Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar

problemáticas, objetos e perspectivas

Thadeu Borges Souza Santos
Silvânia Sales de Oliveira
Silvana Lima Vieira
Isabela Cardoso de Matos Pinto

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, T.B.S., OLIVEIRA, S.S., VIEIRA, S.L., and PINTO, I.C.M. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. In: TEIXEIRA, C.F., comp. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investigações* [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 397-429. ISBN 978-85-232-2021-1.
<https://doi.org/10.7476/9788523220211.0013>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Thadeu Borges Souza Santos, Silvânia Sales de Oliveira,
Silvana Lima Vieira e Isabela Cardoso de Matos Pinto

CONTORNOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E REPERCUSSÕES NO ÂMBITO DA GESTÃO HOSPITALAR

problemáticas, objetos e perspectivas

Introdução

A atenção hospitalar vem sendo objeto de estudos e preocupação por parte dos gestores públicos desde a eclosão da crise do sistema de assistência médica previdenciária, no início dos anos 1980. (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989) A análise desse fenômeno pode ser feita de distintas maneiras, enfatizando-se aspectos econômico-financeiros, político-gerenciais, organizacionais ou assistenciais que compõem, em seu conjunto, as diversas dimensões do que hoje se conhece como “crise hospitalar”. (SOLLA; CHIORO, 2012)

Para o desenvolvimento deste capítulo, inicialmente, será apresentado numa perspectiva crítico-reflexiva e histórica a conformação da atenção hospitalar no Brasil, com seus antecedentes e marcos importantes para a compreensão do contexto onde os estudos se inserem. Tomou-se algumas dimensões de análise orientadoras para situar a perspectiva escolhida acerca do tema: na primeira dimensão,

serão discutidos os antecedentes e marcos importantes que embasaram a atenção hospitalar brasileira; na segunda dimensão, serão apresentadas as influências internacionais e mudanças recentes na administração pública brasileira que introduziram novas formas de gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS); e a terceira dimensão contempla as tendências da produção científica latino-americana sobre gestão hospitalar, identificando-se os temas abordados e as lacunas no conhecimento disponível. Finalmente, destacamos as questões de investigação que emergiram e se constituem em possíveis objetos de estudo nas pesquisas em curso no eixo temático sobre Modelos de Gestão Hospitalar do Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS).

Antecedentes e marcos importantes – linha de base da atenção hospitalar brasileira

A princípio, vale destacar que no Brasil, não é recente o investimento estatal na assistência hospitalar. As Santas Casas foram as primeiras unidades hospitalares implementadas a partir de 1543 e tinham como característica a dependência de subsídios provenientes do governo da colônia, situação mantida até a primeira república. (PAIM, 2009) No início do século XX, com a eclosão de epidemias na capital da república, a saúde da população se torna uma questão política, gerando a intervenção estatal através de campanhas sanitárias. (FLEURY; OUVÉNEY, 2012) Posteriormente, a assistência médica, hospitalar e farmacêutica aparece como um dos itens reivindicados pelos trabalhadores na organização das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), precursoras das instituições que materializaram a política previdenciária desenvolvida no período Vargas (PAIM, 2009), notadamente a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) de diversas categorias de trabalhadores.

Não cabe aqui discorrer sobre a trajetória da assistência médica previdenciária, objeto de vários estudos, cabendo destacar, entretanto, que as opções adotadas implicaram no fortalecimento do modelo

assistencialista-médico-hospitalocêntrico-liberal (PAIM, 2009), no qual, como o termo indica, ganha relevância o hospital, enquanto instituição que materializa a predominância da concepção biomédica, centrada na clínica, e no “hospital de clínicas”. Tratava-se de uma forma privilegiada de resposta aos problemas, necessidades e demandas da população brasileira, que vivia o processo de industrialização, urbanização e migração campo-cidade, que marcou a dinâmica societária, especialmente a partir da segunda metade do século XX.

Na década de 1960, a expansão da assistência à saúde ampliava os atendimentos através de hospitais públicos em meio a conjuntura política de fomento ao desenvolvimentismo nacional que adotou a proposta de privatização; situação potencializada no período do Regime Militar. (PAIM, 2009) Característica marcante até a re-discussão no processo de redemocratização do país nos anos 1980 (PAULA, 2005), período em que a atenção hospitalar se conformou com personalidades jurídicas filantrópica e liberal-privatista. (PAIM, 2009)

Importante destacar o intenso movimento iniciado na década de 1970 por uma comunidade de especialistas e ampliado com o envolvimento de outras forças sociais (sindicatos, associações médicas e de profissionais de saúde, associações comunitárias, parlamentares) que culminou na proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Esse movimento partiu de uma crítica ao modelo assistencial então vigente que se baseava no paradigma clínico, individualista e com práticas hospitalocêntricas. Tornou-se um amplo movimento político pela democratização da saúde que implicou na incorporação do direito à saúde na Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, vale a pena destacar que, da proposta de “democratização da saúde”, como estratégia que contribuiria para a construção de um “movimento democrático-popular” (GOHN, 1997), a proposta da RSB se destinou à construção de um sistema de saúde universal, igualitário e equitativo, com financiamento e gestão estatal e prestação de serviços constituída por serviços de prestação pública direta, privada complementar ao público ou privada de caráter suplementar

Os anos 1990 foram marcados pelas ações governamentais de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a formulação de normas e estratégias de mudança em dois grandes eixos: a mudança de gestão do sistema e a mudança do modelo de atenção à saúde. Foram sancionadas as Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080 e n.º 8.142 de 1990, e outros documentos oficiais que orientavam o processo de implementação da política pública de saúde. Entre esses documentos estão as Resoluções n.º 258/1991, n.º 543/1993 e n.º 2203/1996, que instituíram as Normas Operacionais Básicas (NOB) que apontavam, no que tange à atenção hospitalar, o financiamento por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), a notificação através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e a criação de instrumentos gerenciais hospitalares fomentando a eficácia e alcance de resultados.

Na virada para o século XXI, Fernando Henrique Cardoso (FHC) se reelegeu e, em seu segundo mandato, foram publicadas as Portarias n.º 95/2001 e n.º 373/2002, que instituíam as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), definindo mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e estabelecendo o Termo de Compromisso para contratualização dos serviços hospitalares entre entes públicos. A Portaria n.º 1101/2002 definiu então os parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade.

