares.

Nos casos em que ocorreu a municipalização semiplena, a relação com os municípios foi permeada por conflito e resistência dos hospitais. Esses, habituados à relação cartorial com o Inamps, passaram a negociar com gestores municipais, principalmente das maiores cidades, muitos deles identificados com o projeto da Reforma Sanitária (LIMA, 2010).

Em 1994, foi viabilizado o repasse direto de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais, através de Decreto Presidencial (BRASIL, 1994a). Esses repasses criaram as condições para a implantação do processo de descentralização do SUS e redundaram na maior inserção real dos gestores estaduais e municipais na negociação que definia as políticas a serem implementadas no âmbito do SUS (ARRETCHE, 2005). Isso foi atestado na declaração de um entrevistado que representava os gestores estaduais da saúde:

Um outro grande fator é a criação da modalidade da transferência automática fundo a fundo entre gestores. Isso acabou com a burocracia [...]. Caricato do tempo do INAMPS, bastaria você ter um telex, ele passava as ordens. Se acontecia, não era um problema dele, mas também, se não acontecia, eles não recebiam, então, ele mandava demais. Depois, o Ministério e os hospitais [...] tinham que conversar com os estados e com os municípios. Eles tinham que negociar (Entrevistado 5).

Os recursos financeiros referentes aos tetos de estados e municípios na condição de Gestão Semiplena e Parcial eram transferidos, mensalmente, para os

Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, respectivamente. A correção dos valores dos tetos era na mesma proporção das Tabelas básicas de remuneração de procedimentos hospitalares e ambulatoriais (SIH e SIA-SUS), e a aplicação dos recursos respeitava a categoria econômica de onde foram deduzidos do orçamento MS. Mantinha-se, assim, a centralização da definição dos recursos no Governo Federal³¹.

A destinação dos recursos, para cada Estado, foi calculada tendo como base o número de AIHs e os históricos dos valores médios pago pelas mesmas. A permanência da distribuição dos recursos entre os entes federados, conforme ocorria no Inamps, com a mesma lógica de gastos pela capacidade instalada existente, manteve as iniquidades do sistema (SOUZA, 2003). As vantagens desta alteração no financiamento hospitalar foram: permitir a definição dos valores a serem repassados fundo a fundo e a explicitação dos recursos empregados pela União na assistência hospitalar em cada território (UGÁ et al., 2003).

Concomitante à organização destas normas, houve o agravamento da crise de financiamento do setor saúde com a suspensão dos repasses dos recursos provenientes de contribuições sociais para a área da saúde, em 1993, e a diminuição dos recursos orçamentários destinados ao setor. A redução era incompatível com as novas responsabilidades constitucionais de universalização do SUS (BAPTISTA, 2003; SOUZA, 2003; ARRETCHE, 2005). A consequência foi a diminuição dos recursos e a dificuldade de financiamento para os provedores de serviços hospitalares de serviços (BAPTISTA, 2003; ARRETCHE, 2005).

A insegurança gerada pela incerteza dos repasses federais resultou em pouca adesão dos municípios ao processo de descentralização. As regras da NOB/93 eram consideradas atraentes, na medida em que a municipalização semiplena resultava em responsabilidade sobre todas as ações de saúde, e havia transferência do conjunto dos recursos federais para os municípios. No entanto, o

³¹ A Portaria nº 1.827 de 31/10/1994 determinou que a Secretaria de Assistência à Saúde, do MS, definiria os tetos financeiros de cada estado, relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS), conforme previsto na NOB/93, incluídas aí as ações de atenção básica (BRASIL, 1994g; SOUZA, 2003). As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), em cada estado, estabeleceriam os tetos financeiros das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e de cada município. Em 1995, um novo processo de definição dos tetos foi implementado. A Portaria nº 15 de 02/03/1995, estabeleceu que os tetos financeiros de cada estado seriam definidos no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite e comunicados administrativamente pela SAS às SES e CIBs (BRASIL, 1995a).

risco de insuficiência de repasses da União para implementá-las, em um contexto de diminuição do orçamento da saúde, teve como consequência a baixa adesão dos municípios nesta forma de gestão. Em 1997, quando ainda estava em operação a NOB/93, apenas 63% dos municípios tinham aderido à alguma forma de gestão, e apenas 144 à Gestão Plena de todo o sistema (ARRETCHE, 2005).

Apesar da crise financeira, com regulação da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais e com a NOB/93, iniciou-se o processo de descentralização aos municípios do sistema de saúde. Estas regras foram consideradas resultado da incidência dos atores do movimento municipalista na direção do MS, da articulação do Conasems e também do Conass na política (UGÁ et al., 2003; ARRETCHE, 2005; PAIM, 2008). A proposição dos fóruns intergestores reafirmava a influência dos atores estatais na condução da política e do sistema de saúde, a ampliação da ação e articulação dos secretários estaduais e municipais no debate, com a intenção de acompanhar as proposições e delimitar a atuação do MS.

A implantação de um fórum permanente de negociação entre as três esferas de Governo fez com que a representação dos estados – Conass – e dos municípios – Conasems – começasse a se organizar, constituindo estrutura e burocracia, assessoria tecnicopolítica, que respondesse pela qualificação da atuação desses atores na relação com os atores estatais federais. No entanto, no que tange à organização da atenção hospitalar e à qualidade da assistência oferecida, estados, municípios e suas representações nacionais não apresentaram propostas claras e articuladas.

As discussões sobre o setor hospitalar ficaram centradas no financiamento, custeio, Tabela de Procedimentos. As políticas basearam-se naquelas implementadas pelo Inamps no período anterior. Contribuíram para a manutenção na área hospitalar: 1) as políticas prévias; 2) a conservação das ideias sobre hospital como centro do cuidado, influentes sobre os gestores de saúde; 3) a organização e resistência dos hospitais e suas alianças, em especial no Congresso; e 4) a inexistência de propostas dos reformistas para essas instituições e para as políticas hospitalares.

Enquanto iniciava-se o processo de descentralização da gestão para os municípios, o setor hospitalar privado organizou-se para a resistência à

municipalização e às mudanças. Este posicionamento foi explicitado através da manifestação da Federação Brasileira de Hospitais em 1995, cuja agenda era reverter o processo de descentralização. O insucesso do movimento em questão foi atribuído à divergência no interior do próprio movimento e à fragilidade deste setor neste período (LIMA, 2010). Percebe-se, portanto, o quanto as instituições hospitalares privadas - que contavam com grande capacidade de influência sobre a política de saúde ao longo dos anos anteriores – tiveram reduzida a sua atuação sobre os processos decisórios no setor saúde. No final de 1995, não contavam com o apoio dos atores estatais do executivo federal, de tal forma que o processo de descentralização continuou.

5.3.A mudança no financiamento hospitalar: estende-se a forma de pagamento por procedimentos a todos os hospitais

Nos anos iniciais de implementação do SUS, o MS formulou um conjunto de normas para o subsistema hospitalar. O principal instrumento para tanto foram as portarias publicadas pelo MS. A Tabela 1 apresenta os dados referentes às portarias ministeriais sobre hospitais, entre 1990 e 1992, categorizadas por assunto.

Tabela 1. Categorização das portarias do MS que tratam sobre a temática hospitalar nos anos de 1990 a 1992

Tipologia	1990	1991	1992	Total	%
Subtotal gestão	4	20	29	53	30%
Estrutura do MS/Inamps	3	3		6	3%
Organização da descentralização		7	1	8	4%
Cadastro e habilitação hospitais		7	25	32	18%
Regras da alta complexidade		1	1	2	1%
Regras SIH e cadastro estabelecimentos	1	2		3	2%
Regras para hospitais			2	2	1%
Subtotal financiamento	5	26	84	115	64%
Regras do financiamento hospitalar	1	6	4	11	6%
Reajuste da Tabela e calendário de pagamento	3	8	13	24	13%
Inclusão, exclusão e alteração de procedimentos na Tabela	1	12	6	19	11%
Investimento construção/reforma e equipamentos hospitalares			61	61	34%
Subtotal outras	1	3	7	11	6%
Total	10	49	120	179	100%

Fonte: Site do Ministério da Saúde³². Elaboração da Autora

Sobre a assistência hospitalar, o financiamento foi o tema mais frequente entre os anos de 1990 e 1992 (115 portarias, 64% do total). A Tabela de Procedimentos esteve em pauta com os temas de reajuste, calendários de pagamento (24 portarias, 13% do total) e inclusão, exclusão e alteração de procedimentos (19 portarias, 11% do total). Quanto às regras de financiamento (11 portarias, 6% do total) destacou-se: a readequação do IVH, a criação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps), e a extinção de outras formas de financiamento hospitalar que não por procedimentos para os Hospitais Públicos.

Em 1992, foram publicadas portarias (61 representaram 34% das portarias totais do período) que aprovavam planos de aplicação para construção, reformas e aquisição de equipamentos hospitalares nos municípios, com recursos federais. Demonstrou-se, assim, a continuidade da política de incentivo federal à expansão e à adequação do setor hospitalar. No entanto, houve direcionamento das políticas de investimento. O número de projetos financiados para os Hospitais

³²Disponível

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>

Municipais foi maior que para os Hospitais Privados (53 do total das 61 portarias publicadas).

No tema da gestão (53 portarias, 30% do total no período), foram abordados: a estrutura do MS/Inamps (6 portarias, 3% do total); a organização da descentralização (definição dos tetos de Unidade de Cobertura Assistencial e da descentralização das AIHs com 8 portarias, 4% do total); o regramento para alta complexidade (2 portarias, 1% do total); as regras para o SIH e os cadastros de estabelecimentos (3 portarias, 2% do total); e as regras para o funcionamento dos hospitais (2 portarias, 1% do total).

Em 1990, houve o início da alteração no modo de financiamento dos Hospitais Públicos municipais, estaduais e federais. Em 1990 e 1991, foram suprimidos os convênios como forma de repasse de recursos, e o conjunto dos serviços passou a receber por procedimentos realizados. A referência para definição dos valores a serem pagos era a Tabela Nacional de Procedimentos. Os dispositivos de contratação foram os mesmos utilizados para os prestadores privados de serviços de saúde. A partir de 1991, o SAMHPS/AIH foi nomeado Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e foi estendido ao conjunto dos Hospitais Públicos como mecanismo exclusivo de remuneração/financiamento das internações hospitalares com recursos federais³³.

Os dirigentes de saúde de municípios e estados, organizados através do Conass e Conasems, foram os atores que participaram da negociação da política de financiamento hospitalar neste período. O que estava em questão era o enfrentamento do subfinanciamento dos serviços públicos, uma vez que a alta inflação do período fazia com que os recursos repassados por convênios ficassem rapidamente defasados. A Tabela de Procedimentos, utilizada para o financiamento das instituições privadas, tinha seus valores continuamente corrigidos (PAIM, 2008). Como afirma um dirigente do MS:

Tinha sido uma série de convênios com as prefeituras [...] que eram convênios com valor fechado, e com a loucura da inflação,

³³ Em 1991 extingue-se as Tabelas e modalidades de remuneração criadas em decorrência de normas anteriores que regulamentem qualquer tipo de pagamento hospitalar, vigentes até 31/12/1990 estabelece que, a partir da competência de janeiro de 1991, haveria uma Tabela única de produtos e de preços para a clientela do SUS, em nível hospitalar, de forma universal, independente da natureza jurídica e do tipo do vínculo que mantinham com o SUS (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

era um absurdo. Houve a primeira tentativa de avaliação de custo para poder estabelecer valor para repassar, só que perdeu para a inflação [...]. Há uma discussão dentro do Conass e do Conasems [...]. Os privados continuavam a ter aumento conforme a inflação. O que se negocia [...] é que comece a pagar por produção também os públicos, para ter reposição, senão, não dava para sustentar (Entrevistado 13).

A ausência de alternativas para o financiamento hospitalar resultou na reivindicação, dos próprios gestores municipais e estaduais, para a adesão aos mecanismos de financiamento do setor privado. Contribuíram para a manutenção das políticas de financiamento dos hospitais a dependência de trajetória em relação às características das políticas e instituições prévias do sistema de saúde. Entre elas, destacaram-se: a importância do setor privado na área hospitalar e suas relações consolidadas com gestores federais; as ações da burocracia do Inamps, visando a manter padrões pretéritos de financiamento e gestão; e o alto nível de estruturação no que tange aos conhecimentos, fluxos, sistemas informatizados e às rotinas do financiamento por procedimentos.

Em 1991, todos os Hospitais Privados e públicos foram equiparados, à exceção dos Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino³⁴. A iniciativa de igualar o IVH³⁵ para o conjunto dos hospitais aumentou os recursos financeiros disponíveis para a maior parte deles. Os hospitais de baixa complexidade foram os que tiveram maior elevação da remuneração, chegando à 100% de aumento. Ou seja, essa ampliação foi maior do que a que houve para os hospitais que já contavam com esses recursos (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

Ao mesmo tempo em que o pagamento por procedimentos foi estendido ao conjunto dos hospitais, indiferente da figura jurídica, o MS, em 1991, através do Inamps, modificou a sistemática de composição de custos da Tabela de Procedimentos no que tange à reposição da inflação. O reajuste passou a ocorrer

³⁴ Considerando a Portaria ME nº 375, de 04/03/1991 conceitua em seu Art. 1º o Hospital de Ensino: "...denominação aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino"; e em seu Art. 2º, o Hospital Universitário: "...é o Hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados" (BRASIL, 1991b).

³⁵ Portaria MS/SNAS nº 15 08/01/1991 define a ascensão automática mensal do Índice de Valorização Hospitalar (IVH), do menor IVH existente para o nível imediatamente acima, mês após mês, até que todos estejam equiparados ao nível 2.0 no mês de agosto de 1991. Ao mesmo tempo em que é extinto o IVH, foi criado o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária (Fideps), exclusivamente para os Hospitais Universitários, que era em um percentual sobre a receita das internações realizadas (BRASIL, 1991c)

exclusivamente por critérios de disponibilidade orçamentária (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993). Essa alteração enfrentou resistência dos representantes dos hospitais como relata um dos entrevistados deste setor:

Houve um Presidente do Inamps que tomou a iniciativa de mudar a Tabela. Alertamos o Secretário de Assistência à Saúde: não faça isso, [...] você está fazendo uma besteira com o sistema de remuneração que vai dar problema [...]. Você está jogando fora um trabalho de 15 anos de construção. Três dias depois, estava publicada a Tabela como ele queria [...]. Perdeu a referência da Tabela com a inflação. Em 1991, começou isso (Entrevistado 2).

A mudança nos incentivos e na forma de composição da Tabela foi decidida pela burocracia do MS. As medidas foram criticadas pela burocracia inampiana e pelos representantes dos hospitais (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993; SOUZA, 2003).

Na etapa inicial de implementação do SUS, ocorreu uma redução importante do volume de recursos transferidos da seguridade social para a saúde, de tal forma que, em 1991, 28% do total dos gastos da Previdência eram com o setor e, em 1992, foram 15%. A oposição ao desfinanciamento da saúde constituiu-se em pauta dos atores ligados ao Movimento da Reforma, assim como foi constante a desaprovação à redução dos valores pagos por procedimentos ao setor privado contratado pelo SUS (PAIM, 2008).

As principais críticas ao modelo que se mantinha de remuneração por procedimentos, por parte dos atores ligados à Reforma Sanitária, além do subfinanciamento, eram: 1) os mecanismos indutores da maximização e produção indevida de procedimentos; 2) a manutenção das desigualdades na distribuição de recursos, pois se baseavam na capacidade instalada existente e historicamente iníqua, e, eram definidos pelos volumes de procedimentos realizados (ARRETCHE & MARQUES, 2007).

A maior parte das organizações hospitalares do MS, do Inamps e dos Governos Estaduais foi efetivamente municipalizada. Alguns estados permaneceram com redes de hospitais próprios, apesar de, segundo a legislação, ser atribuição dos estados a execução supletiva de serviços de saúde (BRASIL 1990b). Mantiveram-se sob a gerência federal alguns hospitais, tais como: o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre – que é formado por quatro hospitais; o Instituto Nacional do Câncer, o Hospital Geral de Bonsucesso e o

Hospital dos Servidores, no Rio de Janeiro. Também houve a manutenção da gerência, a cargo das universidades, dos Hospitais Federais do Ministério da Educação.

A manutenção da rede federal própria de hospitais produziu um ator coletivo, os gestores dessas instituições, que influenciou a política hospitalar ao longo da implantação do SUS. Além dos gestores dos hospitais vinculados ao MS, esse ator coletivo era composto também pelo Ministério da Educação, diretamente interessado nos recursos financeiros provenientes da área da saúde para a manutenção dos Hospitais Universitários; e pelas universidades, interessadas na garantia de um espaço para a formação profissional. Esse subgrupo era representado nacionalmente pela direção do Ministério da Educação, pela Abrahue, pela comissão de Hospitais de Ensino da ABEM, da Associação Nacional de Dirigentes das Instituições de Ensino Superior.

A ação desse subgrupo expressou-se na política de concessão dos incentivos através do Fideps para a rede hospitalar universitária e de ensino. Esse incentivo era definido através de comissão paritária, formada pelo MS e Ministério da Educação. As políticas específicas para os Hospitais Universitários e de Ensino também foram resultado da dependência de trajetória às políticas prévias, pois mecanismos similares já existiam no período anterior (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

Os Hospitais Filantrópicos, em especial, tiveram ampliação significativa dos recursos no período pós-constitucional, conforme afirma o representante do setor hospitalar entrevistado:

Nos primeiros anos do SUS, 89, 90, 91 até 92, 93, pode-se dizer os Hospitais Filantrópicos tiveram um espaço de crescimento muito interessante. Todos aqueles indigentes que, até então, eram atendidos gratuitamente, passaram a ter, por parte do SUS, alguma forma, alguma contraprestação pelos serviços que se prestavam. Os hospitais tiveram, então, algumas melhorias de recursos que lhes permitiram crescer, se adequar em tecnologia e em meios físicos, a maioria deles (Entrevistado 1).

Entre as razões para ampliação dos recursos dos Hospitais Filantrópicos, está a reposição nos valores da Tabela e os aumentos reais dos preços até 1990, mas também a expansão do financiamento público para a assistência às populações antes não cobertas pela Previdência Social, e que, com o SUS,

constituíram-se como dever do Estado. O Estado passou a remunerar a prestação de serviços, até então realizada gratuitamente pelos hospitais à título de caridade, como será visto a seguir.

5.4. Os efeitos da política: ampliação da atuação dos Hospitais Filantrópicos e públicos na assistência hospitalar

A Tabela 2 apresenta os dados de AIHs pagas nos anos de 1989, 1990, 1991 e 1992, segundo a natureza jurídica do prestador hospitalar.

Tabela 2: AIHs pagas conforme natureza jurídica do prestador hospitalar em 1989, 1990, 1991 e 1992

Natureza	1989	% do total 1989	1990	% do total 1990	1991	% do total 1991	1992	% do total 1992	≠ em nº absoluto entre 1989 e 1992	≠ em % no período
Contratado	7.959.314	65%	6.785.351	54,0%	6.822.857	47,3%	6.817.258	44,0%	-1.142.056	-14%
Federal	0	0%	42.217	0,3%	288.001	2,0%	343.637	2,2%	343.637	714%
Estadual	2.090	0%	120.480	1,0%	1.073.167	7,4%	1.421.430	9,2%	1.419.340	67911%
Municipal	0	0%	47.121	0,4%	602.936	4,2%	919.849	5,9%	919.849	1852%
Filantrópico	3.553.864	29%	4.813.435	38,3%	4.804.430	33,3%	5.084.145	32,8%	1.530.281	43%
Universitário	678.365	6%	754.226	6,0%	820.419	5,7%	897.942	5,8%	219.577	32%
Total	12.193.633	100%	12.562.830	100,0%	14.411.810	100,0%	15.484.261	100,0%	3.290.628	27%

Fonte: Datasus

Entre 1990 e 1992, houve aumento das AIHs pagas para os prestadores federal (+714%) e municipal (+1852%). Considerando os dados de 1989 em relação à 1992, houve ampliação da participação dos Hospitais Estaduais (+67911%), filantrópicos (+43%) e universitários (+32%). A redução ocorreu apenas com os prestadores privados contratados (-14%).

A participação percentual dos hospitais, segundo a sua natureza jurídica, em relação ao total de AIHs pagas, também se alterou. Em 1989, o setor privado contratado representava 65%, os filantrópicos 29% e os universitários 6% das AIHs pagas. Em 1992, o setor privado diminuiu sua participação para 44% e os universitários mantiveram 6%. Os demais hospitais ampliaram, sendo a participação no total de AIHs pagas de 2,2% dos Hospitais Federais, 9,2% dos estaduais, 5,9% dos municipais, 32,8% dos filantrópicos.

Observou-se que a inserção dos Hospitais Públicos no formato de financiamento por AIHs teve impacto no período. Houve tanto ampliação no número absoluto de AIHs pagas aos Hospitais Públicos quanto a ampliação da participação percentual em relação ao total. A política de priorizar o setor filantrópico, operada desde o período anterior, e as vantagens econômicas de se inserirem no SUS também resultaram em ampliação do número de AIHs pagas ao setor filantrópico em relação ao período anterior.

Apesar do aumento do total de AIHs (27% e 3.290.628), houve um deslocamento entre os prestadores. O setor privado diminuiu em número absoluto as AIHs que recebia (-1.142.056), o que representou uma queda percentual de AIHs pagas (-14%) em 1992 em relação à 1989.

A diminuição da participação do setor contratado foi resultado da definição constitucional de participação prioritária do público, seguida do filantrópico, em detrimento do privado lucrativo. Além disso, favoreceu a expansão da oferta dos Hospitais Públicos, a inclusão de todos os hospitais no mesmo formato de financiamento e a descentralização da distribuição das AIHs, que eram fixadas com base populacional, para os estados e municípios. A manutenção das ideias na área hospitalar, portanto, de financiamento federal por procedimentos, estendida ao conjunto dos hospitais, propiciou a articulação dos gestores estaduais, municipais e dos Hospitais Universitários públicos com os prestadores hospitalares na busca do aumento dos valores da Tabela de Procedimentos, visto

que o conjunto dos serviços de saúde, inclusive os públicos, estava incluído neste formato de financiamento (BRASIL, 2011d).

Os Hospitais Filantrópicos tiveram ganhos com a universalização da atenção, pois seus atendimentos passaram a ser remunerados. Por outro lado, a descentralização da distribuição das AIHs permitiu que, em cada território, os gestores municipais e estaduais pudessem optar por priorizar seus hospitais próprios. Este cenário aponta que foram os Hospitais Privados os que tiveram a maior redução na inserção do SUS, mesmo que mantida parte das ideias programáticas que eles defendiam para o setor de provisão hospitalar.

5.5. A extinção do Inamps: novas rotinas e fluxos para a área hospitalar

A Tabela 3 apresenta os dados acerca das portarias do MS para a temática hospitalar no período de 1993 a 1995.

Tabela 3. Categorização das portarias do MS que tratam da temática hospitalar nos anos de 1993 a 1995

Tipologia	1993	1994	1995	Total	%
Subtotal gestão	52	70	53	175	52%
Estrutura do MS/Inamps	2	11		13	4%
Organização da descentralização	4	2	5	11	3%
Cadastro e habilitação hospitalar	39	52	47	138	41%
Regras da alta complexidade	5	2		7	2%
Regras SIH e para o cadastramento de estabelecimentos		1		1	0%
Regras para hospitais	1	2	1	4	1%
Regras para hospitais psiquiátricos	1		2	3	1%
Política para população específica				0	0%
Subtotal financiamento	88	51	13	152	45%
Regras do financiamento hospitalar	5	10	9	24	7%
Definição de tetos físicos e financeiros estados/municípios		29	1	30	9%
Reajuste da Tabela e calendário de pagamento	11	5	1	17	5%
Inclusão, exclusão e alteração de procedimentos na Tabela	3	3	1	7	2%
Concessão de IVH – E/habilitação hospital urgência e emergência			1	1	0%
Investimento construção/reforma e equipamentos hospitalares	69	2		71	21%
Subtotal outras	3	2	1	6	2%
Total	143	123	69	335	100%

Fonte: Site do Ministério da Saúde. Elaboração da Autora

No tema da gestão (175 portarias, 52% do total de portarias no período) foram abordadas: a estrutura do MS/Inamps (13 portarias, 4% do total); organização da descentralização (definição dos tetos financeiros e da descentralização das AIHs com 11 portarias 3% do total); a regulação da alta complexidade (7 portarias, 2% do total); regras para os hospitais (4 portarias 1% do total), entre elas, para urgência e emergência; normas para funcionamento do SIH e para o cadastramento de estabelecimentos (1 portaria) ; normas gerais para hospitais e hospitais psiquiátricos (3 portarias, 1% do total); e cadastro e habilitação dos hospitais (138 portarias, 41% do total). Este último foi o tema que teve maior preponderância no período.

Diferente do período anterior – em que o tema financiamento contou com o maior número de portarias – no somatório do período de 1993 a 1995, houve predominância do tema gestão (52% do total). Contribuiu para isto o fim das

portarias de repasse de recursos de investimento para hospitais e a diminuição da inflação, a partir do Plano Real em 1994. Deixaram de existir a reposição e o aumento sistemático da Tabela de Procedimentos.

Quanto às regras de financiamento (24 portarias, 7% do total), destacaram-se as alterações do Fideps. Iniciou-se também a publicação dos tetos financeiros dos estados e municípios (30 portarias, 9% do total).

No momento anterior a sua extinção, o Inamps regulava a prestação de serviços, a partir do controle dos contratados e credenciamentos, quantidade e preço dos procedimentos pagos, tal qual no período anterior (MATOS & POMPEU, 2003), conforme afirma o entrevistado representante dos gestores estaduais:

Os hospitais tinham contrato, quando tinham, com o Ministério, que era um contrato, nem era escrito, era de tradição. Mandava a produção, quem credenciava era o Inamps dentro do Ministério. Então, assim, você pensar o que foi acabar com o Inamps, o poder que tinha, o poder normativo (Entrevistado 5).

A partir de 1992, assumiram o MS gestores vinculados ao Movimento Sanitário que defendiam o aprofundamento da Reforma, segundo afirma o representante do setor hospitalar entrevistado:

Quando entrou o Itamar, mudou o Governo para sanitarista por excelência. Pensando em atenção primária, começou a dar uma outra conotação. Nós tínhamos um diálogo muito bom, nessa época na Federação Brasileira de Hospitais ainda, [...] nós conseguíamos fazer alguma coisa no sentido de que podia se manter e se expandir a assistência ambulatorial, atenção básica, mas mantendo os hospitais vivos (Entrevistado 2).

Apesar desse ideário, os dirigentes do Ministério assumiram posição de conciliação em relação às demandas por financiamento dos hospitais. Isso contribuiu para diminuir a pressão dos representantes dos hospitais, o que fica expresso no relato do entrevistado gestor do MS:

[Em 1992] havia um grande problema de inflação. Nós conseguimos uma certa paz com o setor privado, nessa época, porque houve uma decisão do Ministro da Saúde. Havia um acerto, que, automaticamente, toda inflação do mês nós colocávamos na Tabela. Então, isso tirou o sobressalto. Os caras são sérios, os caras prometem e eles conseguem (Entrevistado 14).

Em um contexto de crise financeira e resistência dos quadros burocráticos do Inamps, a atuação inicial dos reformistas que ingressaram na direção do MS, a partir de 1992, restringiu-se a criar mecanismos de controle do pagamento dos prestadores hospitalares nos sistemas de informação, para evitar fraudes. Exemplos destes mecanismos foram: ampliação da informatização do processo de informação e faturamento da prestação de serviços³⁶, definição de novas regras de informação sobre os serviços³⁷, descentralização dos processos burocráticos de pagamento dos hospitais aos estados e municípios³⁸ e propostas de publicização das informações de serviços prestados e pagamento aos usuários³⁹.

Os dirigentes do MS reconheciam que os dispositivos para controlar os prestadores de serviços tinham pouca eficiência para evitar o superfaturamento, conforme afirma o representante do MS entrevistado:

O que a gente conseguiu nessa época foi colocar críticas no DATASUS para glosar fraudes usuais. Mas, para cada mecanismo criado, se criava outro mecanismo de fraude junto (Entrevistado 14).

Há que se considerar que alguns militantes do Movimento Sanitário, que tiveram vínculo com o Inamps, tinham uma posição crítica à acusação de que era o formato de financiamento dos hospitais o responsável pelas distorções do SUS. Defendiam que novas práticas fossem baseadas nas experiências acumuladas e

³⁶ A Portaria nº 254 de 16/04/1992 estabelece a sistemática para apresentação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em meio magnético pelos hospitais do SIH-SUS para fins de processamento (BRASIL, 1992b). A Portaria nº 52 de 22/06/1995 implanta o Programa de Gestão Financeira de AIH (PGFAIH) (BRASIL, 1995d). A Portaria nº107 de 18/09/1995 recomenda a utilização do PGFAIH para o bloqueio de AIHs que apresentem algum desvio relativo a valor médio, indicação de utilização de procedimentos ou procedimentos especiais não compatíveis (BRASIL, 1995f).

³⁷ Portaria nº 133 de 09/08/1994 aprova o modelo da Ficha de Cadastro Ambulatorial (FCA), do Sistema de Informações do SUS (SIA/SUS) e aprova as Tabelas: tipo de unidade, caracterização do prestador, turno de atendimento, fluxo da clientela, códigos de serviços, classificação de serviços e atividade profissional (BRASIL, 1994f).

³⁸ Através da Portaria nº 357 de 28/08/1992, é delegada às Secretarias Estaduais de Saúde a responsabilidade pela recepção e validação dos dados das AIHs geradas e apresentadas em meio magnético (BRASIL, 1992c). A Portaria nº 30 de 24/04/1995 define que os gestores estaduais e/ou municipais (nos casos de municípios em Gestão Semiplena) deverão encaminhar as fichas cadastrais de hospital (FHC) e fichas cadastrais de terceiros (FCT) do SIH/SUS (BRASIL, 1992c).

³⁹ A Portaria nº 74 de 04/05/1994 resolve que os pacientes internados nas unidades hospitalares do SUS (públicas, universitárias, filantrópicas e lucrativas) devem receber demonstrativos dos pagamentos do SUS (BRASIL, 1994d).

resistiam à ameaça de substituição desse modelo de financiamento (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

No entanto, a posição majoritária dos reformistas, desde o início da implantação da SUS, era pelo fim do Inamps e sua incorporação plena no MS, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. Em 26 de outubro de 1993, o MS publicou uma portaria que transferiu para os estados e municípios a responsabilidade pela contratação dos prestadores privados de saúde (BRASIL, 1993h; POMPEU, 2004).

A norma explicitou a competência dos municípios e, supletivamente, dos estados, em gerir serviços de atendimento à saúde da população. Estabeleceu, ainda, que não cabia à União gerir a execução de serviços de atendimento individualizado. Definiu que deveriam ser celebrados contratos de direito público, entre os estados e municípios e o setor privado, de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicos, que definissem com clareza e precisão as condições pactuadas para execução de serviços. Reafirmou-se o comando único sobre a prestação de serviços e a participação complementar da iniciativa privada condicionada à insuficiência das disponibilidades públicas para garantir a cobertura assistencial necessária. A partir daí, iniciou-se o processo da construção, nos municípios e estados, de dispositivos de contratação e regulação da prestação dos serviços hospitalares com criação de centrais de marcação de consultas e de leitos hospitalares (POMPEU, 2004; LIMA, 2010).

Tais dispositivos limitavam a autonomia dos hospitais, na medida em que os gestores locais poderiam definir os critérios que orientavam os tipos e as quantidades de serviços a serem ofertados. Experiências locais foram sendo progressivamente incorporadas, e serviram de modelo para políticas da área hospitalar (MENICUCCI, 2005; OLIVEIRA, 2010).

Outro resultado foi uma mudança na configuração das relações entre atores estatais e societários representantes dos hospitais. Anteriormente, apresentavam duas demandas e propostas ao executivo federal e passaram a atuar junto aos executivos e legislativos municipais e estaduais e nos fóruns de controle social, como explicita o representante do setor hospitalar entrevistado:

Passamos a ter participações permanentes ou muito intensas junto ao Conselho Municipal de Saúde, relacionamento com o Município [...], a partir da Gestão Plena em 1995. No [...] Conselho

Estadual da Saúde, [...] com alguma presença e um relacionamento muito intenso com a Secretaria da Saúde do Estado, participações permanentes na Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa (Entrevistado 1).

Houve também uma rearticulação no subgrupo que representava os Hospitais Universitários e de Ensino, segundo afirmação do entrevistado representante dos hospitais:

Em 93 [...], foi discutido que [a Abrahue] realmente precisava ser retomada, porque era uma instância interessante, importante até para a sociedade civil organizada, que representaria os hospitais nesse tripé – ensino, pesquisa e assistência [...]. Inicialmente, com 39 hospitais e depois aumentou, foi para cento e tanto. Então, teve um papel muito importante a partir daí (Entrevistado 7).

Apesar das dificuldades de financiamento, o privilegiamento dos Hospitais Universitários e de Ensino se manteve. Em fevereiro de 1993, o adicional de Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps) foi alterado. Estabeleceu-se a elevação automática no prazo de seis meses do adicional sobre a receita das internações realizadas nos Hospitais Universitários, sendo que os Hospitais com Fideps de 0% passaram a ter 25%; de 25%, 50%; e de 50%, 75%. A concessão do Fideps passou a ser condicionada à apresentação de parecer emitido pelo gestor do SUS, municipal ou estadual, e por um representante do Ministério da Educação (BRASIL, 1993i). Para obter a habilitação e receber o Fideps, os hospitais deveriam seguir normativas ministeriais, referentes ao planejamento, às rotinas e à avaliação.

A priorização dessas organizações foi resultado da dependência de trajetória de políticas promovidas desde a década de 1970, mas foi também resultado da ação do ator coletivo que defendia os interesses dos Hospitais Universitários e de Ensino, que articulava os dirigentes desses hospitais, das universidades e do Ministério da Educação. Contribuiu ainda para isso a posição assumida pelos dirigentes do MS, a partir de 1992, de priorizar os Hospitais Públicos, filantrópicos e aqueles considerados como referência “terciária”⁴⁰ para o sistema. Eram exatamente os Hospitais Universitários e de Ensino públicos e

⁴⁰ Referência terciária significa o maior nível de complexidade da assistência à saúde. São áreas que demandam mais tecnologia e são fortemente especializadas (MATTA & MOROSINI, 2008).

filantrópicos que respondiam pelo atendimento hospitalar de maior complexidade, sendo referência nos estados e nas regiões do país.

Em 1995, surgiu o tema da acreditação hospitalar, como critério para avaliação da qualidade e eficiência das instituições. Fruto de recomendações de agências internacionais defensoras dessas ideias no Brasil, o MS criou o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS)⁴¹. Também foram exemplos de medidas gerencialistas as novas regras em relação às rotinas e aos fluxos de distribuição de AIHs aos estados e municípios⁴². Essas medidas foram baseadas na Teoria Geral da Administração que tinha como orientação o paradigma funcionalista sistêmico (JORGE, 2002). As soluções para a crise hospitalar estavam no enfrentamento da insuficiência gerencial.

O MS ampliou as normas e regras para a regulação e gestão do financiamento dos prestadores de serviços hospitalares, especialmente relacionadas aos procedimentos de alto custo e complexidade⁴³. As novas regras foram para as áreas de cirurgia cardiovascular e implante de marcapassos, transplante de órgãos, atendimento ao câncer, oftalmologia, cardiologia e lesões labiopalatais. À exceção da última, esse regramento dá continuidade à política prévia⁴⁴. A novidade foi a participação de gestores estaduais e municipais no credenciamento dos serviços de alta complexidade e custo. No caso da Gestão Semiplena, passaram a ser os responsáveis pelo processo administrativo e de vistoria dos serviços que solicitavam credenciamento no SUS. No entanto, a decisão permaneceu centralizada no MS.

⁴¹ Portaria nº 1.107, de 14/06/1995, que criou a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade que, ao longo da década, produziu documentos, regras e organizações que abordaram esta temática (BRASIL, 1995c).

⁴² A Portaria nº 15 de 02/03/1995 estabelece novo limite máximo de AIHs a serem distribuídas mensalmente a cada estado. No total, houve redução para 9% de cobertura assistencial anual, ou seja, de 0,1 AIH/HAB/Ano, passou-se a 0,09 AIH/HAB/Ano (BRASIL, 1995a).

⁴³ Portaria nº 360 de 04/09/1992 (BRASIL, 1992d). Portaria nº 48 de 24/03/1993 e nº 67 de 06/05/1993 (BRASIL, 1993b, 1993d). Portaria nº 66 de 06/05/1993 (BRASIL, 1993c). Portaria nº 73 de 26/05/1993 (BRASIL, 1993f). Portaria nº 96 de 28/07/1993 (BRASIL, 1993g). Portaria nº 62 de 19/04/1994 I (BRASIL, 1994c). Portaria nº 130 de 03/08/1994 (BRASIL, 1994e).