No início de 2003, o presidente Lula tomou posse e o ministro da saúde nomeado explicitou respeito aos princípios da RSB e compromisso com o SUS. A partir desse momento, anunciou-se reforço à atenção à urgência e emergência e inovação no modelo de gestão dos hospitais (TEIXEIRA; PAIM, 2005); ascendeu na agenda política a atenção às urgências como política pública de saúde; reiterou-se a promessa de credenciamento de leitos hospitalares com apoio financeiro (TEIXEIRA; PAIM, 2005) e foi apresentada a Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira. (BRASIL, 2004) No entanto, somente em 2004, com a Portaria n.º 1.044, foi publicada a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, que estabeleceu as atribuições dos gestores das unidades hospitalares. Foi com o Pacto

de Gestão, instituído pela Portaria n.º 699/2006, que se estabeleceu responsabilidades entre os entes com termo de compromisso e respectiva necessidade de indicadores de monitoramento. Em 2008, através da Portaria n.º 1.559, foi instituída a Política Nacional de Regulação do SUS, que especificou sobre os complexos regulatórios inclusive à atenção hospitalar. E, no ano de 2010, a participação complementar das instituições privadas ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS foi instituída com a Portaria n.º 1.034, em 2010. Cabe destacar a preocupação do Governo Federal com as urgências, quando, em 2011, publica a Portaria n.º 2.395, que tem como objetivo estabelecer as diretrizes para organizar o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do SUS.

No final do primeiro mandato da presidente Dilma Rousseff, foi publicada a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). (BRASIL, 2013) Deve-se destacar que esse foi um marco histórico importante, envolvendo resoluções e portarias que constituem o marco jurídico da atenção hospitalar brasileira. Nesse sentido, serão apresentados a seguir os dispositivos jurídico-legais (leis, regulamentos, portarias e regras) que estabeleceram as bases para a atenção hospitalar e que foram discorridos anteriormente.

Quadro 1– Marco jurídico normativo da PNHOSP brasileira

CFB 1988 LOS 8080/90 LOS 8142/90	Resolução 258/91 Resolução 543/93	Resolução 2203/96	Portaria 96/01 Portaria 373/02 Portaria 1101/02	Portaria 1044/04 Portaria 699/06	Portaria 1558/08 Portaria 1034/10	Portaria 2395/11 Portaria 3390/13	
Gov. Sarney 1985-1989	Gov. Collor 1990-1992	Gov. Itamar 1992-1994	Gov. FHC 1 1995-1998	Gov. FHC 2 1999-2002	Gov. Lula 1 2003-2006	Gov. Lula 2 2007-2010	Gov. Dilma 1 2011-2014

Fonte: elaborado pelos autores.

A relevância da PNHOSP, formulada em 2012 e instituída em 2013 pela Portaria n.º 3.390, está na apresentação das diretrizes a seguir:

1. princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social;

2. regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços;
3. modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar;
4. financiamento tripartite conforme pactuação e;
5. monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos.

Destaca-se como um dos eixos estruturantes da PNHOSP a gestão com foco na qualidade da assistência, no cumprimento das metas contratualizadas, na eficiência, transparência e no planejamento participativo. Todavia, o processo de implementação dessa política tem enfrentado muitos desafios e, atualmente, problemas como alto custo, financiamento, incorporação/sobreposição de tecnologias e necessidade de formação de pessoal especializado. (SOLLA; CHIORO, 2012) Outros aspectos podem ser descritos como desafios da implementação do SUS, que apontam para limites de acessibilidade e integralidade dos serviços, ineficiente sistema de regulação, insuficiente sistema de referências, heterogênea distribuição territorial e problemas administrativo-gerenciais. (SILVA, 2010; VAITSMAN; MOREIRA; COSTA, 2009)

No que tange ao desempenho gerencial, destacam-se a pouca agilidade nos processos de aquisição e contratação de serviços, dificuldades para a incorporação de pessoal qualificado e gestão não profissionalizada. (BRAGA NETO et al., 2012; PINTO et al., 2014) Por outro lado, os gestores destacam dificuldades enfrentadas na prática cotidiana com relação a restrição orçamentária e alocação dos recursos cumprindo as recomendações contidas na Lei de Responsabilidade Fiscal. De fato, essas questões são apontadas como as principais justificativas e motivo direto pelo qual se decide utilizar os novos arranjos institucionais (GARCES; SILVEIRA, 2002), considerados como opção ao enfrentamento dos problemas que repercutem na implementação da atenção hospitalar no SUS.

Assim, a implantação de inovações institucionais e a reconfiguração da relação entre o público e o privado tem se colocado como uma preocupação com o chamado “padrão dual de atenção” que envolve tensões e contradições, decorrentes da crescente delegação de responsabilidades para o setor privado. Destaca-se, então, uma complexa dimensão a ser analisada no sistema de saúde e a necessidade de aprimoramento da gestão do SUS, da capacidade de regulação e da articulação público-privada. É na perspectiva dessa problemática que se define enquanto fenômeno a expansão da gestão indireta como modalidade de administração pública para unidades hospitalares no SUS.

O contexto latino-americano e as mudanças na administração pública brasileira

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

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

O modelo inglês conhecido como *thatcherismo*,¹ ganhou relevante notoriedade na reforma do setor saúde nas décadas de 1980 e 1990, caracterizando-se pela adoção de novos instrumentos de gestão voltados à melhoria da eficiência, responsabilização das organizações nos sistemas de saúde, flexibilização administrativa pública e adoção de contratualizações.

O propósito central se dirigiu a microeficiência da gestão que implicou na incorporação das seguintes inovações no âmbito dages-tão hospitalar:

- a. contenção da autonomia decisória médica que, desconsiderando custos e focada na cultura de decisão técnica, é uma geradora de despesas;
- b. constituição de viabilidades para melhoria da qualidade e da infraestrutura através de serviços de terceiros;
- c. flexibilização na divisão de trabalho;
- d. introdução de novos métodos de controle, incorporação de tecnologias e das metas contratuais; e
- e. fortalecimento do processos de pagamento vis-à-vis aos hospitais. Essa via levou à constituição do quase-mercado² e de

¹ O chamado *thatcherismo* se caracteriza pela descentralização do aparelho estatal, privatização, terceirização dos serviços públicos, regulação estatal das atividades públicas desenvolvidas pelo setor privado e adoção de ideias e ferramentas gerenciais do setor privado. Constituiu as correntes teóricas do neoinstitucionalismo, do gerencialismo e da boa governança que possibilitaram a reestruturação do modelo de Estado burocrático para o gerencial que se fundamenta na competição e nos resultados. (CAPOBIANGO et al, 2013)

² O quase-mercado é a tradução para o termo *internalmarket* que se define pela presença de organizações não-lucrativas em competição, centralização do poder de compra, representação dos consumidores por agentes e o contrato passa a ser o principal instrumento de coordenação, sistema de credenciamento e contratualização entre os entes. Aí está a notória mudança organizacional e cultural do modelo inglês em fins da década de 1940. Neste, o foco da relação entre o principal (Estado) e o agente (terceiro) não é a congruência de interesses que interfiram nos resultados, com um Estado que monitore o desempenho e minimize o risco de não alcançar os resultados contratualizados. Essa teoria do principal-agente enfatiza o controle através do monitoramento da performance. (COSTA; SILVA; RIBEIRO, 2000)

contratualização na gestão da saúde. (CAPOBIANGO et al., 2013; COSTA; SILVA; RIBEIRO, 2000)

Ocorrido entre as décadas de 1980 e 1990, o processo de reforma estatal dos países latino-americanos é marcado por algumas características comuns ou mesmo marcantes em alguns países. Tema central da agenda política mundial, a origem desse processo está no momento em que o modelo de Estado dos países desenvolvidos no pós-guerra, antes responsável por uma era de prosperidade, entrou em crise no final da década de 1970. (CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998) Conforme se verifica pelo Quadro 2, a crise estrutural, econômica e fiscal é um aspecto relevante que exigiu mudanças na forma de gerir os Estados latino-americanos, especialmente em razão de demandas sociais da população por melhor qualidade dos serviços que lhe são oferecidos, principalmente em um contexto de grandes desigualdades sociais. De certo modo, essa pressão também é fruto da maior participação e controle social nos processos decisórios do Estado, até então desobrigado de prestar contas a seus representados.

Contudo, a grande mudança no papel do Estado está no plano econômico e político, ao concentrar suas atividades na regulação e, nesse contexto, as privatizações e a criação de agências reguladoras tornaram-se medidas importantes em países, como o Chile. Na área social, o Estado coloca-se como formulador e financiador das políticas públicas tentando atrair a comunidade, as empresas ou o terceiro setor para compartilhar a responsabilidade na execução dos serviços públicos, especialmente saúde e educação. (CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO, 1998) Assim, a descentralização apresenta-se como uma tendência em praticamente todos os países, no que diz respeito à tomada de decisão.

A eficiência e a eficácia do gasto público como meta a ser alcançada fazem do planejamento estratégico ou planificação orientada ferramenta de grande importância para países como Chile, Peru e

Argentina, na medida em que orienta e direciona a tomada de decisões. No Brasil, mecanismos legais no âmbito da administração pública que disponham sobre princípios e normas em relação ao controle de despesas e finanças públicas tornam-se medidas essenciais para o controle dos gastos.

O governo brasileiro tem incorporado métodos utilizados nas organizações privadas para melhorar seus resultados, qualidade e produtividade. O Modelo de Excelência em Gestão Pública se fundamenta no pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, cultura da inovação, liderança e constância de propósitos, gestão baseada em processos e informações, visão de futuro, geração de valor, comprometimento das pessoas, foco no cidadão e na sociedade, desenvolvimento de parcerias, responsabilidade social, controle social e gestão participativa. (FERREIRA, 2012) Coloca-se também em destaque aspectos para construção de uma “nova performance do serviço público”, quais sejam: aperfeiçoamento do marco legal (minimizando entraves burocráticos e possibilitando a flexibilização e autonomia); recuperação da capacidade financeira (melhoria da eficiência e introdução da responsabilidade fiscal); melhoria da capacidade dos órgãos da administração pública; desenvolvimento do capital intelectual (profissionalizando e modernizando e capacitando servidores na administração pública). (MARINI, 2002)

Quadro 2 – Caracterização do processo reformista dos estados latino-americanos, a partir da década de 1980

País	Característica reformista
Uruguai	Iniciado em 1995, visava transformações na seguridade social, sistema político e administração pública que se voltaria à gestão por resultados, ordenação de compras, capacitação de pessoal e regulação com vistas a melhorar eficiência e eficácia do gasto público.
Chile	País que já adotava o planejamento estratégico. Não sofreu a crise fiscal, corrupção e ineficiências. A reforma administrativa ocorreu nos anos 1990 devido a demandas sociais, necessidade de melhoria da qualidade dos serviços. Teve quatro dimensões básicas: fortalecimento da capacidade reguladora do Estado e das privatizações; transpor concepção de Estado autoritário/centralizador para democrático, participativo e descentralizado; fortalecimento do direito aos serviços sociais através da participação do mercado e terceiro setor; e introdução da nova gerência pública.
Peru	Teve processo caracterizado pela construção do Estado democrático e melhoria da gestão pública através da descentralização, aperfeiçoamento legal à eficiência dos recursos públicos e adoção do planejamento estratégico.
Nicarágua	O ponto de partida foi sua experiência conflitiva e crise estrutural. Destacam-se ações de estabilização macroeconômica, ajuste estrutural e descentralização administrativa. Criou-se o Comitê Executivo para a Reforma da Administração Pública em 1994 que atualizou diagnóstico setorial e estratégia de reforma baseada em gestão por processos (implementada via contratualização).
Argentina	Acrise do Estado se caracterizou pela baixa governabilidade. No início dos anos 1980, desenvolveu-se a redemocratização e o fortalecimento das carreiras públicas e, ao final da década, implementou-se a reforma do Estado e administração pública em duas etapas: entre 1989-1994, com ênfase na erradicação do déficit fiscal com adoção da planificação orientada à melhoria da eficiência, e entre 1994-1999. Com a promulgação da nova Constituição, criou-se a Unidad de Reforma y de Modernización del Estado, que visava a implementação de moderno sistema de gerência pública, tendo como principais linhas de abordagem as transformações institucionais e horizontais.

País	Característica reformista
Venezuela	Acriação da Comisión Presidencial para la Reforma del Estado, em 1984, objetivou estabelecer o Estado moderno, democrático e eficiente, com a participação cidadã no processo de tomada de decisões. O plano se preocupou com as dimensões política, econômica e administrativa. Entre 1994-1999, seu foco estava nas diretrizes da redefinição dos novos papéis, reforma política, descentralização, participação cidadã e busca da eficiência. A partir de 1999, priorizou-se a renovação constitucional e implementação da descentralização.
Guatemala	O Acordo de Paz, em 1996, foi determinante ao processo de redemocratização, recuperação da institucionalidade e o respeito aos direitos humanos. O projeto de reforma do Estado contemplava modernização estrutural, estabilização e restabelecimento do crescimento econômico e modernização integral do setor público através da reforma jurídico-legal.
México	A crise fiscal estatal caracterizava os anos 1980 pela administração de burocratas vinculados às estruturas políticas, relevante instalação da corrupção e ausência de <i>accountability</i> . A partir do governo de 1994-2000, a reforma administrativa entra efetivamente na agenda governamental com o Programa de Modernização da Administração Pública, com processo focado no restabelecimento da economia, incentivo as privatizações, diminuição da máquina pública, melhora da competitividade internacional, combate à corrupção e descentralização.
Brasil	A reforma gerencial brasileira, introduzida em 1995 durante o primeiro governo FHC, mediante ao contexto de profunda crise do Estado, teve foco nas reformas estruturais e na estabilização da economia através do Plano Real. Formula-se o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Com a liderança governista centrada no Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (Mare), expôs-se diagnóstico à crise, fomentou o novo modelo conceitual da ação do Estado, centrado nos seguintes segmentos: núcleo estratégico, atividades exclusivas, atividades nãoexclusivas e produção de bens e serviços pelo mercado. Aprovou-se o marco jurídico da reforma (Lei de Responsabilidade Fiscal e a Emenda Constitucional n.º 19) e estabeleceu-se a prioridade da proposta aos governos subsequentes através do Plano Plurianual 2000-2003, denominado como Avanço Brasil.