⁴⁴ Em 1986, passa a existir o processo de acreditação diferenciada dos hospitais, no que diz respeito aos procedimentos de alto custos. São criados o Sistema Integrado de Cirurgia Cardiovascular (SICV) e, posteriormente, o Sistema Integrado de Controle do Câncer (SICC), o Sistema Integrado de Assistência ao Renal Crônico e Transplante (SICTRANS), o Sistema Integrado de Reabilitação e Traumatologia-Ortopedia (SIRTO) e o Sistema Integrado de Oftalmologia (SIOF) (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993).

A organização de “sistemas de alta complexidade”, em continuidade aos sistemas integrados de alto custo, contribuiu para manter a diferenciação no formato de provisão dos serviços hospitalares, induzindo à distinção das organizações hospitalares pelo tipo de assistência que ofereciam. Para alguns procedimentos considerados de alta complexidade, houve a correção da remuneração, de tal forma que foram consideradas adequadas e até lucrativas pelos prestadores hospitalares. A média complexidade, um conjunto de procedimentos que eram os mais frequentes, teve defasagem em sua remuneração, conforme fica expresso no trecho da entrevista do representante do setor hospitalar:

A inadequação do financiamento é especialmente na área da média e baixa complexidade. Esse é o problema do SUS. Na alta complexidade, até que existiram e existem, ao longo dos tempos, adequações. Se tu pensares em cardiologia, neurocirurgia, transplantes, a própria oncologia, são áreas que, sob o aspecto do financiamento, têm um certo equilíbrio entre custos e receitas e, em alguns casos, até alguma margem de resultados (Entrevistado 1).

Isso teve como consequência a segmentação da oferta de serviços e das clientelas nos hospitais (SANTOS & GERSCHMAN, 2004), segundo o relato do representante do setor hospitalar entrevistado:

Vai criando nichos específicos para atender àqueles tipos de patologia [de alta complexidade]. Agora você não cria mais nichos específicos para atender à clínica médica, atender à pediatria e parto (Entrevistado 2).

As políticas de incentivo para áreas específicas do atendimento hospitalar, além da alta complexidade e dos Hospitais Universitários e de Ensino, foram iniciadas neste período. Também foram criados, em 1995, o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), e a habilitação de hospitais materno-infantis que se adéquam a critérios estabelecidos pelo MS (BRASIL, 1995e). Ambos pressupunham a solicitação de habilitação, com avaliação do MS, e representavam ampliação nos recursos financeiros dos hospitais. Essas iniciativas introduziram políticas de financiamento hospitalar com base na segmentação dos prestadores.

A criação do incentivo aos serviços de emergência (IVH-E) foi discutida no Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada na Comissão Intergestores Tripartite.

Cabia aos gestores estaduais e municipais, com análise e discussão na Comissão Intergestores Bipartite estadual, determinar que hospitais receberiam e quais seriam os valores (BRASIL, 1995e).

A mesma Portaria Ministerial incluía mecanismos de indução da organização e regulação do sistema de emergência. Para se candidatar ao recebimento dos recursos, era preciso que os gestores municipais e estaduais apresentassem um projeto para o atendimento de urgência e emergência, bem como organizassem e gerenciassem centrais de internação. Os hospitais eram obrigados a aderir ao Sistema da Central de Vagas e Internação, colocando de imediato à disposição desta no mínimo 20% de sua capacidade operacional (leitos), mediante formalização por Termo de Compromisso firmado com o gestor do SUS (BRASIL, 1995e).

Os tipos de hospitais com financiamento majorado, ensino, urgência e emergência e cuidado materno-infantil, foram os mesmos privilegiados em períodos históricos anteriores. Os serviços de urgência e emergência, chamados de socorros públicos, existiam no Império, vinculados aos municípios, e o Serviço de assistência médica de urgência nos IAPs. O cuidado materno-infantil e a formação de profissionais de saúde também contaram com políticas específicas.

5.6. Diminuição das internações hospitalares pelo SUS e ampliação da participação dos Hospitais Municipais, de Ensino e Universitários

A Tabela 4 apresenta os dados de AIHs pagas nos anos de 1993, 1994 e 1995, segundo a natureza jurídica do prestador hospitalar.

Tabela 4: AIHs pagas conforme natureza jurídica do prestador hospitalar em 1993, 1994 e 1995

Natureza	1993	% do Total 1993	1994	% do Total 1994	1995	% do Total 1995	≠ em nº absoluto entre 1993 e 1995	≠ em % no período
Contratado	6.574.307	42%	6.306.052	41%	5.270.630	40%	-1.303.677	-20%
Federal	255.230	2%	157.317	1%	145.896	1%	-109.334	-43%
Estadual	1.562.568	10%	1.389.231	9%	1.262.026	10%	-300.542	-19%
Municipal	1.084.672	7%	1.198.379	8%	1.166.737	9%	82.065	8%
Filantropico	5.084.144	33%	4.843.993	32%	3.941.104	30%	-1.143.040	-22%
Universitário	1.055.454	7%	1.469.781	10%	1.484.955	11%	429.501	41%
Sindicato	705	0%	2.573	0%	3.716	0%	3.011	427%
Total	15.617.080	100%	15.367.326	100%	13.275.064	100%	-2.342.016	-15%

Fonte: Datasus

Entre 1993 e 1995, houve diminuição das AIHs pagas para os prestadores contratados (-20%), federais (-43%), estaduais (-19%) filantrópicos (-22%). Houve aumento dos universitários (41%) e municipais (8%), e ampliação da participação de hospitais de sindicatos (427%).

A participação percentual dos hospitais, segundo sua natureza jurídica, em relação ao total de AIHs pagas, também se alterou. Em 1993, o setor privado contratado representava 42 %, os federais 2%, os municipais 7%, os filantrópicos 33% e os de ensino 7% das AIHs pagas. Em 1995, o setor privado diminuiu sua participação para 40%, os federais para 1%, e os filantrópicos para 30%. Os municipais ampliaram para 9% e os universitários para 11%. Houve manutenção dos Hospitais Estaduais em 10% na participação no total de AIHs pagas.

Observou-se que, à exceção dos Hospitais Municipais (82.065) e universitários (429.501), houve diminuição no número absoluto de AIHs pagas em todos os demais hospitais. Ocorreu também diminuição do total de AIHs (-15% e -2.342.016). O setor privado contratado diminuiu em número absoluto as AIHs que recebiam (-1.303.677) e também percentual de AIHs pagas (-20%).

A diminuição da participação dos Hospitais Filantrópicos, Federais e Estaduais no total de AIHs pagas pelo SUS, foi em parte explicada pela alteração da regra do Fideps. Esta tornou possível que as instituições com essa natureza jurídica fossem consideradas universitárias. Os Hospitais Universitários e de Ensino tiveram um aumento em números absolutos e relativos de AIHs pagas no período.

No entanto, houve diminuição do total das AIHs pagas aos setor privado lucrativo em 1995, se comparado a 1992, movimento que já fora observado no período anterior. A descentralização das AIHs, com a deliberação sobre a distribuição das mesmas para os serviços sendo realizada pelos estados e municípios, teve como consequência a priorização dos Hospitais Municipais em detrimento dos privados na alocação das internações.

Entretanto, a reorganização do subsistema hospitalar, e mesmo a descentralização de sua gestão, foi dificultada pela crise de subfinanciamento do setor saúde, que se agravou a partir de 1993. A crise financeira acarretou atrasos de pagamentos, a não reposição da inflação e a defasagem nos preços da Tabela de Procedimentos. Isso teve consequências sobre os prestadores hospitalares, conforme afirma o entrevistado representante deste setor, pois a provisão de serviços era

financiada através do orçamento federal e, em sua maior parte, ainda era efetivamente paga pelo MS.

A partir 93, 94, nós sentimos que tinha uma estagnação de recursos para o financiamento do SUS, principalmente o recurso federal [...]. Dentro das políticas de descentralização, houve uma transferência muito intensa de responsabilidades aos estados e municípios que começaram a investir mais em saúde. A União, por sua vez, estagnou [...] tanto as políticas quanto os recursos. Esses hospitais têm como base a contraprestação da assistência SUS mantida pela União, e começaram a sentir as restrições orçamentárias (Entrevistado 1).

Conforme entrevistados representantes do setor hospitalar (Entrevistados 1, 2 e 7), a insuficiência de recursos financeiros no setor saúde teve como principais consequências no subsistema hospitalar: o afastamento dos dirigentes do MS da representação do setor hospitalar; o endividamento destas instituições e a diminuição de oferta de serviços ao SUS; as fraudes na construção das faturas a serem apresentadas; a diminuição de leitos e unidades hospitalares; e o redirecionamento dos atendimentos para os planos e seguros de saúde, em expansão no período, e para a assistência de alta complexidade do SUS.

Os hospitais optaram por buscar financiamento junto aos seguros de saúde, inclusive alguns criaram os seus próprios planos. Em especial entre os Hospitais Privados, houve descredenciamento do SUS; em outros casos, diminuição da capacidade instalada dedicada ao sistema. Essa foi a opção principal dos Hospitais Filantrópicos, que mantiveram a oferta nas ações melhor remuneradas (LEUCOVITZ & PEREIRA, 1993; DUARTE, 1999; GERSCHMAN & SANTOS, 2006; MENICUCCI, 2007).

O deslocamento da pressão da representação dos Hospitais Privados e Filantrópicos para estados e municípios não surtiu efeito na definição dos tipos de hospitais a serem privilegiados. Gestores estaduais e municipais priorizaram os seus serviços na distribuição dos recursos. Diminuiu, assim, a necessidade de aportes de financiamento próprio nos hospitais sob sua responsabilidade. Inseriram-se novos interesses e novos atores no processo decisório da alocação dos recursos federais no subsistema hospitalar. estados e municípios ampliaram sua capacidade de participação nas decisões sobre a alocação de recursos financeiros, embora o executivo federal permanecesse como o principal decisor.

A política de redução de AIHs também foi resultado da presença de reformistas na direção do MS e da ampliação da participação do Conasems e Conass na condução

da política. Estes compartilhavam a orientação de desospitalização da assistência à saúde e direcionamento dos recursos para a atenção básica, como será visto a seguir.

6 A Descentralização Municipalista: a Ênfase na Atenção Básica entre 1996 e 2000

A partir de 1996, entrou na agenda setorial a reformulação das regras de municipalização do sistema de saúde. Estas foram amplamente discutidas com o Conass e o Conasems, organizações que representavam os gestores estaduais e municipais de saúde. Os grupos de dirigentes do MS, que se sucederam ao longo do período, compartilhavam a crença na importância da atenção básica para a constituição do SUS. Entretanto, grupos dirigentes do MS em diferentes subperíodos, entre 1996 e 2000, tinham concepções divergentes sobre o papel do Estado na relação com os prestadores de serviços de saúde privados e públicos, como será visto neste capítulo. No período, a municipalização acelerou-se. As políticas de saúde priorizaram a atenção básica e vieram a acentuar a fragmentação dos serviços, marcadamente da organização dos cuidados oferecidos nos hospitais (BAPTISTA, 2003; ARRETCHE, 2005).

6.1. A Norma Operacional Básica de 1996 e a operacionalização da municipalização do sistema de saúde

A NOB/96, publicada através da Portaria nº 2203, em novembro de 1996, além de manter a possibilidade de um município permanecer com seus serviços não municipalizados, estabeleceu dois formatos de habilitação para aqueles que aderissem à municipalização, quais sejam: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema. Os estados que optassem por participar teriam a Gestão Avançada ou a Gestão Plena do Sistema (BRASIL, 1996e; SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003; UGÁ & MARQUES, 2005). A Gestão Plena do Sistema possibilitava a gestão do conjunto da prestação de serviços e do sistema de saúde em seu território.

A NOB/96 também apresentava regramentos sobre a organização do cuidado em saúde. Esta norma estabelecia como instrumento de planejamento, a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Essa era uma ferramenta de pactuação entre os gestores de saúde dos três níveis da Federação para definição de competências e para distribuição dos recursos, a partir da base municipal. Buscava reforçar a necessidade de cooperação técnica e financeira dos estados e da União com os municípios, e as

relações intermunicipais. Estabelecia as responsabilidades assistenciais de cada ente da Federação na atenção à saúde, visando à estruturação de um sistema regionalizado e hierarquizado, conforme preconizado constitucionalmente (SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003). A PPI era o instrumento utilizado para a definição dos recursos financeiros da União a serem repassados aos estados e municípios. A proposta da NOB/96 era ampliar a autonomia destes entes federados na organização do sistema.

O processo de municipalização e de mudança de modelo de atenção teve como principal estratégia o Piso Assistencial Básico, estabelecido na NOB/96. Foram definidos recursos *per capita* a serem repassados aos municípios que aderissem à alguma modalidade de gestão. Ao romper com a tradição de pagamento por serviços realizados, instituiu-se a primeira grande mudança no formato de financiamento federal do SUS. A regra que implantava o Piso Assistencial Básico também estabelecia que os recursos federais transferidos para estados e municípios seriam subdivididos entre o custeio da assistência em Atenção Básica e custeio da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003; ARRETCHE, 2005; UGÁ & MARQUES, 2005; ARRETCHE & MARQUES, 2007).

A implementação do Piso Assistencial Básico, previsto na NOB/96, ocorreu de fato em 1998, através da Portaria do MS nº 2.121 (BRASIL, 1998). No entanto, a Portaria adotou o conceito de Piso de Atenção Básica, o que significou a restrição da abrangência do conceito original. No primeiro caso, buscava-se romper com a lógica piramidal de complexidade e ampliar a autonomia dos municípios na utilização dos recursos financeiros. Ao limitar a utilização dos recursos a um conjunto de procedimentos de atenção básica, a proposta foi desvirtuada. Ela induzia à condução das políticas nos locais a partir das definições centrais, assemelhando-se às propostas de cesta básica de serviços preconizada pelas agências internacionais, marcadamente o Banco Mundial (JORGE, 2002; BAPTISTA, 2003). Entre 1996 e 1998, a atenção básica e sua organização ocuparam o centro do debate público sobre a atenção à saúde nacionalmente, tanto do MS quanto do Conass e Conasems (SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003; ARRETCHE, 2005; UGÁ & MARQUES, 2005; ARRETCHE & MARQUES, 2007).

A NOB/96 definiu os tetos de média e alta complexidade, distinguindo estes tipos de atenção das demais áreas do SUS. Houve uma diferenciação entre a atenção básica e a atenção de média e alta complexidade, o que contribuiu para a fragmentação da organização dos serviços. A NOB/96 não apresentou alterações

relevantes na estrutura de financiamento do setor hospitalar, mantendo o formato de pagamento de procedimentos (BAPTISTA, 2003; SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003).

No processo de operacionalização da NOB/96, houve a fragmentação em diversos fluxos de distribuição de recursos financeiros para estados, municípios e prestadores de serviços, no que dizia respeito à atenção ambulatorial e hospitalar. O MS, com maior poder sobre o sistema de saúde, manteve centralizadas as definições sobre o que seria financiado. As transferências automáticas para os estados e municípios, com base populacional instituídas pela NOB/96 eram destinadas - "carimbadas" no jargão da área - para a aplicação em áreas específicas. Isso estabelecia a exigência de adoção de certas políticas e práticas, para que os municípios recebessem as transferências, o que representou uma autonomia limitada dos Governos locais para a tomada de decisão sobre a utilização dos recursos financeiros (BAPTISTA, 2003; ARRETCHE, 2005). O processo de fragmentação da distribuição dos recursos, com diversas formas e critérios de repasses, foi questionado pelos atores defensores da descentralização. Isso foi considerado um empecilho para os pactos federativos de implantação efetiva do SUS e para a organização dos sistemas de saúde nos estados e municípios (BAPTISTA, 2003; SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003).

O subfinanciamento e a contenção de recursos para a política de saúde contou com a resistência de diversos atores, societários e estatais, do setor saúde. A pressão resultou na criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF) aprovada através da Lei nº 9311, de outubro de 1996 (BRASIL, 1996a). A CPMF tinha a intenção de aumentar os recursos financeiros do setor. A articulação desses mesmos atores colocou, na agenda pública, uma Proposta de Emenda Constitucional que definia as responsabilidades mínimas com o financiamento em saúde da União, dos estados e municípios (SOUZA, 2003; UGÁ & MARQUES, 2005; PAIM, 2008).

Houve efetivamente um processo de descentralização ao longo da década de 1990. Ocorreu a municipalização da atenção básica e a ampliação dos municípios com Gestão Plena do Sistema. Em 2000, havia 4854 municípios em Gestão da Atenção Básica e 496 municípios em Gestão Plena do Sistema (ARRETCHE, 2003, 2005).

No entanto, a descentralização, através da municipalização, ocorreu principalmente na gestão da atenção básica; na atenção hospitalar, permaneceu reduzida à participação dos municípios. Apenas 10% deles estavam habilitados para

fazer a gestão da rede hospitalar privada, que representava a maior parte das instituições do SUS (ARRETCHE & MARQUES, 2007).

O mesmo processo de adesão à gestão descentralizada do sistema, que se observava nos municípios, não ocorreu nos estados brasileiros. Em 2000, apenas oito estados recebiam repasses de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (BAPTISTA, 2003). Percebe-se, portanto, a característica municipalista do sistema, em que gestores estaduais da saúde tinham um papel de menor destaque. Eram os gestores municipais os atores estatais com maior incidência sobre a definição das políticas de saúde e sobre a gestão do sistema, ao lado e hierarquicamente abaixo dos gestores federais, que centralizavam recursos financeiros e políticos no sistema. Os municípios detiveram de fato, o poder de comando único sobre os serviços prestados em seus territórios, no caso da municipalização plena do sistema, inclusive sobre os Hospitais Estaduais situados em seu território (UGÁ et al., 2003), conforme afirma o entrevistado, representante dos gestores municipal:

Muitas vezes, o Estado tinha um hospital. Estava na minha área? Eu recebia o dinheiro e pagava o hospital do Estado como meu prestador. A princípio, chegava para o município que fazia todos os contratos [...], mas era a minoria dos municípios (Entrevistado 14).

Entretanto, a gestão sobre a rede hospitalar permanecia centralizada na União na maior parte dos municípios. Segundo relato do representante dos gestores estadual, apresentado abaixo,

[...] a relação do Ministério era com o hospital. Havia negociação sobre quando vai pagar. A produção era passada direito para o Ministério. Não passava por Secretaria Municipal e nem Estadual. Então, naquela época, as Secretarias administravam os seus serviços; não tinham nenhuma preocupação com a rede, apenas os municípios com Gestão Plena. Então, a unificação que está prevista na 8080, que é o comando único ou a direção única em cada nível de Governo, que eu acho que se consolidou mais tardiamente (Entrevistado 5).

Não há dúvida de que as políticas de saúde nos anos 1990 enfatizaram a atenção básica. Isso se expressa nas prioridades de financiamento federal no SUS. No período anterior à implementação do SUS, a maior parte dos recursos estavam alocados no atendimento hospitalar. Em 2000, apenas 43% dos gastos do MS estavam destinados a esse tipo de atenção. Identifica-se, portanto, uma reversão importante no modelo hospitalocêntrico tão criticado, e ainda, neste momento, considerado hegemônico no sistema. Outro aspecto é que 37% das despesas ambulatoriais neste

ano foram alocadas na atenção básica, e não em cuidados especializados, havendo, portanto, o redirecionamento dos recursos (UGÁ et al., 2003).

Desde a sua expansão nos anos 1970, a atenção básica foi predominantemente oferecida por provedores públicos, na maior parte dos casos em unidades municipais e estaduais. A oferta de serviços hospitalares, em contraste, desde os anos 1970, era principalmente privada. O MS e os integrantes do Movimento Sanitário tinham pouco conhecimento sobre as características dos cuidados hospitalares ofertados. Historicamente, a posição do Movimento fora de crítica ao modelo “hospitalocêntrico” e não propositiva, no sentido de analisá-lo e propor um novo modo para a sua organização (ARRETCHE, 2005; ARRETCHE & MARQUES, 2007).

As estratégias de descentralização adotadas foram insuficientes para articular a construção de regiões de saúde. A descentralização foi marcada pela transferência vertical das responsabilidades da atenção à saúde do MS para os municípios. Houve o esvaziamento do papel coordenador dos estados e a perda das competências técnicas acumuladas na esfera estadual (FERLA, CECCIM, PELEGRINI, 2003; NASCIMENTO, 2007; TREVISAN, 2007; MACHADO, 2009; BARRIOS, 2010; LIMA, 2010; LIMA et al., 2012).

Esse processo de municipalização autárquica foi caracterizado mais pela delegação de responsabilidade, do que pela transferência de poder a estados e municípios; e pela busca de racionalização da prestação dos serviços, de controle dos custos, do que pelo objetivo de construir regiões de saúde resolutivas. Formavam-se diversos “sistemas locais isolados”. Isso, por vezes, resultou em conflito entre os municípios, na medida em que tentavam limitar a demanda proveniente das cidades vizinhas. O resultado foi o isolamento dos municípios na busca de soluções para as demandas e necessidades em saúde, a manutenção da inequidade, com pouca participação dos estados, e a fragmentação e desorganização na oferta e no acesso de ações e serviços de saúde (MENDES, 2001, 2001a; TREVISAN, 2007; NASCIMENTO, 2007; BARRIOS, 2010; LIMA, 2010; LIMA et al., 2012).

Nos últimos anos da década de 90 do século XX, iniciaram-se experiências de gestão nos estados, que procuravam construir sistemas regionalizados de saúde em seus territórios e, para isso, desenvolveram estratégias para sua organização (FERLA & FAGUNDES, 2002; FERLA & MARTINS, 2001; PINHEIRO et al., 2001; POSSA, SCHIMITH, BARRIOS, 2002). Da mesma forma, ocorreram experiências de programação pactuada integrada e de organização da microrregulação da oferta e

demanda da atenção à saúde em alguns municípios (MENICUCCI, 2005). Essas experiências e as críticas ao processo de descentralização municipalista contribuíram para o ingresso, na agenda do executivo federal da saúde, dos temas da regulação e regionalização do SUS. Ao mesmo tempo, observou-se a maior participação da representação dos gestores estaduais, o Conass, na arena decisória do sistema de saúde.

A atuação dos atores estatais e societais no tema da insuficiência de recursos no setor saúde resultou na aprovação da Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 2000, que estabeleceu os recursos mínimos a serem destinados à saúde pelos três entes da Federação⁴⁵. Esta definição ampliou a participação de municípios e estados na arena decisória da área. Contribuíram para isso: 1) a transferência de recursos financeiros da União; 2) a transferência das responsabilidades aos municípios e, em menor medida, aos estados; e 3) a criação de dispositivos de relação interfederativa, tais como as CIBs e a CIT na NOB/93, e a PPI, na NOB/96.

Contudo, o formato da descentralização concentrou autoridade no MS. Mesmo com representação dos demais atores estatais dos estados e municípios nos processos decisórios das Comissões Intergestores e dos demais atores no Conselho Nacional, havia supremacia do MS, que detinha os recursos de gestão, de formulação e financeiros para, unilateralmente, implementar decisões (ARRETCHE, 2005; CÔRTEZ, 2009). Isso foi resultado tanto da dependência de trajetória das políticas prévias, da tradição e da definição legal que estabelecia o MS como coordenador das ações intergovernamentais, como do maior volume de recursos do orçamento da saúde estar concentrado na esfera federal (MARQUES & ARRETCHE, 2003; ARRETCHE & MARQUES, 2005; CAMPOS, 2006). Enfim, havia um desequilíbrio entre os entes federados quanto ao poder político, técnico e econômico, conforme relata o representante dos gestores estaduais:

Conass e Conasems, eu acho, que não têm a força necessária para coordenar. É do Ministério da Saúde, com a nossa participação, na medida em que podemos influenciar. Nós estamos nos colocando no nível mais baixo, como é aqui no Brasil. O Ministério pensa que, aqui, quem paga é quem manda (Entrevistado 4).

⁴⁵ A União estabeleceu como base os valores aplicados em 1999, acrescidos de 5% em 2000. Para o período de 2001 a 2004, estabelecia o valor apurado no ano anterior, acrescido do crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados e o Distrito Federal deveriam aplicar em saúde, inicialmente, no mínimo 7% dos recursos financeiros arrecadados, atingindo 12% em 2004; já os municípios partiriam de 7% e deveriam chegar a 15% em 2004 (BRASIL, 2000a).

Se esta situação era evidente no que dizia respeito ao conjunto das políticas da área, à atenção básica e à descentralização administrativa e financeira, observou-se mais aguda na política para os hospitais. Isso porque gestores estaduais e municipais tradicionalmente estavam distantes da temática e apenas tratavam de hospitais como provedores limitados de cuidados hospitalares. A gestão de todos os serviços hospitalares oferecidos em seus territórios não fizera, no passado, e não fazia, nos anos 1990, parte de suas preocupações centrais de Governo. As políticas hospitalares realizavam-se por meio de incentivos pontuais. O objetivo era responder às demandas dos representantes dos hospitais quanto à sustentabilidade desses serviços, em consonância com as prioridades estabelecidas pelo MS.

6.2. A desconcentração administrativa, centralização e fragmentação das políticas na área hospitalar

A Tabela 5 sistematiza os dados relativos às portarias do MS no período de 1996 a 2000.

Tabela 5. Categorização das portarias do MS que tratam da temática hospitalar nos anos de 1996 a 2000

Tipologia	1996	1997	1998	1999	2000	Total	%
Subtotal gestão	89	72	107	368	199	835	76%
Estrutura do MS/INAMPS	3	6	3	3	4	19	2%
Organização da descentralização	2	6	11	3	2	24	2%
Cadastro e habilitação hospitalais	75	55	65	342	155	692	63%
Regras da alta complexidade	3		11	6	2	22	2%
Regras SIH para o cadastro de estabelecimentos	5	5	9	9	1	29	3%
Regras para urgência e emergência			2	1	1	4	0%
Regras para hospitalais			6	3	34	43	4%
Regras hospitalais psiquiátricos	1					1	0%
Política para população específica				1		1	0%
Subtotal financiamento	17	11	54	91	51	224	20%
Regras do financiamento hospitalar	3	3	15	18	11	50	5%
Definição de tetos físicos e financeiros estados/municípios			4	27	6	37	3%
Reajuste da Tabela e calendário de Pagamento	1		7	3		11	1%
Inclusão, exclusão e alteração de procedimentos na Tabela	4	4	20	14	3	45	4%
Concessão de IVH-E/Habilitação Hospital urgência e emergência	7	1	5	17	11	41	4%
Concessão Fideps	2	3	2	2	13	22	2%
Investimento construção/reforma e equipamentos hospitalares			1	10	7	18	2%
Subtotal outras	3	3	11	14	3	34	3%
Total	109	86	172	473	253	1093	100%

Fonte: Site do Ministério da Saúde. Elaboração da Autora

No tema da gestão (835 portarias, 76% do total), foram abordadas: a estrutura do MS (19 portarias, 2% do total); organização da descentralização administrativa, definição dos tetos financeiros e da descentralização das AIHs (24 portarias, 2% do total); normativas da alta complexidade (22 portarias, 2% do total); políticas específicas para urgência e emergência (4 portarias); normas para o funcionamento do SIH e novas regras de cadastro de estabelecimentos (29 portarias, 3% do total); normas para hospitalais, em especial relacionadas ao tema da qualidade da gestão e avaliação (43 portarias, 4% do total); regras para hospitalais psiquiátricos (1 portaria), e cadastro e habilitação dos hospitalais (692 portarias, 63% do total).

Surgiu uma política para população específica (1 portaria), neste caso, o idoso. O cadastro e a habilitação de hospitalais é o que teve maior preponderância. Consolidou-se o direcionamento da agenda do MS para o tema da gestão já observado em 1995,

de forma que, em todos os anos, o número de portarias foi maior que aqueles que tratavam sobre financiamento (224 portarias, 20% do total).

O tema financiamento teve menor número de portarias. O reajuste da Tabela, os calendários de pagamento (11 portarias, 1% do total) e a inclusão de itens na Tabela de Procedimentos (45 portarias, 4% do total) diminuíram sensivelmente a partir de 1995. Quanto às regras de financiamento (50 portarias, 5% do total), destacaram-se o Fideps e as alterações dos incentivos específicos para a urgência e emergência Hospitalar. As portarias de definição dos tetos financeiros dos estados e municípios (37 portarias, 3% do total) aumentaram e expressavam a descentralização dos recursos. Os investimentos (18 portarias, 2% do total) retornaram para a agenda do executivo federal, através das regras e da aprovação de planos de trabalho do Projeto de Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS)⁴⁶.

Em 1999 e 2000, observou-se o resultado da ação do MS com a ampliação significativa do número de portarias sobre o tema hospitalar. Isso exemplifica o alto nível de poder normativo do executivo federal e a fragmentação das políticas. Nesse sentido, um entrevistado, representante do gestor federal, afirma:

Eu cuido de hospital. Na porta da minha frente, tinha quem cuidava da alta complexidade e da média complexidade, e tinha o pessoal que cuidava da básica. Quem faz a média e a alta complexidade hospitalar, está aonde? A coordenação [hospitalar] discutia hospital [...]. A organização do Ministério era dividida. A gente tem que enfrentar essa questão, que é antropológica, a cultura que se criou, que desqualifica e separa (Entrevistado 9).

As mudanças mais significativas entre 1996 e 2000, no que tange às políticas hospitalares, foram as reformulações efetuadas na política de alta complexidade. No período, se consolidou a transição conceitual da noção de alto custo para a de alta complexidade⁴⁷. A primeira referia-se à necessidade de maior controle estatal sobre a oferta de procedimentos que tinham maior impacto sobre os recursos financeiros da

⁴⁶ O Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" (ReforSUS) foi uma iniciativa do MS com financiamento do BID e do Banco Mundial, que garantiram os investimentos nos serviços de saúde (PESSOA, 2005).

⁴⁷ São exemplos: Portaria n° 38 de 03/03/1994 (BRASIL, 1994b); Portaria n° 2042 de 11/10/1996 (BRASIL, 1996f); Portaria n° 211 de 08/11/1996 (BRASIL, 1996i); Portaria n° 2918 de 09/06/1998 (BRASIL, 1998h); Portaria n° 2919 de 09/06/1998 (BRASIL, 1998i); Portaria n° 2920 de 09/06/1998 (BRASIL, 1998j); Portaria n° 484 de 17/06/1998 (BRASIL, 1998m); Portaria n° 3016 de 19/06/1998 (BRASIL, 1998n); Portaria n° 3018 de 19/06/1998 (BRASIL, 1998o); Portaria n° 3409 de 05/08/1998 (BRASIL, 1998s); Portaria n° 3407 de 05/08/1998 (BRASIL, 1998q); Portaria n° 3477 de 20/08/1998 (BRASIL, 1998t); Portaria n° 3535 de 02/09/1998 (BRASIL, 1998u); Portaria n° 3982 de 01/12/1998 (BRASIL, 1998v); Portaria n° 1479 de 28/12/1999 (BRASIL, 1999f); Portaria n° 905 de 16/08/2000 (BRASIL, 2000c).

saúde. Era uma noção que preconizava investimentos na prevenção e em outras ações que promovessem as condições de saúde da coletividade com menores custos. A segunda, era traduzida pela necessidade de maior densidade tecnológica, custos e especialização para a realização dos procedimentos (SOLLA & CHIORO, 2008). As críticas de integrantes do Movimento Sanitário, ao uso do conceito de alta complexidade referia-se à redução da complexidade do cuidado em saúde à incorporação de tecnologias e insumos caros; portanto, aos interesses do complexo industrial em saúde. Esses atores advogavam que havia complexidade na atenção à saúde em qualquer nível de cuidado e em todos os serviços (CECÍLIO, 1997b).

O conjunto de regras reafirmava a centralização no MS da definição da política em relação aos hospitais, visto que eram essas as instituições que mais desenvolviam as ações de alta complexidade, mesmo que em ambulatório. A estratégia adorada era a de fragmentação da atuação em áreas especializadas. É o que afirma o entrevistado representante dos gestores federais:

Não acho que existe uma atenção hospitalar. O hospital é um lugar. A atenção é secundária e terciária. A política, parte dela, discute o cuidado de complexidade progressiva, com várias áreas. A outra parte, ela discute serviço, fisicamente colocado, porque a política hospitalar tem um pouco disso. Ela tem a coisa física, cliente, ou o conjunto (Entrevistado 9).

Reproduziram-se os mecanismos adotados em períodos progressos. Os gestores estaduais, municipais e federais do setor saúde não atuavam sobre o cuidado oferecido no hospital. Desconheciam seus processos de trabalho, fluxos, rotinas, e mesmos os custos da atenção oferecida. O MS formulava e editava as regras, priorizando algumas áreas da alta complexidade, sem dedicar maior atenção à organização da rede hospitalar e à forma como os serviços eram ofertados. Deste modo, superou-se a polêmica e a acusação de hospitalocentrismo da política de saúde, uma vez que não eram políticas para os hospitais, mas para especialidades e terapêuticas específicas.

A novidade das regras para os serviços de alta complexidade foi a proposição de dispositivos de microrregulação. Organizaram-se nos municípios e estados centrais de marcação de consultas, exames e de uso de leitos hospitalares, estabelecendo a obrigação dos serviços de informarem suas ofertas às centrais. Assim, no que tange à organização da oferta de serviços, inclusive hospitalares, ampliou-se o papel dos gestores estaduais, municipais e federal, que passaram a influenciar as definições de

quais os usuários seriam atendidos e em qual serviço, desde que observadas as regras nacionais.

Se, por um lado, Conass e Conasems participaram de forma crescente nas definições de distribuição sobre recursos e tetos financeiros, em relação à política de alta complexidade, gestores municipais e estaduais lembravam os escritórios regionais e estaduais do Inamps. Eram responsáveis apenas pela execução das tarefas operativas em relação à rede prestadora de serviços do SUS. Isso também era observado no nível federal. Ao manter a Tabela de Procedimentos como dispositivo para a definição dos procedimentos a serem realizados pelos prestadores de serviços, dos preços de cada um deles e dos valores dos tetos dos estados e municípios na média e alta complexidade, o MS reproduzia a lógica do Inamps. A continuidade manifestava-se na permanência da burocracia inampiana na operacionalização destas tarefas (SOUZA, 2003; BAPTISTA, 2003), como é explicitado pelo entrevistado representante dos gestores federais:

Na área que faz os pagamentos, processamentos dos tetos, você tem um conjunto de profissionais antigos do quadro do Ministério da Saúde e Inamps que detém um grande conhecimento, mas que, se não tiver rapidamente um quadro, eles vão se aposentar, e isso vai embora com eles (Entrevistado 10).

Para além da trajetória centralizadora do executivo federal, estudos atribuem a dificuldade para a mudança na relação entres gestores estaduais, municipais e os prestadores de serviços: 1) à ausência de capacidade, interesse e disposição dos gestores municipais e estaduais em atuarem com o setor hospitalar e de maior complexidade do sistema de saúde; 2) à insuficiência das estruturas administrativas e de sistemas de informações; e 3) à falta de trajetória e aprendizado dos dirigentes e as burocracias desses níveis de Governo sobre este setor, visto que historicamente concentravam-se nas atividades de saúde pública (BAPTISTA, 2003; POMPEU, 2004; LIMA, 2010). A disparidade da capacidade de gestão dos estados e municípios é relatado por um gestor federal entrevistado:

Tem Estado que tem capacidade de proceder, e alguns que não tinham nenhuma. Municípios, segue a mesma lógica: alguns municípios, dada a história e o processo, têm capacidade de ter funcionários e equipes técnicas suficientes para os processo de gestão (Entrevistado 10).

No entanto, houve gestores locais que, ao assumirem a Gestão Plena do Sistema, ampliaram a sua capacidade administrativa e passaram a contribuir na

formulação de propostas para a alta complexidade e os serviços hospitalares, conforme afirma o mesmo entrevistado:

Tem municípios com capacidade de formulação. Você tem gestores que são excelentes com uma longa trajetória, que são formuladores. Um conjunto de municípios tem quadros, que têm capacidade de formular proposta própria, política. Mas, em sua grande maioria, são dependentes das políticas nacionais (Entrevistado 10).

Neste período, houve a ampliação da descentralização do processamento das informações do SIH, do pagamento dos hospitais e do cadastro dos estabelecimentos de saúde⁴⁸. A partir destas normativas, os estados e municípios em Gestão Plena do Sistema tornaram-se responsáveis por receber e processar as informações de produtividade e pagamento, bem como pelos contratos e cadastros dos estabelecimentos hospitalares. Essas medidas proporcionaram, a algumas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a apropriação das informações, tecnologias e conhecimentos envolvidos nos processos de planejamento, contratação, pagamento e controle da prestação de serviços hospitalares.