Fonte: adaptado de Marini (2002).

Diante do exposto, observa-se que o debate sobre a “Nova Gestão Pública” origina-se da crise econômica mundial dos anos 1970 e 1980 que provocou recessão, crise fiscal do Estado, déficits da maioria dos governos e crise de governabilidade. Situação que foi marcante na América Latina, também na década seguinte, levando os Estados a adotarem a eficiência como princípio administrativo. (CAPOBIANGO et al, 2013)

No conjunto de países em desenvolvimento, os da América Latina têm se constituído no principal laboratório das reformas gerencialistas nos últimos anos. O Chile foi o cenário inicial de implementação das privatizações de empresas públicas. Na Argentina, a privatização ocorreu de forma mais radical e rápida que no Chile. No contexto brasileiro, a agenda de reformas, influenciada pela ação dos organismos internacionais como o Banco Mundial (DRAIBE, 1993; PINTO 2004), operou a redução e redefinição do Estado, ganhando fôlego as propostas de mudança das formas de gestão, financiamento e provisão de serviços.

Mudanças administrativas no contexto brasileiro

No caso do Estado brasileiro, historicamente existiram três reformas administrativas. O primeiro marco da administração pública foi o Decreto-Lei n.º 579 de 1938, criando o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), que instituiu a administração burocrática e, posteriormente, o Decreto-Lei n.º 200 de 1967, que introduziu a concepção de administração gerencial voltada para resultados, participação do financiamento privado e descentralização para a administração pública indireta.³ (BARIANI, 2010; SILVA, 2010) Esses

³ A gestão pública indireta é definida como conjunto de pessoas jurídico-administrativas, que desempenham atividades de gestão delegadas pelo Estado (CARVALHO FILHO, 2012), podendo ser de direito público ou privado, com autonomia administrativo-financeira e destinadas ao exercício de competências públicas descentralizadas. (SALGADO, 2012) Quanto à administração pública direta, compreende-se como um conjunto de órgãos/agentes públicos integrados à pessoa política estatal (União, Estados, Distrito Federal

dois marcos ocorreram em períodos de ditadura varguista e militar. Para fins deste capítulo, será discutido o terceiro momento reformista que reconfigurou a administração pública do Estado brasileiro após o processo de redemocratização e constituinte de 1988.

A partir da década de 1980, o Brasil seguiu em direção às reformas neoliberais, caracterizadas pelo “novo gerencialismo público”.⁴ Ancorado na diminuição do tamanho do Estado, enfraquecimento da participação da sociedade civil na administração pública, horizontalização dos processos decisórios às unidades subnacionais (esferas estaduais e municipais), valorização do controle gerencial e cultura organizacional. Esse fenômeno coincidiu com o movimento contra-hegemônico de reforma societal que também exerceu influências no período constituinte (de 1986 a 1988). (ANDREWS, 2010; PAULA, 2005)

Na década de 1990, enquanto se iniciava a implementação do SUS orientada pelo princípio da descentralização, com as NOB e NOAS, e conforme níveis de capacidade de gestão dos municípios e estados, ocorria a terceira Reforma Administrativa do Estado (RAE). (ANDRADE, 2001) Trata-se do período FHC/1995-2002 que marca a história da administração pública com o Plano Diretor da era, alinhado à Nova Administração Pública.

Para efetivar os ajustes, alterou-se o artigo n.º 37 da Constituição Federal de 1988 através da Emenda Constitucional n.º 19/1998 que incluiu a eficiência como um dos princípios da administração pú-

ou municípios) e subordinados ao Poder Executivo, Legislativo ou Judiciário. (SALGADO, 2012)

⁴ O modelo gerencialista adota conceitos da administração de empresas, tais como eficiência, transparência, qualidade do serviço prestado. Ele é marcado pelas parcerias entre Estado e sociedade, menor centralização do poder e estruturas hierárquicas, participação popular e criação de novas figuras institucionais. Foi instituído pela Emenda Constitucional n.º 19, em 1998. Esse modelo de administração pública passa a considerar as atividades estatais como exclusivas (estratégicas) e não exclusivas (de caráter competitivo, como os direitos fundamentais de saúde e educação) do Estado. Estas últimas poderiam ser reguladas ou prestadas pelo Estado, livre a iniciativa privada ou prestadas pelo setor público não estatal. (MATTIA; FERREIRA; SILVA, 2014)

blica.(PEIXOTO NETO; ACCIOLY, 2012) Outra intervenção importante foi a Lei Complementar n.º 101/2000 que dispõe sobre a Responsabilidade Fiscal (LRF) por esta direcionar gastos públicos a um percentual máximo pré-determinado em orçamento público dos executivos das três esferas políticas.(ANDREWS; BARIANI, 2010; BRASIL, 2000;)

A RAE considerou que a crise do Estado envolvia três dimensões complexas e inter-relacionadas: a fiscal, o modelo de economia e o modelo burocrático de administração pública. (BRASIL, 1995) A partir do PDRAE, conceberam-se as organizações como pública, privada ou pública nãoestatal. Nesta, o papel do Estado foi reconfigurado em atividades:

- a. de núcleo estratégico;
- b. de atividades exclusivas;
- c. de serviços nãoexclusivos;
- d. e de produção de bens e serviços para o mercado. (ANDREWS, 2010; GARCES; SILVEIRA, 2002)

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

Esse processo, denominado de “publicização”, permitiu transferir setores estatais para o ente público nãoestatal, denominados como Organizações Sociais, que são “[...] entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder”.(BRASIL, 1995, p.60) Assim, começaram a surgir novos atores na arena de implementação de políticas públicas, após os anos 1990, redefinindo papéis assumidos pelo Estado e os entes públicos não estatais, de modo que se constituiu um novo enquadramento institucional nas organizações públicas. De modo que as Organizações Sociais (OS,

Lei n.º 9.637/98) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP, Lei n.º 9.790/99) e Fundações de Apoio (FA, Lei n.º 8.958/94) constituíam novas alternativas de gestão pública indireta. (SANTOS; OLIVEIRA, 2010)

Com a vitória do candidato à presidência da república Luiz Inácio Lula da Silva (Lula) nas eleições de 2002, permanecendo na presidência por dois mandatos (2003-2006 e 2007-2010), e com sucessão nas eleições de 2009 para o governo da presidente Dilma Rousseff (2010-2014), avançou-se na legitimação das alternativas de administração pública indireta.