A ampliação da municipalização da Gestão Plena do Sistema, que atingiu 10% dos municípios e oito estados em 2000 (ARRETCHE, 2003, 2005), favoreceu esse processo. Aumentou o número de municípios e estados que realizavam os processos de contratação e de microrregulação da oferta, e que começaram a integrar a atenção hospitalar no conjunto da rede assistencial, diminuindo a autonomia dos hospitais frente aos gestores de saúde (FERLA & FAGUNDES, 2002; MENICUCCI, 2005; LIMA, 2010). Efetivamente, gestores estaduais e municipais passaram a ser os pagadores dos serviços localizados em seus territórios, e a Comissão Intergestores Bipartite o fórum que definia sobre a distribuição dos recursos do teto estadual entre os municípios.

Acompanhando o processo de descentralização, houve qualificação dos sistemas de informações, das tabelas, de cadastros dos estabelecimentos e informatização⁴⁹. Este desenvolvimento foi possível pela incorporação das novas

⁴⁸ Exemplo disso são: Portaria nº 95 de 29/05/1996 (BRASIL, 1996c); Portaria nº 156 de 30/08/1996 (BRASIL, 1996e); Portaria nº 59 de 29/04/1997 (BRASIL, 1997a); Portaria nº 96 de 27/07/1997 (BRASIL, 1997b); Portaria nº 117 de 11/09/1997 (BRASIL, 1997d); Portaria nº 137 de 07/11/1997 (BRASIL, 1997e); Portaria nº 1.888 de 18/12/1997 (BRASIL, 1997f); Portaria nº 8 de 23/01/1998 (BRASIL, 1998b); Portaria nº 2092 de 26/02/1998 (BRASIL, 1998c); Portaria nº 89 de 13/07/1998 (BRASIL, 1998p); Portaria nº 231 de 08/12/1998 (BRASIL, 1998x); Portaria nº 232 de 08/12/1998 (BRASIL, 1998y).

⁴⁹ Portaria nº 54 de 20/03/1996 (BRASIL, 1996b); Portaria nº 156 de 30/08/1996 (BRASIL, 1996e); Portaria nº 205 de 06/11/1996 (BRASIL, 1996h); Portaria nº 1889 de 18/12/1997 (BRASIL, 1997g);

tecnologias de comunicação e informação, que permitiram reconfigurar-se as práticas de gestão e de produção de informação nos e sobre os serviços de saúde progressivamente. Com isso, houve diminuição da interferência do setor hospitalar nas definições sobre a organização da remuneração, diferente do período anterior, em que os atores do setor privado hospitalar conseguiam vetar as alternativas, baseados em argumentos que usavam informações que somente eles dispunham.

Houve regras publicadas entre 1996 e 2000, que tratavam especificamente dos Hospitais Universitários e de Ensino. As normativas nacionais reafirmavam a relação destes Hospitais com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde⁵⁰, com determinação de que elas verificassem *in loco* as condições de funcionamento deles. A certificação deixou de ser conduzida pelo Ministério da Educação, como era até então. Este passou a ter menor relação com os Hospitais Universitários e de Ensino do que o MS, como afirma representante do setor hospitalar:

O MS, nós temos encontrado muito mais eco que no Ministério da Educação. O Ministério da Educação, pelo contrário, se isentou e tem toda uma série de ações [com os Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino] (Entrevistado 3).

Em 1999, houve alteração dos incentivos financeiros. Anteriormente, eram variáveis; a partir da nova regra, tornaram-se fixos, com repasse mensal e condicionado à existência e ao cumprimento do contrato de metas firmado com o gestor estadual ou municipal. Assim, o financiamento dos Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino foi composto de uma parte variável segundo os procedimentos realizados, e de uma parte fixa, o Fideps, com base nos contratos de metas.

O financiamento majorado e a exigência de contratos dos Hospitais Universitários e de Ensino contribuiu para ampliar a governabilidade dos gestores estaduais e municipais do SUS. Havia uma história de superioridade destes hospitais em relação aos gestores estaduais e municipais, pois, na maior parte dos casos, o vínculo institucional era com o Ministério da Educação, ou seja, executivo federal, e porque dedicavam-se à “nobre” tarefa do ensino. A vinculação com as universidades e a noção de que eram superiores contribuiu para a resistência das direções destes hospitais à interferência dos gestores.

Portaria nº 1890 de 18/12/1997 (BRASIL, 1997h); Portaria nº 3536 de 02/09/1998 (BRASIL, 1998w); Portaria nº 254 de 23/12/1998 (BRASIL, 1998z); Portaria nº 1478 de 28/12/1999 (BRASIL, 1999f); Portaria nº 98 de 28/03/2000 (BRASIL, 2000e).

⁵⁰ Portaria nº 2892 de 09/06/1998 (BRASIL, 1998g); Portaria nº 1127/GM de 31/08/1999 (BRASIL, 1999d).

Havia a concepção de hospital-escola. Os dirigentes dos hospitais e os docentes das universidades defendiam que seu compromisso era com a formação de profissionais e que, portanto, os atendimentos deveriam ser prestados na medida das necessidades educativas. Os defensores da Reforma do sistema de saúde os concebiam como hospital-ensino, ou seja, sua tarefa era ensinar, mas, para que o processo ensino/aprendizagem fosse adequado, ele deveria estar aliado aos compromissos da atenção à saúde individual e coletiva. Ensinar bem aquelas instituições que prestassem boa atenção, tanto em qualidade quanto em quantidade, ou seja adequadas às necessidades em saúde do território em que estavam inseridas. Esses posicionamentos distintos são expressos pelo entrevistado representante do setor hospitalar:

No entendimento da Academia, o hospital não é de ensino; ele é escola. Ou seja, ele só serve para ensinar. Uma tarefa árdua para mudar esse comportamento e esse pensamento. Porque tem que fazer os acadêmicos, professores e preceptores entenderem que só se faz um bom ensino onde se faz uma boa assistência, e boa assistência significa quantidade e qualidade e conforme a demanda do lugar (Entrevistado 3).

Em 1998, substituiu-se o IVH-E pelo Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento de Urgência e Emergência⁵¹. O MS definiu as regras de classificação para os hospitais serem referência. O Programa instituiu o incentivo relacionado aos procedimentos realizados, uma vez que estabelecia um adicional para aqueles que eram classificados como urgência e emergência nas AIHs, conforme listagem definida por portarias do MS.

Os gestores estaduais e a CIB proporião o sistema estadual de urgência e emergência, ou seja, definiriam quais os hospitais dele fariam parte. Ficou sob responsabilidade dos gestores estaduais e municipais a realização das avaliações, objetivando a verificação do cumprimento das regras nacionais, bem como a supervisão e auditoria das AIHs emitidas. As regras para urgência e emergência reafirmavam a lógica do MS definir as normas de maneira centralizada e de delegação de atividades para os gestores estaduais e municipais.

⁵¹ Portaria nº 113 de 04/09/1997 (BRASIL, 1997c); Portaria nº 2923 de 09/06/1998 (BRASIL, 1998k); Portaria nº 2925 de 09/06/1998 (BRASIL, 1998l); Portaria nº 479 de 15/04/1999 (BRASIL, 1999b).

Outras formas de cuidado em substituição à internação hospitalar entraram na agenda do executivo federal⁵². Eram as alternativas de cuidado relacionadas a hospital-dia em AIDS, psiquiatria e cuidado do idoso. Houve políticas para a atenção de populações específicas, como foi o caso da política de idoso⁵³. O executivo federal produziu normativas para a exigência de acompanhantes para maiores de 60 anos. Em contraste com o padrão preponderante, essas medidas estavam orientadas para a alteração de práticas e condutas internas nos hospitais e representavam o início do debate sobre humanização do cuidado nestas instituições.

A expansão dos serviços hospitalares municipais, que foram os que mais cresceram na década de 1990 foi exemplo do processo de municipalização autárquica já referido (SANTOS & GERSCHMAN, 2004). Representaram 45% dos novos estabelecimentos hospitalares que iniciaram funcionamento entre 1990 e 2000, conforme apresentado na Tabela 6. A expansão pode ser considerada como efeito inesperado da política de saúde, em contradição aos ideários da Reforma Sanitária, uma vez que toda a ênfase da organização da atenção era para a expansão da atenção básica.

Tabela 6. Número e percentual de instituições hospitalares que iniciaram funcionamento entre 1990 e 2000, segundo natureza jurídica

Natureza Jurídica	nº	%
Público Federal	16	1%
Público Estadual	113	7%
Público Municipal	682	45%
Privado com Fins Lucrativos	542	36%
Privado sem Fins Lucrativos	155	10%
Total geral	1508	100%

Fonte: Microdados do MAS/IBGE. Elaboração da Autora

A priorização da promoção, da prevenção e da Estratégia de Saúde da Família por parte dos atores estatais, era considerada uma das razões para as dificuldades dos hospitais, de sua integração, organização da rede de serviços, e de sua sustentabilidade, conforme afirma o entrevistado representante do setor hospitalar.

⁵² Portaria nº 119 de 12/07/1996 (BRASIL, 1996d). Portaria nº 2414 de 23/03/1998 (BRASIL, 1998e). Portaria nº 2415 de 23/03/1998 (BRASIL, 1998f).

⁵³ Portaria nº 280 de 07/04/1999 (BRASIL, 1999a), Portaria nº 830 de 24/06/1999 (BRASIL, 1999c), Portaria nº 1395 de 09/12/1999 (BRASIL, 1999e).

A União cuidou preponderantemente do Sistema preventivo e Saúde da Família, especialmente a partir da década de 1990, e não está errada nessa política. Mas ela deixou talvez de cuidar de uma visão de equilíbrio e necessidade também tão grande quanto essa, na área assistencial hospitalar (Entrevistado 1).

Cabe destaque que, a partir do final de meados dos anos 1990, os atores do setor hospitalar reconheceram a relevância das demais políticas e estratégias de atenção à saúde. Havia o reconhecimento de que os hospitais eram parte integrante de um conjunto de serviços e que precisavam estar articulados. Reivindicaram, no entanto, mais equilíbrio no estabelecimento de prioridades.

Os fatores que ajudaram a explicar a manutenção da política em relação aos hospitais, com respostas pontuais às demandas dessas instituições por parte do MS ao longo de toda a década de 1990, seriam: 1) a ausência de debates sobre o tema hospitalar por parte da representação dos atores estatais identificados com a Reforma, portanto, de proposta e ideias de reorganização deste setor; 2) o movimento de resistência dos hospitais sobre os processos de institucionalização da descentralização e do SUS nos primeiros anos da década; 3) a centralidade de sua agenda no financiamento, custeio e Tabela de Procedimentos; 4) a insuficiência de recursos em função das crises de financiamento; 5) a ênfase na organização da atenção básica e na alta complexidade; 6) a manutenção de quadros da burocracia do Inamps que ainda restaram concentrados nesta área, que tratam da temática hospitalar e de alta complexidade no MS; e 6) a ausência de propostas reformadoras para esse setor.

Outro aspecto do formato de financiamento era a inequidade na distribuição do mesmo. Os mecanismos de financiamento da atenção básica induziram à distribuição de recursos aos seguimentos da população mais necessitados, e uma realocação dos recursos entre as unidades da Federação. No entanto, a manutenção da distribuição dos recursos de custeio ambulatoriais e de hospitais, cada vez mais denominados de média e alta complexidade, com base nas séries históricas e vinculados à capacidade instalada existente, contribuíram para que não houvesse um impacto redistributivo dos recursos da União entre os estados e municípios da Federação (SOUZA, 2003; UGÁ et al., 2003; ARRETCHE & MARQUES, 2007). Somou-se a isso, a carência de políticas de investimento que tivessem o foco em equilibrar as distorções de oferta de serviços entre os estados e os municípios, as resistências políticas na implementação de redistribuição de recursos, e a necessidade de os estados também adotarem políticas

equitativas de distribuição em relação aos municípios. Estes eram aspectos identificados para explicar esta realidade (UGÁ et al., 2003).

A partir de 1995, mesmo os hospitais mantendo-se como atores importantes do ponto de vista político, eles não impuseram mais resistências ao processo de organização e institucionalização do SUS. A atuação se restringiu às questões referentes ao financiamento, com interlocução direta e pulverizada no MS, conforme afirma o entrevistado representante do setor hospitalar:

Então, isso tudo dificultou o relacionamento [...], quer dizer, a mexida na Tabela, falta de referência, falta de valores, valores irrisórios de pagamento (Entrevistado 2).

A crise financeira do setor, a disputa pela ampliação de recursos para o setor público de saúde, aliado às políticas de ajuste estrutural de redução do papel do Estado, ampliou o debate sobre as questões referentes à gestão. Assim, a fragilidade e ineficiência do gerenciamento do setor saúde e a capacidade de eficiência e eficácia nos gastos do setor público, entraram para o centro da agenda governamental (BAPTISTA, 2003; GERSCHMAN & SANTOS, 2006).

6.3. O gerencialismo na política hospitalar dos anos 1990

Ainda na década de 1990, formularam-se propostas políticas e alternativas administrativas que tinham a perspectiva de mudar a relação do Estado com as instituições hospitalares. O objetivo era diminuir a provisão estatal própria de serviços, organizar os controles sobre a compra de serviços, e/ou aumentar a independência administrativo-financeira dos hospitais. Trata-se do debate sobre a separação entre Estado comprador e produtor (provedor) de ações de saúde, a distinção entre provisão pública, privada e estatal de serviços. As propostas de reforma do Estado foram na direção da privatização do financiamento e da provisão de serviços hospitalares e de transformação das organizações estatais, no sentido de assemelhar a sua forma de funcionamento à dos Hospitais Privados (MENDES, 1999; COHN, 2005; SANTOS, 2009).

Alguns fatores contextualizaram o surgimento dessas propostas: a predominância de propostas de reforma do Estado de cunho neoliberal e privatizador; a crítica à ineficiência da gestão pública em geral, e do setor saúde e instituições hospitalares em particular; a defesa da iniciativa privada como mais competente na

prestação de serviços hospitalares, e que tem efetivamente o maior número de serviços no país; o regramento obsoleto sobre as estruturas da Estado que eram da década de 1960; a ampliação do monitoramento das instituições públicas pelos órgãos de controle do Estado, através das auditorias, tribunais de contas; os desdobramentos da Lei de Responsabilidade Fiscal; a descentralização dos serviços de saúde, inclusive em alguns casos com a transferência de hospitais para os níveis inferiores de gestão federativa; e a ampliação das instituições públicas municipais e estaduais (BAPTISTA, 2003; PAIM & TEIXEIRA, 2007; NETO et al., 2008).

Entre as alternativas que foram sendo gestadas neste período, destacaram-se, na década de 1990, durante o Governo Fernando Henrique Cardoso: aquelas que priorizavam o papel do Estado como comprador de serviços com a delegação da execução das ações de saúde para a iniciativa privada, seja de mercado ou social da sociedade civil, explicitadas nas propostas de Organizações Sociais (OS); e aquelas que estabeleciam diferentes dispositivos de terceirização dos serviços estatais baseada na ideia de redução do Estado e gerencialismo, exemplificada com a criação das fundações privadas de apoio nas universidades e nos Hospitais Públicos (PEREIRA, 1995; BAPTISTA, 2003; IBANEZ & VECINA NETO, 2007; PAIM & TEIXEIRA, 2007; NETO et al., 2008; SALGADO, 2009; SANTOS, 2009).

As propostas de expansão da provisão via OS contaram com apoio e participação na formulação do setor filantrópico. Cabe destaque a resistência de parcela do Movimento Sanitário e das entidades de trabalhadores de saúde às OS. Em especial em hospitais, foi uma das questões que mais mobilizou os movimentos dos trabalhadores de saúde no período (BAPTISTA, 2003; IBANEZ & VECINA NETO, 2007; PAIM & TEIXEIRA, 2007).

O tema da eficiência da gerência foi incorporado em outras iniciativas do MS em relação aos hospitais, em especial o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH)⁵⁴ de 1998. O Programa propôs a vistoria de todos os hospitais do Brasil pelas Secretarias Estaduais de Saúde, reinserindo os estados na gestão dos cuidados hospitalares, ainda que os critérios de análise e avaliação fossem estabelecidos pelo MS. Em 1998, como resultado do PGAQS, de 1995, foi produzido o primeiro Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

⁵⁴ Portaria nº 3408 de 05/08/1998 institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) (BRASIL, 1998r).

Deste processo, resultou a constituição da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999, e a implantação das normas técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação. Esta era uma organização de direito privado, que agregou representantes de entidades nacionais compradoras de serviços de saúde, prestadoras de serviços de saúde e da área governamental. A ONA ficou responsável pelo desenvolvimento, aplicação e acompanhamento de normas para o processo de acreditação no Brasil (ONA, 2012). A concepção da inadequação do Estado em garantir qualidade e eficiência na gestão se expressou na construção da ONA e na delegação das atribuições de acreditação que foram conferidas a essa entidade privada.

Houve a criação de política dos “centros colaboradores”⁵⁵, através de hospitais com diferenciais de gestão, o que resultou, naquele momento, na titulação de vários serviços hospitalares, aos quais foram concedidos, mediante diploma, o título de centro colaborador para a qualidade da gestão e da assistência hospitalar.

No entanto, essas iniciativas não foram suficientes para alterar a ampliação da provisão hospitalar pública. Se um dos objetivos era cortar custos com a compra de serviços e a reorganização da provisão própria, isto não ocorreu, como será apresentado a seguir.

6.4. Ampliação da produção hospitalar do SUS em serviços estatais e públicos

A Tabela 7 apresenta os dados de AIHs pagas de 1996 a 2000, segundo a natureza jurídica do prestador hospitalar.

⁵⁵ Portaria nº 582 de 20/06/2000 institui centros colaboradores para a qualidade da gestão e assistência hospitalar, no âmbito do SUS (BRASIL, 2000b).

Tabela 7. AIHs pagas conforme natureza jurídica do prestador hospitalar de 1996 a 2000

Natureza	1996	% do Total 1996	1997	% do Total 1997	1998	% do Total 1998	1999	% do Total 1999	2000	% do Total 2000	≠ em nº absoluto entre 2000 e 1996	≠ em % no período
Contratado	4.767.141	38%	4.022.487	33%	3.610.206	29%	3.419.152	27%	3.295.044	27%	-1.472.097	-31%
Federal	157.328	1%	149.685	1%	120.141	1%	94.988	1%	76.018	1%	-81.310	-52%
Estadual	1.239.141	10%	1.254.334	10%	1.278.902	10%	1.324.239	11%	1.349.273	11%	110.132	9%
Municipal	1.174.903	9%	1.313.978	11%	1.512.118	12%	1.764.226	14%	1.815.946	15%	641.043	55%
Filantropico	3.693.942	29%	4.105.826	33%	4.152.483	34%	4.200.230	34%	4.228.817	34%	534.875	14%
Universitário	1.494.537	12%	1.500.887	12%	1.568.845	13%	1.629.175	13%	1.654.501	13%	159.964	11%
Sindicato	3.890	0%	4.267	0%	5.937	0%	6.366	0%	6.538	0%	2.648	68%
Total	12.530.882	100%	12.351.464	100%	12.248.632	100%	12.438.376	100%	12.426.137	100%	-104.745	-1%

Fonte: Datasus.

Entre 1996 e 2000, houve aumento das AIHs pagas para os prestadores estaduais (9%), municipais (55%), filantrópicos (14%), universitários (11%) e de sindicato (68%). No total de AIHs pagas, considerando este período, houve ampliação da participação dos Hospitais Estaduais (de 9,9 para 10,9%), filantrópicos (de 29,5 para 34%), universitários (de 11,9% para 13,3%) e municipais (de 9,4 para 14,6%). A redução ocorreu com os prestadores contratados (38,0 a 26,3%), ou seja, os privados com fins lucrativos e os federais (0,7 a 0,2%).

Neste ano, houve redução no número de AIHs pagas (-102.288 e -1%), mas foi menor que o observado no período anterior. Houve redução significativa dos hospitais contratados (-1472.097 e -31%) em 2000, comparados com o número de AIHs de 1995. O deslocamento desta produção foi para os Hospitais Municipais (641.043), filantrópicos (534.875), universitários (156.964) e estaduais (110.132).

Cabe destacar que a intensiva incorporação de tecnologia e especialização do trabalho médico aliada à expansão da Atenção Básica e outras formas de cuidado na década de 1990, resultou na diminuição do papel dos hospitais na assistência à saúde. Os atendimentos hospitalares foram dirigidos para o cuidado agudo, pontual e que demandam tecnologias e especializações. No entanto, os hospitais, articulados com os outros serviços, foram fundamentais para a integralidade do cuidado, para a organização da atenção à saúde resolutiva e para a regionalização do sistema de saúde. Esta última entrou na agenda pública no próximo período.

7 A Regionalização Normativa do Sistema de Saúde: 2001 a 2005

A partir do início do século XXI, as normas e regras que orientavam a organização do SUS passaram a tratar principalmente da descentralização regionalizada do sistema. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002, que regulamentam a regionalização foram formuladas e definidas de maneira centralizada pelo executivo nacional da saúde. No que se refere à política hospitalar, a partir de 2003, a novidade foi o surgimento, na agenda, da proposta de Reforma do Setor Hospitalar. O modo como as propostas de regionalização e de reforma do setor hospitalar se processaram na área da saúde, no Brasil, será apresentado a seguir.

7.1. A regionalização normativa do SUS e a gestão dos recursos financeiros federais pelos estados e municípios

A partir das experiências locais desenvolvidas com a descentralização no período anterior, e da proposição da regionalização da atenção, o tema da regulação entrou na agenda do executivo federal, com propostas de política de regulação do sistema de saúde (MENICUCCI, 2005; OLIVEIRA, 2010). Em 2001 e 2002, foram publicadas as NOAS que apresentavam a regionalização da assistência, como conceito normativo central (BRASIL, 2001a, 2002b). As NOAS propunham a organização de módulos assistenciais, microrregiões e macrorregiões de saúde. Essas deveriam ser definidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR), no Plano Diretor de Investimentos (PDI) e na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

O PDR era considerado um instrumento para potencializar a descentralização regionalizada e para fortalecer os estados e municípios na função de gestores do sistema de saúde. A proposta era organizar a regionalização através do planejamento integrado, identificar as prioridades na atenção à saúde dos usuários de determinada região sanitária, otimizar os recursos e possibilitar o acesso das pessoas a todos os níveis de atenção à saúde. Objetivava integrar os sistemas municipais. Essas novas normas

propunham a organização das regiões, incluindo a responsabilidade de cada município, microrregião e região no atendimento hospitalar. Era a oferta desses serviços que definiam a possibilidade dos municípios se constituírem como módulos assistenciais e referência para outros municípios (BRASIL, 2001a; MACHADO, 2009).

O PDI era um complemento do PDR. Definia os investimentos necessários para atender às insuficiências e prioridades identificadas no PDR, com objetivo de ampliar as ações e os serviços de saúde, através de um sistema regionalizado, resolutivo e funcional de atenção à saúde. Ao incluir, no regramento organizativo e institucional do sistema de saúde, o planejamento de investimento, buscava-se reduzir a autonomização dos municípios e a proliferação desorganizada de serviços de saúde, expressa principalmente na expansão de Hospitais Municipais de Pequeno Porte.

A PPI tratava-se de um instrumento de programação e alocação dos recursos da assistência. Envolveu a definição, negociação e formalização de pactos entre os gestores e prestadores de serviço, para estabelecer os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços. A PPI definiria os recursos financeiros destinados a cada município para a assistência de sua população e para o atendimento das pessoas dos outros municípios, nos municípios de referência, isto é, que tinham serviços de saúde especializados de maior complexidade (BRASIL, 2001a).

O grupo de dirigentes do MS, em 2001, era o mesmo que participava da construção do Programa do SUDS, em 1987, que colocava o nível estadual de gestão no centro da organização gerencial do sistema de saúde. A NOAS também apresentava um viés estadualistas. Observou-se a ampliação da atuação dos estados da Federação na coordenação da política de saúde.

Ao final de 2002, doze estados estavam habilitados em Gestão Plena do Sistema e quatorze em Gestão Avançada. A habilitação de municípios foi insignificante, correspondendo a 0,59% do total (BRASIL, 2002o). Houve ampliação, neste período, da atuação dos atores estatais estaduais na organização do sistema de saúde em cada local e na política nacional. Esta era uma das políticas deliberadas da NOAS. A maior parte dos instrumentos implantados ou fortalecidos pela NOAS (PDR, PPI e PDI) pressupunha a

participação efetiva das burocracias e das direções das Secretarias Estaduais de Saúde em sua implementação, e os resultados eram negociados nas CIBs (DOURADO & ELIAS, 2011).

O Conass, como representante nacional desses atores, também ampliou a atuação na definição das políticas, na medida em que estas também abordavam a participação dos estados e a redefinição de suas atribuições. O período da regionalização do sistema reintegrou os gestores estaduais nas negociações das políticas com mais ênfase. A descentralização dos recursos e da gestão sobre os serviços da média e alta complexidade passou a ocorrer em direção a esta esfera de Governo, nos casos em que os municípios não assumiam a Gestão Plena do Sistema e mantinham-se responsáveis apenas pela atenção básica (MACHADO, 2009).

As NOAS definiam normativamente o desenho de regionalização a ser executado, o papel dos municípios e dos serviços a serem disponibilizados. Através delas, o MS impunha as configurações da organização da região. As críticas eram de que os desenhos de região estabelecidos pela norma tinham um padrão uniforme, inadequado à realidade do país. As principais críticas à regionalização proposta era que ela dificultava a construção de soluções locais mais adequadas para a realidade e diversidade dos problemas de saúde.

Este resultado era atribuído ao caráter extremamente normativo e complexo, e à participação predominante do gestor federal em sua formulação, com pouca interferência e contribuição dos gestores estaduais e municipais e pouca pactuação das divergências. Também eram referidos à ausência de mecanismos de gestão e acompanhamento regional, de informatização do sistema e à insuficiência de financiamento federal para as cidades polos, responsáveis pela atenção da região (BAPTISTA, 2003; CAMPOS, 2006; NASCIMENTO, 2007). Além disso, mantinha os mesmos mecanismos de alocação de recursos, remunerava-se por procedimentos e incentivos isolados (POSSA, SCHIMITH, BARRIOS, 2002; LIMA et al., 2012).

A regionalização proposta incluía a articulação entre os entes federados com igual autonomia, em especial entre os municípios, que eram os principais executores e gestores dos serviços de saúde em cada território e nos estados.

Era reforçado o papel das CIBs estaduais. O hospital era apenas uma das diversas instituições a compor as negociações sobre a organização da atenção.

A microrregulação dos gestores sobre os serviços de saúde teve uma expansão importante no período. Foram ampliadas as centrais de regulação de consultas e de leitos, bem como a atuação dos gestores estaduais e municipais sobre os fluxos e as rotinas de ingresso dos usuários nos serviços hospitalares, que efetivamente eram os que mais ofertavam a atenção especializada.

Em 2003, houve mudança na direção do MS. Os novos dirigentes eram defensores da ampliação do controle estatal sobre o sistema de saúde e da provisão pública dos serviços. Esses gestores eram vinculados a partidos de esquerda, haviam participado de gestões municipais e estaduais do setor saúde, eram vinculados ao Movimento da Reforma Sanitária, assim como defendiam a organização municipalista do sistema de saúde e a articulação negociada entre os entes da Federação.

Sob o regramento das NOAS, e com o ingresso dos novos atores defensores do processo de descentralização e críticos da posição centralizadora do MS, efetivou-se a completa descentralização do pagamento dos prestadores de saúde para os estados e municípios. Em 2004, todo o recurso financeiro federal destinado ao pagamento de serviços prestados era alocado nos Fundos Estaduais e Municipais de saúde. Todos os estados estavam habilitados em alguma forma de gestão e recebiam o repasse de recursos do teto financeiro estadual definido a partir da PPI, de tal forma que o MS não realizava mais o pagamento de nenhum prestador de saúde, conforme afirma o entrevistado representante do gestor federal:

As transferências eram para os estados e municípios. O correspondente ao teto financeiro, do fundo e do componente. Naquele momento, não tinha mais pagamento ao prestador. Teve um movimento na época do Ministro Humberto Costa, que foi habilitar os estados. Ao habilitar os estados, nós deixamos de fazer o pagamento da prestação de serviço, que antes pagava indistintamente os prestadores (Entrevistado 10).

Esse processo resultou em maior participação dos municípios e estados na relação com os prestadores hospitalares de seus territórios. Ampliou a atuação desses entes na execução das ações e dos serviços de saúde, na regulação e

pactuação sobre essa temática, segundo o relato do entrevistado representante do gestor estadual:

Teve uma mudança central, que foi a vinculação de cada unidade hospitalar a um único gestor [...]. Antes, quem regulava a internação não era o gestor; era o hospital. Com isso, a mudança de vincular o hospital ao seu respectivo gestor, e esse gestor fazer negociação com os demais municípios, fazer encaminhamentos, recebimentos, e a Secretaria trabalhar essa compensação na PPI [...], acho que foi uma mudança fantástica (Entrevistado 5).

Em 2004, 100% dos recursos de prestação de serviços hospitalares tinham sido descentralizados. Quanto à gestão dos serviços, 97,6% das unidades de atenção básica e 60% dos serviços ambulatoriais estavam sob a gestão dos municípios. No que diz respeito à atenção hospitalar, 56,12 % das instituições estavam sob a gestão estadual. As demais estavam sob gestão municipal, demonstrando que os estados tiveram uma participação destacada no processo de descentralização da atenção hospitalar e que ainda concentravam a gestão desses serviços (CAMPOS, 2006).

A descentralização/desconcentração da responsabilidade de execução da assistência à saúde para os municípios ocorreu, efetivamente, quase em sua totalidade, quando eles assumiram a atenção básica e partilharam com os estados a gestão dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Manteve-se, na União, apenas a gerência da rede hospitalar do MS e dos hospitais vinculados ao Ministério da Educação. Porém, mesmo esses estavam sob a gestão de estados e municípios, visto que os recursos financeiros federais que custeavam a produção destas instituições foram descentralizados, e o MS deixou de ter relação direta com os prestadores de serviços de saúde, que, a partir de então, eram contratados e pagos pelos gestores estaduais e municipais. A descentralização ampliou, portanto, a participação dos executivos de estados e municípios na relação com os hospitais e na política nacional (LIMA et al., 2012).

Com o desenvolvimento dos PDRs, entrou na agenda pública o tema da insuficiência do acesso dos usuários aos serviços de atenção especializada. A atenção básica – que se expandira na década de 1990 e continuava aumentando sua cobertura populacional nos anos 2000 – não era resolutiva e de qualidade, dado os obstáculos para viabilizar o cuidado especializado e hospitalar. A atuação

dos gestores municipais, no período anterior, buscou amenizar o problema por meio da construção de hospitais e da compra de serviços no setor privado.

Críticos da condução do processo de regionalização operado pelo MS entre 1998 e 2002, argumentavam que a expansão desordenada de Hospitais Municipais e de compra de serviços agravava os problemas de ineficiência na gestão de recursos sem, contudo, garantir a integralidade da atenção. Afirmavam ainda que a organização de sistemas regionais de atenção, tal qual proposto na Reforma e nas NOAS, não foram suficientes para alterar a realidade da descoordenação na organização da atenção (SANTOS, 2007; VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

Os principais fatores identificados para que as NOAS não tivessem a potência de alterar o cenário de desarticulação foram o excesso de normatização do executivo federal e a prática de indução dos incentivos que burocratizaram as relações interfederativas e fragmentaram as ações (SANTOS, 2007; LIMA et al., 2012).

A partir de 2003, as principais propostas na agenda do Governo Federal eram: novo formato de pacto de compromissos entre o MS, gestores estaduais e municipais de saúde; as linhas e redes de atenção; a superação do financiamento por procedimentos em direção à construção de contratos que oportunizariam maior possibilidade de coordenação do sistema e da organização das ações e dos serviços em cada local; a oficialização de espaços de negociação regionais, com aumento da atuação dos estados na coordenação das regiões de saúde; a produção de sistemas informatizados; e a ampliação da avaliação e do controle no cumprimento das leis, normas e contratos acordados (SOUZA, 2006). Foram discutidos os modelos tecnoassistenciais em saúde (SILVA JÚNIOR, 1998). A partir das experiências nas gestões municipais e estaduais, surgiram novas abordagens sobre o hospital, o que se tornou tema para análise e formulação de atores reformistas (CECÍLIO, 1997).

7.2. A segmentação do setor hospitalar: complexidade como conceito normativo orientador da organização de serviços hospitalares

A Tabela 8 apresenta os dados das portarias do MS sobre o tema hospitalar no período de 2001 a 2005.

Tabela 8: Categorização das portarias do MS que tratam da temática hospitalar nos anos de 2001 a 2005

Tipologia	2001	2002	2003	2004	2005	Total	%
Subtotal gestão	233	361	130	290	269	1283	62%
Estrutura do Ministério da Saúde	1	4	2	5	8	20	1%
Organização da descentralização				2	4	4	0%
Cadastro e habilitação de hospitais	219	334	120	270	244	1187	58%
Regras da alta complexidade	2				1	3	0%
Regras SIH e cadastro de estabelecimentos		10	3	6	6	25	1%
Regras da urgência e emergência	1		2	1		4	0%
Regras para hospitais	9	10	2	6	4	31	2%
Regras para hospitais psiquiátricos	1	2	1	2	1	6	0%
Política para população específica		1			1	3	0%
Subtotal financiamento	61	181	132	153	232	759	37%
Regras do financiamento hospitalar	4	4	3	6	7	26	1%
Definição de tetos físicos e financeiros estados/municípios	10	91	91	119	148	459	22%
Reajuste da Tabela e calendário de pagamento		4			2	6	0%
Inclusão, exclusão e alteração de procedimentos na Tabela	3	23	1	1	1	29	1%
Concessão de IVH-E/Habilitação hospital urgência e emergência	4	6				10	0%
Concessão Fideps/Contratualização Hospital Universitário e Ensino	9	9	3	2	17	40	2%
Concessão IntegraSUS/Contratualização Hospital Filantrópico		13	1	3	2	19	1%
Concessão de incentivo Hospital de Pequeno Porte					9	9	0%
Concessão de incentivo da Vigilância Epidemiológica					23	23	1%
Investimento construção/Reforma e equipamentos hospitalares	31	31	33	20	23	138	7%
Outras	1	3	3	3	1	11	1%
Total portarias com o tema hospitalar	295	545	265	446	502	2053	100%

Fonte: Site do Ministério da Saúde. Elaboração da Autora

O tema da gestão teve o maior número de portarias em todos os anos (1283 portarias, 62% do total). Foram abordadas: estrutura do MS (20 portarias, 1% do total); organização da descentralização (4 portarias); regras da alta complexidade (3 portarias); regras para urgência e emergência (4 portarias); regras para hospitais (31 portarias, 2% do total), regras para hospitais psiquiátricos (6 portarias); e políticas para população específica (3 portarias), neste caso doença de Alzheimer (2002) e índio (2005). O cadastro e a habilitação de hospitais (1187 portarias, 58% do total) foi o que teve maior preponderância.

Sobre o financiamento, observou-se a ampliação da definição de tetos físicos financeiros dos estados e municípios (459 portarias, 22% do total). Isso foi resultado da descentralização dos recursos financeiros do MS para os Governos locais, a partir da habilitação de todos, em especial dos estados, à Gestão Plena do Sistema, que ocorreu no período. Houve também alterações de regras do financiamento dos hospitais (26 portarias, 1% do total).

Entre as novas normas do financiamento dos hospitais, destacara-se: a criação de incentivos aos Hospitais Filantrópicos (IntegraSUS) e à vigilância epidemiológica, a alteração das regras para os hospitais de urgência e emergência, e as políticas de contratualização dos Hospitais de Ensino, Hospitais de Pequeno Porte e Filantrópicos.

Em resposta às novas políticas, novas habilitações aos incentivos criados foram realizadas (habilitação urgência e emergência, 10 portarias; habilitação para o Fideps e contratualização dos Hospitais Universitários e de Ensino, 40 portarias; concessão do IntegraSUS e contratualização dos Hospitais Filantrópicos, 19 portarias; concessão do incentivo a Hospitais de Pequeno Porte, 9 portarias; e concessão de incentivos à vigilância epidemiológica, 23 portarias).

Em 2002, ano eleitoral e anterior à troca de gestão, houve muitas portarias de inclusão/exclusão nas Tabelas de Procedimentos (29 portarias no período, 1% do total, sendo 23 em 2002). Os investimentos para construção e reforma e aquisição de equipamentos hospitalares (138 portarias, 7% do total), foram inicialmente do projeto ReforSUS; depois, outros projetos também se mantiveram neste período, sem a existência de um programa específico.

A distinção entre tipos de hospitais surgiu como proposta do MS na Portaria nº 1006, de 04 de julho 2001 (BRASIL, 2001g). Essa definia critérios para

a classificação de hospitais estratégicos para o SUS. A regra explicitou a relação direta das instituições hospitalares com o executivo federal, na medida em que esses hospitais seriam prioritários para o relacionamento com o MS⁵⁶. Os critérios reforçavam o direcionamento para as áreas de alta complexidade do sistema.