As Fundações de Apoio foram reiteradas através dos Decretos n.º 5.205/2004 e n.º 7.493/2010), bem como a Fundação Estatal. Estabeleceu-se a Parceria Público Privada (PPP, Lei n.º 11.079/2004) e criou-se a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a Lei Federal 12.550/2011, para administrar as instituições públicas federais de ensino ou instituições congêneres de serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, o que inclui hospitais universitários federais e hospitais das três esferas de governo. (BRASIL, 2011b)

Em 2014, estabeleceu-se, por meio da Lei 13.019, o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSC). Elas são pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos, com finalidades de interesse público em regime de cooperação, colaboração e fomento. (BRASIL, 2014) Vale destacar que essa lei trata exclusivamente do relacionamento entre a administração pública e as instituições sem fins lucrativos, e institui as regras aplicáveis a essas parcerias. A lei, portanto, padroniza procedimentos no âmbito nacional, em longo prazo, facilitando ainda mais a execução dessas parcerias.

A situação fortalece o direcionamento da reconfiguração da gestão dos serviços à luz de novos parâmetros que se justificam com o discurso de contorno dos entraves burocráticos e redução dos custos, com a finalidade de aperfeiçoar práticas e modernizar administrativamente o Estado através de programas de qualidade e produti-

vidades típicos do setor privado. Assim, um conjunto de iniciativas foi criado em torno da problemática da gestão dos serviços, em especial à seguridade social, que serão discutidos a seguir, a partir da revisão da produção científica latino-americana sobre gestão hospitalar.

Produção científica latino-americana sobre gestão hospitalar

Com o objetivo de analisar as tendências da produção científica, procedeu-se uma revisão sistemática na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sem delimitação de período, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, disponíveis na íntegra e de acesso gratuito, utilizando um conjunto de descritores. Uma vez selecionados os artigos, foi feita a leitura exhaustiva dos resumos, o que permitiu o agrupamento de suas respectivas ideias centrais em quatro dimensões predefinidas conforme a aproximação anterior e que subsidiou o desenvolvimento teórico e crítico sobre a temática da gestão pública hospitalar. O diagrama apresentado a seguir explicita os passos que compuseram esse processo de revisão sistemática da produção científica.

Figura 1 – Diagrama da revisão sistemática de literatura

Fonte: elaborado pelos autores.

Quanto à internacionalização da temática, destaca-se o maior número de artigos oriundos da Colômbia. Dentre os temas estudados pelos pesquisadores, destacam-se: sistema de informação, gestão de políticas públicas, administração pública, governança cooperativa e descentralizada, indicadores de produtividade financeiros, desafios do acesso nas emergências (BERNAL-ACEVEDO; FORERO-CAMACHO, 2011; MOLINA, 2006), modelo de gestão e desenvolvimento organizacional com enfoque na gestão da qualidade, e morbimortalidade hospitalar. (PINZÓN, 2011) Especificamente sobre a atenção hospitalar, destaca-se a temática da autonomia dos hospitais públicos enquanto estratégia à melhoria do desempenho/administração e qualidade hospitalar (BETANCUR, 2010), a violência institucional e o assédio moral. Sobre os recursos humanos em saúde, foram resultados encontrados: a humanização e liderança nos contextos dos hospitais, avaliação do desenvolvimento organizacional, relações entre as seguradoras/prestadoras com os processos

de contratação e capital social. (AGUILAR-MEJÍA; QUINTERO-ÁLVAREZ, 2005; GARCIA-LONDOÑO, 2013; HOYOS-HERNÁNDEZ; CARDONA-RAMÍREZ; CORREA-SÁNCHEZ, 2008) Outros países apareceram com menor número de publicações selecionadas, mas não menos importantes. Seguem-se as temáticas segundo países de origem dos estudos:

- ✦ Cuba: discussão sobre gestão da saúde pública no sistema de saúde, a história e indicadores de eficiência dos hospitais, a construção sócio-histórica da saúde pública nos períodos democrático, popular, agrário e anti-imperialista. (GALVAN; GARCÍA; MANTILLA, 2009; MORALES, 2011)
- ✦ Guatemala: o direito a saúde e realidade social e a relação das epidemias com as unidades hospitalares foram os destaques. (ÁLVAREZ, 1998; VIEZCA; FERNANDO, 2009)
- ✦ México: merecem destaques a administração de serviços de saúde, reformas no setor saúde e responsabilidade social; sobre os hospitais, houve estudo de reflexão histórica. (FRENK; GÓMEZ-DANTÉS, 2010; MICHELI, 2005; TERÁN-VARELA, 2011)
- ✦ Argentina: o destaque foi a gestão do cuidado às enfermidades crônicas e pesquisa histórica sobre o patrimônio hospitalar. (SIPES, 2008)
- ✦ Bolívia: a descentralização da assistência à saúde ao nível local, a consciência social aplicada à saúde, o financiamento e gastos públicos com os serviços da saúde. (CUELLAR, 1987)
- ✦ Uruguai: a importância da função normativa da autoridade e a experiência de serviços de hospital-dia.
- ✦ Chile: destacaram-se a reforma de saúde, pesquisa histórica e da eficiência da gestão hospitalar, eficácia de instrumentos de diagnóstico e pagamento por desempenho; autogestão no sistema de saúde e a relação da história de Allende com os programas de governo no século XXI. (PAVEZ, 2009; URBINA,

2011; URBINA; RODRIGUEZ, 2011; SEPÚLVEDA-ALVAREZ, 2013)

- ♦ Peru: foi destaque a utilização de *Balanced Scorecard* como ferramenta de gestão e análise do valor aplicado na saúde pública. (CONTRERAS-CAMARENA, 2011; CONTRERAS-CAMARENA; GALARZA-MANYARI, 2011; MURILLO; MENDOZA; FRANCO, 2000)

No que se refere à compreensão sobre administração pública, os estudos abordaram aspectos históricos da reforma administrativa, especificamente a revisão sobre as reformas administrativas e os efeitos no setor saúde no mundo. Nos estudos que analisam o Brasil, aparece a influência da Civil Service Commission sobre o DASP (SOUZA, 1994), crise da administração burocrática a partir de 1930, análise da saúde no governo Vargas (REIS, 1992), entendimento sobre a dimensão social da saúde e enfoque à evolução da administração pública através da institucionalização da avaliação para tomada de decisão. (DENIS, 2010; FOTHERINGHAM et al., 2011; PALMA-SOLÍS, 2006) Aspectos relevantes apareceram em vários estudos e merecem destaque, a exemplo do debate sobre a privatização de serviços no SUS, mercado de planos e seguros de saúde, relação do capitalismo com a saúde pública, assistência hospitalar filantrópica e proposta de programa de controle de infecção hospitalar. (BAHIA, 2008; BONACIM; ARAUJO, 2010)

Chama atenção o interesse e quantidade de estudos sobre as experiências da nova gestão pública indireta, que foram agrupados em três subcategorias:

- a. estudos sobre o Estado brasileiro;
- b. sobre o setor saúde;
- c. sobre a atenção/gestão hospitalar, especificamente.