As novas regras para a concessão da filantropia, publicadas no final da década de 1990, explicavam a distinção dos hospitais⁵⁷. Além do critério de disponibilizar 60% da capacidade instalada ao SUS, também foi incluído, no regramento para obter as isenções de impostos e contribuições, a possibilidade de contemplar as instituições consideradas como estratégicas ou de excelência, independentes da atuação assistencial no SUS.

Como tratava-se dos maiores hospitais – visto que os critérios relacionavam-se com alta complexidade e porte – essa regra adequava-se às propostas do setor hospitalar privado. Foi garantido aos hospitais ofertar ao SUS os procedimentos de alta complexidade, melhor remunerados, desobrigar-se pela atenção de média complexidade, podendo dirigir a sua capacidade instalada para os seguros de saúde e manter a isenção de tributos e das contribuições sociais.

As alterações da política de regulação da filantropia contribuíram para alterar a configuração dos atores do setor hospitalar no SUS, a sua atuação nas políticas de saúde e a relação com os atores estatais. Exemplificam estas mudanças o conceito de hospital de excelência⁵⁸, a organização da Associação

⁵⁶ A priorização é válida para o estabelecimento de parcerias, contratos, convênios, acordos técnicos e operacionais, financiamentos e outras medidas/atividades voltadas para o incremento/aperfeiçoamento da capacidade assistencial do SUS. Os critérios para ser considerado estratégico eram: Ser hospital geral ou especializado, que preste serviços ao SUS em todas as áreas assistenciais que tenha disponíveis, tanto hospitalares quanto ambulatoriais; ser integrante de três ou mais sistemas de alta complexidade, devendo ser regulamente cadastrado no SUS para o desenvolvimento destas atividades; ser integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências, em conformidade com o estabelecido na Portaria nº 479 de 15/04/1999 (BRASIL, 1999b); ser integrante do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para Atendimento da Gestante de Alto Risco, em conformidade com o estabelecido na Portaria GM/MS nº 3477 de 20/08/1998 (BRASIL, 1998t).

⁵⁷ Decreto nº 2536 de 06/04/1998 dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8742, de 07/12/1993, e dá outras providências (BRASIL, 1998a).

⁵⁸ Este texto é produzido pela área do MS: A partir da Portaria MS/GM nº 2256, de 10/12/2002 (BRASIL, 2002m), avançou-se no processo de formulação de políticas na área hospitalar para aprimorar critérios e definir incentivos aos hospitais brasileiros que alcançaram níveis de excelência no atendimento ao paciente. O objetivo desta estratégia é buscar alternativas para os critérios de concessão do CEBAS no setor saúde, conforme definido no Decreto nº 2536 de

Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) em 2001, os regramentos que foram formulados para a inserção destas organizações no sistema e para o conjunto das instituições filantrópicas.

Outra iniciativa do MS em 2001, no sentido de distinção dos tipos de hospitais, foi a proposta de classificação dos hospitais por porte⁵⁹. Essa era realizada com base no número de leitos disponíveis, na existência e na complexidade dos serviços, no perfil assistencial e na capacidade de produção dos estabelecimentos. Foram criados, em 2001, incentivos específicos para Hospitais Filantrópicos, sendo que todas essas políticas foram dirigidas para hospitais com maior complexidade.

O incentivo para os Hospitais Filantrópicos resultou da interlocução direta dos hospitais com o MS, aliada à predominância de alguns hospitais do setor filantrópico com mais recursos de poder para incidir sobre o executivo. As reivindicações baseavam-se na comparação com os recursos dos Hospitais Universitários e de Ensino, e na insuficiência do financiamento para a sustentabilidade dessas organizações.

A Portaria nº 604, de 24 de abril 2001, criou o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (IntegraSUS), e a Portaria nº 1413 de 30 de agosto de 2001 instituiu o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o SUS. Foram criados o IntegraSUS I e II (BRASIL, 2001c e 2001h).

A definição para o recebimento do IntegraSUS I era das Secretarias Estaduais de Saúde. O MS definia um valor global por Estado, e os gestores estaduais elegiam os hospitais que receberiam o incentivo, com base nos critérios definidos pelo executivo federal. Os valores eram variáveis. Não poderiam exceder 30% do valor pago ao hospital, a título de faturamento dos procedimentos prestados ao SUS na assistência hospitalar. Estavam condicionados à assinatura

06/04/1998, Revogado pelo Decreto nº 7237 de 20/07/2010 (BRASIL, 1998a e 2010a). Neste sentido, identificam-se grandes instituições brasileiras, que são referência na área hospitalar, e que podem disponibilizar experiências exitosas e conhecimentos técnicos de ponta, na forma de projetos de apoio institucional para o desenvolvimento do SUS. Essa condição traz como contrapartida, o recebimento do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) e concessões tributárias/fiscais (BRASIL, 2012c).

⁵⁹ Portaria nº 2224 de 05/12/2002. Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do SUS (BRASIL, 2002l).

de um contrato de metas. Os limites eram estabelecidos pelo MS, que definiu o quantitativo máximo de instituições, de valores por Estado e os critérios para a inclusão⁶⁰ (BRASIL, 2001c).

Criado em agosto de 2001, o IntegraSUS II estabelecia incentivo de 8% do valor pago ao hospital, a título de faturamento por serviços prestados ao SUS na assistência hospitalar (BRASIL, 2001h). Neste caso, não havia qualquer exigência de relação com gestores estaduais ou municipais. Os critérios eram descolados da assistência à saúde, e tornaram-se um incremento de receita para o conjunto de Hospitais Filantrópicos. Aqueles hospitais que aderissem ao IntegraSUS I – que possibilitava o aporte de mais recursos – deixavam de receber o IntegraSUS II.

A participação dos gestores estaduais na contratação e definição das instituições que recebiam recursos federais era reforçada na proposta de IntegraSUS I, mas as regras gerais que orientavam essa participação continuavam sendo produzidas no executivo federal. Exemplo da interlocução e das respostas produzidas pelo MS às demandas dos hospitais foi a reformulação do programa com a criação do IntegraSUS II, com o qual se eliminou a necessidade de participação do gestor estadual na definição dos hospitais participantes.

No que diz respeito aos Hospitais Universitários e de Ensino, a principal pauta de sua representação nacional, a Abrahue, e do Ministério da Educação era a demanda por recursos do orçamento da saúde e a sustentabilidade dos serviços. Nesse período, houve a participação crescente dos gestores estaduais e

⁶⁰ Esses critérios incluíam: 1) disponibilizar 70% dos serviços hospitalares e ambulatoriais ao SUS; 2) participar com todos os leitos e consultas SUS das centrais de regulação dos estados ou municípios; 3) prestar assistência em urgência e emergência, durante as 24 horas do dia; 4) ser referência regional em alguma área, atendendo, no mínimo, 20% de clientela de outros municípios; e 5) participar de Comissão Paritária de Acompanhamento do IntegraSUS. Essa comissão tinha a participação do Conselho Superior da Entidade, da representação do gestor estadual, do gestor municipal do município onde o hospital estava instalado, e demais gestores municipais do SUS, dos municípios que integrem sua área de abrangência regional (BRASIL, 2001c).

municipais de saúde na formulação de propostas para como tratar desses hospitais no âmbito descentralizado do sistema⁶¹.

Em 2002, este tema fez parte da pauta da CIT, lá colocada pelo Conass e Conasems. A integração desses hospitais no sistema ensejava conflitos na elaboração dos contratos de metas, que efetivamente estavam sendo realizados. A falta de autonomia administrativa dos hospitais ligados às universidades públicas em relação à gestão de pessoas e do trabalho era considerado um dos empecilhos para que os mesmos seguissem as orientações dos gestores locais, segundo a Abrahue⁶².

As políticas de financiamento e regulação dos hospitais centralizadas no MS haviam produzido relativa autonomia dos hospitais em relação aos gestores do sistema, até mesmo para aquelas que eram unidades próprias estaduais e municipais. Estas regras comprovavam este distanciamento. Era necessário uma portaria nacional, Portaria do MS nº 2263 de 10 de dezembro de 2002, para forçar o relacionamento entre os gestores estaduais e municipais, na medida em que definiu a obrigação de formalizar a relação com Hospitais Universitários e de Ensino através do Termo de Compromisso entre Entes Públicos⁶³ (BRASIL,

⁶¹ Portaria nº 254 de 15/04/2002. Determina que a Portaria de habilitação ao recebimento do Fideps pelos Hospitais Universitários e de Ensino será publicada após a assinatura do Contrato de Metas. Determina que, a partir de 01/05/2002, o pagamento do Fideps aos hospitais localizados em municípios e estados em Gestão Plena de Sistema será realizado pelo MS por meio do Fundo Nacional de Saúde. O pagamento do Incentivo será deduzido dos respectivos tetos financeiros dos estados/municípios e repassado aos hospitais, mensalmente, no valor definido no Contrato de Metas. Define que os hospitais de caráter universitário e de ensino, privados, com ou sem fins lucrativos, habilitados ao recebimento do Fideps, continuarão recebendo em conformidade com os Contratos de Metas previstos na PT/SAS nº 779, de 29/12/1999 (BRASIL, 2002c e BRASIL, 1999h).

⁶² Hospitais Universitários e de Ensino; foi proposta a realização de um seminário específico com Secretários Estaduais e Municipais que têm sob sua gestão Hospitais Universitários, para que se debata a melhor integração desses hospitais ao Sistema, como superar os conflitos com os contratos de metas que foram negociados para o Fideps, que, com raras exceções, estão vencidos e desatualizados, abordando também o problema da autonomia administrativa dos Hospitais Universitários propriamente ligados às universidades, em especial nos aspectos relacionados a pessoal. Ficou decidido que a SAS, o Conass, o Conasems, a Abrahue e o Ministério da Educação indiquem representantes para trabalhar a definição do programa e da data para a realização do seminário, que contará com a presença de todos os Hospitais Universitários e Hospitais de Ensino e gestores públicos correspondentes (BRASIL, 2002a).

⁶³ “O Termo de Compromisso entre Entes Públicos – TCEP, dos Hospitais Universitários e de Ensino públicos federais habilitados ao recebimento do Fideps, previsto no Anexo desta Portaria, deverá ser firmado entre o seu respectivo gestor e a universidade. O Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados, sua respectiva forma de pagamento, bem como definir a forma de repasse dos recursos do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária – Fideps;” (BRASIL, 2002n).

2002n). Este instrumento definia a remuneração dos serviços. Resultou em experiências inovadoras de negociação entre os Hospitais Universitários e de Ensino e os atores estatais estaduais e municipais (POSSA, SCHIMITH, BARRIOS, 2002).

Por outro lado, o MS mantinha o financiamento diferenciado para os Hospitais Públicos certificados como Hospitais Universitários e de Ensino. A regra nacional impedia os gestores estaduais e municipais de realocarem os recursos, reafirmava a utilização dos repasses federais para esses hospitais e incluía a necessidade de prever financiamento para as atividades de ensino⁶⁴.

A centralização das normativas no MS, regrado a conduta dos gestores estaduais e municipais, demonstrava que a atuação dos hospitais através de representação nacional (Abrahue) estava empoderada através da articulação nacional no Ministério da Educação e MS. As políticas tendiam a manter a gestão descentralizada, mas limitavam a ação dos atores estatais dos estados e municípios. Elas normatizavam, nacionalmente, a relação entre gestores do sistema e dos hospitais, mesmo daqueles que eram públicos e de propriedade desses entes federados.

A política de indução do MS, através de financiamento e de mecanismos de controle, para adoção de práticas por parte de estados e municípios usualmente utilizada em várias áreas, não se verificou em relação à contratação formal dos serviços privados, entre eles os hospitais (POMPEU, 2004).

Entre 2001 e 2002, o MS publicou portarias⁶⁵ que estabeleciam os parâmetros assistenciais para todas as áreas, inclusive na atenção hospitalar. Foi alterada a lista de procedimentos da Tabela SUS, e foram padronizadas as nomenclaturas do censo hospitalar. Foi também aprovado o reconhecimento, pelo MS, da ONA como instituição competente, e autorizada a operacionalizar o processo de acreditação hospitalar e os manuais de acreditação hospitalar.

⁶⁴ Os estados e municípios que tenham Hospitais Universitários públicos próprios, sob a sua gestão, que façam jus ao recebimento do Fideps, deverão firmar TCEP entre o gestor responsável e a direção do hospital. Para aqueles hospitais que possuem Fideps, as metas devem ser determinadas, tendo como base os serviços ambulatoriais e hospitalares, assim como as de trabalho de ensino e pesquisa (BRASIL, 2002n).

⁶⁵ Portaria nº 399 de 27/09/2001 (BRASIL, 2001i), Portaria nº 1970 de 25/10/2001 (BRASIL, 2001j), Portaria nº 580 de 20/12/2001 (BRASIL, 2001l), Portaria nº 312 de 30/04/2002 (BRASIL, 2002d), Portaria nº 1101 de 12/06/2002 (BRASIL, 2002h).

Em 2001, foi instituído o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar⁶⁶. O tema da humanização dos serviços entrou na agenda do executivo neste período. Inúmeras ações foram desenvolvidas pelo MS através de interação direta com os serviços hospitalares, como cursos e organização das comissões de humanização nas instituições. Essas estratégias tiveram como regra a centralização no MS para sua definição e operacionalização e, no caso da acreditação, a delegação para organização não estatal da regulação da qualidade dos serviços assistenciais.

No que diz respeito à alta complexidade, em 2001 e 2002, mantiveram-se as regras existentes do período anterior. Também foram instituídas outras áreas com regramento específico⁶⁷, quais sejam: atendimento aos queimados, nutrição enteral, oftalmologia, obesidade mórbida e tratamento da dor crônica. Foi mantida a centralização no MS na definição das políticas específicas, que tratam dos serviços de maior complexidade.

A partir de 2001, observou-se a diversificação da representação dos hospitais, que era hegemônica no período anterior pela Federação Brasileira de Hospitais, representante dos Hospitais Privados lucrativos. Deste segmento, houve a regularização, em 2001, da Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços. Esta é uma entidade de terceiro grau da esfera sindical empresarial, que aglutina sindicatos e federações dos estabelecimentos de saúde, a partir do desmembramento destas entidades da Confederação Nacional do Comércio. Constituiu-se como representante dos hospitais e serviços privados lucrativos (ZANETTI, 2010). Também em 2001, foi criada a ANAHP, que se autodenominou entidade representativa dos Hospitais Privados de excelência do Brasil. Inicialmente formada por 23 hospitais, tinha como objetivo principal a representação dos interesses desses hospitais na saúde suplementar (ANAHP, 2009).

⁶⁶ Portaria nº 881 de 19/06/2001 (BRASIL, 2001f). Portaria nº 202 de 19/06/2001 (BRASIL, 2001e). Portaria nº 1527 de 22/07/2004 (BRASIL, 2004c).

⁶⁷ Portaria nº 386 de 13/10/2000 (BRASIL, 2000f), Portaria nº 1273 de 21/11/2000 (BRASIL, 2000g), Portaria nº 628 de 26/04/2001 (BRASIL, 2001d). Portaria nº 589 de 27/12/2001 (BRASIL, 2001m), Portaria nº 866 de 09/05/2002 (BRASIL, 2002f), Portaria nº 339 de 09/05/2002 (BRASIL, 2002e). Portaria nº 867 de 09/05/2002 (BRASIL, 2002g). Portaria nº 1319 de 23/07/2002 (2002i). Portaria nº 472 de 24/07/2002 (BRASIL, 2002j).

A entidade de representação dos Hospitais Universitários e de Ensino – Abrahue – fortaleceu-se durante a década de 1990. Esta e a CMB, entidade que congrega os Hospitais Filantrópicos, constituíram-se no início dos anos 2000 como os principais representantes para a formulação das políticas de seus respectivos segmentos hospitalares. Os interlocutores estatais para a temática hospitalar também se diversificaram.

A descentralização da gestão e dos recursos para alguns estados e municípios, a manutenção de comando único sobre os prestadores de saúde de cada território e a composição de tetos financeiros estaduais e municipais acarretou maior inserção dos gestores estaduais e municipais na ordenação e regulação dos prestadores de serviços hospitalares nos territórios. Apesar da participação reduzida na formulação da política, foram estabelecidas relações entre atores estatais dos estados e municípios, e os Hospitais Filantrópicos e privados no geral, mas em especial com os Hospitais Universitários e de Ensino segundo relato do entrevistado representante dos gestores estaduais:

Em 1992, 1995, eu era muito amigo dos diretores dos Hospitais Universitários e, às vezes, eu conseguia internar, falando com alguém. Não tinha nenhuma relação formal ou informal com o SUS, nada. Era outra rede. Quem ia lá, ia para o ambulatório, pronto-socorro, se internava, não recebia nada do município e do Estado, era um monstro de um hospital que foi integrado no sistema [...]. A Santa Casa tinha convênio com mais ou menos 200 municípios, contrato de trazer ambulância para trazer. Você tinha hospital, tinha contrato no outro Estado [...]. Então, como se organiza um sistema assim? (Entrevistado 5).

Mesmo com poucas alterações na política nacional, houve uma ampliação da atuação dos estados e municípios sobre essas organizações em muitas localidades de forma autônoma. Municípios, como já foi apresentado, construíram e colocaram em funcionamento muitas instituições. Ao mesmo tempo, a maior parte dos secretários municipais de saúde, por estarem em gestão da atenção básica, acionaram os estados para responderem pelas questões e crises dos hospitais. Desta forma, demandaram dos secretários estaduais de saúde posicionamento e ação sobre a atenção hospitalar, como relata o entrevistado representante de gestores estaduais:

Eu acho que essa [o hospital] é a primeira pauta dos secretários [estaduais]. Instintivamente, o secretário quer resolver os hospitais [...]. A atenção primária está no município. A regulação está no

Estado e é quem assume a responsabilidade por ter ou não atendimento àquele paciente referenciado [...]. Ainda precisa ser uma pauta mais organizada com começo, meio e fim; esse é o problema. Ela vem na crise, se discute e se debate e, depois, ela arrefece. Quando eu questiono que ela tem que ser mais firme, é com foco em uma solução que seja mais duradoura (Entrevistado 5).

Com a descentralização/desconcentração operada, houve uma ampliação da atuação das organizações representativas dos Hospitais Privados e Filantrópicos junto às gestões estaduais e municipais em Gestão Plena do Sistema, de forma fragmentada, em cada localidade, aliada à manutenção de sua ação junto ao Governo Federal. As questões sobre hospital estavam concentradas no tema da insuficiência de recursos. As respostas eram diferentes em cada município e estado do país, mais ainda eram delimitadas pelas políticas do MS, em especial para a rede conveniada privada de serviços, de acordo com a afirmação do representante dos setor hospitalar entrevistado:

Os estados isoladamente têm políticas, para a rede conveniada e para a rede própria. Para a rede conveniada, está amarrado aí na política nacional que também está aqui, que está também na contratualização, enfim, na coordenação da rede como um todo (Entrevistado 2).

No entanto, a aproximação dos gestores municipais e estaduais com os serviços hospitalares em cada território colocou em pauta, em alguns municípios, a mudança do perfil assistencial dessas instituições. Havia resistência das direções dos hospitais acerca da articulação com a atenção básica e a redefinição dos papéis a serem desempenhados por essas organizações a partir da pactuação local com a gestão do sistema, conforme afirma o representante do setor hospitalar entrevistado:

A resistência era justamente essa: trocar de uma posição hospitalocêntrica para uma posição de rede. Não está certo que cuidasse de atendimento primário, secundário e terciário e com algum quaternário, dentro dos hospitais, mas que isso fosse integrado. Mas muitos hospitais cuidavam de tudo e não queriam mudar (Entrevistado 7).

As políticas que criaram distinção entre os hospitais, no sistema de saúde, com base na complexidade e capacidade instalada, produziram a diferenciação da capacidade de pressão destas organizações sobre os atores estatais, segundo relato do entrevistado representante do setor hospitalar:

Acaba tendo uma agenda totalmente diferente do resto. A agenda do grande percentual é a sobrevivência. Dos grandes [hospitais] é se expandir e se especializar. Então, a agenda deles é totalmente diferente de quem está no Interior [...]. O pequeno hospital é aquele que está mais longe, está longe do deputado, está longe do Ministério, dos recursos e de alguém que pode defender os interesses deles [...]. O hospital de grande porte, o hospital especializado, tem prestígio político. Por exemplo, o Einstein, o Sírio Libanês, não precisam de alguém para dar mais prestígio para eles. A Dilma ficou doente e foi para lá, o Lula, o Zé Alencar. Aquele já fez a vida [...]. Quem está precisando muito dessas políticas, de uma política que realmente resolva o problema da renda hospitalar, são os pequenos e os médios hospitais (Entrevistado 2).

Para os hospitais gerais de pequeno e médio porte, localizados nos municípios pequenos e médios, que realizavam os procedimentos de média complexidade e eram, em sua maioria, municipais e filantrópicos, não foi produzida nenhuma política específica ao longo da década de 1990 e início dos anos 2000. As políticas do MS redundaram no direcionamento da atuação dos hospitais para a assistência de alta complexidade e a segmentação do subsistema, conforme afirma o representante do gestor federal entrevistado:

As grandes Santas Casas que estavam naquele momento de conversão de modelo, de profissionalização e sair daquela coisa de filantropia, viam na alta complexidade uma oportunidade. Realmente, foi uma questão intencional do Ministério, que fazia política a partir da Tabela de Procedimentos. Um grupo de hospitais se reúne, vai até o Ministério e diz que “assim não dá”. O Ministério formou uma regra para que pareça realmente que é um programa, mas se tu fores olhar, o IntegraSUS não é programa coisa nenhuma. Era só uma forma de dividir o dinheiro. [...] Então, era muito nessa linha; Hospitais de Ensino a mesma coisa. Cada segmento com suas especificidades, ou com seu grupo de interesses na especificidade, pautava. O Ministério sempre pautou, inclusive hospitais ligados diretamente ao Ministério da Educação (Entrevistado 9).

Com o processo de descentralização, algumas gestões estaduais e municipais tiveram experiências de maior interferência no setor hospitalar. Propuseram alteração no financiamento, na regulação, no papel e na inserção dos hospitais no sistema. Novas práticas foram experimentadas e contribuíram para a produção de novas ideias sobre os hospitais no sistema e sobre o seu funcionamento (CECÍLIO, 1997a; FERLA & FAGUNDES, 2002, 2002a; JORGE,

2002; CECÍLIO & MERHY, 2003; FRANCO, 2003; FRANCO & MAGALHÃES, 2003).

Foram experiências, ideias e políticas, produzidas de baixo para cima, que influenciaram os dirigentes do MS, a partir de 2003, e contribuíram com as formulações desenvolvidas; entre elas, a proposta de reorganização da humanização, urgência e emergência, alta complexidade, contratualização dos serviços hospitalares e o Pacto pela Saúde.

Também foram produzidos novos paradigmas cognitivos e ideias programáticas para o financiamento do setor e de mecanismos de contratação, regulação e de relação dos gestores entre si, que deram origem ao Pacto pela Saúde, todas elas no sentido da organização da rede regionalizada de atenção.

Entrou na agenda, portanto, a necessidade de superar os mecanismos tradicionais de financiamento. Esses foram considerados inadequados à mudança da atenção hospitalar e ambulatorial e à organização do sistema. Surgiu a necessidade de qualificar os hospitais de referência nas regiões. Essas organizações deveriam estar inseridas nos processos de regionalização da atenção, sob a gestão efetiva dos gestores de saúde. Estas novas ideias foram as que orientaram a formulação da política de contratualização dos hospitais (BRASIL, 2004 h), como afirma o representante do gestor federal:

Em um certo momento, foi ficando clara a importância de trabalhar os hospitais, e aí independente se ele era Hospital de Ensino, se ele era Filantrópico, se era Municipal, Estadual e tal. Que tinha um forte componente regional, ou seja, que tinha uma importância no ponto de vista da regionalização (Entrevistado 6).

Além das alterações nas políticas existentes, foram formuladas políticas diferenciadas, mesmo que para os segmentos hospitalares já consolidados, tais como a política de contratualização dos Hospitais Universitários, de Ensino e Filantrópicos. No caso do Hospitais de Pequeno Porte, tratava-se de uma nova política para um setor hospitalar que não fora contemplado em nenhuma das ações desde o início da implementação do SUS. Estas serão apresentadas no próximo capítulo.

7.3. A grande inflexão na política hospitalar: contratualização dos hospitais

A partir de 2003, assumiram a direção do MS os defensores da ampliação do controle estatal sobre o sistema de saúde e da provisão pública de serviços. Os novos dirigentes não alteraram a forma de financiamento na alta complexidade. Isso possibilitou a manutenção do controle centralizado no MS sobre os provedores, da possibilidade da alteração nos valores de procedimento das diferentes “altas complexidades” e dos critérios de ingresso nessa categoria.

Parte das mudanças promovidas se referiram aos critérios para a implantação e o credenciamento dos serviços de alta complexidade. Elas conceituavam os serviços, definiam os prazos, os fluxos e as exigências mínimas para compor as redes de alta complexidade, bem como o quantitativo de serviços que poderiam ser credenciados em cada estado da Federação com base na população residente.

Porém, a principal medida, que poderia reorganizar o subsistema hospitalar, foi a proposta de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira (BRASIL, 2004h; CARVALHO, 2007; LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009), que alterava o modo de financiamento das organizações hospitalares que ofereciam serviços para o SUS e o formato de relação entre tais organizações e os gestores, denominada “contratualização dos hospitais”.

A proposta foi regulamentada por meio das seguintes portarias: Portaria Interministerial nº 1006 de 27 de maio de 2004, que criava o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS; Portaria nº 1.044, de junho de 2004, que institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte; Portaria nº 1702/GM, de 17 de agosto de 2004, que criava o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Universitários e de Ensino; Portaria nº 2369 de 27 de outubro de 2004, que definia recurso de incentivo à contratualização de Hospitais Universitários do Ministério da Educação no SUS; Portaria nº 1721/GM, de 21 de setembro de 2005, que criava o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS; e Portaria nº 3123/GM, de 7 de dezembro de 2006, que homologava o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e

Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (BRASIL, 2004g, 2004b, 2004d, 2004e, 2005a, 2006o).

Concomitantemente à política de contratualização, foi modificada a regra para certificação dos Hospitais Universitários e de Ensino, que era a mesma desde 1995. Para serem considerados de ensino⁶⁸, os hospitais precisavam ofertar campo de práticas curriculares para estudantes da área da saúde. Os critérios tornaram-se mais rígidos, com exigências de cursos, número de residentes e presença de docentes e de preceptores. Para os Hospitais Públicos, havia a meta de tornarem-se 100% SUS em quatro anos, e organizarem conselhos gestores com a participação de docentes, estudantes, trabalhadores e usuários. Foram reafirmados os critérios de participação no sistema locorregional, a obrigação de submeterem os seus serviços à regulação dos gestores estaduais e municipais e a participação nas políticas prioritárias do SUS (BRASIL, 2004).

A contratualização tratava-se do processo jurídico-administrativo, que tinha como objetivo formalizar a prestação de serviços e contratar metas e resultados nos hospitais (LIMA, 2010). O modo de relação com os prestadores de serviços hospitalares mantinha-se, na maior parte dos estados e municípios, no formato pré-SUS e na informalidade (MATOS & POMPEU, 2003; LIMA, 2010).

Apesar de ser recorrente a afirmação de que “havia uma crise dos serviços hospitalares no país” – visível na dificuldade de atendimentos, na superlotação dos serviços e na insuficiência de recursos financeiros (BRASIL, 2004) –, a discussão sobre a reforma na provisão de serviços hospitalares do SUS somente entrou na agenda política da área em 2004. Os diagnósticos produzidos sobre a atenção hospitalar apontavam que a estratégia das organizações era privilegiar a realização de procedimentos com melhor relação custo-benefício para o hospital (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; PORTO, SOARES, DOMINGUEZ, 2006; CARVALHO, 2007; MENICUCCI, 2009), independente da demanda por

⁶⁸ Até então, valia o conceito de 1991, do Hospital de Ensino como “...denominação aplicável ao conjunto dos Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino”; e o Hospital Universitário como “...o Hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados”. A nova regra definia que Hospital de Ensino eram as instituições hospitalares que serviam de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, fossem hospitais gerais ou especializados, de propriedade de instituições de ensino superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com instituições de ensino superior (BRASIL, 1991b).

atendimento. A inadequação da oferta de serviços às necessidades de atendimento expressava o alto grau de autonomia desses prestadores frente aos dispositivos de regulação do sistema. Havia um relativo isolamento da rede de atenção hospitalar em relação ao sistema de saúde (BRASIL, 2004; MENICUCCI, 2006; FARIAS, 2009).

A substituição do pagamento por procedimentos, pela contratualização de um montante global a ser repassado aos hospitais, ampliava a regulação das autoridades estatais sobre as organizações que ofereciam serviços hospitalares e sobre o financiamento do setor (CARVALHO, 2007; LOBO et al., 2009; LIMA, 2010). A regulação proposta buscava induzir os serviços hospitalares a produzirem serviços compatíveis com as necessidades do sistema. Entre os objetivos da contratualização, estavam: adequar demanda e oferta; incentivar a articulação da interação entre os hospitais e a rede de atenção básica com a territorialização das responsabilidades assistenciais; e possibilitar, aos atores estatais, o controle da qualidade e da eficiência dos serviços prestados. Na época, eram incipientes os processos e fluxos formais de diálogo e negociação entre os gestores municipais e os hospitais (SANTOS & GERSCHMAN, 2004; LIMA, 2010).

Com o processo de descentralização completo, houve uma inflexão nas ideias. Não se tratava apenas de aumento nos valores de Tabela para os prestadores de serviços de saúde. Entrava na agenda a ampliação dos recursos destinados aos estados e municípios para a composição dos tetos financeiros de média e alta complexidade

A política atribuiu o papel mais relevante aos estados, em comparação ao período anterior. Isso foi resultado da descentralização da gestão da relação com a maior parte dos serviços hospitalares para os estados, em consonância com o objetivo de regionalização do sistema. Os gestores estaduais foram atores-chave no debate com o MS, sobre a política hospitalar, entre 2003 e 2004, conforme afirma o representante do gestor federal entrevistado:

O ator que tinha o poder de veto, na política hospitalar, era o Conass, mais até do que o Conasems [...]. Então, eu acho que não foi uma discussão fácil. Agora mesmo, nas políticas em que o Ministério entrava com o financiamento e que o protagonismo estava dado para os estados fazerem a gestão (Entrevistado 6).

A proposta da Reforma foi deliberada, em conjunto com o Conass e Conasems na Comissão Intergestores Tripartite nacional, de forma que gestores estaduais e municipais incidiram sobre as propostas apresentadas pelo MS.

A proposta de Reforma do setor hospitalar foi também uma resposta à forte pressão do setor hospitalar. Em um contexto de troca de Governo, em 2003, protagonizaram movimentos com forte articulação no Congresso Nacional, na mídia e apoio político social, como afirma o representante do gestor federal, no trecho da entrevista abaixo:

Naquele momento, era uma agenda política de crise. Crise cuja expressão era o financiamento, particularmente puxada pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, com uma forte articulação na Câmara dos Deputados, na Comissão de Saúde e Assuntos da Família. Pautando o Governo o tempo inteiro, pautando o Ministro, promovendo Audiência Pública. Então, uma articulação muito pesada, particularmente esse setor. Criavam um ambiente de profundo constrangimento público, e a demanda era mais dinheiro. Na verdade, essa era a dimensão principal que eles apresentavam, a crise do financiamento [...]. Outro setor extremamente importante, também com enraizamento muito grande no Congresso Nacional, eram as entidades filantrópicas. Um jogo muito pesado em uma mescla de Santas Casas de grande e médio porte, também bem enraizado nas pequenas Santas Casas, com a mesma pressão: financiamento (Entrevistado 6).

Como resposta às pressões das entidades representativas dos hospitais, o MS construiu fóruns de discussão para neutralizar as demandas diretas e favorecer um debate público sobre a política hospitalar. Os fóruns criados foram os seguintes: 1) Comissão interinstitucional⁶⁹, cujo objetivo era avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais Universitários e de Ensino, composta por representantes do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Educação, Ministério da Ciência e Tecnologia, MS, Conselho Nacional de Saúde, Conass, Conasems, Abrahue, Associação Nacional dos Dirigentes de Instituições Federais de Ensino Superior, Associação Brasileira de Reitores de Universidades Estaduais, ABEM, Associação Brasileira de Enfermagem, Direção Nacional dos Estudantes de Medicina, Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; 2) Grupo de trabalho⁷⁰ para revisar, atualizar e reestruturar as políticas para os

⁶⁹ Portaria Interministerial, nº 562 de 12/05/2003 (BRASIL, 2003b)

⁷⁰ Portaria, nº 2262 de 26/11/2003 (BRASIL, 2003a)

Hospitais Filantrópicos, composto pelos representantes dos estabelecimentos filantrópicos de ensino com capacidade operacional disponível para o SUS superior a 500 leitos, do MS, dos gestores (estaduais e/ou municipais), da Abrahue e da CMB.

Essa estratégia foi adotada de forma consciente pelos dirigentes do MS, como demonstra o trecho da entrevista a seguir:

A partir de 2002, a primeira estratégia foi romper com a linha direta. Definiu-se o espaço onde essa questão ia ser discutida, ser pautada. O jogo era franco, e era *cartas na mesa*. Então, se a CMB tinha uma pauta prioritária, ela trazia para essa mesa. Pararam de existir conversas individuais. Construiu-se uma prática, um debate claro, aberto e organizado [...]. Quem pauta é o Ministério, chama e define quem participa. Não tem isso de *a minha pauta é muito específica*. Se a pauta é hospital, ela está dentro disso (Entrevistado 9).

A inclusão do tema da provisão de atenção hospitalar do SUS, com o objetivo de delinear uma política específica no MS para este setor, explicitava duas ideias programáticas, segundo um entrevistado, representante do gestor federal: a primeira era tratar o funcionamento dos hospitais internamente, era abordar o cuidado hospitalar oferecido; a segunda se relacionava ao papel do hospital no sistema, buscando enfrentar o problema da dicotomia hospital e rede de serviços, instituindo formas de inserir o hospital no sistema.

[Com a contratualização, se] queria duas coisas: queria mudar o arranjo organizativo do hospital para dentro, o que se produz mesmo de cuidado dentro do hospital. Não entrou em consenso, não se discutiu só entre os iguais. Ao mesmo tempo, queria fazer a discussão de que ranço é esse do modelo hospitalocêntrico. Porque também, se existe esse papel do hospital, existe também o hospital que é transformado em vilão da rede, do sistema. Então, começou a discutir o que precisa ser feito para o hospital se inserir de fato. Que hospital é esse que a gente precisa ressignificar do ponto de vista do cuidado e do ponto de vista de extensão na rede? Não mais uma relação de disputa: o hospital x rede. Mas se apropriar de uma inteligência que existe de base hospitalar, a serviço de uma composição de rede e o contrário. Teve que romper alguns dogmas, alguns preconceitos para poder fazer isso (Entrevistado 9).

Diferente do período anterior, em que a superação do modelo hospitalocêntrico centrava-se na implementação de estratégias externas a essas organizações, neste momento, apareceram no cenário nacional ideias programáticas com propostas alternativas. Verificou-se ainda uma aproximação

inédita, entre integrantes do Movimento Sanitário com as instituições hospitalares e suas representações, conforme define o representante do gestor federal:

Um certo grupo da política que opera o SUS, da transformação do SUS, e que se volta muito mais para a construção de outras políticas porque, afinal de contas, no nosso discurso, hospital era um problema. Então, em um determinado momento, era bacana tratar o hospital como amigo, como uma coisa que faz parte; não é ser amigo inimigo (Entrevistado 9).

As políticas formuladas no contexto da proposta de reforma do sistema hospitalar propunham ações para as diferentes categorias de hospitais, fossem eles de ensino, filantrópicos, ou Hospitais de Pequeno Porte. Como afirma o representante da gestão federal, apesar da segmentação de tipos de hospitais, a política era para todos, embora oferecesse tratamento diferenciado para cada grupo.

No total, a gente falava com o mesmo interlocutor, só com um público diferente. A CMB vinha em todas. Um pensa amarelo, e outro pensa verde. Dá para ter uma identidade, por exemplo: as filantrópicas, dentro das filantrópicas, têm um debate. Tem os pequenos que acham que a Confederação só se preocupa com os grandes. Tem os grandes que acham que não se deve perder tempo com os pequenos. Olhou-se para isso, não para as organizações representativas, mas para os segmentos (Entrevistado 9).

A estratégia de formular regras específicas para os setores do subsistema hospitalar possibilitou direcionar as políticas para as diferentes realidades, contemplando distintos interesses. Favoreceu também a expansão do conhecimento dos atores estatais sobre as organizações hospitalares do país, conforme indica o representante do gestor federal entrevistado:

Naquele momento, a gente estava discutindo aquele segmento, aquela característica, aquele grupo de hospitais. O Ministério conseguiu entrar no universo desses caras. Não era dono da verdade. Aprendeu nesse processo, mudou. Entrou com uma ideia e saiu com outra, não radicalmente [...]. É tratar diferente o que é diferente. A gente experimentou essa coisa da equidade por segmento hospitalar, se é que dá para dizer isso (Entrevistado 9).

Os atores estatais do MS utilizaram como estratégia propor uma política de reforma com diretrizes e princípios únicos, e dividir sua operação por segmentos hospitalares. Esta estratégia incidiu nas estratégias de ação desenvolvidas pelas organizações que representavam os hospitais. Era o caso da Abrahue e da CMB,

no caso dos filantrópicos. Apesar de a Federação Brasileira dos Hospitais e de a Confederação Nacional de Saúde, representantes dos Hospitais Privados lucrativos, também fazerem parte dos debates, não foram contemplados com propostas específicas.

Ao tratá-las diferentemente, o MS incidiu sobre as disputas das entidades entre si, e internamente em cada uma delas. Os representantes do MS atuaram com possibilidade de atingir as entidades nacionais e os serviços hospitalares de modo diferente. Partiram do pressuposto de que o setor hospitalar não era homogêneo, em suas realidades, que suas demandas eram diferenciadas, e tinham concepções divergentes sobre o sistema de saúde.

A política sinalizou que o setor hospitalar privado lucrativo, e suas entidades representativas, não se constituíam mais em um ator capaz de influenciar de forma decisiva a formulação e implementação de políticas. A proximidade dos dirigentes do MS com a Abrahue, que representava os Hospitais Universitários e de Ensino, e com a CMB, que representava os Hospitais Filantrópicos, também favoreceu a neutralização da reação negativa dos Hospitais Privados à política. Há que se considerar o posicionamento favorável à provisão pública dos serviços de saúde dos dirigentes do MS a partir de 2003. A regra formal do sistema, que estabelecia prioridade para o público e para o setor filantrópico na prestação de serviços, contribuiu para fortalecer os posicionamentos dos atores estatais em articulação com os atores societais do segmento hospitalar.

No entanto, não foi formulada uma política para o conjunto dos Hospitais Públicos municipais e estaduais, que não fossem universitários de ensino e de pequeno porte. Esses, tanto quanto os privados, mantiveram-se com o mesmo formato de financiamento anterior. A ausência de políticas que contemplassem os Hospitais Públicos demonstrou a pouca importância que Conass e Conasems – portanto, a representação dos gestores estaduais e municipais – atribuíam à questão.

As políticas de contratualização dos Hospitais Universitários, de Ensino e Filantrópicos, e a política para Hospitais de Pequeno Porte possibilitaram alterar as formas de relacionamento dos gestores estaduais e municipais do sistema de saúde com o setor hospitalar. Elas estabelecerem contratos, propuseram outra

forma de financiamento não vinculado à produção de procedimentos e à Tabela e incluíram metas de qualidade da assistência e eficiência da gestão, conforme afirma o representante dos hospitais entrevistado:

Os Hospitais Universitários e de Ensino começam a se relacionar mais com os estados e municípios, a partir das contratualizações. Inicia-se um diálogo estreito entre o Estado, município e Hospitais Universitários em torno das pactuações tanto das metas físicas e assistenciais quanto de ensino, pesquisa e extensão. Foi a contratualização uma forma imposta, mas provocou um relacionamento necessário; senão, não sairiam os contratos. Então, no início, foi bastante traumático. As discussões foram acirradas [...]. Hoje, ao longo desses anos, isso mudou muito. Já existe um entendimento das gestões hospitalares, que começa a chegar nos coordenadores de curso, nos professores, que eles têm sim responsabilidade, além de sua atividade acadêmica, de fazer uma boa assistência e de acordo com as necessidades da comunidade (Entrevistado 3).

A restrição da participação dos Hospitais Privados Lucrativos no SUS foi o principal resultado observado entre 2000 e 2005, como será apresentado a seguir.

7.4.A diminuição da provisão hospitalar do setor contratado privado e a mudança na classificação das organizações hospitalares

A Tabela 9 apresenta os dados de AIHs pagas de 2001 a 2005, segundo a natureza jurídica do prestador hospitalar.

Tabela 9: AIHs pagas, conforme a natureza jurídica do prestador hospitalar de 2001 a 2005

Ano Natureza	2001	% do Total 2001	2002	% do Total 2002	2003	% do Total 2003	2004	% do Total 2004	2005	% do Total 2005	≠ em nº absoluto 2001 e 2005	≠ em % no período
Contratado	3.120.527	26%	2.911.447	24%	2.679.989	22%	2.387.280	20%	2.214.002	19%	-906.525	-29%
Federal	41.847	0%	28.252	0%	179.544	1%	421.244	4%	435.274	4%	393.427	940%
Estadual	1.614.416	13%	1.742.342	14%	1.886.894	16%	2.123.697	18%	2.211.018	19%	596.602	37%
Municipal	1.857.331	15%	2.001.753	16%	2.126.312	18%	2.309.393	19%	2.339.227	20%	481.896	26%
Filantropico	4.123.665	34%	4.148.268	34%	4.408.660	36%	4.708.429	39%	4.657.294	39%	533.629	13%
Sindicato	7.034	0%	4.663	0%	4.590	0%	3.813	0%	4.679	0%	-2.355	-33%
Universitário	1.462.416	12%	1.391.521	11%	798.212	7%	0	0%	0	0%	-1.462.416	-100%
Total	12.227.236	100%	12.228.246	100%	12.084.201	100%	11.953.856	100%	11.861.494	100%	-365.742	-3%

Fonte: Datasus.

No período analisado, houve diminuição no número de AIHs pagas (-365.742). Esta diminuição foi resultado da queda das AIHs pagas aos hospitais contratados, ou seja, privados lucrativos (-906.525, -29%) e dos sindicados (-2.355, -100%). Os demais hospitais tiveram aumento na produção de AIHs. Os Hospitais Estaduais (596.602, 37%) foram os que mais cresceram no período em números absolutos e percentuais, seguidos dos Hospitais Filantrópicos (533.629, 13%) em número absolutos e dos Hospitais Municipais (481.896, 26%) em percentual. Os Hospitais Federais (393.919, 940%) cresceram consideravelmente em percentual.

Esse resultado pode ser atribuído à modificação da sistemática de classificação dos hospitais no sistema de informação de provisão hospitalar. Esses passaram a ser identificados segundo sua figura jurídica. Desapareceram as denominações de Hospitais de Ensino e Universitários. Como esses eram públicos e filantrópicos, os dados sobre esses serviços não são comparáveis neste período. Apenas os hospitais contratados puderam ser comparados. Estes diminuíram a sua participação na provisão de serviços hospitalares do SUS (26% em 2001, para 19% em 2005). Em 2005, a participação dos hospitais na produção de AIHs era, em primeiro lugar, dos Hospitais Filantrópicos (39 %), seguida dos Hospitais Municipais (20%), dos Hospitais Estaduais (19%) e privados contratados (19%) e dos Hospitais Federais (3,7%).

Esses resultados reinteram a ampliação da participação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos na provisão de serviços hospitalares para o SUS. Nos grandes centros urbanos, a crise hospitalar se expressou no atendimento de maior complexidade, pois eram lugares em que o setor privado dirigia a atenção à saúde suplementar, diminuindo, assim, a oferta da provisão SUS. Portanto, a crise se expressava no caso dos hospitais de maior porte, que eram referência para vários municípios, que tinham maior complexidade e que ensejavam as discussões da regionalização, dos pactos, contratos de gestão e organização das redes de atenção, o que será tratado no próximo capítulo.

8 A Regionalização Negociada no Sistema Único de Saúde e a Política Hospitalar: 2006 a 2012

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, aprofundou o processo de descentralização e regionalização do sistema de saúde. A formulação do Pacto envolveu intensa negociação entre o MS, Conass e Conasems. O tema central foi a construção da regionalização solidária e cooperativa, ou seja, a organização de sistemas de saúde regionalizados, definidos e geridos através da negociação e do estabelecimento de pactos entre municípios, estados e a União (DOURADO & ELIAS, 2011; MACHADO, 2009; LIMA et al., 2012).

Em 2011, foi publicado o Decreto 7508/11 que propunha reorganizar a gestão do SUS e conferir maior segurança jurídica nas relações entre os entes federados. Determinou a constituição de um processo de gestão interfederativa, com foco nas redes de atenção à saúde, estruturadas a partir da regionalização (BRASIL, 2011a). Os dois conjuntos de regras têm como conceito normativo a regionalização negociada entre os entes da Federação e a construção de redes de atenção à saúde.

8.1. Pactos como proposta de organização do Sistema Único de Saúde

O Pacto pela Saúde, de 2006, congregava três dimensões: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O arcabouço legal foi instituído através de portarias do MS, que regulamentavam a substituição do conjunto de regras anteriores (BRASIL, 2006b). O Pacto foi apresentado como uma estratégia para fortalecer a gestão descentralizada do sistema, redefinindo responsabilidades dos três entes federados. Propunha pactuações de prioridades, assim como objetivos e metas para o sistema de saúde. Tinha a intenção de fomentar a negociação entre estados, municípios e União, para a construção da regionalização e para a organização do sistema. Restringia o papel do MS na gestão descentralizada do sistema e buscava considerar a diversidade que caracteriza as diferentes regiões do país.

Era uma tentativa para superar os desequilíbrios entre cooperação necessária para a organização do sistema e o conflito e a diversidade característicos do federalismo brasileiro. A proposta manteve o comando único dos serviços prioritariamente com os municípios e definiu o papel do Estado como articulador e coordenador das relações entre municípios, e dos municípios com os estados e a

União. As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) estaduais e os Colegiados de Gestão Regionais (Cogeres), das regiões intraestaduais, com a participação do Estado e de todos os municípios que compusessem a região de saúde, foram definidos como os fóruns centrais para negociação e deliberação. As decisões deveriam ocorrer por consenso dos atores participantes dos fóruns (MACHADO, 2009; DOURADO & ELIAS, 2011; GUERREIRO & BRANCO, 2011; LIMA et al., 2012).

Além da criação do Cogeres, outra inovação do Pacto pela Saúde foi: a flexibilização do desenho da regionalização, já que esta era definida na negociação entre estados e municípios através das CIBs. Os Cogeres seriam os espaços para negociação e decisão dos pactos regionais, portanto, do planejamento da organização das redes de atenção e das prioridades para o SUS em cada região.

Foram extintas as habilitações de gestão dos municípios. As responsabilidades de cada ente da Federação passaram a ser firmadas através do Termo de Compromisso de Gestão (TCG). Esses deveriam ser revistos anualmente e avaliados pelos Conselhos de Saúde. Houve, ainda, a delegação da responsabilidade pela regulação da atenção intermunicipal às Secretarias Estaduais de Saúde (MACHADO, 2009; GUERREIRO & BRANCO, 2011; LIMA et al., 2012).

Outro aspecto considerado inovador em relação às políticas prévias estava relacionado ao financiamento do sistema. Houve a integração das transferências de recursos do MS em cinco blocos de financiamento, com o objetivo de diminuir a fragmentação e aumentar a autonomia da utilização dos recursos pelos gestores locais. O Pacto também estabeleceu a exigência de explicitação dos recursos empregados pelos demais entes federados, estados e municípios no custeio do SUS (GUERREIRO & BRANCO, 2011; LIMA et al., 2012).

No entanto, apesar de organizar os blocos de financiamento do SUS, esses eram compostos por inúmeros incentivos, cuja utilização estava condicionada às regras definidas pelo MS, o que, em parte, limitou a autonomia dos estados e municípios. Entre 2006 e 2010, todos os estados e 3.789 municípios (68% dos municípios brasileiros) formalizaram os TCGs junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nacional. Neste período, também foram implantados 417 Cogeres, abrangendo 5332 municípios. Esse processo resultou em alterações dos mecanismos de relação interfederativa, com ampliação da participação das instâncias estaduais e municipais na condução das políticas e com a criação de dispositivos de articulação regional (LIMA et al., 2012).

No final do segundo Governo Lula, em 2010, foi lançada a Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelecia diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito SUS (BRASIL, 2010b). Essa foi produzida com a participação efetiva do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems)⁷¹. A proposta, lançada ao final do último mês de Governo, demonstrava a intenção de comprometer os dirigentes da área com a organização regionalizada do sistema, nos moldes até então fomentados. Ela conceituava as RAS, apresentava as diretrizes para sua implantação e servia de orientação para os novos dirigentes do Ministério, que trataram as RAS como prioridade de Governo.

O processo de negociação e de definição de compromissos dos entes federados para a organização do sistema de saúde através dos pactos resultou em novas críticas. Os pactos não teriam superados as dificuldades para a implementação das regiões cooperativas e solidárias e das redes de atenção. Dentre as dificuldades de implantar ações regionais, que congregassem o conjunto de municípios, identificava-se: 1) as relações perpassadas por conflitos, com base na busca de maximização dos benefícios e agravadas pelas diferenças partidárias, dos municípios entre si e na relação com os estados; 2) a influência do modelo federativo do Brasil, que carregava, desde suas origens, características centralizadoras tanto de cunho político quanto econômico; 3) as relações assimétricas, como no caso dos municípios maiores, que dispunham de recursos e capacidade instalada e ainda eram responsáveis pelo controle do acesso através da coordenação das centrais de regulação; 4) a não responsabilização com o cumprimento dos pactos firmados pela ausência de consequências e sanções; e 5) a

⁷¹ O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS. O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do MS e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do MS. O conteúdo dessas orientações está fundamentado (...) no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo MS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em regiões de saúde de diversos estados. O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando porque organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de microgestão dos serviços, e diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

insuficiência de acesso e qualidade na atenção aos usuários (NASCIMENTO, 2007; MACHADO, 2009).

Dessas críticas, redundaram as proposições de responsabilização dos gestores em relação ao cumprimento dos pactos, bem como o reforço as ideias de regionalização e construção das redes de atenção. Portanto, a definição do papel dos gestores na construção das redes de atenção passou a ser foco de debates. Entrou na agenda do executivo federal a organização das redes de atenção, dos serviços em geral, tendo como um dos componentes os hospitais.

Após 22 anos da criação do SUS, o Decreto nº 7508/11, em 2011, regulamentou a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (BRASIL, 2011a). Segundo o Decreto, a partir das regiões de saúde, foram estruturadas as RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescentes. As regiões de saúde passaram a ser a base para a alocação de recursos financeiros, com o objetivo de contribuir para a melhor distribuição e qualificar a relação entre os municípios. O objetivo era minimizar os atritos entre os municípios, devido à disparidade entre a responsabilidade da atenção a toda a população e a capacidade instalada de serviços, que era concentrada nos municípios de referência.

O Decreto previa que a colaboração fosse firmada entre os entes federados, com a construção do mapa de saúde de cada região e legalizada por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP). Nesse, deveriam constar indicadores e metas, critérios de avaliação, recursos, formas de controle e fiscalização da execução do conjunto das ações em saúde. Os contratos eram uma proposta de organização do sistema, a partir dos conceitos constitucionais e legais da rede pública regionalizada e hierarquizada com competências e responsabilidades solidárias e próprias de cada esfera de Governo (CARVALHO, 2009).

Segundo seus formuladores, o Decreto veio suprir uma lacuna jurídica, e tinha a finalidade de garantir maior segurança na definição das responsabilidades dos entes federativos. Reforçava a necessidade de não identificar o SUS como um sistema homogêneo em um país continental, portanto, com grandes diferenças demográficas e socioeconômicas. Esse contexto exigiria clareza dos papéis dos entes federativos nas regiões e redes de atenção (SANTOS & ANDRADE, 2011).

No Decreto, os Cogeres foram substituídos pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR). As Comissões Intergestores, no âmbito federal a tripartite (CIT), nos estados a bipartite (CIB), foram instituídas pela Lei nº 12466, de agosto de 2011, e

reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do SUS (BRASIL, 2011c). Esta mesma Lei reconheceu o Conass e o Conasems como representantes dos gestores estaduais e municipais da saúde, respectivamente.

As resoluções da CIT definiram as regras para a transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do COAP - Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012; Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012 (BRASIL, 2012c e 2012d). Esse formato de condução da política já demonstrava a alteração do modo como se relacionavam os atores estatais federais, estaduais e municipais. Até o período anterior, as regras que definiam a organização do sistema eram portarias do MS. A partir deste momento, foram resoluções da CIT.

Houve uma reavaliação do papel dos mecanismos de regulação e a ênfase na atenção primária como porta de entrada ordenadora da organização do conjunto dos serviços da rede. Não houve diminuição da influência do Conasems e dos gestores municipais no processo decisório setorial. A diferença foi que aumentou o papel do Conass e dos gestores estaduais na arena setorial. Apenas entraram na arena, também, o Conass e os gestores estaduais.

O tema da regionalização e a maior participação dos atores estatais estaduais no sistema de saúde implicava alteração da relação com o setor hospitalar e com os atores estatais municipais, como afirma o entrevistado representante do gestor estadual:

Talvez eu veja isso como um movimento pendular, talvez necessário. Mas também os municípios descobriram que eles não têm comando sobre tudo. Preocupa um pouco agora é o refluxo, os municípios querem devolver tudo para o estado. Nós estamos evoluindo em um modelo, de construir um modelo baseado em redes, poli-hierárquicas com responsabilidades regionais e programação da competência. Focar um pouco mais no hospital, mas tendo a atenção primária como porta de entrada, e os hospitais reorganizando, quer dizer, exceto a urgência, você não pode continuar a ter hospitais como até pouco tempo você tinha (Entrevistado 5).

As novas normas implicaram mudanças na relação entre os gestores e os hospitais no sistema. A descentralização e a regionalização, através das redes de atenção, pressupunham maior controle do Estado sobre a provisão de serviços hospitalares nas regiões. No entanto, diferente da década de 1990, não se observou reação negativa do setor hospitalar à proposta. Ao contrário, a integração dos hospitais

no processo de negociação foi louvada, e vista como fator de estabilidade nas relações entre os atores e para o SUS, como afirma o representante do setor hospitalar:

A única diretriz que apareceu para estruturar o sistema e tentar montar inclusive redes, foi o Decreto 7508 o ano passado. Foi o primeiro Decreto de regulamentação da Lei 8080. Precisava de regulamentação, precisava de definições, precisava de um balizamento, e esse balizamento o que era antes, a cabeça do Ministro (Entrevistado 2).

No contexto da implementação do Pacto pela Saúde e de mudança na direção do MS, entre 2006 e 2010, a proposta de Reforma do setor hospitalar não teve continuidade. Mantiveram-se as regras anteriores, mas não foram produzidos mecanismos que qualificassem sua implementação. Foi com a mudança da equipe diretiva do MS, em 2011, que propostas específicas para o setor hospitalar foram retomadas.

8.2. Retrocessos e avanços nas políticas: a influência dos dirigentes do Ministério da Saúde no setor hospitalar

A Tabela 10 apresenta os dados acerca das portarias do MS no período de 2006 a 2011. Houve preponderância no tema financiamento (1509 portarias e 51% do total) e em relação à gestão (1442 portarias e 49% do total), pela primeira vez desde o início da década de 1990.

Tabela 10. Categorização das portarias do MS que tratam sobre a temática hospitalar nos anos de 2006 a 2011.

Tipologia	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
Subtotal gestão	402	237	258	182	209	154	1442	49%
Estrutura do MS	1	4	3	8	7	11	34	1%
Organização da descentralização	4	4					8	0%
Cadastro e Habilitação Hospitais	387	222	235	168	193	134	1339	45%
Regras da Alta Complexidade	2	1	4	1	3	2	13	0%
Regras SIH e cadastro estabelecimentos	2	3	6	3	3	2	19	1%
Regras urgência e emergência	1		4	1	1	4	11	0%
Regras para hospitais	4	3	2		2		11	0%
Regras Hospitais Psiquiátricos			1				1	0%
Política para população específica	1		3	1		1	6	0%
Subtotal financiamento	228	233	252	248	270	278	1509	51%
Regras do financiamento hospitalar	9	5		2	2		18	1%
Definição de tetos físicos e financeiros estados/municípios	138	190	190	155	154	144	971	33%
Reajuste da Tabela e Calendário de Pagamento		1	1				2	0%
Inclusão, Exclusão e Alteração de Procedimentos na Tabela	1	3	4	3	3	1	15	1%
Concessão de IVH-E /Habilitação hospital urgência e emergência				1	45	15	61	2%
Concessão Fideps/Contratualização Hospital Universitário e Ensino	16	2					18	1%
Concessão IntegraSUS/Contratualização Hospital Filantrópico	2	2	5	3		89	101	3%
Concessão Hospital de Pequeno Porte	5	4		2		2	13	0%
Concessão incentivo VE	24	12	6	3	1	4	50	2%
Investimento construção, reforma e equipamentos hospitalares	33	14	46	79	65	23	261	9%
Subtotal outras	4			4		1	9	0%
Total	634	470	510	434	479	433	2960	100%

Fonte: Site do Ministério da Saúde. Elaboração da Autora

Sobre o financiamento, observou-se a ampliação da definição dos tetos financeiros dos estados e municípios (971 portarias, 33% do total), em acordo com a descentralização operada no período anterior (2000 e 2005) e que se mantinha. Houve também alterações no regramento do financiamento dos hospitais (18 portarias, 1 % do total). Destacava-se: a ampliação de prazos e mudança das regras da contratualização dos Hospitais Filantrópicos; regras para os Hospitais de Pequeno Porte para

Amazônica Legal; para o financiamento da internação domiciliar; programa para o financiamento de cirurgias eletivas; e incentivo à vigilância epidemiológica (VE). Observou-se o retorno de incentivos específicos para os hospitais. Também foi retomada a política de ampliação dos valores da Tabela de Procedimentos (2 portarias). As medidas adotadas pelo MS em relação aos hospitais no período foram o aumento da Tabela como um todo, a diferenciação dos valores entre os procedimentos e aumentos isolados de alguns itens.

No tema da gestão, foram abordadas: a estrutura do MS (34 portarias e 1 % do total); organização da descentralização (reorganização dos sistemas de informação, prazos e fluxos, em especial a reordenação dos blocos de financiamento definidos pelo Pacto pela Saúde, com 8 portarias); regulação da alta complexidade (13 portarias); regras para urgência e emergência (regras específicas de incentivos aos hospitais e para a criação das Unidades de Pronto Atendimento, com 11 portarias); regras do SIH e cadastro de estabelecimentos; regras para hospitais (com o retorno do PNASH e de regulamentação para a política de qualidade dos serviços de saúde hospitalar, com 11 portarias), regras para hospitais psiquiátricos (1 portaria); e políticas para população específica (6 portarias), neste caso incentivo à atenção povo indígena (2006, 2008 e 2009) e Hospital Amigo da Criança (2008 e 2011). O cadastro e a habilitação de hospitais (1339 portarias, 45% do total) teve o maior número de portarias.

As mudanças na regulação da filantropia tiveram impacto na organização do setor hospitalar no Brasil⁷². Em 2006, 2007 e 2010, o executivo federal e o MS⁷³ alteraram e regulamentaram o Decreto de 1998 que previa regras de exceção para alguns hospitais manterem as isenções fiscais. Enquanto a regra geral previa a obrigatoriedade de 60% da capacidade instalada dos hospitais serem dedicadas ao SUS,

⁷² Decreto nº 5895 de 18/09/2006 dá nova redação ao art. 3º do Decreto nº 2536, de 06/04/1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8742 de 07/12/1993 (BRASIL, 2006a). Medida Provisória nº 446 de 07/11/2008, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, e dá outras providências (2008a). Lei nº 12101 de 27/11/2009, que dispõe sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências (BRASIL, 2009a). Decreto nº 7237 de 20/07/2010. Regulamenta a Lei nº 12101 de 27/11/2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências (BRASIL, 2010a).

⁷³ Portaria MS/GM nº 3276 de 28/12/2007, que apresenta as regras para que os hospitais habilitados como de excelência apresentem projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (BRASIL 2007e). Portaria nº 2734 de 17/11/2008 estabelece as regras e os critérios para Monitoramento, Avaliação e Prestação de Contas dos Projetos de Apoio ao Desenvolvimento Institucional ao SUS (BRASIL, 2008d).

este Decreto e as novas regras excetuavam alguns hospitais desta exigência. Esses foram denominados hospitais de excelência/especiais, que gozavam do benefício da imunidade fiscal, com critérios e responsabilidades diferenciados dos demais hospitais⁷⁴.

A Lei nº 12101, de 27 de novembro de 2009, concedeu a cada Ministério da área social a tarefa de avaliar e conceder a certificação de entidade filantrópica, atribuição anteriormente conferida ao Conselho Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009a). A partir de 2011, foi o MS que avaliou e conferiu a Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas-Saúde) para essas instituições⁷⁵. Foi criado o Departamento de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social em Saúde (Dcebas) na Secretaria de Assistência à Saúde, exclusivamente com essa finalidade.

A fragmentação e centralização no MS da atuação em relação aos hospitais e áreas especializadas pode ser observada através dos dados apresentados no Anexo 1. Havia 118 formas de habilitação diferenciadas para que os estabelecimentos recebessem o pagamento pelos serviços prestados. 106 delas eram concedidas pelo MS, 12 pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Não eram celebrados contratos com a maioria dos hospitais. A organização burocrática, de sistemas de informação e regramentos numerosos e sistemático referia-se a áreas específicas, a maioria de alta complexidade, localizadas nos hospitais.

As normas sobre a alta complexidade⁷⁶ foram dirigidas para o regramento do credenciamento/habilitação dos serviços de alta complexidade. O MS manteve as políticas de populações específicas, conforme estabelecido em 2003 e 2004, e limitou-se a cadastrar estabelecimentos.

Em 2006, com a substituição da equipe diretiva do MS, foram retomadas as ações no sentido gerencialista, com propostas que pautavam qualidade, custo e

⁷⁴ Em 2012, eram considerados hospitais de excelência, com Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na Área de Saúde, portanto, imunidade fiscal sem dedicar 60% da capacidade instalada ao SUS os seguintes hospitais: Albert Einstein, Associação do Sanatório Sírio – H-Cor, Sociedade Hospital Samaritano, Sírio Libanês, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, estes localizados em São Paulo, e Associação Hospitalar Moinhos de Vento de Porto Alegre (BRASIL, 2012c).

⁷⁵ Portaria nº 1970/GM/MS de 16/08/2011 dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social na área da Saúde Cebas-Saúde (BRASIL, 2011h).

⁷⁶ Portaria nº 224 de 23/03/2006 (BRASIL, 2006d). Portaria nº 931 de 02/05/2006 (BRASIL, 2006f). Portaria nº 432 de 06/06/2006 (BRASIL, 2006h). Portaria nº 1262 de 16/06/2006 (BRASIL, 2006i). Portaria nº 1569 de 28/06/2007 (BRASIL, 2007c). Portaria nº 492 de 31/08/2007 (BRASIL, 2007d). Portaria nº 288 de 19/05/2008 (2008b). Portaria nº 2042 de 25/09/2008 (BRASIL, 2008c). Portaria nº 90 de 27/03/2009 (BRASIL, 2009b).

eficiência dos hospitais. Entre as iniciativas, destacou-se o apoio do MS e da OPAS à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar (Rede InovarH77) e a organização de um grupo de trabalho cuja temática era a regulamentação para a Política de Qualidade dos Serviços de Saúde Hospitalar no âmbito do SUS⁷⁸.

A política hospitalar, no que se refere ao processo de contratualização dos Hospitais de Pequeno Porte e Filantrópicos, entre 2006 e 2007, manteve as orientações formuladas e publicadas em 2004, com adequações para casos específicos, para os fluxos e as rotinas de sua implantação⁷⁹ e de prazos para a execução⁸⁰. Quanto aos Hospitais Universitários, a mudança ocorreu com o novo regramento acerca da certificação dos Hospitais de Ensino, através da Portaria Interministerial nº 2400 de 2 de outubro de 2007 (BRASIL, 2007f).

A nova regra flexibilizou alguns critérios, se comparado aos exigidos na norma de 2004, em especial quanto à quantidade de estudantes de medicina que o hospital deveria abrigar. Estabeleceu os critérios imprescindíveis para ser certificado como Hospital Universitário e de Ensino, os mecanismos de comprovação dos mesmos pelo hospital e a comissão de acompanhamento do MS e do Ministério da Educação. Também ampliou o prazo, concedendo mais dois anos, para que os Hospitais Públicos se tornassem 100% SUS e condicionou esta transformação ao equilíbrio econômico e financeiro a ser negociado com o gestor local do SUS. Ou seja, verificou-se um recuo da política em relação às exigências de integração completa ao SUS dos Hospitais Públicos.

⁷⁷ Portaria nº 1773 de 28/07/2006 dispõe sobre o apoio do MS à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Rede InovarH. Esta rede está ligada à faculdade de administração da UFBA e contou com apoio financeiro do MS através da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (BRASIL, 2006l).

⁷⁸ Portaria nº 2468 de 13/10/2006 constitui Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar proposta de regulamentação para a Política de Qualidade dos Serviços de Saúde Hospitalar no âmbito do SUS. Composto apenas por instituições de representação do Estado: Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Conasems, Conass, Anvisa, ANS, e Fiocruz (BRASIL, 2006n).

⁷⁹ Portaria nº 284 de 18/04/2006 reestruturação, contratos, convênios, Hospital Filantrópico, SUS (BRASIL, 2006e). Portaria nº 1955 de 23/08/2006 normas, recursos financeiros, hospital de Pequeno Porte, Amazônia legal (BRASIL, 2006m).

⁸⁰ Portaria nº 166 de 13/03/2006 prorrogação, prazo, contratos, reestruturação hospitalar, Hospital Filantrópico, SUS (BRASIL, 2006c). Portaria nº 327 de 16/05/2006 prorrogação, prazo, contratos, reestruturação hospitalar, Hospital Filantrópico, SUS (BRASIL, 2006g). Portaria nº 552 de 24/07/2006 prorrogação, prazo, contratos, reestruturação hospitalar, Hospital Filantrópico, SUS (BRASIL, 2006j). Portaria nº 89 de 26/02/2007 prorroga, até 28 de maio de 2007, o prazo estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 552 de 24/07/2006 (BRASIL, 2007a). Portaria nº 318 de 29/05/2007 prorroga, até 28 de agosto de 2007, o prazo estabelecido pela Portaria SAS/MS nº 89 de 26/02/2007, que define a data limite para envio do instrumento formal de contratualização para a SAS/MS (BRASIL, 2007b).

Entre 2007 e 2010, houve descontinuidade da proposta de Reforma do setor hospitalar. A partir de 2007, novos Hospitais Filantrópicos não poderiam aderir à contratualização, de tal forma que, em outubro de 2012, havia 716 hospitais contratualizados, em um total de 1448 Hospitais Filantrópicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O MS não desenvolveu processos de monitoramento e avaliação da implementação das políticas de contratualização. Desse modo, não houve diagnóstico dos problemas para sua operacionalização e não foram formuladas proposições de qualificação (BRASIL, 2012e). Na medida em que a operacionalização da contratualização resolveu as questões financeiras entre 2004 e 2007, as pressões do setor hospitalar sobre o MS diminuíram, conforme afirma o representante do gestor federal:

Ficou muito evidente o esvaziamento, a desarticulação. Quando a gente constituiu a comissão, que parece que agora está se revigorando novamente, criou uma instância bacana de participação com vários grupos de trabalho. Em um primeiro momento, participaram efetivamente do processo de formulação. Particularmente, em um primeiro momento, o financiamento foi muito generoso e equacionou o discurso. O velho problema foi a descontinuidade da política, o não realinhamento da Tabela, dos valores dos contratos. A percepção clara que os gestores não faziam a regulação, virou um mecanismo de transferência automática mensal de recursos sem muita pressão. Houve esvaziamento da comissão. No período de 2006 a 2008, ela tinha passado um ano e meio sem se reunir e não teve queixa. Depois, eles voltam a reclamar, mas novamente em função dos problemas relacionados a recursos financeiros (Entrevistado 6).

A partir de 2008, os hospitais, particularmente os filantrópicos, passaram a pressionar o MS pela melhoria dos pagamentos pelos serviços oferecidos ao SUS. A resposta aos hospitais, entre 2008 e 2009, foi a ampliação em 20% do incentivo à Adesão à Contratualização⁸¹ dos Hospitais Filantrópicos. Os Hospitais Universitários e de Ensino não tiveram reajustes em seus incentivos. Também ocorreu o aumento da Tabela de Procedimentos, ou seja, o MS retomou a lógica de pagamento por procedimentos, dirigindo os novos recursos para a majoração dos valores, diferentemente do que fizera no período anterior, quando incrementou o financiamento global dos hospitais contratualizados.

⁸¹ Portaria nº 3110 de 24/12/2008 estabelece recursos aos tetos dos estados e municípios para ampliar o valor do IAC dos hospitais que aderiram ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos (BRASIL, 2008e).

Os dados sobre o número de instituições com contrato atualizado apresentado na Tabela 11 ilustra a pouca relevância atribuída pelos gestores do sistema à formalização contratual da relação dos hospitais e serviços de saúde com o SUS.

Tabela 11. Número de estabelecimentos com contrato, total e percentual no ano de 2012

Descrição	Estabelecimento com contrato	Total de estabelecimento	% com contrato em relação ao total
Hospital Universitário e de Ensino	86	172	50,0%
Hospital de Pequeno Porte	263	s/i	
Hospital Filantrópico	220	1.488	14,8%
Estabelecimento de saúde privado hospitalar	13	3.033	0,4%
Estabelecimento de saúde privado ambulatorial	42	175.943	0,0%
Total	624	180.636	0,3%

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES/2012. Elaboração da Autora

Segundo o registro do sistema de informação do MS, em 2012, tinham contrato atualizado com o SUS apenas 86 (50%) dos 172 Hospitais Universitários, 220 (14,8%) dos 1488 Hospitais Filantrópicos, 13 (0,4%) dos 3033 Hospitais Privados e 42 (0%) dos 175.943 estabelecimentos privados ambulatorial.

Em relação aos Hospitais Universitários e de Ensino, o executivo federal criou a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 2011⁸², o que contou com a oposição da Abrahue, que representava os interesses dos Hospitais Universitários e de Ensino. Para a Abrahue, era uma política que contradizia o processo de descentralização do sistema de saúde, como aponta o entrevistado representante do setor hospitalar:

Criar uma entidade nacional é meio que, ao contrário de tudo que sempre se tentou fazer que é descentralizar, está centralizando. E essa relação dos gestores distantes, equidistantes, fora de realidades locais, no nosso entendimento, irá criar embaraços em termos de desenvolvimento [...]. Então, a Abrahue tem um processo crítico em relação a essa empresa nacional, e ela focou muito nisso (Entrevistado 1).

⁸² Lei nº 12550 de 15/12/2011 autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh); acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2848 de 07/12/1940 – Código Penal; e dá outras providências (BRASIL, 2011b).

A criação da Empresa estava relacionada às dificuldades da operação da gestão pública. Inseriu-se nos debates sobre os formatos de provisão de serviços que tiveram início no final da década de 1990 com as propostas de Reforma do Estado. A motivação imediata de sua criação foram as exigências de substituição da força de trabalho terceirizada, que trabalhava nesses hospitais através de contrato das fundações privadas de apoio às universidades. A terceirização de área fim, proibida por lei, ensejou apontamentos de ilegalidade do Tribunal de Contas da União e Termos de Ajustes e Conduta que aprazavam a solução por parte do executivo federal. A alternativa de contratação de recursos humanos foi o argumento central da criação da empresa, como afirma o representante do setor hospitalar:

Um outro aspecto desses Hospitais Públicos federais são as fundações de apoio que se criaram em torno de cada um deles para tentar resolver problemas de pessoas. Exatamente pelas amarras públicas de reposição de quadros de pessoal, esta empresa visa meio que substituir as fundações (Entrevistado 1).

Portanto, os Hospitais Universitários federais estiveram na agenda deste período. No entanto, as tensões maiores relacionadas à criação da EBSEH dirigiam-se ao Ministério da Educação e não ao MS. Este último, ao longo de todo período de implantação do SUS, teve maior incidência nas políticas em relação aos Hospitais de Ensino, do que o Ministério da Educação. Esta atuação aproximou os Hospitais Universitários e de Ensino do setor saúde e favoreceu a inserção das políticas prioritárias do setor, de acordo com o relato do representante do setor hospitalar entrevistado:

Quem mais atua na área hospitalar é o MS, isso falando por parte dos Hospitais Federais. Acho que o MS tem sido o carro-chefe das propostas. Ao longo do tempo, sempre foi o MS, e por sua vez nós dos hospitais, sentindo este nível de confiança permanente, porque o MS tem sido conosco constante. Isto fez com que, como contrapartida, os hospitais se esforçassem muito para atender às políticas prioritárias do MS [...]. O Ministério da Educação não é. Tanto não é constante que, a partir de um determinado momento, entendeu que não precisava mais se preocupar com os outros Hospitais de Ensino que não fossem os federais, e isto é equivocado (Entrevistado 3).