Quanto ao Estado brasileiro, destacaram-se algumas temáticas como o processo de mudança organizacional e a incorporação de práticas existentes no setor privado nas organizações públicas visando mudanças na gestão.

Quanto ao setor saúde, destacaram-se temas como: adoção de instrumentos de planejamento para gestão de serviços de saúde, competências gerenciais dos serviços de saúde (VELÁSQUEZ-RESTREPO; RODRÍGUEZ-QUINTERO; JAÉN-POSADA, 2013), tendências de gestão organizacional desenvolvidas por enfermeiras, proposta de descentralização do planejamento em saúde, reforma administrativa das Secretarias Estaduais de Saúde, avaliação de estabelecimentos de saúde sob gestão de OSS (TIBERIO; SOUZA; SARTRI; 2010), situação da rede pública de assistência sanitária e farmacêutica (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2010), processo de regionalização da saúde em São Paulo, utilização de sistema de informação em saúde. Chamou atenção a importância do debate sobre os desafios da implantação do SUS e da avaliação econômica como ferramenta à tomada de decisão em saúde.

Quanto à atenção e/ou assistência hospitalar, pode-se destacar: características profissionais do administrador hospitalar (GALVÃO; FEDERIGHI, 2002), avaliação dos serviços de urgência e emergência, gestão do cuidado da enfermagem e gerenciamento de leitos por pacientes, gestão de custos aplicado em hospitais universitários e o impacto dos custos médicos (BONACIM; ARAÚJO, 2010), análise sobre absenteísmo em unidade hospitalar, importância da acreditação e responsabilidade social hospitalar (MANZO; BRITO; CORREA, 2012), ética empresarial, humanização do cuidado e responsabilidade social hospitalar. Nos estudos voltados para a dimensão da terceirização, merecem destaque a associação entre às unidades de produção de serviços e a qualidade da assistência, o papel das empresas hospitalares frente às necessidades do cliente, paciente e mercado e a eficiência como necessidade de administrativa em unidades hospitalares. (ZAMBERLAN; SIQUEIRA, 2005)

A aproximação inicial com os estudos encontrados na literatura sobre gestão hospitalar permitiu identificar algumas lacunas existentes e a necessidade de ampliar o olhar sobre os modelos de gestão na saúde buscando os efeitos produzidos pelas mudanças em curso no sistema de saúde brasileiro.

Considerações finais

As diferentes perspectivas de análise apontadas neste capítulo revelam o desafio contemporâneo frente ao entendimento do público no Estado brasileiro, que Cohn (2011) caracteriza como estreitamento embaçado entre público e privado e que perpassa pelo filantropico, privado sem fins lucrativos e público não estatal. Situações que criam um caráter híbrido no sistema de saúde, ao qual Paim (2014, p.8) se preocupa enquanto interconexão “[...] deletéria e prejudicial aos interesses do setor público da saúde”. Preocupação que tomamos como fenômeno de estudos científicos.

A aproximação à produção científica, permitiu nortear os objetos de estudo definidos pelo eixo temático “Modelos de Gestão Hospitalar”. Nesse sentido, a atenção se volta às unidades hospitalares, indicando-se um conjunto de preocupações como a efetividade, eficiência e eficácia, uso de tecnologias, custos, gestão da qualidade, e aspectos voltados para os trabalhadores da saúde no que tange à sua formação e ao processo de trabalho cotidiano. Sobre a gestão da atenção hospitalar, tem-se como desafios a serem pesquisados o financiamento público das unidades hospitalares, as características dos diferentes modelos de parceria pública na administração dos hospitais públicos, o instigante aspecto da expansão de cobertura à luz das Redes de Atenção da Saúde, a regulação e as características dos contratos de gestão e serviços, a formulação/implantação de novos modelos, a exemplo da Parceria Público Privada e da EBSERH nos hospitais universitários.

Ampliar os estudos sobre a gestão hospitalar e os diferentes modelos de terceirização adotados no Brasil será uma importante contribuição do OAPS no debate sobre a responsabilidade do Estado e o desempenho das organizações públicas de saúde frente às necessidades da população brasileira.

Referências

- ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 67-86, 2007. Edição Especial Comemorativa.
- ALVAREZ, R. R. Los hospitales de epidemias. *Revista del Colegio de Medicos y Cirujanos de Guatemala*, Guatemala, v. 8, n. 1-2, p. 32-6, ene./jun. 1998.
- ANDRADE, F. A. G. de. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciencia & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 292-318, 2001.
- ANDREWS, C. W. Da década perdida à reforma gerencial: 1980-1998. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Unicamp, 2010. p. 85-118.
- ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. As marcas de nascença: a administração pública da Colônia à República Velha. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Unicamp, 2010. p. 13-38.
- ARANTES, P. F.; MARICATO, E. O ajuste urbano: as políticas do Banco Mundial e do BID para as cidades. *Pós*, São Paulo, n. 20, p. 60-75, dez. 2006.
- ARAGAO, C.V. de. Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, ano 48, n. 3, p. 104-132, set./dez. 1997.
- AGUILAR-MEJÍA, O.M.; QUINTERO-ÁLVAREZ, M.X. Memoria colectiva y organizaciones. *Universitas Psychologica*, Bogotá, v. 4, n. 3, p. 285-296, oct./dic. 2005.
- BARIANI, E. DASP: entre a norma e o fato. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Unicamp, 2010. p. 39-62.
- BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de

C. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 115-128.

BAHIA, L. A Démarche do privado e o público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 123-185

BERNAL-ACEVEDO, O.; FORERO-CAMACHO, J. C. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 10, n. 21, p. 85-100, jul./dic. 2011.

BETANCUR, M.A.L. et al. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 28, n.1, Marzo 2010.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 903-931, jul./ago. 2010.

BORGES, A.F.; FREITAS JUNIOR, D.B. de; OLIVEIRA, E.R. de. Estratégia e administração pública: o caso do programa “choque de gestão” do governo do estado de Minas Gerais. *Pretexto*, Belo Horizonte, v. 9, n. 3, 79-106, jul./set. 2008.

BRAGA NETO, F. C. et al. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GEOVANELA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 577-608.

BRASIL. Câmara da Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do estado*. Brasília, DF, 1995.

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

BRASIL. Decreto nº 7.661, de 28 de dezembro de 2011. Aprova o Estatuto Social da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares -EBSERH, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 dez. 2011a.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 5 maio 2000 Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>. acesso em: 4 out. 2014.

BRASIL. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 16 dez. 2011b.

BRASIL. Lei 13.019, de 31 de julho de 2014. Estabelece o regime jurídico das parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 1 ago. 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/13019.htm>. Acesso em: 17 out. 2016.

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

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. *A reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais: síntese & respostas a dúvidas mais comuns*. Brasília, DF, 1997b.

BRASIL. Portaria nº 3390 de 30, de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 30 dez. 2013.

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

CARVALHO FILHO, J. S. *Manual de Direito Administrativo*, São Paulo: Atlas, 2012.

CAPOBIANGO, R. P. et al. Reformas administrativas no Brasil: uma abordagem teórica e crítica. *REGE*, São Paulo, v. 20, n.1, p. 61-78, jan./mar. 2013.

CAPUANO, E. A. Construtos para modelagem de organizações fundamentadas na informação e no conhecimento no serviço público brasileiro. *Ciência da Informação*, Brasília, DF, v. 37, n. 3, p. 18-37, set./dez. 2008.

CASTELLS, M. *A era da informação: a sociedade em rede*. 5. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001. v. 1.

CATELLI, A.; SANTOS, E. S. Mensurando a criação de valor na gestão pública. *RAPRio de Janeiro*, v. 38, v. 3, p. 423-449, maio/Jun. 2004.

CENTRO LATINO AMERICANO DE ADMINISTRAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO-CLAD. *Uma Nove Gestão Pública para América Latina*, [S.l.], 1998. Disponível em: <Centro Latino Americano de Administração para o Desenvolvimento >. Acesso em: 13 dez. 2015

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R. dos; AMARANTE, P. D. de C. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011. p. 244-251.

CONTRERAS-CAMARENA, C. Factores asociados a hospitalizaciones inadecuadas a los servicios de medicina. *Sociedad Peruana de Medicina Interna*, Lima, v. 24, n. 4, p. 177-184, 2011.

CONTRERAS-CAMARENA, C.; GALARZA-MANYARI, C. Hospitalizaciones inadecuadas en emergencias médicas. *Sociedad Peruana de Medicina Interna*, Lima, v. 24, n. 1, p. 19-25, 2011.

COSTA, N. do R.; SILVA, P.L.B.; RIBEIRO, J.M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. 209-227, jan./fev. 2000.

CUELLAR, M. J. *Bolivia: salud y conciencia nacional*. [S.l.]: UNICEF, 1987.

DENIS, J. L. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 1, n. 1, p. 229-237, nov. 2010. Suplemento.

DRAIBE, S. M. As políticas sociais e o neoliberalismo: reflexões suscitadas pelas experiências latino-americanas. *Revista USP*, São Paulo, n. 17, p. 86-101, 1993.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GEOVANELA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p.279-322.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GEOVANELA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p.323-364.

FARIA, C. F. Estado e organizações da sociedade civil no Brasil contemporâneo: construindo uma sinergia positiva? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 187-204, jun. 2010.

FARIA, J. A.; MADEIRA, R. B. Impacto da estrutura organizacional de dois hospitais públicos portugueses na execução dos seus objetivos. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, João Pessoa, p. 106-124, v. 1, n. 1, jan./jun. 2011.

FARAH, M. F. S. Gestão pública e cidadania: iniciativas inovadoras na administração subnacional no Brasil. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 126-156, jul./ago. 1997.

FARAH, M.F.S. Reformas de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 51-59, jan./mar. 1998.

FERREIRA, A. R. Modelo de excelência em gestão pública. *Revista Eixo*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 31-43, jan./jun. 2012.

FERREIRA JUNIOR, W.C. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v.37, n. 2, p. 243-64, mar./abr. 2003.

FERREIRA, C. M. M. Crise e reforma do Estado: uma questão de cidadania e valorização do servidor. *RSP*, Rio de Janeiro, v.120, n. 3, p. 5-33, set./dez.1996.

FOTHERINGHAM, M.A. et al. La perspectiva de las necesidades, el enfoque de derechos y la autodeterminación: fundamentos actuales para el Trabajo Social. Su visibilidad en un hospital privado de comunidade. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*. Buenos Aires, v. l, 31, n. 2, Junio 2011.

FLEURY, S.; OOVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-57.

FREDERICO-FERREIRA, M.; SILVA, C. F. R. da. Reformas da gestão na saúde. Desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagemreferência*, Coimbran. 8, p. 85-93, 2012.

FRENK1, J.; GÓMEZ-DANTÉS, O. Lecciones globales de la reforma mexicana de salud: empoderamiento a través del uso de evidencias. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Lima, v. 27, n. 3, p. 412-418, 2010.

GALVÃO, C. R.; FEDERIGHI, W. J. P. O hospital e o administrador hospitalar: um breve resgate histórico. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 209-215, abr./jun. 2002.

GALVAN, W.T.; GARCÍA, S.F.; MANTILLA, M.R. Breve historia del Hospital de Caridad “Santa Isabel de Cárdenas”. *Revista Médica Electrónica*, Matanzas v.3, n. 6, 2009.

GARCES, A.; SILVEIRA, J.P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, ano 53, n.4, p. 53-77, out./dez. 2002

GUIMARAES, M. do C. L. et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, nov./dez. 2004.

GARCIA-LONDOÑO, J. D. Alcances y limitaciones teóricas y prácticas del “capital social en salud”. El caso del sistema de salud en Medellín.

Revista Gerencia y Políticas de Salud, Bogotá, v. 12, n. 24, p. 184-208, enero/junio 2013.

GOHN, M. G. *Teorias dos movimentos sociais: paradigmas clássicos e contemporâneos*. São Paulo: Loyola, 1997.

HOYOS-HERNÁNDEZ, P. A.; CARDONA-RAMÍREZ, M. A.; CORREA-SÁNCHEZ, D. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y Educación en Enfermería*, Medellín, v. 26, n. 2, p. 218-225, sept. 2008.

OLIVEIRA, F. B. de; SANT'ANNA, A. de S.; VAZ, S.L. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 6, p. 1453-1475, nov./dez. 2010.

MARINI, C. O contexto contemporâneo da administração pública na América Latina. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, ano 53, n. 4, p. 31-35, out./dez. 2002.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORREA, A. dos R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 338-394, 2012.

MATTA, I. B. da.; FERREIRA, M. A. M.; SILVA, E. A. Políticas públicas no setor de saúde: mudanças, tendências e desafios sob a perspectiva da administração pública. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, v. 11, n. 1112-27, jan./mar. 2014.