A nova configuração no Ministério da Educação, em função da criação da Ebserh, pressupunha menor atuação deste Ministério nas políticas relativas ao conjunto dos Hospitais Universitários e de Ensino. A nova estrutura organizacional restringiu a ação do Ministério da Educação à gerência dos Hospitais Federais. Esta reformulação foi em contraposição ao posicionamento da representação nacional dos

Hospitais Universitários e de Ensino, a Abrahue. Esta defendia a necessidade de uma política para o conjunto dos hospitais, fossem estaduais, filantrópicos ou federais, com o argumento de que todos respondem pela formação dos trabalhadores do SUS.

O Ministério da Educação entendeu que centralizaria o fórum federal de Ensino, deixando de fora os Hospitais Filantrópicos. Isto é outra batalha que nós temos. Porque a Abrahue pensa em participar das políticas e da correção dos desvios de comportamento ou de investimento em todos os Hospitais de Ensino, Federais, Estaduais e Filantrópicos porque todos eles têm, no seu seio, as pessoas que vão trabalhar no SUS. O Ministério da Educação tem dificuldade de entender isso. É um órgão do Governo, e isto se intensificou mais ainda agora com a criação da empresa, quando foi inclusive extinta a coordenação dos Hospitais Universitários e de Ensino (Entrevistado 3).

Os novos dirigentes do MS, a partir de 2011, mantiveram a política das redes. Disto resultou a alteração das políticas para os hospitais. Os conceitos se alteraram, algumas políticas para as áreas específicas foram revogadas⁸³ e a terminologia para referirem-se às novas propostas de organização do Sistema passou a ser redes de atenção, nas quais um componente importante era o hospitalar⁸⁴.

O hospital que integrava a rede tinha regras, incentivos e formulações sobre o seu papel e sua responsabilidade no sistema, definido com base na relação com os demais “componentes”, serviços ambulatoriais especializados e de atenção básica. As redes de atenção foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde e CIT, e tornaram-se as prioridades para o SUS.

A descentralização e regionalização ampliaram a participação dos estados e municípios no financiamento da rede especializada que incluiu os hospitais. Aproximaram-se gestores municipais e estaduais dos prestadores hospitalares e trouxeram para a agenda desses níveis de Governo a necessidade de contratação e financiamento desses serviços, como afirma o representante dos gestores municipais entrevistado:

⁸³ Portaria nº 1600/GM/MS de 07/07/2011, que altera a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2001f). Portaria nº 2395 de 11/10/2011 organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do SUS (BRASIL, 2011i).

⁸⁴ Portaria nº 1600/GM/MS, de 07/07/2011 reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS (BRASIL, 2001f); Portaria nº 1459/GM/MS de 24/06/2011 institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha (2001g); Portaria nº 2029/GM/MS de 24/08/2011 institui a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS (BRASIL, 2011i); Portaria nº 2395 de 11/10/2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS (BRASIL, 2011i); Portaria nº 3088 de 23/12/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011m).

Os hospitais tinham uma relação muito antiga, e muitos tinham convênio que nunca se renovaram [...]. Só recentemente que nós estamos, com a entrada do município na contratualização, colocando em prática essa assinatura. Alguns anos atrás, não tinham isso. Vinha com uma série histórica de um contrato que nós não tínhamos conhecimento e que havia mais uma interferência de poder e de força do que técnica, em relação a esses contratos e convênios. Praticamente todo o dinheiro era repassado para os prestadores hospitalares (Entrevistado 8).

Em novembro de 2012, o MS da saúde colocou em consulta pública duas minutas de portarias que abordavam a temática hospitalar⁸⁵. A primeira instituiria a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp) no âmbito do SUS, estabelecendo as diretrizes e normas para a reorganização da atenção e gestão hospitalar. Esta regra fazia uma compilação do conjunto de normas sobre o setor hospitalar existente. Propunha, como objetivos específicos: reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS; definir e classificar os estabelecimentos hospitalares; estabelecer os mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da RAS; estabelecer as competências de cada esfera de gestão no processo de reorganização, execução e acompanhamento da Pnhosp no SUS. A segunda norma em consulta pública abordava exclusivamente as normas para a contratualização e reafirmava a obrigatoriedade de que estados, municípios e Distrito Federal estabelecessem contrato, convênio ou congêneres com todos os estabelecimentos hospitalares que prestavam serviços ao SUS sob sua gestão.

Retomou-se, portanto, a ideia de organização da rede hospitalar, que esteve na agenda do setor saúde apenas na década de 40 e 50 do século XX. Destas propostas, cabe destacar o retorno à agenda do executivo federal de propostas de políticas para os hospitais, de organização deste setor e a unificação das propostas de contratualização e incentivos para o conjunto dos hospitais. A publicação da consulta pública demonstrou a manutenção do protagonismo do MS na proposição de políticas para esta área.

A unificação das políticas para todos os hospitais foi um efeito do processo de descentralização. Para os municípios e estados, que contrataram os prestadores e organizaram a assistência no território, deixou de fazer sentido a diferenciação por segmentos. Afinal, os hospitais, indiferente de sua institucionalidade formal, tinham uma função semelhante nos municípios e estados. As diferenciações eram

⁸⁵ Consulta Pública nº 19, de 1º/10/2012 torna pública minuta de Portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2012a). Consulta Pública nº 20 de 1º/11/2012 torna pública minuta de Portaria que regulamenta as diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar no SUS (BRASIL, 2012b).

explicitadas, e a fragmentação tornou-se um problema, considerando os novos paradigmas e conceitos normativos que orientavam a organização do sistema, quais sejam: regiões e redes de saúde organizadas com base na demanda em saúde, integralidade do cuidado, comando único na esfera local e participação. Esses eram incompatíveis com a segmentação das políticas para os hospitais com base em critérios formais legais e que não estavam relacionados com o cuidado. A partir disto e da atuação de atores que partilhavam desses paradigmas e conceitos normativos, surgiram ideias programáticas para viabilizar a mudança.

Tratava-se com cada vez mais frequência da conformação de rede de serviços, incluindo nesta os hospitais, como conceito orientador da organização da atenção à saúde (PINHEIRO, MATTOS, CAMARGO JR., 2006; FLEURY & DUVERNEY, 2007; MENDES, 2011; CONASS, 2011). Essas eram ideias que recolocaram o debate sobre os hospitais, não mais como instituição, mas como um dos componentes das RAS. As ideias de rede de atenção, articulação do cuidado, inclusão do hospital como um dos serviços para responder às necessidades de saúde eram evidenciadas pelos atores, conforme afirma o representante do gestor estadual entrevistado:

Acho que é um tema importantíssimo que a rede cegonha, a rede de atenção à urgência está colocando na nossa agenda política de uma forma bastante importante. Assim, [...] a gente está retomando essa discussão de rede, retomando essa discussão da atenção hospitalar, do acesso e da regulação, em um outro momento, o hospital dentro (Entrevistado 15).

O reconhecimento de que o sistema sofreu transformação e que houve a superação do modelo hospitalocêntrico é explicitado na afirmação do representante do gestor estadual entrevistado:

Então, eu acho que ainda falta muita coisa para mudar no modelo, se o modelo era hospitalocêntrico. Eu acho que hoje tende a não ser mais. Nós estamos enfrentando com algum sucesso, nós gestores, todos nós, Conass, Conasems (Entrevistado 5).

Corroboravam esse relato os dados sobre a produção hospitalar em 2006 e 2009, e de capacidade instalada de estabelecimentos e leitos hospitalares entre 1989 e 2009, como apresentando a seguir.

8.3. As mudanças na produção hospitalar e capacidade instalada da provisão dos serviços hospitalares com a implementação do SUS

A Tabela 12 apresenta os dados de AIHs pagas nos anos de 2006 a 2011 segundo a natureza jurídica do prestador hospitalar.

Tabela 12: AIHs pagas, conforme natureza jurídica do prestador hospitalar entre 2006 e 2009

Ano	2006	% do Total 2006	2007	% do Total 2007	2008	% do Total 2008	2009	% do Total 2009	2010	% do Total 2010	2011	% do Total 2011	± em nº absoluto entre 2006 e 2011	± em % no período
Natureza														
Contratado	2.032.019	17%	1.955.799	17%	1.727.817	16%	1.656.047	14%	1.577.377	13%	1.394.802	12%	-637.217	-31%
Federal	435.469	4%	460.096	4%	442.989	4%	468.744	4%	475.029	4%	444.631	4%	9.162	2%
Estadual	2.212.092	19%	2.274.803	19%	2.050.261	18%	2.208.874	19%	2.381.825	20%	2.470.225	21%	258.133	12%
Municipal	2.343.889	20%	2.366.995	20%	2.299.356	21%	2.509.639	22%	2.627.540	22%	2.619.923	23%	276.034	12%
Filantropico	4.681.134	40%	4.662.097	40%	4.579.455	41%	4.662.968	41%	4.659.637	40%	4.701.735	40%	20.601	0,4%
Sindicato	1.395	0%	1.489	0%	2.402	0%	2.180	0%	2.531	0%	2.723	0%	1.328	95%
Ignorado	843	0%	30	0%	4.875	0%	3.107	0%	895	0%	1.001	0%	158	19%
Total	11.706.841	100%	11.721.309	100%	11.107.155	100%	11.511.559	100%	11.724.834	100%	11.635.040	100%	-71.801	-1%

Fonte: Datasus. Elaboração da Autora

No período analisado, houve diminuição no número de AIHs pagas (-71.801). Esta diminuição foi resultado da queda das AIHs pagas aos hospitais contratados, ou seja, privados lucrativos (-637.217, -31%). Os demais hospitais tiveram aumento na produção de AIHs. Os Hospitais Municipais foram os que mais cresceram (276.034, 12%) seguidos dos Hospitais Estaduais (258.133, 12%), Hospitais Filantrópicos (20.061, 0,4%) e Hospitais Federais (9.162, 2%).

O aumento da produção de AIHs dos Hospitais Públicos foi resultado da absorção de parte do que era produzido pelos Hospitais Privados. Esses diminuíram a sua participação na provisão de serviços hospitalares do SUS (17% em 2005 para 12% em 2009). Em 2009, a participação dos hospitais na produção de AIHs era em primeiro lugar dos Hospitais Filantrópicos (40 %), seguida dos Hospitais Municipais (23%), dos Hospitais Estaduais (21%), dos Hospitais Privados (12%) e dos Hospitais Federais (4%).

Ao comparar o período da implantação do SUS, desde que os Hospitais Públicos foram inseridos no sistema de pagamento por AIH em 1992, observou-se que os Hospitais Privados efetivamente reduziram sua participação no SUS. Eles representavam 44% das AIHs pagas em 1992, e foram 12 % em 2011.

A Tabela 13 apresentam os dados de estabelecimento com e sem internação hospitalar por natureza jurídica entre 1989 e 2009. As informações corroboram os achados desta pesquisa, no que diz respeito à alteração da preponderância do setor hospitalar no conjunto dos estabelecimentos de saúde, tanto para o setor público quanto privado.

Tabela 13: Estabelecimentos de saúde total, com e sem internação e percentual de estabelecimento com internação em relação aos sem internações hospitalares por natureza jurídica entre 1989 e 2009

Descrição	Estabelecimentos de saúde									% de estabelecimento com internação em relação a sem internação no total	% de estabelecimento com internação em relação a sem internação público	% de estabelecimento com internação em relação a sem internação privado
	Total			Com internação			Sem internação					
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado			
Ano												
1989	34 831	22 706	12 125	7 127	1 889	5 238	27 704	20 817	6 887	20%	8%	43%
1990	35 701	23 858	11 843	7 280	2 034	5 246	28 421	21 824	6 597	20%	9%	44%
1992 (1)	41 008	26 729	14 279	7 430	2 114	5 316	33 578	24 615	8 963	18%	8%	37%
1999 (1)	48 815	32 606	16 209	7 806	2 613	5 193	41 009	29 993	11 016	16%	8%	32%
2002 (1)	53 825	37 674	16 151	7 397	2 588	4 809	46 428	35 086	11 342	14%	7%	30%
2005 (1)	62 483	43 987	18 496	7 155	2 727	4 428	55 328	41 260	14 068	11%	6%	24%
2009 (1)	74 776	50 253	24 523	6 875	2 839	4 036	67 901	47 414	20 487	9%	6%	16%
≠ em número absolutos de leitos 1989 e 2009	39 945	27 547	12 398	- 252	950	-1 202	40 197	26 597	13 600			
≠ em % de leitos 1989 e 2009	115%	121%	102%	-4%	50%	-23%	145%	128%	197%			

Fonte: Pesquisa AMS/IBGE. Elaboração da Autora

O setor hospitalar representava, em 1989, 20% dos estabelecimentos de saúde existentes. 8% dos estabelecimentos públicos e 43% dos estabelecimentos privados eram hospitais. Em 2009, os hospitais eram 9% do total dos estabelecimentos de saúde, 6% dos estabelecimentos de saúde públicos e 16% do setor privado.

Foi possível verificar a mudança nos serviços de saúde, a partir do número de leitos hospitalares, conforme apresentado na Tabela 14

Tabela 14: Número de leitos hospitalares por natureza jurídica no período de 1989 e 2009, percentual de leitos públicos e privados, diferença em número e percentual dos leitos entre os anos analisados

Ano	Descrição	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde		% do Público em relação ao total	% do Privado em relação ao total	
		Total	Esfera administrativa			
			Público			Privado
1989		522 895	119 530	403 365	23%	77%
1990		533 558	124 815	408 743	23%	77%
1992		544 357	135 080	409 277	25%	75%
1999		484 945	143 074	341 871	30%	70%
2002		471 171	146 319	324 852	31%	69%
2005		443 210	148 966	294 244	34%	66%
2009		431 996	152 892	279 104	35%	65%
≠ em número absolutos de leitos 1989 e 2009		-90 899	33 362	-124 261		
≠ em % de leitos 1989 e 2009		-17%	28%	-31%		

Fonte: Pesquisa AMS/IBGE. Elaboração da Autora

Observou-se a ampliação dos leitos públicos (23% do total em 1989, e 35% em 2009) em relação ao privado. Houve também diminuição do número de leitos hospitalares no país (-90.899 leitos, queda de 17%). O aumento de leitos no setor público (33.362 leitos, 28%) não suplantou a queda dos leitos do setor privado (-124.261 leitos, -31%).

Esses dados corroboraram a análise realizada de que o setor privado direcionou a prestação de serviços para a área ambulatorial do SUS, e também diversificou a sua área de atuação. Foi diferente do período anterior, no qual os hospitais representavam as principais e mais poderosas instituições do setor privado e, portanto, hegemonizavam o setor. Atualmente, há diversas instituições que têm relação com o SUS (clínicas, clínicas de hemodiálises, clínica de oncologia, serviços de imagem, laboratórios, etc), enquanto o setor hospitalar privado é residual. A avaliação

de que o setor saúde não é mais hospitalocêntrico também é expressa no setor privado, cuja expansão de serviços ambulatoriais foi importante e prioritária no período. Por outro lado, a provisão hospitalar do SUS é majoritariamente filantrópica e pública, sendo estas últimas as instituições que cresceram no período em análise.

8.4. A reconfiguração dos atores do subsistema hospitalar

Entre os anos de 1990 e 2012, houve reconfiguração do subsistema de provisão hospitalar do SUS. Manteve-se o papel preponderante do executivo federal, através do MS, na definição das políticas para os hospitais. A atuação deste Ministério foi dependente do posicionamento de sua equipe dirigente, como apontado pelo entrevistado representante do setor hospitalar:

Nós temos uma variação de proposta de condução do SUS que foi muito grande, então, não tivemos uma continuidade de projetos e de propostas. Cada [ministro] fazia do seu jeito, mesmo normas que eram implementadas de uma forma diferente daquela que o outro antecessor havia planejado (Entrevistado 2).

Em todos os períodos analisados, foi possível perceber que, nos primeiros anos de nova gestão, diminuía as portarias publicadas pelo MS (1990, 1995, 1997, 1998, 2003 e 2007)⁸⁶. Resultado do ingresso de novos dirigentes, o primeiro momento era de apropriação da realidade, produção de novas regras e políticas. No segundo ano, as portarias eram retomadas. Destacou-se a ampliação no número de portarias nos últimos anos de cada Governo, em que as mesmas cresceram novamente (1991, 1996, 1998, 2002, 2005 e 2010), demonstrando a intenção de vincular os próximos dirigentes.

O MS diminuiu a burocracia estável entre os seus quadros. No período inicial da implementação do SUS, a burocracia do executivo federal (MS e Inamps) teve um papel relevante na resistência à mudança, proposta por dirigentes reformistas e pela nova regra constitucional. A partir do final da década de 1990, o oposto aconteceu.

⁸⁶ Os Ministros foram: de 17/01/1989 a 14/03/1990 Sérgio Tsuzuki; de 15/03/1990 a 23/01/1992 Alcení Guerra; de 24/01/1992 a 12/02/1992 José Goldemberg; de 13/02/1992 a 01/10/1992 Adib Domingos Jatene; de 08/10/1992 a 18/08/1993 Jamil Haddad; de 19/08/1993 a 29/08/1993 Saulo Pinto Moreira; de 30/08/1993 a 21/12/1994 Henrique Santilo/ de 01/01/1995 a 06/11/1996 Adib Domingos Jatene; de 13/12/1996 a 30/03/1998 Carlos César Albuquerque; de 31/03/1998 a 20/02/2002 José Serra; de 21/02/2002 a 31/12/02 Barjas Negri; de 01/01/2003 a 08/07/2005 Humberto Sérgio Consta Lima; de 08/07/2005 a 31/03/2006 José Saraiva Felipe; de 31/03/2006 a 16/03/2007 José Argenor Álvares da Silva; de 16/03/2007 a 31/12/2010 José Gomes Temporão; de 01/11/2011 atual Alexandre Padilha (Pesquisado em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/332/ministro.html>> acesso em 11 nov. 2012)

A ausência de carreira, de políticas remuneratórias, de aumento de quadro e de concurso público para a substituição dos que se aposentaram, teve como consequência a diminuição da burocracia estável no MS. O quadro de trabalhadores em 2012, em sua maior parte, era composto por consultores e assessores contratados através de mecanismos precários de relação de trabalho. Eram indicados pelas equipes de gestores a cada novo Governo e, portanto, vinculados aos posicionamentos e ideias desses dirigentes, conforme afirma o representante do gestor federal entrevistado:

A estrutura que o Ministério trabalha, não tem carreira, as pessoas são passageiras, as pessoas estão ali pela mão de alguém, então, elas se comprometem até certo ponto [...]. No momento que tu fazes isso com o Ministério, o Ministério perde a capacidade de fazer gestão. Ele consegue minimamente formular determinadas coisas, mas, na hora de operacionalizar, na hora de dar continuidade, de reavaliar, não consegue (Entrevistado 9).

Ao mesmo tempo em que diminuiu a presença de burocracia estável no MS, os Conass de Saúde e o Conasems se profissionalizaram. Passaram a contar com infraestrutura e recursos humanos, inúmeras comissões técnicas e apoio de consultores e especialistas, de tal forma que ampliam a sua capacidade de atuação na formulação e definição das políticas nacionalmente, conforme destaca o representante do gestor federal entrevistado:

Conass e Conasems, fundamentalmente desses dois, suas câmaras técnicas, eles têm profissionais, escritórios [...]. Então, tem um corpo técnico do Conass, um corpo técnico do Conasems que tem papel relevante nesse processo de negociação, porque esses que vêm à mesa para sentar com o Ministério em câmaras técnicas [...]. O Conass tem peso, sua diretoria, seu colegiado de secretários; o Conasems a mesma coisa; mas tem o corpo técnico dessas duas que tem muito também (Entrevistado 10).

Além do processo de profissionalização, a estratégia principal destas organizações foi a consolidação e legitimação do fórum tripartite, que era considerado o espaço privilegiado das negociações (PAIM, 2008; CÔRTEZ, 2009), segundo relato do representante do gestor estadual entrevistado:

Eu acho que, gradativamente, você conseguiu concentrar na questão das políticas os três gestores, federal, estadual, municipal, o conjunto dos três. Acho que as tripartites e, conseqüentemente, as bipartites estaduais e regionais [...]. Eu acho que a tripartite é um achado que impossibilitou muitos abusos (Entrevistado 5).

A formação e consolidação de fóruns de deliberação intergestores, CIT e CIBs, que tinham a regra de decisão por consenso, expressavam a contribuição da

participação dos atores estatais, municipais e estaduais na política de saúde. A existência da norma do consenso não garantia a isonomia nos processos decisórios, mas contribuiu para evitar acordos bilaterais entre os representantes. Houve limitação da autoridade isolada dos entes federados, em especial do MS, na medida em que as políticas obrigatoriamente eram decididas nos fóruns de gestores, CIT, CIBs CIRs, que tinham como critério para deliberação a concordância de todas as partes (DOURADO & ELIAS, 2011).

Portanto, os gestores estaduais e municipais ampliaram a participação nos processos decisórios das políticas de saúde nacionais. No entanto, houve pouca contribuição na formulação e deliberação das políticas de provisão dos serviços hospitalares, segundo afirmação do representante de gestores estaduais:

O Conass e as outras instituições, trabalham mais a saúde como macro, a macropolítica de saúde, de uma maneira mais abrangente. Talvez essa ponta da assistência à saúde voltada para a questão hospitalar esteja precisando um pouco mais de atenção. Eu acho que essa relação do Conass e do Conasems e outras entidades com o Ministério da Saúde com foco nos hospitais talvez precise de mais intensidade, de mais debate, de mais atenção (Entrevistado 4).

As posições reformistas, de questionamento sobre os hospitais, se mantiveram. No entanto, foram relativizadas. O representante de gestores estaduais entrevistado reafirma a necessidade de fechar leitos hospitalares, para fazer a Reforma, reorganizar o sistema, investir na promoção, proposição compartilhada pelos atores do Movimento Sanitário. Contudo, também sinaliza a pertinência dos hospitais, reconhece o papel e o poder destas instituições e a importância de diálogo com o setor hospitalar para operar as mudanças no modelo de atenção pretendido.

Para você montar o sistema de saúde e se reorganizar, você tem que ir aos poucos matando também leitos que vão fechando à medida que a população vai se encontrando com o sistema que trabalha a promoção com mais eficiência [...]. Os hospitais são importantes e eles têm um poder muito forte dentro do sistema. Você só pode trabalhar mudança de modelo de atenção à saúde se conseguir conviver e conseguir convencer os outros de que hospital tem que estar no bojo (Entrevistado 5).

Depois de 2011, a pauta da Abrahue - entidade hegemônica pelos Hospitais Universitários federais desde sua criação - foi direcionada para o debate sobre a criação da EBSEH. Os atores estatais do Ministério da Educação coordenaram essa discussão, deslocando do setor saúde para o setor educação a arena da definição da política dos Hospitais Universitários federais. Houve avaliação de que a entidade de

representação dos dirigentes dos Hospitais Universitários e de Ensino, a Abrahue, perdeu influência na arena do setor saúde com esta mudança, conforme indica o representante do gestor federal:

A Abrahue sucumbiu, mas por uma conjuntura deles. Os hospitais do Ministério da Educação saíram da Abrahue, então, a Abrahue enfraqueceu, por quê? Porque o Ministério da Educação como Estado assumiu uma relação direta com seus hospitais que não fazia há anos (Entrevistado 9).

Através da Empresa criada, o Ministério da Educação passou a ser interlocutor no MS sobre a política de financiamento e de estruturação dos Hospitais Universitários federais. Isto contribuiu para diminuir a participação da representação nacional dos Hospitais Universitários e de Ensino, a Abrahue, nas disputas do setor saúde e sua influência junto aos atores estatais desta área. Diminuiu também o empenho da entidade na representação dos demais Hospitais de Ensino não federais, ou seja, na articulação dos atores deste setor e na atuação a respeito de suas demandas, segundo relato do representante do setor hospitalar:

A dificuldade que a Abrahue tem é que ela tem a hegemonia dos Hospitais Públicos federais. Especialmente nos últimos dois anos, ela meio que se afastou de focos essenciais de atenção sua junto ao MS para se dedicar muito fortemente a discutir, a tentar de alguma forma influenciar na estruturação dessa empresa nacional que se criou para gerir os 46 Hospitais Federais. Isso tirou a Abrahue um pouco de foco (Entrevistado 1).

Os Hospitais Filantrópicos ampliaram a sua participação relativa no SUS, na medida em que diminuiu a atuação dos Hospitais Privados lucrativos. Foi esse segmento hospitalar que mais apresentou demandas ao MS, como refere o representante do gestor federal entrevistado:

A pressão que temos recebido [...] é da entidade beneficente sem fins lucrativos [...]. As demandas das entidades que representam os Filantrópicos, são apresentadas de forma muito enérgica via parlamentar, parlamento, via audiência pública, via solicitação que façam um grupo de trabalho para discutir com os filantrópicos; e dos Hospitais Privados eu não temos recebido (Entrevistado 13).

Os Hospitais Filantrópicos consolidaram a sua atuação no Congresso Nacional, através da Frente Parlamentar de Apoio às Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e

Entidades Filantrópicas na Área de Saúde⁸⁷, como relata o gestor hospitalar entrevistado:

A própria comissão de seguridade social da câmara dos deputados, acabou de fazer um relatório através de uma frente parlamentar criada de apoio às Santas Casas, Hospitais Filantrópicos. Criou-se uma frente da maior importância. Se estudou a realidade dos Hospitais Filantrópicos brasileiros. Ali está posto como uma das primeiras necessidades retomar o processo de contratualização, ampliar-se para toda a rede, buscar um financiamento adequado e resolver a questão das dívidas como uma necessidade primaz para esse conjunto de hospitais (Entrevistado 2).

Isso potencializou as pressões deste segmento hospitalar ao MS e a necessidade de respostas às suas demandas. Os Hospitais Filantrópicos reivindicaram a condição de principal parceiro do SUS, com base no tamanho da rede de que dispunha a sua relevante participação na oferta de serviços hospitalares. Ampliaram as relações com o MS, Conass e Conasems e sinalizaram com a disposição de responder às demandas dos gestores da saúde, conforme afirma o representante do setor hospitalar entrevistado:

É o principal parceiro do SUS essa rede de hospitais sem fins lucrativos. Essa entidade nacional trabalha muito vinculadamente às demandas que dizem respeito ao gestor federal, Ministério da Saúde. Envolve um relacionamento muito intenso com o Conass, o Conasems e com o Congresso Nacional, área legislativa, executiva também. É uma visão muito intensa de relacionamento (Entrevistado 1).

A reivindicação dos hospitais teve como pauta exclusiva o financiamento. O representante do setor hospitalar entrevistado reconhece a pouca atuação das entidades representativas no tema da organização hospitalar e na capacidade de influenciar os dirigentes do executivo federal na formulação das propostas:

Os hospitais – como a dimensão maior deles tem sido na linha do financiamento de alguma forma tentar resolver isso [...]. Na formulação de políticas, são muito tênues. Eles acabam recepcionando muito o que vem. Tem que se crescer para isso e, nesse sentido, a grande formulação tem sido através da SAS. Talvez aí é que entrem as políticas de Governo, porque aí trocou Ministro, trocou secretário, troca a política (Entrevistado 3).

Os representantes do setor hospitalar incorporaram a ideia da participação. Reconheceram e propuseram atuar a partir dos fóruns legalmente instituídos, os conselhos, e de relação com os gestores estaduais e municipais. Propuseram esses

⁸⁷ Esta frente permanece atuante nos últimos anos conforme informação disponível em <http://www.camara.gov.br/internet/deputado/frentes.asp>. Acesso em: 20 dez. 2012.

como os espaços legítimos para fazer a articulação no setor, como aponta o representante do setor hospitalar no trecho da entrevista:

Agenda do investimento [...], a gente quer discutir com os gestores, com os conselhos municipais, com o conselho estadual. A gente quer discutir mais amplamente onde estão as carências da sociedade, as demandas reprimidas [...]. Não temos espaço para esta discussão com o Ministério da Saúde (Entrevistado 1).

O movimento em direção aos demais atores do setor saúde e a articulação com o Parlamento reafirmaram a diminuição da possibilidade de interlocução diferenciada do setor hospitalar com o executivo nacional do setor saúde. As demandas atuais do setor filantrópico tinham como foco a questão do financiamento e das dívidas. Porém, diferente do período anterior, o aumento da Tabela de Procedimentos não era a solução apontada. A reivindicação era pela retomada do processo de contratualização. Ou seja, o setor hospitalar incorporou a política da contratualização, segundo relato do representante do setor hospitalar:

A nossa agenda hoje é financiamento, e aí atrelado a contratualização. A agenda hoje é o endividamento [...], é de amadurecermos e caminharmos a passos largos para a formatação de uma rede assistencial no país (Entrevistado 1).

A representação dos Hospitais Filantrópicos também incorporou o tema das redes. Partilhavam, portanto, as questões que orientavam a atuação dos gestores do SUS no último período. A pauta dos atores hospitalares foram induzidas pelas políticas nacionais. Diferente dos demais atores estatais e societários, que tinham como conceito e ideia orientadora a rede de atenção ordenada a partir da atenção primária em saúde, a representação dos hospitais utilizou o conceito das redes assistenciais, exclusivamente tratando dos hospitais. Ou seja, tratava-se da regionalização e da constituição de rede hospitalar, ideia defendida pelos atores deste setor na década de 1970 e retomada neste momento. Era um novo contexto, em que a sobrevivência dos Hospitais de Pequeno Porte estava na agenda do executivo federal⁸⁸.

A direção dos hospitais pautava a manutenção destas organizações. Através da organização da rede, defendia o papel de cada um dos segmentos hospitalares, distinguindo em hospitais de pequeno, médio e grande porte, ou seja, incorporava a

⁸⁸ Vide a proposta de consulta pública da Política Nacional de Atenção Hospitalar que propõe a transformação dos hospitais menores de 50 leitos, colocando prazo de quatro anos para alterarem sua atuação ou deixarem de participar do SUS (BRASIL, 2012a e 2012b).

“questão” pequeno porte até então presente apenas na pauta do executivo federal. Identificava vocação para os hospitais, cuja existência estava sendo questionada.

A estratégia sinalizada pelo representante do setor hospitalar entrevistado é da construção de alternativas de baixo para cima, que possam constituir-se como modelos exemplares. Utiliza o argumento da eficiência, integração, complementariedade, inserção locorregional, qualificação da assistência, todos partilhados com os gestores, como pode-se verificar no relato deste entrevistado:

Hoje, nós trabalhamos de uma forma muito isolada, cada hospital tentando pensar em seu contexto local, em suas necessidades, muitas vezes não bem vocacionadas as necessidades da população onde ele está inserido. Com isso, a gente dispersa investimentos [...]. Nós precisamos trabalhar em rede, de forma que cada hospital seja complementar ao outro. São Hospitais de Pequeno Porte, têm vocações para determinadas questões locais. Tem um grupo de hospitais de médio porte [...] e os de grande porte que têm uma vocação de maior nível de complexidade. Fazer isso regionalmente. Um processo assistencial em uma visão integrativa, a partir de experiências locais, levar isso para o país como um todo (Entrevistado 1).

A retomada do tema da organização da atenção por parte dos atores hospitalares filantrópicos foi recente, resultado dos efeitos das políticas implementadas e da agenda dos atores estatais. Portanto, veio da necessidade de produzir outras soluções para disputar com aquelas apresentadas pelos atores estatais e reformistas na arena do setor, em especial nos aspectos em que são ameaçados.

O setor filantrópico ampliou a oferta de serviços para a saúde suplementar. Esta participação foi atribuída à insuficiência de financiamento do setor público e a necessidade de recursos para a manutenção dos hospitais, conforme relata o representante do setor hospitalar:

No sistema suplementar, hoje, a gente tem em torno de 45 milhões de brasileiros que têm o serviço suplementar, o que nos permite pelo menos subsidiar em parte, toda a assistência ao SUS, que tem os Hospitais Filantrópicos (Entrevistado 1).

No entanto, o representante do setor hospitalar entrevistado afirma que a possibilidade de crescimento da rede hospitalar filantrópica depende da expansão da provisão de serviços ao SUS.

O desejo do sistema filantrópico sem fins lucrativos é de que a gente possa resolver os entraves de financiamentos, entraves de dívidas, entraves de investimentos e ampliar os espaços nesses hospitais ao sistema público (Entrevistado 1).

Apesar de ser o executivo federal a principal arena da disputa, os atores societários hospitalares do setor filantrópico articularam-se com o poder legislativo. Demonstravam que apenas influenciavam as políticas do MS quando utilizavam de mecanismos de pressão, conforme afirma o representante dos gestores estaduais:

Eu vejo que houve um enfraquecimento, os órgãos representativos de determinadas corporações hospitalares, santas casas, pacientes eles foram absorvidos em uma outra forma de negociação. Hoje, o SUS tem um poder grande nos seus gestores. A Federação Brasileira de Hospitais era poderosíssima [...], a mesma coisa com a Federação das Misericórdias. Eles deixaram de ser os atores que definiam o roteiro, na época do Inamps. Durante muito tempo no início do SUS, eram essas corporações que definiam o modelo e dividiam o bolo entre os prestadores de hospital (Entrevistado 5).

A descentralização do sistema oportunizou o ingresso dos atores estaduais e municipais e esses, juntamente com os atores estaduais federais, foram os que tiveram mais influência nas definições e na condução das políticas de provisão dos serviços hospitalares do SUS.

A perda de espaço da Federação Brasileira dos Hospitais na arena da política hospitalar do SUS foi resultado da criação da Confederação Nacional de Saúde que representa o conjunto dos prestadores privados de saúde, hospitalares ou não, conforme afirma o representante do setor hospitalar entrevistado:

A Confederação tem uma atuação mais firme, mais efetiva e mais presencial do que a própria Federação Brasileira de Hospitais. Então, houve uma substituição, mas as duas são coirmãs, tanto que a Federação Brasileira de Hospitais funciona no mesmo prédio [...]. Houve uma imigração de poder de negociação de uma para a outra, mas sem nenhum trauma, nenhuma separação nem nada (Entrevistado 2).

Segundo este relato, o setor privado lucrativo de serviços hospitalares não pressionou para ampliação de sua atuação na provisão hospitalar do SUS. Ele atuou periféricamente em alguns Hospitais de Pequeno Porte. O principal argumento foi a insuficiência do financiamento. Os representantes do setor privado lucrativo defendiam que o setor filantrópico, por gozar de isenções fiscais, deveria ser a rede prioritária de atenção hospitalar para o setor público.

A única solução que o SUS tem é trabalhar com os filantrópicos, porque, sendo uma entidade filantrópica, ela pode receber repasse, pode receber incentivo, pode receber subsídio. Para o hospital privado, não. Para o hospital privado, é proibido constitucionalmente. Então, a solução vai ser achar uma solução para remunerar melhor os filantrópicos e deixar os Hospitais Privados na parte de assistência naquilo que ele está fazendo hoje, na alta complexidade e nos hospitais pequenos que atendem, no Interior, o SUS (Entrevistado 2).

A atuação desta entidade incorporou o conjunto de serviços de saúde privados. Portanto, o setor privado deixou de ser “hospitalocêntrico”. A maior parte dos serviços são ambulatoriais (laboratórios, centros de imagem, ambulatórios de oncologia, hemodiálise, clínicas, etc) que prestam serviços ao SUS ou não. A agenda do setor privado de serviços foi alterada. No setor hospitalar, a relação com o SUS é residual. O conjunto dos serviços privados, ambulatoriais e hospitalar dirige sua atuação à alta complexidade, melhor remunerada pelo Sistema, como afirma o representante do setor hospitalar entrevistado:

Hospital, trabalhar para o SUS, hospital privado lucrativo, nem pensar, porque não tem como, a carga tributária é muito alta. [...] Então, hoje, o setor privado lucrativo, que foi responsável por mais de 40% das internações no Brasil, já foi responsável por 47% de tudo que se fazia de internação do país, hoje, está em 10,8, não chega a 11%. Se você for pesquisar os procedimentos, você vai encontrar alguns pequenos de baixa complexidade, que estão nos pequenos hospitais de 50 leitos do Interior, ou alta complexidade que estão fazendo cirurgia cardíaca, transplante (Entrevistado 2).

A pauta da Confederação Nacional de Saúde e do setor privado em relação ao SUS está dirigida à alta complexidade. Os hospitais não são os principais componentes do setor privado que têm relação com o SUS. Os serviços ambulatoriais privados de alta complexidade e apoio diagnóstico e terapia correspondem à maior parte dos serviços que prestam serviços ao SUS, segundo relata o entrevistado do setor hospitalar:

Falamos sobre todos aqueles setores do serviço privado que prestam serviço ambulatorial. Oncologia, por exemplo, o serviço de oncologia, 70% está nas mãos do setor privado lucrativo; 94% da hemodiálise está nas mãos do setor privado lucrativo, porque o setor privado ainda investiu historicamente (Entrevistado 2).

Esta reconfiguração da atuação do setor privado foi resultado das políticas prévias, em especial do aumento seletivo da Tabela de Procedimentos. Aqueles melhor remunerados, com possibilidade de credenciamento/habilitação separada, direcionaram os atores para investirem nesses serviços. Isto produziu mecanismos de auto-reforço. Constituiu atores com recursos econômicos e de poder para pressionarem a manutenção desta distinção. A criação da Confederação Nacional de Saúde, destacada do comércio e serviços em 2001, foi exemplo desta condição. Criou-se uma organização nacional, com *status* político e condição legal para articular o setor privado prestador de serviços de saúde junto ao Estado e à sociedade.

Alguns serviços hospitalares e ambulatoriais eram a agenda prioritária da Confederação Nacional de Saúde. Constituíram alianças com outros atores, que incidiram sobre os atores estatais para a manutenção da distinção dos serviços de alta complexidade e para a manutenção dos serviços privados. Exemplo disso foi a permanente pressão por recursos para a hemodiálise, uma das alternativas de terapia renal substitutiva, através da articulação dos atores representantes dos prestadores de serviços e usuários, conforme afirma o representante do setor hospitalar:

Os serviços não hospitalares da Confederação, os que estão dando mais problema hoje, são o serviço da hemodiálise. A entidade que cuida dos renais crônicos tem uma sala na Confederação. E ajudamos as meninas aqui, a representação dos pacientes renais crônicos em hemodiálise (Entrevistado 2).

Desfizeram-se alianças entre os atores do executivo federal e o setor hospitalar privado, que foram relevantes na resistência às proposta reformistas na década de 1970, 1980 e parte de 1990. A configuração institucional do subsistema hospitalar na implementação do SUS, entre os anos de 1990 e 2012, teve os seguintes componentes: 1) setor saúde do executivo federal. O MS foi especializando suas áreas com a criação de departamentos que tratam de hospital e outros da alta complexidade; 2) estruturas de estados das Secretarias Municipais de Saúde; 3) estruturas de estados das Secretarias Estaduais de Saúde; 4) entidade de representação dos gestores municipais – Conasems e Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde nos estados; 5) entidade representativa dos gestores estaduais – Conass; 6) instituições de caridade, em especial as Santas Casas de Misericórdia, integralmente no SUS e ofertando serviços para saúde suplementar; 7) entidade representativa dos Hospitais Filantrópicos nacionais – CMB e Federação das Misericórdias nos estados; 8) Hospitais Universitários e de Ensino; 9) entidade de representação das direções dos Hospitais Universitários e de Ensino – Abrahue; 10) as instituições hospitalares dos estados e municípios, financiadas com recursos do SUS; 11) instituições hospitalares privadas lucrativas, mantidas com o pagamento pelos serviços prestados, pela atenção a beneficiários de planos e seguros de saúde residualmente pelo SUS em especial na alta complexidade; 12) entidades representativas dos serviços privados, entre eles os hospitais, a Federação Brasileira dos Hospitais e a Confederação Nacional de Saúde e Associação Nacional de Hospitais Privados; 13) entidades organizadas do Movimento da Reforma Sanitária – Cebes, Abrasco, movimento sindical e comunitário; 14)

entidades representativas dos atores de mercado dos planos e seguros de saúde – Abrange; e 15) instituições hospitalares federais do setor saúde residualmente.

Os atores predominantes na temática hospitalar e da implementação do SUS foram os atores estatais do setor saúde federal, centralizados no MS. Em um primeiro momento, com a unificação de duas burocracias distintas, uma delas do próprio MS da área de saúde pública e outra do extinto Inamps e, em um segundo momento, dos dirigentes do MS. Ampliaram a participação os atores estatais dos estados e municípios, através de sua entidade representativa, Conass e Conasems, que aumentaram a possibilidade de influência no setor, em especial a relação com os serviços hospitalares em cada município e região. Ocorreu também a organização de uma burocracia institucionalizada e permanente nas entidades representativas dos gestores estaduais e municipais, o que contribuiu para a ampliação da atuação desses atores.

As normas do funcionamento do sistema e da relação com os hospitais exaradas pelo MS, quando divergentes das regras informais dos atores estatais de estados, municípios e do setor hospitalar, foram ignoradas. A contratação dos hospitais foi um exemplo desta relação. A descentralização do sistema de saúde permitiu que as regras formais, com implementação de cima para baixo, tivessem influência dos atores de estados e municípios em sua implantação.

A arena da política do setor saúde sobre a descentralização, a regionalização e as políticas hospitalares concentrava-se no executivo federal. A agenda pública da organização institucional do sistema de saúde ampliou a relação entre os entes federados, em um primeiro momento, entre MS e municípios, através do Conasems, quando a pauta era municipalização. A participação dos atores estatais dos estados e sua representação no Conass ampliou, a partir dos anos 2000, o debate sobre regionalização, do Pacto e redes de atenção.

O MS foi protagonista da formulação das políticas para os hospitais. No entanto, ampliou a participação dos estados e municípios tanto na provisão dos serviços ao SUS quanto na relação com os Hospitais Filantrópicos, Universitários e de Ensino em cada local. A dependência de trajetória da organização do sistema de saúde e a concentração de recursos financeiros, técnicos e políticas na União teve influência na manutenção da centralidade do executivo federal, na formulação das políticas específicas para os hospitais. O executivo federal tinha tradição na condução destas políticas e, além disto, os demais gestores, estaduais e municipais, estiveram com o

foco voltado para outras pautas, em especial a institucionalização do SUS e a atenção básica. A existências de entidades de representação dos serviços hospitalares e sua articulação nacional também produziram auto-reforço, na medida em que pressionaram o MS para o atendimento de suas demandas.

O processo de descentralização e regionalização do sistema contribuíram para a produção de experiências e para a produção de ideias sobre a organização dos serviços hospitalares em muitos estados e municípios. O Quadro 5 apresenta a síntese dos conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas identificadas entre 1990 e 2012.

Quadro 5. Conceitos normativos, paradigmas cognitivos e ideias programáticas centrais no período de 1991 a 2009

Conceitos Normativos	Paradigmas Cognitivos	Ideias Programáticas
Universalidade com controle público, participação social e atuação do estado	Descentralização, municípios responsáveis pela atenção, estado e União com a coordenação, cooperação técnica e financeira aos municípios Descentralização, estados e municípios com atribuições complementares na gestão, ou na gestão e execução de serviços	Responsabilização dos municípios pela execução dos serviços/municipalização serviços e recursos – NOB/93 Descentralização territorial e regionalização negociada entre os atores – Pacto e COAP; Definição as atribuições, tarefas, rotinas e fluxos dos demais entes federados pelo executivo federal – normatização, e delegação das atividades aos estados e municípios tal qual a iniciativa privada, com base no financiamento limitado por critérios estabelecidos pelo MS – tetos financeiros, programas, ações – NOB/93 Contratualização dos hospitais
Seletividade atuação do mercado e gerência do estado	Centralização Normativa desconcentração da execução Delegação ao mercado e auto-regulação das prioridades e ações a serem desenvolvidas – estado comprador e não regulador da oferta	Pagamento por procedimento realizado e autonomia para decisão de incorporação tecnológica e crescimento dos hospitais. Estruturas privadas de acreditação dos serviços hospitalares; Organização da saúde suplementar
Atenção integral à saúde	Círculo e redes como orientação da construção da organização da atenção e gestão	Redes de atenção – Contratos Operativos da Gestão Pública, regionalização pactuada a partir das necessidades em saúde e como resultado na negociação política
Seletividade dos públicos e segmentação da oferta de serviços	Pirâmide como modelo de organização do sistema	Implantação do PSF, sistemas de alta complexidade e regionalização normativa e funcional Regulação da saúde suplementar.
Saúde resultado da ação curativa, tecnologia, insumos e atuação medicina – assistência	Organização de rede de serviços – assistência com ênfase hospital e alta complexidade	Ampliação dos hospitais, regionalização normativa dos serviços de saúde, sistemas de alta complexidade

Conceitos Normativos	Paradigmas Cognitivos	Ideias Programáticas
Saúde condições de vida – prevenção, promoção e assistência – atenção	Organização da rede de e ações e serviços – atenção	Ampliação de muitos serviços e ações, de promoção, prevenção e assistência e regionalização negociada do sistema de saúde, gestão e atenção

Fonte: Elaboração da Autora

Essas experiências e ideias tiveram como norte os conceitos normativos da integralidade, controle estatal e atenção à saúde, abrangendo diversas ações, que não apenas curativa e hospitalar. Foram formulados novos paradigmas cognitivos, em especial a organização das redes de atenção e a reformulação do papel do hospital como componente desta. Para operacionalização destas propostas, novas regras, fluxos e modos de financiamento para a provisão hospitalar do SUS foram implementados.

Estas novas ideias influenciaram as proposições dos atores do setor hospitalar. Em alguns casos, estes incorporam os paradigmas cognitivos e as ideias operacionais difundidas pelos gestores do SUS, e os adaptaram aos seus conceitos normativos. Um exemplo é a proposta de rede de assistência hospitalar dos Hospitais Filantrópicos, que mantêm a segmentação do sistema de saúde com foco hospitalar. Em outros casos, incorporam as propostas e adéquam a suas estratégias as novas políticas. Isso ocorreu na aproximação dos Hospitais Filantrópicos, Universitários e de Ensino dos gestores municipais e estaduais em cada local e também na política de contratualização do sistema. Enfim, houve uma reconfiguração do subsistema de provisão hospitalar do SUS ao longo da implementação do sistema, conforme será tratado nas Considerações Finais.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões que este estudo pretendeu responder foram os efeitos das políticas no subsistema de provisão hospitalar do SUS. Como e o quanto novas regras interferiram nos atores, seus interesses, suas ideias, e como estes se (re)articularam no caso das mudanças nas políticas públicas. Observou-se que as políticas operadas ao longo da década de 1990 e anos 2000 tiveram impacto na provisão de serviços hospitalares do SUS. Alteraram a configuração desse subsistema: o processo de descentralização, de regionalização e as políticas específicas para os hospitais, em especial aquelas que estabeleceram prioridades ao setor público e filantrópico. Houve reconfiguração na arena da política de saúde e dos hospitais. Produziram-se novas ideias sobre o papel dos hospitais no sistema de saúde e novos mecanismos de relação entre o Estado e os serviços hospitalares.

A implementação do SUS alterou os arranjos institucionais. Além dos fóruns de participação inicialmente previstos na legislação – Conselhos Municipais de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde – foram também criados fóruns para a negociação e pactuação interfederativa. As Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, inicialmente, e mais recentemente as Comissões Intergestores Regionais, consolidaram-se como espaço para os processos decisórios do setor saúde. Contribuíram para fortalecer a participação dos atores estatais através de suas entidades representativas – Conass e Conasems.

A regra do consenso para as deliberações entre os gestores do SUS ampliou a necessidade de convencimento e negociação, delimitando em parte a influência do executivo federal na relação com os demais atores estatais. Também observou-se a multiplicidade de espaços e fluxos que influíram no processo decisório do setor. Entre eles, tiveram destaque: 1) as diversas áreas do MS, fragmentadas em departamentos cujas atribuições são, muitas vezes, concorrentes entre si; 2) estas estruturas se reproduzem nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; e 3) o Congresso Nacional e as frentes parlamentares que tematizam áreas específicas, em especial a frente parlamentar de Hospitais Beneficentes e Filantrópicos.

As políticas no MS foram influenciadas pelos dirigentes do Ministério em cada momento, suas ideias, suas histórias e seus vínculos com a proposta reformista ou conservadora de atuação na área da saúde e os atores com os quais estabelecem alianças prioritárias. Um aspecto observado é que foram as políticas de Estado que

“criaram” as instituições hospitalares no Brasil e seus diferentes segmentos. Observou-se que as políticas de delegação à provisão de serviços à iniciativa privada foram preponderantes até a implantação do SUS. Estas tiveram como resultado a construção de uma rede hospitalar que é majoritariamente privada e que se mantém até 2012. No entanto, entre 1990 e 2012, a descentralização e ampliação da responsabilidade do Estado com a execução dos serviços de saúde, resultaram na ampliação da oferta pública estadual, mas principalmente municipal, de serviços hospitalares para o SUS. Esses foram os estabelecimentos que mais cresceram no período.

Ampliou-se a relação entre gestores municipais e estaduais com o setor hospitalar nos estados e municípios, em especial os Hospitais Universitários, de Ensino e Filantrópicos. Construiu-se a relação entre esses e os dirigentes da saúde nas negociações e na definição dos contratos e do papel dos hospitais. Houve descentralização e ampliação da presença dos hospitais no debate e nos sistemas locorregionais.

No entanto, o tema da organização hospitalar, no período entre 1990 e 2012, esteve na agenda pública nos momentos em que o MS propunha a alteração das políticas para este setor e quando os atores do setor hospitalar produziam reivindicações, em geral incluindo os atores estatais do parlamento e da mídia. Na maior parte das vezes, as políticas hospitalares foram tratadas entre o MS e as representações dos atores societários ligados aos hospitais, a CMB, Federação Brasileira de Hospitais e Abrahue, ou ainda, em alguns momentos, com grupos de hospitais que contavam com mais recursos de poder e capacidade de pressão sobre os dirigentes estatais federais.

A distinção dos segmentos hospitalares (Hospitais Privados lucrativos, Filantrópicos, Hospitais Universitários e de Ensino e Hospitais Públicos) foi constituída como resultado de políticas de Estado protagonizadas pelo executivo federal ao longo da história. Os diferentes setores hospitalares foram organizados por regras formais e arranjos institucionais distintos, dependendo do vínculo institucional dos hospitais. Ora um segmento foi priorizado, ora outro era mais atuante na arena política. Para disputar as políticas públicas centralizadas, estas instituições organizaram entidades nacionais que ocasionaram auto-reforço, na medida em que atuaram para que as suas demandas específicas fossem contempladas e, muitas vezes, em disputa com os demais segmentos organizados. No período anterior, a representação dos Hospitais Privados lucrativos teve maior influência nas políticas públicas. Após a implementação

do SUS, houve uma diversificação das entidades do setor hospitalar que influenciaram as políticas de provisão destes serviços.

Os Hospitais Filantrópicos ampliaram a sua participação no Sistema. Estes ocupavam, em 2012, o lugar de principal provedor de serviços hospitalares do SUS. A CMB, representante dos Hospitais Filantrópicos, constituiu-se em uma organização que teve forte articulação no legislativo federal. Esta atuação ampliou sua capacidade de influenciar os dirigentes do MS e as políticas hospitalares. A aproximação da representação dos hospitais com o legislativo, demonstrou também a diminuição da interferência direta dos setores hospitalares sobre o executivo federal. Houve a necessidade de constituir outras estratégias de atuação para influir na formulação das políticas.

Os atores estatais, dirigentes e burocracia do Ministério da Educação, agiram na relação com o MS para a manutenção da política de distinção dos Hospitais de Ensino. A Abrahue foi, até 2011, interlocutora do executivo federal enquanto organização representativa dos Hospitais de Ensino e Universitários, fossem federais, estaduais ou filantrópicos. Esta entidade participava sistematicamente da arena pública sobre as políticas hospitalares, articulava os demais atores, em especial estatais da educação e do Parlamento, para pressionar a negociação junto ao setor saúde.

A partir de 2011, os atores estatais do Ministério da Educação, através da criação da EBSEH, passaram a atuar diretamente na gerência do setor hospitalar universitário federal. Ao mesmo tempo em que se ampliou a burocracia estatal federal para dirigir os hospitais próprios, houve diminuição do poder da entidade de coordenação dos Hospitais Universitários, que atuava também junto aos Hospitais Filantrópicos e Hospitais Estaduais de ensino.

Os resultados destas mudanças ainda não são evidentes. Há uma hipótese de que podem representar a centralização da gestão destas unidades hospitalares. Isso porque a atuação do Ministério da Educação, através da EBSEH, no executivo federal como um todo e da saúde em especial, amplia a relação direta dessas instituições com os atores estatais federais da saúde e pode contribuir para diminuir a atuação dos atores estatais estaduais e municipais nestas organizações. Também será necessário avaliar a ação do Ministério da Educação na política mais geral dos Hospitais de Ensino não federais. Trata-se de examinar a capacidade de atuação da EBSEH, como gerente de serviços hospitalares, que acumulou a função de coordenadora da política dos Hospitais de Ensino em conjunto com o setor saúde.

Os Hospitais Privados Lucrativos reduziram sua participação no SUS. A Federação Brasileira dos Hospitais deixou de ser central na arena da política. Houve a criação da Confederação Nacional de Saúde e uma relativa perda de importância dos Hospitais Privados, se considerado o conjunto de serviços privados ambulatoriais que oferecem serviços ao SUS. Também houve a migração dos Hospitais Privados para a saúde suplementar. Desta forma, a Confederação Nacional de Saúde, Federação Brasileira de Hospitais e AMB dirigem sua atuação para a política de saúde suplementar em aliança com o CMI e em contraposição a seguros e planos de saúde – Abrange. Neste caso, é a ANS o órgão estatal responsável pela intermediação desses interesses.

A comunidade de política que unificava a tecnoburocracia do Inamps, representação dos Hospitais Privados, em articulação com atores estatais do parlamento do Complexo Médico Industrial (CMI) e AMB foi paulatinamente mudando. Se, no período anterior, eram os Hospitais Privados e os atores estatais do executivo nacional aqueles que traduziam os interesses do CMI, neste momento outros atores são articulados para apresentar demandas de incorporação de insumos e tecnologias.

A política de alta complexidade, implementada ao longo dos 24 anos após a Constituição de 1988, teve como consequência a reorganização das articulações no setor saúde. A AMB, sociedades de especialidades médicas, CMI, com a inclusão de atores societários sociais organizados nas associações por patologia, disputam as políticas tanto com os atores estatais como com seguros e planos de saúde.

Os processos que constituem estas áreas prioritárias em detrimento de outras, os atores que se relacionam com o MS para incluírem temas na agenda e engendrarem soluções, participam da formulação e implementação da política, ou seja, os atores, as ideias e os interesses que conformam estas práticas do MS podem ser investigadas. Organizaram-se novos atores coletivos. Logo, há que se examinar as relações e o quanto envolvem atores estatais dos executivos do setor saúde. Há uma hipótese de organização de diversos grupos de interesse que inclui atores individuais e entidades representativas de especialistas (Sociedades de especialistas e AMB), setor provedor de serviços privados (Confederação Nacional de Saúde), usuários (associações de patologias), CMI e Parlamento (frentes parlamentares). Esses atuam pressionando o executivo nacional de saúde para a formatação de políticas específicas e de alta complexidade.

Da mesma forma que a alta complexidade, os efeitos da regulação da saúde suplementar e da filantropia na reorganização do subsistema de provisão hospitalar do Brasil e do SUS em particular, constituem-se como uma questão a ser explorada, que poderá contribuir para a compreensão da configuração dos atores no subsistema de provisão de serviços hospitalares no SUS.

Por fim, observou-se que a implementação de políticas públicas contribui para produzir novos atores, bem como potencializar a organização de atores coletivos que terão capacidade de influenciar as políticas futuras. Os atores alteram suas ideias e estratégias, buscando adaptar-se às novas regras do jogo para manter seus interesses. Todavia, também modificam estes, adotando propostas de outros atores, refazendo alianças e acordos para se manterem atuantes na arena política.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. *A saúde no Brasil: cartografia do público e do privado*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ADLER, E.; HAAS, P. M. Conclusion: epistemic communities, world order, and the creation of a reflective research program. *International Organization*, Cambridge, v. 46, n. 1, Winter 1992.

ALMEIDA, C. Médicos e assistência médica: estado, mercado ou regulação? Uma falsa questão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 659-676, out./dez. 1997.

ALVES, M. J. M. *Sistema Único de Saúde: de que sistema se trata?* 2006. Tese (Doutorado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/T/uerj/2006/Alves_Sistema_Unico.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

ANAHP. Observatório ANAHP. Edição 01. São Paulo: Autor, 2009. Disponível em: http://www.anahp.com.br/files/observatorio_2009_01.pdf. Acesso em: 13 nov. 2012.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.173-204.

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E HOSPITALAR. *Pró-saúde: uma história de 45 anos de profissionalismo em administração hospitalar*. São Paulo: [s.n], 2012. Disponível em: <http://www.prosaude.org.br/Livro_45_Anos/Pro-Saude_45_anos.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. *Anais do Primeiro Congresso Nacional de Hospitais e da Primeira Conferência Nacional de Diretores de Serviços de Assistência Hospitalar*. Rio de Janeiro: ABH, 1955. v.2.

BACHRACH, P.; BARATZ, M. S. Decisions and non decisions: an analytic framework. *American Political Science Review*, Washington, DC, v. 57, n. 3, p. 632-642, 1963.

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

_____. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de saúde brasileiro: impactos sobre a relação entre o público e o privado. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

_____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.

BAPTISTA, T. W. F. *Políticas de Saúde no Pós-Constituinte: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil*. 2003. Tese (Doutorado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=203>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BARRIOS, S. T. G. Micropolítica e gestão regionalizada da saúde: estudo de caso no colegiado de gestão da 4ª região sanitária do estado do Rio Grande do Sul – Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2009.

BARROS, M. E. D. Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar mudança onde tudo parece permanência. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997. p. 113-133.

BELTRAMMI, D. G. M. Descentralização: o desafio da regionalização para estados e municípios. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 10, n. 41, p. 159-163, out./dez., 2008.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BONAFONT, L. C. *Redes de políticas públicas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2004.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

BRAGA, J. C. S.; SILVA, P. L. B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 19-42.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 665-704.

BRASIL. (Constituição). *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho 1934*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm>. Acesso em: 03 jun. 2011.

_____. (Constituição). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 03 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 5.058, de 9 de novembro de 1926*. Dispõe sobre a criação da assistência hospitalar no Brasil. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-5058-9-novembro-1926-564129-norma-pl.html>>. Acesso em: 03 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 8.674, de 4 de fevereiro de 1942*. Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-8674-4-fevereiro-1942-459566-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 34.586, de 12 de novembro de 1953a*. Determina a fusão de caixas de aposentadorias e pensões e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-34586-12-novembro-1953-328044-publicacaoriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 46.348, de 3 de julho de 1959a*. Aprova o Regimento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (S.A.M.D.U.). Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1950-1959/decreto-46348-3-julho-1959-385379-norm-a-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 49.974-A, de 21 de janeiro de 1961a*. Regulamenta, sob a denominação de Código Nacional de Saúde, a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, de normas gerais sobre defesa e proteção da saúde. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-49974-a-21-janeiro-1961-333333-retificacao-40272-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 50.659, de 29 de maio de 1961b*. Altera disposições do Regulamento Geral da Previdência Social. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-50659-29-maio-1961-390226-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 53.154, de 10 de dezembro de 1963*. Aprova o Regulamento da Previdência Social Rural. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53154-10-dezembro-1963-393288-retificacao-46948-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 61.012, de 14 de julho de 1967a*. Regulamenta a aplicação, pelo Ministério da Saúde, do Fundo Especial de Financiamento de Assistência Médica (FEFAM), criado pelo artigo 28, item I, do Decreto-Lei nº 204, de 27 de fevereiro de 1967. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-61012-14-julho-1967-402103-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987*. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 de jun. 2011.

_____. *Decreto nº 99.060, de 07 de março de 1990a*. Vincula o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS ao Ministério da Saúde, e dá

outras providências. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1990/decreto-99060-7-marco-1990-328511-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 de jun. 2011.

_____. *Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994a*. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto nº 2.536, de 6 de abril de 1998a*. Dispõe sobre a concessão do certificado de entidade de fins filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1998/decreto-2536-6-abril-1998-437371-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Decreto n. 5.895, de 18 de setembro de 2006a*. Dá nova redação ao art. 3º do Decreto nº 2536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do certificado de entidade beneficente de assistência social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2006/decreto-5895-18-setembro-2006-545532-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Decreto nº 7.237, de 20 de julho de 2010a*. Regulamenta a Lei nº 12101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7237-20-julho-2010-607346-norma-pe.html>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011a*. 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Decreto-Lei n. 204, de 27 de fevereiro de 1967b*. Dispõe sobre a exploração de loterias e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-204-27-fevereiro-1967-373407-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Decreto-Lei nº 701, de 24 de julho de 1969*. Autoriza o Poder Executivo a instituir um fundo especial, denominado Fundo Nacional de Saúde (FNS) e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1960-1969/decreto-lei-701-24-julho-1969-374389-norma-pe.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000a*. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm. Acesso em: 05 jun. 2011.

_____. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953b. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-1920-25-julho-1953-367058-norma-pl.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Lei nº 3.577, de 4 de julho de 1959b*. Isenta da taxa de contribuição de previdência dos institutos e caixas de aposentadoria e pensões as entidades de fins filantrópicos reconhecidas de utilidade pública, cujos membros de suas diretorias não percebem remuneração. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-3577-4-julho-1959-354916-norma-pl.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960*. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-3807-26-agosto-1960-354492-norma-pl.html>>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6229.htm>. Acesso em: 4 jun. 2011.

_____. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990b*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 maio 2011.

_____. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990c*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 24 maio 2011.

_____. *Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993a*. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm>. Acesso em: 24 de maio 2011.

_____. *Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996a*. Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9311-24-outubro-1996-348539-norma-pl.html>>. Acesso em: 24 maio 2011.

_____. *Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009a*. Dispõe sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2009/lei-12101-27-novembro-2009-594805-norma-pl.html>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011b*. Autoriza o poder executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal; e dá outras providências. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011c*. Acrescenta artigos, 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Medida Provisória nº 446, de 7 de novembro de 2008a*. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2008/medidaprovisoria-446-7-novembro-2008-583387-norma-pe.html>. Acesso em: 11 dez. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e divergências sobre a gestão e regionalização do SUS no Brasil*. Brasília, DF: Conass, 2004a. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-424824>. Acesso em: 29 nov. 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS*. Brasília, DF: Conass, 2011d. Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_4.pdf. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília, DF: Conass, 2011e.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991a*. Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 04 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. *Portaria nº 375 de 04 de março de 1991b*. Estabelecerem-se conceituações para os Hospitais de Ensino. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Portarias/PT-375.htm> Acesso em: 05 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Divisão de Organização Hospitalar (DOH). *Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar*. Vol. 4. Rio de Janeiro: s/e, 1954.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Ata da Reunião Ordinária, de 31 de outubro de 2002a*. Comissão Intergestores Tripartite. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_out_02.pdf. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Consulta Pública nº, 19 de 1º de novembro de 2012a*. Política Nacional de Atenção Hospitalar, estabelecendo as diretrizes e normas para a organização do modelo da Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/cop0019_01_11_2012.html. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Consulta Pública nº 20, de 1º de novembro de 2012b*. Regulamenta as diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito da Política Nacional de Atenção Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/cop0020_01_11_2012.html>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Hospitais de excelência*. 2012c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36246&janela=1>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *História e evolução dos hospitais*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 1965. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_08.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2007.

_____. *Portaria nº 15, de 08 de janeiro de 1991c*. Definir a ascensão automática mensal do índice de Valorização Hospitalar dos Hospitais Integrantes do SIH SUS. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/fideps/SNAS_P15_91fideps.doc>. Acesso em 04 jun. 2011.

_____. *Portaria nº 19, de 08 de janeiro de 1991d*. Define a quantidade de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), a serem distribuída, mensalmente, para cada estado da Federação. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 32, de 27 de março de 1991e*. Estabelece as cotas mensais de AIH de cada estado a vigorarem a partir de abril de 1991. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992a*. Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 22 de out. 2011.

_____. *Portaria nº 254, de 16 de abril de 1992b*. Estabelece a sistemática para apresentação de AIH – autorização de internação hospitalar em meio magnético pelos hospitais do SIH-SUS para fins de processamento. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 357, de 28 de agosto de 1992c*. É delegada às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a responsabilidade pela recepção e validação dos dados das AIH's geradas e apresentadas em meio magnético. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 360, de 04 de setembro de 1992d*. Estabelece as normas de credenciamento para os procedimentos de alta complexidade e na área de cirurgia cardiovascular e implante de marca passo cardíaco. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 48, de 24 de março de 1993b*. Estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em oftalmologia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 66, de 06 de maio de 1993c*. Estabelece normas para credenciamento de hospitais e serviços que realizam procedimento de alta complexidade em cardiologia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 67, de 06 de maio 1993d*. Estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em oftalmologia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993e*. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 04 jun. 2011.

_____. *Portaria nº 73, de 26 de maio de 1993f*. Estabelece normas para credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade na área de câncer. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 96, de 28 de julho de 1993g*. Define as normas, credenciamento, hospital, transplante de órgãos. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993h*. Dispõe sobre a explicitação de cláusulas necessárias nos contratos de prestação de serviços entre o Estado, o Distrito Federal e o Município e pessoas naturais e pessoas jurídicas de direito privado de fins lucrativos, sem fins lucrativos ou filantrópicas participantes, complementarmente, do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/19_Portaria_1286_de_26_10_1993.pdf>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 165, de 08 de dezembro de 1993i*. O fator de incentivo ao desenvolvimento do ensino e pesquisa universitária-Fideps, utilizado para os hospitais universitários-Portaria 32-93-SAS-MS, cabe a totalidade dos hospitais de ensino se adequarem aos critérios estabelecidos. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 38, de 03 de março de 1994b*. Estabelece normas do sistema integrado de atenção ao paciente renal crônico. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 62, de 19 de abril de 1994c*. Estabelece normas para o cadastramento de hospitais que realizem procedimentos integrados para reabilitação estética-funcional dos portadores de má-formação labiopalatal. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 74, de 04 de maio de 1994d*. Resolve que os pacientes internados na unidade hospitalares do SUS (públicos, universitários, privados não lucrativos e lucrativos) deveriam receber demonstrativos dos pagamentos do SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 130, de 03 agosto de 1994e*. Estabelece diretrizes e normas para implantação, hospital dia, paciente, Aids. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 133, de 09 de agosto de 1994f*. Aprova o modelo da ficha de cadastro ambulatorial – FCA, do sistema de informações do SUS (SIA/SUS) (anexo i) e aprova as Tabelas (anexo II): tipo de unidade, caracterização do prestador, turno de atendimento, fluxo da clientela, códigos de serviços, classificação de serviços e atividade profissional. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.827, de 31 de outubro de 1994g*. Determina que a Secretaria de Assistência a Saúde, do Ministério da Saúde defina os tetos financeiros de cada Estado relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1994/prt1827_31_10_1994.html>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 15, de 02 de março de 1995a*. Determina os tetos financeiros de cada Estado relativos ao custeio das atividades de Assistência Ambulatorial e Hospitalar (SIA e SIH/SUS) e a distribuição de AIHs. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/...av/SAS_P15_95control_av_g.doc> Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 30, de 24 de abril de 1995b*. Define que são os gestores estaduais e/ou municipais (nos casos de municípios em gestão semiplena) que deverão encaminhar as fichas cadastrais de hospital – FHC e fichas cadastrais de terceiros – FCT do SIH/SUS, após a devida análise e assinaturas, diretamente ao departamento de desenvolvimento, controle e avaliação dos serviços de saúde da DCAS/SAS, na sede do MS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.107, de 14 de junho de 1995c*. Cria o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 52, de 22 de junho de 1995d*. Implanta o PGFAIH – Programa de Gestão Financeira de AIH. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.692, de 14 de setembro de 1995e*. Institui o índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), incidente sobre os valores de SH – Serviços Hospitalares, SP – Serviços Profissionais, SADT – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia e Procedimentos Especiais do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 107, de 18 de setembro de 1995f*. Recomenda a utilização do PGFAIH para o bloqueio de AIH's que apresentem algum desvio relativo a valor médio, indicação de utilização de procedimentos ou procedimentos especiais não compatíveis. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 54, de 20 de março de 1996b*. Recomenda que a utilização do PGFAIH seja destinada exclusivamente, para o bloqueio de AIH's que apresentem indicativos de algum desvio relativo ao valor médio, utilização de procedimentos ou procedimentos especiais não compatíveis ou não previamente autorizados e da outras providências. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 95, de 29 de maio de 1996c*. Determina que os gestores estaduais encaminhem os relatórios demonstrativo de valores pagos no processamento de AIH/SUS à secretaria de assistência à saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011

_____. *Portaria nº 119, de 12 de julho de 1996d*. Altera forma de cobrança do quantitativo de diárias dos grupos de procedimentos no hospital-dia AIDS e hospital-dia psiquiatria. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 156, de 30 de agosto de 1996e*. Estabelece que a função de disponibilizar no Datasus/RJ o arquivo do movimento mensal das AIH passe a ser de responsabilidade exclusiva dos órgãos gestores estaduais do SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.042, de 11 de outubro de 1996f*. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de terapia renal substitutiva – hemodiálise – e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao SUS. Disponível

em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.203, de 06 de novembro de 1996g*. Aprovar a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 205, de 06 de novembro de 1996h*. Implanta formulários/instrumentos e regulamenta suas utilizações na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo e fornecimento de medicamentos excepcionais a pacientes em terapia renal substitutiva – T.R.S. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 211, de 08 de novembro de 1996i*. Estabelece normas para atenção auditiva. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 59, de 29 de abril de 1997a*. Determina que os municípios incluídos na gestão semiplena efetuem o pagamento dos serviços hospitalares as entidades prestadoras dos serviços até o 5 dia útil após a disponibilidade dos arquivos do processamento das AIH's pelo Datasus. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 96, de 27 de julho de 1997b*. Aprova o cronograma de transmissão e autorização de internação hospitalar (AIH). de transmissão dos arquivos via BVS ou encaminhamento dos disquetes e relatórios (SIA/SUS e SIH/SUS e GAP), relativos aos serviços prestados, para o 3. trimestre de 1997. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 113, de 04 de setembro de 1997c*. Determina que os internamentos dos pacientes nas unidades assistenciais do Sistema Único de Saúde – SUS classificam-se em duas categorias: internamento eletivo e internamento de urgência/emergência. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 117, de 11 de setembro de 1997d*. Determina que a secretaria de assistência à saúde forneça formulários AIH aos gestores estaduais para utilização até a competência dezembro/97. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 137, de 07 de novembro de 1997e.* Autoriza as Secretarias Estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde, dependendo das competências e prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, encaminhar diretamente ao DATASUS – Gerência Técnica de Sistemas Hospitalares – GTSH as fichas cadastrais de hospital e fichas cadastrais de terceiros – FCT de pessoa jurídica para inclusão, alteração ou exclusão no SIH/SUS, obedecidas as normas vigentes relativas a cadastramento. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.888, de 18 de dezembro de 1997f.* Estabelece a descentralização do processamento das autorizações de internações hospitalares – AIH. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.889, de 18 de dezembro de 1997g.* Define nova codificação da Tabela de procedimento do SIA-SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.890, de 18 de dezembro de 1997h.* Determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços de diagnose e terapia do SUS, a partir de 03 de fevereiro de 1998. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 8, de 23 de janeiro de 1998b.* Estabelece diretrizes e metodologia para a descentralização do processamento de autorização de internação hospitalar do Sistema de informações hospitalares, para as gestões estadual e municipal de saúde, de acordo com o que estabelecer a comissão intergestores bipartite. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.092, de 26 de fevereiro de 1998c.* Altera dispositivo da portaria nº 1.888/GM, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece a descentralização do processamento das autorizações de internações hospitalares – AIHS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.121, de 6 de março de 1998d.* Define recursos federais destinados no ano de 1998, por Estado e Distrito Federal, à Atenção Básica, Assistência Ambulatorial de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2121.html>>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 2.414, de 23 de março de 1998e.* Estabelece requisitos para credenciamento de unidades hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia geriátrico. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 2.415, de 23 de março de 1998f.* Estabelece requisitos para credenciamento de unidades hospitalares e critérios para realização de internação em regime de hospital-dia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 2.892, de 09 de junho de 1998g.* Reafirma, como regra geral, que nos municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema, os Hospitais Universitários devem ficar sob a gestão municipal, de acordo com o que estabelece a Norma Operacional Básica 01/96. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.918, de 09 de junho de 1998h.* Estabelece critérios de classificação entre as diferentes unidades de tratamento intensivo. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.919, de 09 de junho de 1998i.* Estabelece rotina de credenciamento as unidades que realizam tratamento intensivo. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.920, de 09 de junho de 1998j.* Estabelece as condições para o credenciamento de hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade em neurocirurgia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 2.923, de 09 de junho de 1998k.* Institui o programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência/Emergência. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 2.925, de 09 de junho de 1998l.* Cria mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de Urgência/Emergência e descreve os procedimentos passíveis de cobrança. Revogada pela Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 484, de 17 de junho de 1998m.* Submete à consulta pública a proposta de regulamento técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral, constante do texto anexo desta portaria. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.016, de 19 de junho de 1998n.* Institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestante de alto risco. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.018, de 19 de junho de 1998o*. Cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar no atendimento a gestante de alto risco. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011

_____. *Portaria nº 89, de 13 de julho de 1998p*. Determina que as Secretarias Estaduais de saúde deverão confeccionar e distribuir os formulários AIH para o ano de 1999, exercendo controle sobre sua utilização, em conjunto com os gestores municipais de saúde. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.407, de 05 de agosto de 1998q*. Aprova o regulamento técnico, que com esta se publica, para disciplinar as atividades de transplantes. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.408, de 05 de agosto de 1998r*. Dispõe sobre o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.. Disponível em:

<<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3408.html>>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.409, de 05 de agosto de 1998s*. Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade, para tratamento de pacientes que requerem assistência de serviços cadastrados nos SUS para alta complexidade não ofertadas (ou ofertadas com grande restrição de demanda) na sua localidade de residência. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.477, de 20 de agosto de 1998t*. Cria o sistema de referência estadual para gestão de risco. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.535, de 02 de setembro 1998u*. Aprova as normas específicas, constantes do anexo desta Portaria, para o cadastramento de centros de alta complexidade em oncologia. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.536, de 02 de setembro de 1998v*. Implanta formulários/instrumentos e regulamenta sua utilização na sistemática de autorização e cobrança dos procedimentos ambulatoriais na área do câncer. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 3.982, de 01 de dezembro de 1998w*. Estabelece critérios para pagamento da Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Hospitalares de Alta Complexidade – CNCPHAC. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 231, de 08 de dezembro de 1998x*. Estabelece que para a transmissão das informações cadastrais, enviadas em meio magnético, via MS/BBS para o Datasus, o gestor deverá cadastrar, previamente, junto ao MS/BBS, a senha de controle local, assim como as senhas dos funcionários habilitados a executar as funções permitidas pelo programa. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 232, de 08 de dezembro de 1998y*. Aprova o cronograma em anexo, de transmissão dos arquivos via BBS ou encaminhamento dos disquetes e relatórios (SIA/SUS, SIH/SUS E GAP), relativos aos serviços prestados, para o 4º trimestre de 1998. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 254, de 23 de dezembro de 1998z*. Altera a sistemática de apresentação de autorização de internação hospitalar -AIH em meio magnético para os hospitais integrantes do Sistema de informações hospitalares do Sistema único de saúde SIH-SUS, que utilizam sistema próprio de coleta de dados de AIH ou fornecidos por terceiros. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999a*. Torna obrigatório nos Hospitais Públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999b*. Criar mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e m Atendimento de Urgências e Emergências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt0479_15_04_1999.html>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 830, de 24 de junho de 1999c*. Regulamenta a cobrança de diária de acompanhante para maiores de 60 (sessenta) anos, por meio de autorização de internação hospitalar/AIH. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.127, de 31 de agosto de 1999d*. Reformula a regra do Fideps. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.395, de 09 de dezembro de 1999e.* Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.478, de 28 de dezembro de 1999f.* Determina as Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema municipal, a criação de centrais de programação e regulação da assistência oncologia em seus respectivos âmbitos de atuação. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 1.479, de 28 de dezembro de 1999g.* Institui a Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade – CNCPAAC, para tratamento de pacientes que requeiram assistência de serviços de alta complexidade não ofertados, ou ofertados com grande restrição de demanda, em seus estados de residência. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 779, de 29 de dezembro de 1999h.* Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, minuta de Contrato de metas a ser assinado pelos gestores do SUS e os hospitais habilitados ao recebimento do Fideps. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 582, de 20 de junho de 2000b.* Instituir Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-582.htm>>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 905, de 16 de agosto de 2000c.* Estabelece obrigatoriedade de comissão intra-hospitalar de transplante para as instituições com UTI e de referência em urgência e emergência. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 96, de 27 de março de 2000d.* Aprova os procedimentos, distinguindo na Tabela aqueles que são integrantes dos sistemas de alta complexidade ambulatorial e hospitalar do SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 22 out. 2011.