MICHELI, A. En torno a la evolución de los hospitales. *Gaceta Médica de México*, México, v. 141, n. 1, p. 57-62. 2005

MOLINA, G. M. et al. Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Medellín, v. 24, n. 1, enero/junio 2006.

MORALES, M. del V. et al. La salud pública vista desde el contexto de la localidad palmera. *MEDISAN*, Santiago de Cuba, v. 15, n. 5, p. 698, 2011.

MURILLO, J. P.; MENDOZA, W.; FRANCO, G. ¿Quo vadis Salud Pública? Discurso y práctica de la Salud Pública en el Perú y su auge

universitário en la década de los noventa. *Anales de la Facultad de Medicina*, Lima, v. 61, n. 2, p. 146-160, 2000.

NORONHA, J. C de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C.V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GEOVANELA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 365-394.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. 2. ed. Petrópolis: Vozes: Rio de Janeiro ABRASCO, 1989.

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos*. São Paulo: USP, 1994.

PAIM, J. S. O que fizeram com a saúde dos brasileiros? *Estadão*, São Paulo, abr. 2014. Disponível em: <<http://esportes.estadao.com.br/blogs/ricardo-guerra/jair/>>. Acesso em: 16 abr. 2014.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PALMA-SOLÍS; M. A. et al. Influencias y hegemonías en la orientación de la investigación de las reformas de salud. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 12, p. 2527-2537, dez. 2006.

PAVEZ, F. Experiencias autogestionarias en salud: El legado de Gandulfo em La Hoja Sanitaria y el Policlínico de la Organización Sindical Industrial Workers of the World (1923-1942). *Revista Médica de Chile*, Santiago, n. 137, p. 426-432, 2009.

PINTO, I. C. M; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ano 27, n. 9, p. 1777-1788, set. 2011.

PINTO, I. C. de M. et al. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 231-244.

- PINTO, I. C. de M. *Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia*. 2004. 237 f. Tese (Doutorado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.
- PIEARANTONI, C. R. *Reformas da saúde e recursos humanos: novos desafios x velhos problemas*. 2000. 208 f. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- PEIXOTO NETO, P. A. de S.; ACCIOLY, N. V da C. C. A supremacia do interesse público sobre o privado: breves reflexões. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 35, p. 35-57, 2012.
- PINZÓN, J. F. et al. Costos directos e impacto sobre la morbimortalidad hospitalaria de eventos adversos prevenibles a medicamentos en una institución de tercer nivel de Bogotá. *Biomédica*, Bogotá, v. 31, n. 3, p. 307-315, 2011.
- PAULA, A. P. P. de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *RAE*, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 36-49, jan./mar. 2005.
- SANTOS, M. A. C. Organizações sociais, serviços públicos e contratos de gestão. *Revista Jurídica da Seção Judiciária de Pernambuco*, Recife, p. 289-321, 2011.
- SILVA, L. B. e. A reforma administravade 1967. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Unicamp, 2010. p.63-84.
- REIS, E. *Brazil: the politics of state administration*. Rio de Janeiro: UERJ: IMS, 1992.
- RESENDE, R. E. M. A regulamentação da emenda constitucional 29: esperança ou decepção para o financiamento da saúde pública? *Revista de Direito PGE-GO*, Goiânia, v. 26, p. 59-81, 2011.
- ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. *Consensus*, Brasília, DF , ano 4, n. 11, p. 12-23, 2014.

SILVA, L. B. e. A reforma administrativa de 1967. In: ANDREWS, C. W.; BARIANI, E. *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo: Unicamp, 2010. p.63-84.

SALGADO, A. B. S. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas: Saberes, 2012.

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. de M. Novo modelo de gestão para hospitais universitários: construção da linha do tempo da EBSEH na perspectiva do Ciclo da Política Pública. In: CONGRESSO PLANEJAMENTO E GESTAO EM SAÚDE BRASILEIRO DE POLITICA, 2., 2013, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte; Abrasco, 2013.

SANTOS, T. B. S. Compreensões sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: ensaio de aproximação com a problemática sócio-política. In: SILVA, G.T.R. da. *Legislação aplicada à EBSEH comentada*. Salvador: Sanar, 2014. p.14-19.

SANTOS, J. C.; OLIVEIRA, S. S. A importância da administração pública indireta para a prestação do serviço público. *ReFAE*, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 64-89, 2010.

SEPÚLVEDA-ALVAREZ, C. Allende y la realidad Médico-Social, a 75 años. *Cuadernos médico-sociales*, Santiago de Chile, v. 53, n. 3, p. 163-171, 2013.

SIPES, C. Patrimonio cultural hospitalário. Buenos Aires: Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, 2008.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SOUZA, L. E. P. F. de. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1017-1021, 2014.

SOUZA, M. N. Reforma administrativa no Brasil: um debate Interminável. *RAP*, Rio de Janeiro, jan./mar. 1994.

TERÁN-VARELA, O. E. et al. La responsabilidad social de las instituciones de salud pública (caso centro de rehabilitación e integración social zona oriente del estado de México). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 10, n. 21, p. 48-59, Julio/dic. 2011.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 268-283, 2005.

TIBÉRIO, A.A.; SOUZA, E.M.; SARTRI, F.M. Considerações sobre Avaliação de Estabelecimentos de Saúde sob Gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saúde Sociedade São Paulo*, v. 9, n. 3, p. 557-568, 2010.

TREVISAN, L.; JUNQUEIRA, L. A. P. Gestão em Rede do SUS e a Nova Política de Produção de Medicamentos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 638-652, 2010.

URBINA, P.B.; RODRIGUEZ, F. Efectos de las políticas sanitarias sobre la contención del gasto sanitario en Chile. *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima, v. 72, n. 3, p. 197-204, 2011.

URBINA, P.B. Análisis de eficiencia hospitalaria en Chile. *Anales de la Facultad de Medicina*. Lima, v. 72, n. 1, p. 33-38, 2011.

VAITSMAN, J.; MOREIRA, R.; COSTA, N. do R. Entrevista com Jairnilson da Silva Paim: “Um balanço dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 899-901, 2009.

VIEZCA, S.; FERNANDO, A. Derecho a la salud y la seguridad social: discurso y realidad. *Revista del Colegio de Medicos y Cirujanos de Guatemala*, Guatemala, v. 4, n. 1, p. 5-11, jul./dic. 2009.

VELÁSQUEZ-RESTREPO, P. A.; RODRÍGUEZ-QUINTERO, A.K.; JAÉN-POSADA, J.S. Aproximación metodológica a la planificación y a la programación de las salas de cirugía: una revisión de la literatura. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 12, n. 24, p. 249-266, enero/junio 2013.

ZAMBERLAN, C.; SIQUEIRA, H. C. H. de. A terceirização nos serviços e consequências no cuidar em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 58, n. 6, p. 727-730, 2005.