_____. *Portaria nº 98, de 28 de março de 2000e.* Estabelece que fica obrigatória a utilização do SGAIH em todas internações realizadas no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 24 out. 2011.

_____. *Portaria nº 386, de 13 de outubro de 2000f.* Altera sistemática de cobrança dos procedimentos de nutrição enteral. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.273, de 21 de novembro de 2000g*. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados.

Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001a*. Aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios..

Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001b*. Reconhece Organização Nacional de Acreditação como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação hospitalar. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 604, de 24 de abril de 2001c*. Cria o incentivo de integração ao Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 628, de 26 de abril de 2001d*. Aprova na forma do Anexo I desta Portaria, o protocolo de indicação de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida – gastroplastia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 202, de 19 de junho de 2001e*. Estabelece diretrizes para a implantação, desenvolvimento, sustentação e avaliação de iniciativas de humanização nos hospitais do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 881, de 19 de junho de 2001f*. Criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.006, de 04 de julho de 2001g*. Define critérios para selecionar os hospitais estratégicos para o Sistema Único de Saúde. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.413, de 30 de agosto de 2001h.* Institui o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos e sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 399, de 27 de setembro de 2001i.* Estabelece periodicidade anual para aplicação dos formulários de avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, nos hospitais da rede do SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.970, de 25 de outubro de 2001j.* Aprova o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar – 3ª Edição. 2001. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1970_25_10_2001.html>. Acesso em: 05 out. 2012.

_____. *Portaria nº 580, de 20 de dezembro de 2001l.* Altera a denominação dos procedimentos médicos hospitalares da Tabela de Procedimentos do Sistema de informações hospitalares do SUS, de acordo com o anexo I desta portaria. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 589, de 27 de dezembro de 2001m.* Implementar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-589.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002b.* Aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 254, de 15 de abril de 2002c.* Determinar que a Portaria de habilitação ao recebimento do FIDEPS pelos hospitais universitários e de ensino, será publicada após a assinatura do Contrato de Metas. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-254.htm>>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 312, de 30 de abril de 2002d.* Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do SUS, a padronização da nomenclatura do censo hospitalar constante em anexo. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 339, de 9 de maio de 2002e.* Aprova Normas de Classificação e Cadastramento de Centros de Referência em Oftalmologia. Disponível em:

<http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 866, de 09 de maio de 2002f*. Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência em Oftalmologia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 867, de 09 de maio de 2002g*. Institui o Programa de Assistência aos Portadores de Glaucoma. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002h*. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.319, de 23 de julho de 2002i*. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 472, de 24 de julho de 2002j*. Aprova as Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 2.224, de 5 de dezembro de 2002l*. Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.256, de 10 de dezembro de 2002m*. Declara como hospital estratégico, em conformidade com os critérios de enquadramento estabelecidos pelo Decreto nº 4481, de 22 de novembro de 2002, os hospitais relacionados no anexo desta Portaria. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.263, de 10 de dezembro de 2002n*. Dispõe sobre a gestão e financiamento no âmbito do SUS dos Hospitais Universitários e de Ensino e dá outras providências. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 2.262, de 26 de novembro de 2003a*. Instituir, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, Grupo de Trabalho com a finalidade de proceder a revisão, atualização e reestruturação da atual política para os estabelecimentos filantrópicos de ensino com capacidade operacional disponível para o SUS superior a 500 leitos. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2262_26_11_2003.html>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.044, de 1º de junho de 2004b*. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.527, de 22 de julho de 2004c*. Revoga a Portaria nº 881, de 19 de junho de 2001, publicada no Diário Oficial nº 119-e de 21 de junho de 2001, seção 1, pág. 53, que institui no âmbito do SUS o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 07 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 1.702, de 17 de agosto de 2004d*. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.369, de 27 de outubro de 2004e*. Define recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.721, de 21 de setembro de 2005a*. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006b*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 166, de 13 de março de 2006c*. Prorrogação, prazo, contratos, reestruturação hospitalar, hospital filantrópico, Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 224, de 23 de março de 2006d*. Estabelece normas de credenciamento de unidades de assistência e centros de referência em alta complexidade em terapia nutricional. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 284, de 18 de abril de 2006e*. Reestruturação, contratos, convênios, hospital filantrópico, Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 931, de 02 de maio de 2006f.* Aprovação, regulamento técnico, transplante de células tronco, autorização de funcionamento, renovação, instituições de saúde, equipe de transplante, hospital dia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 327, de 16 de maio de 2006g.* Prorrogação, prazo, contratos, reestruturação hospitalar, hospital filantrópico, Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 432, de 6 de junho de 2006h.* Determina que as SES implantem as Redes Estaduais de Assistência em Nefrologia na Alta Complexidade e revoga a Portaria nº 211, de 16 de junho de 2004. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.262, de 16 de junho de 2006i.* Aprovação, regulamento técnico, comissão, hospital, obtenção de órgãos, transplante de órgãos, captação de órgãos e tecidos. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 552, de 24 de julho de 2006j.* Prorrogação, prazo, contratos, reestruturação hospitalar, hospital filantrópico, Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.773, de 28 de julho de 2006L.* Dispõe sobre o apoio do Ministério da Saúde à Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar – Rede InovarH. Esta rede está ligada à faculdade de administração da UFBA e contou com apoio financeiro do Ministério da Saúde através da Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.955, de 23 de agosto de 2006m.* Define normas, recursos financeiros, hospital de Pequeno Porte, Amazônia legal. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.468, de 13 de outubro de 2006n.* Constitui Grupo de Trabalho com o objetivo de apresentar proposta de regulamentação para a Política de Qualidade dos Serviços de Saúde Hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Composto apenas por instituições de representação do estado: Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; e Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 3.123, de 07 de dezembro de 2006a*. Homologa o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 09 jul. 2012.

_____. *Portaria nº 89, de 26 de fevereiro de 2007a*. Prorroga, até 28 de maio de 2007, o prazo estabelecido pela Portaria nº 552, de 24 de julho de 2006. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 318, de 29 de maio de 2007b*. Prorroga, até 28 de agosto de 2007, o prazo estabelecido pela Portaria nº 89, de 26 de fevereiro de 2007, que define a data limite para envio do instrumento formal de contratualização para a secretária de atenção à saúde – SAS/MS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.569, de 28 de junho de 2007c*. institui diretrizes para a atenção à saúde, com vistas à prevenção da obesidade e assistência ao portador de obesidade, a serem implantadas em todas as Unidades Federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 492, de 31 de agosto de 2007d*. Define unidade de assistência de alta complexidade ao paciente portador de obesidade grave como o hospital que ofereça assistência diagnóstica e terapêutica especializada, de média e alta complexidade, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas portadoras de obesidade grave. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 3.276, de 28 de dezembro de 2007e*. Apresenta as regras para que os Hospitais habilitados como de excelência apresentaram projetos de apoio ao desenvolvimento institucional do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 288, de 19 de maio de 2008b*. Define que as redes estaduais e regionais de atenção em oftalmologia sejam compostas por unidades de atenção especializada em oftalmologia e centros de referência em oftalmologia. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.042, de 25 de setembro de 2008c*. Define a forma de ressarcimento pelo Sistema Único de Saúde dos procedimentos relativos à retirada de órgãos para transplantes, aos hospitais não-autorizados ou não credenciados ao SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.734, de 17 de novembro de 2008d*. Estabelece as regras e os critérios para monitoramento, avaliação e prestação de contas dos projetos de apoio ao desenvolvimento institucional ao SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 3.110, de 24 de dezembro de 2008e*. Estabelece recursos aos tetos dos estados e municípios para ampliar o valor do IAC dos hospitais que aderiram ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 90, de 27 de março de 2009b*. Define Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia e Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010b*. Estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011f*. Altera a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011g*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 1.970, de 16 de agosto de 2011h*. Dispõe sobre o processo de Certificação das Entidades Benéficas de Assistência Social na área da Saúde (CEBAS-SAÚDE). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011i*. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2029_24_08_2011.html>. Acesso em: 15 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.338, de 03 de outubro de 2011j*. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente sala de estabilização (se) da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011l*. Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria nº 3.088, de 27 de dezembro de 2011m*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria Interministerial nº 562, de 12 de maio de 2003b*. Constituir Comissão Interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a atual situação dos Hospitais Universitários e de Ensino no Brasil, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_562.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004f*. Certifica como Hospital de Ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais e, ou especializados, de propriedade de instituição de Ensino superior, pública ou privada, ou, ainda, formalmente conveniados com Instituição de Ensino superior. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria Interministerial nº 1.006, de 27 de maio de 2004g*. Institui o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Portaria Interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007f*. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de Ensino. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil: 1998-2002*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2002o.

_____. *Resolução nº 3, de 30 de janeiro de 2012c*. Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0003_30_01_2012.html>. Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012d*. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

(COAP). Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2012/res0004_19_07_2012.html>.
Acesso em: 11 dez. 2012.

_____. *Reforma do Sistema da atenção hospitalar brasileira*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004h.

_____. DATASUS. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. 2010c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/csv/A132306189_10_238_234.csv>.
Acesso em: 22 fev. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *A política de reestruturação dos hospitais de Ensino e Filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantronicos_2003_2010.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

_____. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007g. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_3_completo.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: UNESP/Hucitec, 1991.

CAMARGO JR., K. R. J. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003. p. 35-44.

CAMPBELL, J. Ideas, politics, and public policy. *Annual Review of Sociology*, Palo Alto, v. 28, p. 21-38, 2002.

CAMPOS, G. W. de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p.417-442.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CARAPINHEIRO, G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3. ed. Porto: Melhoramento, 1998.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 879-892, jul./ago. 2007.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CAMPOS, G. W. de S. Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-442.

CECÍLIO, L. C. Inventando a mudança no hospital: o projeto em “defesa da vida” na Santa Casa do Pará. In: _____ (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997a.

_____. *Inventando a mudança na saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001. p. 65-112.

CECÍLIO, L. C.; MERHY, E. E. A integralidade como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003. p. 197-210.

CHEBLIN, I. C. F.; PAIVA, M. G.; STEPHAN-SOUZA, A. I. O arcabouço jurídico-normativo do processo de descentralização e regionalização da saúde: percurso de sua consolidação. *Revista APS, Juiz de Fora*, v. 13, p. S75-S83, 2010.

_____. Regionalização: desdobramento da descentralização? *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 13, p. S84-S94, 2010a. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/814/383>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

COHN, A. O SUS e o direito a saúde: universalização e focalização nas políticas públicas. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-405.

_____. Políticas de saúde e Reforma Sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2021-2023, dez. 2008. Suplemento 2.

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

CÔRTEZ, S. M. V. Participação na área da saúde: o conceito suas origens e seu papel em diferentes projetos de Reformas do estado. *Saúde – Revista do NIPESC*, Porto Alegre, v. 1, p. 51-69, 1996.

_____. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-48, jan./jun. 2002.

_____. *Participação social em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1626-1633, jul. 2009a.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. Inovações organizacionais e de financiamento: experiência a partir do cenário institucional. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 291-305.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, New York, v. 48, n. 2, p. 147-160, abr. 1983.

DOIMO, A. M.; RODRIGUES, M. M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. *Política & Sociedade*, Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 95-115, 2003.

DOBUSCH, L.; QUACK, S. *Epistemic communities and social movements: transnational dynamics in the case of creative commons*, 2008. Disponível em: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2121347>. Acesso em: 06 jan. 2012.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. *Lua Nova*, São Paulo, v. 78, p. 185-222, 2009.

DUARTE, I. G. Leitos hospitalares: algumas considerações. *RAS*, São Paulo, v. 2, n. 5, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2012.

DUBEUX, L. S.; CARVALHO, E. F. Caracterização da oferta de serviços especializados em hospitais de referência regional: uma contribuição para a regionalização da assistência à saúde no SUS. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 9, n. 4, p. 467-476, 2009.

DYE, T. D. *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1984.

ELIAS, P. E. Afinal, de que descentralização falamos? *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo: Abrasco, v. 6, n. 6, p. 310-313, 2001.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária. In: LIMA, N. T. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimentos e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-29, fev. 2003.

FARIAS, S. F. *Interesse estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS*. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Centro de Pesquisas Aggeu

Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009farias-sf.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2011.

FAVERET, F. P.; OLIVEIRA, J. O. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, v. 3, p. 139-162, jun. 1990.

FELIPE, J. S. MPAS: o vilão da Reforma Sanitária? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 483-504, out./dez. 1987.

FERLA, A. A. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-107, 2004.

_____. *Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde*. Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2007.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2003. p. 61-88.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Da Casa, ESP/RS, 2002.

FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. (Orgs.). *O fazer em saúde coletiva: inovações à saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Da Casa, ESP/RS, 2002a.

FERLA, A. A.; MARTINS, F. J. *Gestão solidária da saúde: a experiência de gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul: divulgação em saúde para debate*. Rio de Janeiro: Cebes, n. 23, dez. 2001.

FERLA, A. A. et al. *Descentralização e políticas públicas para DST/AIDS : estudo do sistema de saúde no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ABIA, 2006. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/pol%20pub%207.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2012.

FLEURY, S.; DUVERNEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FONSECA, C. M. O. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. A integralidade e as linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.

GADELHA, C. A. G. O Complexo Médico Industrial e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Disponível em:

http://www.opas.org.br/serviço/arquivos/sala_5515.doc, 2005. Acesso em: 12 mar. 2007.

GASTÃO, W. *Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil*. 2005. Mimeografado.

GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento da política de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-190, 2006.

GERSCHMAN, S.; VIANA, A. L. Descentralização e desigualdades regionais em tempo de hegemonia liberal. In: LIMA, N.; GERSCHMAN, S. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 307-351.

GONÇALVES, E. L. *Administração da saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1982.

GUERREIRO, J. V.; BRANCO, M. A. F. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1689-1698, 2011.

GUIMARÃES, C. Diagnóstico de Situação. In: GONÇALVES, E. L. (Org.). *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1982. p-103-137.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.15-39, 2004.

HALL, P. A.; TAYLOR, R. C. R. As três versões do Neo-Institucionalismo. *Lua Nova*, [s.l.], n. 58, p. 193-223, 2003.

HEIMANN, L. S. et al. *Descentralização do Sistema de Saúde: trilhando a autonomia municipal*. São Paulo: Hucitec, 2000.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p. 73-93.

IANNI, A. M. Z. et al. MetrÓpole e região: dilemas da pactuação da saúde. O caso da Região Metropolitana da Baixada Santista, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 925-934, 2012.

IBANEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, p. 1831-1840, 2007. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12s0/06.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2012.

JOHN, P. *Analysing public policy*. Londres: Pinter, 1999.

JORGE, A. O. *A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo*. 2002. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), São Paulo, 2002. Disponível em:<

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/outros-01.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho hospitalar no Brasil: a busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LEUCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. *SAI/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil – 1983-1991*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, L. L. *A política de regulação do setor privado na saúde em perspectiva comparada: os casos de Belo Horizonte/MS e Porto Alegre/RS*. 2010. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2010. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000477092>. Acesso em: 21 nov. 2012.

LIMA, S. M. L. *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos hospitais de ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro*. 2009. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/doutorado/trabalho_sheylalima_mh_d.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2012.

LOBO, M. S. C. et al. Impacto da Reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 437-445, 2009.

LUZ, M. T. Saúde e instituições médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.157-174.

_____. *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

_____. *Instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos resumidos*. Rio de Janeiro: Cepesc – IMS/UERJ, 2007.

MACEDO, L. C. *Participação e controle social na área da saúde: uma revisão bibliográfica*. 2005. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2005.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009.

_____. *Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde*. 2007. Tese (Doutorado)-Universidade Federal de Minas

Gerais, Belo Horizonte, 2007. Disponível em:

<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-7GYV99/tese_final.pdf;jsessionid=6BACE7D80720F6E6329AF2A6B9DCAED3?sequence=1>. Acesso em: 29 nov. 2012.

MARIER, P. Empowering epistemic communities: specialised politicians, policy experts and policy reform. *West European Politics*, v. 31, n. 3, p. 513-533, maio 2008.

MARQUES, E. C.; ARRETCHE, M. Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde. *Caderno CRH*, Salvador, n. 39, p 55-82, jul/dez. 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 163-171, 2002. Suplemento.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001. p. 39-64.

MELLO, C. G. Medicina previdenciária. In: GUIMARÃES, R. (Org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.175-205.

_____. *O sistema de saúde em crise*. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

_____. *Medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Bahia: Casa da Qualidade, 2001. Tomo 1.

_____. _____. Bahia: Casa da Qualidade, 2001a. Tomo 2.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2001.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, maio/ago. 2006.

_____. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 7, p. 1620-1625, 2009.

MENY, Y.; THOENIG, J. C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel, 1992.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 236-313.

MERHY, E. E. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia, a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125-41.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. *Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão*. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2012.

MILLER, E. A.; BANASZAK-HOLL, J. Cognitive and normative determinants of state policymaking behavior: lessons from the sociological institutionalism. *Publius*, Oxford, v. 35, n. 2, p. 191-216, 2005.

MINAYO, M. C. S. Sobre a complexidade da implantação do SUS. In: SILVA, S. F. *Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

MISOCZKY, M. C. *O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa da sua produção social*. Porto Alegre: Da Casa, 2002.

NELSON, B. Políticas públicas y administración: una visión general. In: GOODIN, R.; KLINGEMANN, H. D. (Eds.). *Nuevo manual de ciencia política*, Vol. II, Madri: Istmo, 2001.

NETO, E. R. *Saúde: promessas e limites da constituição*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

NETO, F. B.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 665-704.

NICZ, L. F. Aspectos institucionais e organizacionais. In: GONÇALVES, E. L. (Org.). *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira, 1982. p.163-196.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes/Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, R. R. *Os conceitos de regulação em saúde no Brasil*. 2010. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-02062010-153811/pt-br.php>>. Acesso em: 11 jun. 2012.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. de F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do Estado? *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

OCKÉ-REIS, C. O. *A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? Texto para Discussão nº 1376*, IPEA, Rio de Janeiro, fev. 2009. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/TD_1376.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2009.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. *Acreditação hospitalar*. [s.d]. Disponível em: <<http://www.ona.org.br>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

OSTROM, E. Institutional Rational Choice: an assessment of the institutional analysis and development framework. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the policy process*. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. p. 21-64.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

_____. A Reforma Sanitária e a municipalização. *Saúde & Sociedade*. [online], v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v1n2/03.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciências e Saúde Coletiva* [online], v. 12, suppl., p. 1819-1829, jan./nov.2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12s0/05.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

PEDROSO, O. P. *Evolução conceitual da assistência médico-hospitalar. 1941-1980*. São Paulo: Associação Paulista de Hospitais, 1984.

PEREIRA, C. A Política Pública como caixa de Pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na Reforma Sanitária Brasileira – 1985-1989. *Dados*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S001152581996000300006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2007.

PERILLO, E. B. F; AMORIM, M. C. S. Formação do Complexo Médico-Hospitalar: contribuições da história economia para a compreensão dos problemas atuais. In: AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. F (Orgs.). *Para entender a saúde no Brasil 2*. Vol. 1. São Paulo: LCTE, 2008. p 179-214.

PESSOA, L. P. *Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede SUS*. 2005. Tese (Doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

PIERSON, P. *When effect becomes cause: policy feedback and political change*. *World Politics*, v. 45. p. 595-628, 1993.

PIERSON, P. *Politics in times: history, institutions, and social analysis*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 2004.

PIERSON, P.; SKOCPOL, T. Historical institutionalism and contemporary political science. In: HELEN, M.; IRA, K. (Orgs.). *The state of the discipline*. New York: W.W. Norton, 2002.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; CAMARGO JR., K. R. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001.

_____. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2006.

PIOLA, S. F.; VIANA, S. M. *Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1995. p. 209-226.

POMPEU, J. C. B. *A situação contratual da rede hospitalar privada vinculada ao SUS: alguns elementos para reflexão*. 2004. Dissertação (Mestrado)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

PORTO, S. M.; SOARES, I. S.; DOMINGUEZ, M. A. U. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 895-910, 2006.

POSSA, L. B. Mecanismos de participação e atores sociais em instituições hospitalares: o caso do Grupo Hospitalar Conceição. 2007. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2007.

POSSA, L. B.; SCHIMITH, M. D.; BARRIOS, S. G. Uma experiência de gestão regional do SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. *Tempo de inovação: a experiência da gestão na saúde do Rio do Sul*. Porto Alegre: Da Casa, ESP/RS, 2002.

POSSAS, C. *Saúde e trabalho: a crise da Previdência Social*. São Paulo: Hucitec, 1989.

RASSI NETO, E. *O financiamento do complexo da saúde no Brasil*, 2004. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/gasto_nacional_saude.pdf. Acesso em: 28 fev. 2011.

REIS, A. A. C. *Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)*. 2011. Tese (Doutorado em Ciências)-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/img/File/TESE%20DOUTORADO-ARTHUR-MARCO%202011.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

REZENDE, A. L. M. *Saúde: dialética do pensar e do fazer*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.

RIBEIRO, H. P. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez, 1983.

RIBEIRO, L. *Academia Nacional de Medicina: temas de sua vivência – 1929 a 1979*. Rio de Janeiro: Sintra Gráfica, 1984.

RIBEIRO, J. M. Regulação e contratualização no setor saúde. In: NEGRI, B., & DI GIOVANNI, G. (Orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 409-443.

_____. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, 2009.

SABATIER, P. A. What can we learn from implementation research? In: KAUFMAN, F. X.; MAJONE, G.; OSTROM, V. (Orgs.). *Guidance, control and evaluation in the public sector*. Berlin: De Gruyter, 1986. p. 313-325.

SABATIER, P. A. (Ed.) *Theories of the policy process*. Cambridge, MA: Westview Press, 2007.

SANGLARD, G.; ROSA, R. G. Direções e Traçados da Assistência Hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 173-202, 2004.

SANTOS, L. A. C. Poder, ideologia e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 249-293.

SANTOS, L. *Fundações estatais: estudo e parecer*. Campinas, SP: Saberes, 2009.

SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciências e Saúde Coletiva* [online], v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a19v12n2.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

SANTOS, L. ANDRADE, L.O.M. *O SUS após a regulamentação da Lei 8.080/90 pelo Decreto 7.508/2011*. São Paulo: s/e. 2011. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/07/25/o-sus-apos-a-regulamentacao-da-lei-8-08090-pelo-decreto-7-5082011/>. Acesso em: 05 jun. 2012.

SANTOS, M. A. B.; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil: arranjos institucionais, credores e pagadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SCHLAGER, E. A comparison of frameworks, theories, and models of policy processes. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the policy process*. Boulder, CO: Westview Press. 2007, p. 233-260.

SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análises e casos práticos*. São Paulo, Cengage Learning, 2012.

SILVA, P. L. B. O Perfil médico-assistencial privatista e suas contradições: a análise política da intervenção estatal em atenção à saúde no Brasil na década dos 70. *Cadernos Fundap*, São Paulo, jul./1983. p 27-50.

SILVA, S. F. *Municipalização da Saúde e Poder Local: sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. do R. Características do mercado de trabalho no setor saúde na década de 1990: reflexões. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Orgs.). *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas, SP: Unicamp. p. 275-285, 2002.

SILVA, P. L. B.; MELO, M. A. B. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Campinas: Unicamp – Núcleo de Estudos e Políticas Públicas – NEPP, 2000, Caderno nº 48, p.5. Disponível em <<http://www.nepp.unicamp.br>>. Acesso em: 23 jul. 2002.

SIQUEIRA, S. A. V. et al. Descentralização e assistência à saúde no Brasil: a oferta de serviços nos anos 90. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 25-36, jan./abr. 2002.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.627-663

SOUZA, C. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 15-20, 2003.

_____. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

SOUZA, L. R. O Problema Hospitalar no Brasil: novos rumos – novas soluções. Rio de Janeiro, Federação Brasileira de Hospitais e Cebrae, 1976.

SOYSA, I.; JUTTING, J. Informal Institutions and Development: think local, act global? In: International Seminar on Informal Institutions and Development: what do we know and what can we do? Paris: OECD Development Centre, s/d. Disponível em: <http://www.oecd.org/dac/governance-development/37790393.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2012.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 3. ed. São Paulo: Cortez/Rio de Janeiro: Abrasco, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, N., GERSCHMAN, S. et al. (Orgs.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 451-479.

TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "Pacto de Gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2007, v. 12, n. 4, p. 893-902, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/08.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2012.

TRUE, J. L.; JONES, B. D.; BAUMGARTNER, F. R. Punctuated-Equilibrium Theory: explaining stability and change in public policymaking. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the policy process*. Cambridge, MA: Westview Press, 2007. 155-188.

UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.

UGÁ, M. A. D.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: LIMA, N. T. et al. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 193-233.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

VIANNA, C. M. Estrutura do Sistema de Saúde: do complexo médico industrial ao financeiro. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002, v. 12, n. 2, p. 45-63.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P. A. (Ed.). *Theories of the policy process*. Cambridge, MA: Westview Press, 2007.

ZANETTI, V. (Org.). *CNS – Confederação Nacional de Saúde: 15 anos*. Porto Alegre: CNS, 2010.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2006.

ANEXO 1

Tabela 15. Número de estabelecimentos por natureza jurídica com alguma habilitação registrada no CNES em 2012

Habilitação	Público	Filantrópico	Privado	Total
Tipo 1 Federal (SAS/MS)	6.180	3.448	1.806	11.434
0101-Centro ref atenção à saúde idoso	31	13	3	47
0301-Centros/núcleos realiz implante coclear	13	8	4	25
0302-Diagn/trat/reabil auditiva media complex	23	17	31	71
0303-Diagn/trat/reabil auditiva alta complex	30	31	23	84
0401-Centro tratamento má formação lábio palatal	9	17	-	26
0403-Centro especialidades odontológicas I	353	1	2	356
0404-Centro especialidades odontológicas II	478	2	7	487
0405-Centro especialidades odontológicas III	106	1	1	108
0601-Atenção à saúde mental – classe I	8	5	4	17
0602-Atenção à saúde mental – classe II	-	1	1	2
0603-Atenção à saúde mental – classe III	-	-	1	1
0604-Atenção à saúde mental – classe IV	-	-	1	1
0606-Atenção à saúde mental – classe VI	-	-	2	2
0611-Atenção à saúde mental – classe XI	1	-	-	1
0616-Caps I	878	3	1	882
0617-Caps II	444	4	4	452
0618-Caps III	67	-	1	68
0619-Caps álcool e drogas	281	5	4	290
0620-Caps infantil	166	1	-	167
0621-Serv hosp ref usuários álcool/drogas	20	19	6	45
0630-Psiquiatria III	1	-	-	1
0701-Serviço ref saúde trabalhador estadual A	1	-	-	1
0702-Serviço ref saúde trabalhador estadual B	1	-	-	1
0703-Serviço ref saúde trabalhador estadual C	3	-	-	3
0704-Serviço ref saúde trabalhador regional A	6	-	-	6
0705-Serviço ref saúde trabalhador regional B	18	-	-	18
0706-Serviço ref saúde trabalhador regional C	4	-	-	4
0801-Unid assist alta complexidade cardiovascular	48	111	60	219
0802-Centro ref alta complex cardiovascular	25	18	2	45
0803-Cir cardiov, proc cardiolog intervencionist	51	116	53	220
0804-Cirurgia cardiovascular pediátrica	24	26	14	64
0805-Cirurgia vascular	66	97	30	193
0806-Cirur vascular, proc endovasc extracardíaco	33	30	12	75
0807-Lab eletrof, cir cardio, proc cardio interv	32	28	8	68
1001-Centro referência tratamento dor crônica	2	-	-	2
1101-Serviço hospitalar para tratamento Aids	233	162	25	420
1102-Laboratório para cd4/cd8, carga viral	92	1	-	93
1103-Tratam. lipoatrofia facial portador HIV/Aids	13	-	-	13
1104-Tratamento lipodistrofia portador HIV/Aids	10	4	1	15
1201-Fibrose cística hospital dia	1	1	-	2
1202-Proc cirurg diagnost/terapeut hospital dia	92	51	14	157
1203-Hospital dia – AIDS	81	10	4	95
1204-Hosp.dia intercorr postranspl.med.ossea/out	10	10	3	23
1205-Hospital dia – geriatria	2	1	1	4
1206-Hospital dia – saúde mental	-	1	-	1
1401-Ref hospit atend secund gestante alto risco	54	48	6	108
1402-Ref hospit atend terc gestante alto risco	52	29	6	87
1403-Unid realiza assist ao parto s/dist.p/enfer	25	15	2	42
1404-Hospital amigo criança	189	108	22	319

Habilitação	Público	Filantrópico	Privado	Total
1405-Cent ref triag neonat/acomp doença congenit	8	1	-	9
1406-Cent ref triag neonat/acomp doenç falciform	10	9	2	21
1407-Cent ref triag neonat/acomp fibrose cística	5	5	1	11
1501-Unidade assist alta complexidade nefrologia	64	150	451	665
1502-Centro ref alta complex nefrologia	3	6	1	10
1601-Unid.assist alta complex neurol/neurocirurg	80	131	28	239
1602-Centro ref alta complex neurol/neurocirurg	13	19	3	35
1704-Serviço isolado radioterapia	-	1	13	14
1706-Unacon	29	51	13	93
1707-Unacon com Serviço de radioterapia	23	53	10	86
1708-Unacon com Serviço de hematologia	28	37	7	72
1709-Unacon com Serviço de oncologia pediátrica	15	13	2	30
1710-Unacon exclusiva de hematologia	2	-	1	3
1711-Unacon exclusiva de oncologia pediátrica	5	4	2	11
1712-Cacon	6	12	-	18
1713-Cacon com Serviço de oncologia pediátrica	5	18	3	26
1714-Hospital geral com cirurgia oncológica	17	2	1	20
1801-Centro ref tratam.osteogenesis imperfeita	12	4	-	16
2001-Prog assist ventilatória n invas distr musc	9	3	2	14
2101-Centro ref assist queimados média complex	25	12	3	40
2102-Centro ref assist queimados alta complex	27	13	3	43
2201-Centro ref reabilitação medicina física	35	16	8	59
2202-Serviço reabilit física nível intermediário	69	24	14	107
2301-Unid.assist alta complex terapia nutricional	129	179	33	341
2302-Centro ref alta complex terap nutricional	5	1	-	6
2303-Centro ref terap nutricional Enteral	26	32	13	71
2304-Centro ref terap nutric enteral e parentera	108	148	20	276
2305-Cent ref terap nut ent/parent-manipul,fabri	-	1	-	1
2306-Nutrição enteral	1	-	-	1
2401-Transpl.medula óssea autogênico	17	31	23	71
2402-Transpl.medula óssea alogênico aparentado	14	24	8	46
2403-Transpl.medula óssea alogênico n aparentado	9	13	2	24
2404-Transplante de pâncreas isolado	14	25	6	45
2405-Transplante de conjugado rim e pâncreas	8	19	6	33
2407-Transplante de córnea/esclera	138	209	262	609
2408-Transplante de rim	37	66	39	142
2409-Transplante de fígado	17	27	14	58
2410-Transplante de pulmão	4	3	1	8
2411-Transplante de coração	10	24	11	45
2413-Banco tecido ocular humano	131	195	98	424
2414-Banco válvulas cardíacas	-	1	-	1
2415-Banco tecido músculo esquelético	7	5	2	14
2416-Banco sangue/cordão umbilical/placentário	8	4	-	12
2417-Ex.histocompatibilidade sorol tipo I	8	1	5	14
2418-Ex.histocompat.sorol/biologia molecular II	20	14	21	55
2501-Unid.assist alta complex traumato-ortopedia	110	115	31	256
2502-Centro ref alta complex traumato-ortopedia	8	4	-	12
2601-UTI II adulto	297	341	167	805
2602-UTI II neonatal	172	141	44	357
2603-UTI II pediátrica	129	90	44	263
2604-UTI III adulto	29	37	11	77
2605-UTI III neonatal	23	23	2	48
2606-UTI III pediátrica	23	29	5	57
2607-UTI queimados	26	12	2	40
2701-Hospital tipo I em urgência	18	6	-	24
2702-Hospital tipo II em urgência	26	17	3	46
2703-Hospital tipo III em urgência	41	32	6	79

Habilitação	Público	Filantrópico	Privado	Total
Tipo 2 Secretaria Municipal/Estadual	1.778	1.299	490	3.567
0901-Cuid.prolong enferm cardiovasculares	47	65	23	135
0902-Cuid.prolong enferm pneumológicas	48	52	25	125
0903-Cuid.prolong enferm neurológicas	77	82	33	192
0904-Cuid.prolong enferm osteomusc/tec conjunt.	55	53	26	134
0905-Cuid.prolong enferm oncologias	35	45	11	91
0906-Cuid.prolong enferm decorrentes AIDS	44	22	8	74
0907-Cuid.prolong enferm devido causas externas	52	53	24	129
1301-Internação domiciliar	67	14	3	84
1901-Laqueadura	581	396	161	1.138
1902-Vasectomia	517	353	142	1.012
2801-Cuidados intermediários neonatal	115	55	15	185
2901-Videocirurgias	140	109	19	268
TOTAL	7.958	4.747	2.296	15.001

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES outubro/2012