

Política Nacional de Atenção Hospitalar: discussão conceitual de políticas públicas e aplicação prática

Vanilson Viana Cardoso

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (PPGDR/UNIJUI)

Juliana da Fonseca Capssa Lima Sausen

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (PPGDR/UNIJUI)

Sérgio Luís Allebrandt

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional / Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (PPGDR/UNIJUI)

Airton Adelar Mueller

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional / Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (PPGDR/UNIJUI)

Lurdes Marlene Seide Froemming

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional / Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (PPGDR/UNIJUI)

Daniel Knebel Baggio

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional / Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (PPGDR/UNIJUI)

Recebido: 06/05/2017 Versão revisada (entregue): 27/04/2020 Aprovado: 09/05/2020

Resumo

Este artigo tem como objetivo realizar uma revisão conceitual de políticas públicas, por meio de pesquisa bibliográfica e documental, referidas a serviços de saúde hospitalar, elegendo como estudo de caso um hospital privado e sem fins lucrativos. A pesquisa, realizada no período de 2009 a 2016, se baseia, inicialmente, na abordagem descritiva de Gavilanes, que implicou na revisão de inúmeras indicações conceituais, levando, então, a que se propusesse uma nova definição que permitiria que o objeto em questão fosse melhor compreendido, tanto pela comunidade quanto pela gestão pública. Em especial, foram confrontadas as definições estatista e multicêntrica. O modelo societal de administração pública, no contexto brasileiro, também foi objeto de apreciação. Por fim, procedeu-se ao exame das aplicações práticas da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a política pública mais abrangente, e a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), referida à instituição-objeto deste estudo. Conclui-se que a atuação da administração pública converge com a definição gerencial e estatista, obstaculizando a formação de um espaço alternativo na mobilização de políticas públicas.

Palavras-chave | Atenção hospitalar; PNHOSP; PNHPP; políticas públicas; SUS.

Código JEL | D22 I18 I38

National Policy of Hospital Care; conceptual discussion of public policies and practical application

Abstract

This article aims to carry out a conceptual review of public policies, through bibliographic and documentary research, referring to hospital health services, choosing as a case study a private and non-profit hospital. The research, carried out from 2009 to 2016, initially discusses the descriptive approach of Gavilanes, relevant in view of the method adopted, which was to study dozens of conceptual indications and propose a new definition in order to get the theme better understood in the community and by public management. Still, the statist and multicentric definitions are confronted as distinct visions. The societal model of public administration in the Brazilian context is also subject to consideration. Next, the practical applications of the National Hospital Care Policy (PNHOSP) as a major policy are presented, as well as the National Policy for Small Hospitals (PNHPP) and its relationship with the institution under study. It is concluded that the performance of public administration and the conception of public policies depart for the managerial and statist definition, preventing the formation of an alternative space in the mobilization of public policies.

Keywords | hospital care; PNHOSP; PNHPP; public policy; SUS.

JEL-Code | D22 I18 I38

Política Nacional de Atención Hospitalaria: discusión conceptual de políticas públicas y aplicación práctica

Resumen

Este artículo tiene como objetivo realizar un análisis conceptual de políticas públicas, a través de una investigación bibliográfica y documental, al respecto de los servicios de salud hospitalarios, eligiendo como estudio de caso un hospital privado y sin fines de lucro. La investigación, realizada entre 2009 y 2016, se basa, inicialmente, el enfoque descriptivo de Gavilanes, lo que implicó revisar numerosas indicaciones conceptuales, llevando entonces, a que se propusiese una nueva definición que permitiría que el tema en cuestión fuese mejor entendido, tanto por la comunidad como por la gestión pública. Especialmente, fueron confrontadas las definiciones estatista y multicéntrica. El modelo social de administración pública, en el contexto brasileño, también fue objeto de consideración. Finalmente, se examinaron las aplicaciones prácticas de la Política Nacional de Atención Hospitalaria (PNHOSP), política pública más exhaustiva, y la Política Nacional para Hospitales Pequeños (PNHPP), referida a la institución-objeto de este estudio. Se concluye que el desempeño de la administración pública converge con la definición gerencial y estatista, obstaculizando la formación de un espacio alternativo en la movilización de políticas públicas.

Palabras clave | Atención hospitalaria; PNHOSP; PNHPP; políticas públicas; SUS.

Código JEL | D22 I18 I38

Introdução

Analisar uma política pública, seja esta qual for, exige antes o conhecimento, ainda que breve, dos aspectos conceituais e de alguns dos pressupostos do tema. Ao mesmo tempo em que são discutidas, na literatura, definições de políticas públicas sob as mais diversas correntes, em algum momento, como nesta oportunidade, é preciso ater-se a determinadas abordagens para que se extraiam algumas lições capazes de contribuir criticamente com as medidas adotadas pela administração pública no tratamento de problemas alvo.

Com este intuito, buscou-se reunir duas propostas metodológicas para estudo de políticas públicas apresentadas por Gavilanes (2009) e Secchi (2012), respectivamente, sendo estas descritiva e multicêntrica. A intenção não foi aproximar as duas posições de tal forma que possam constituir uma definição homogênea, mas, sim, identificar as correlações e as divergências sobre o modelo gerencial da administração pública brasileira (PAES DE PAULA, 2005) e o paradigma societal como vem defendendo parte da comunidade.

Partindo-se para a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) verificou-se que, por algum tempo, os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) foram objetos de políticas públicas voltadas para reformulação de estratégias na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme defendido por alguns autores como Ugá e López (2007).

De fato, se a participação dessas instituições junto ao SUS representava – no início da década passada, de acordo com os autores – mais de 60% do total da oferta de serviços hospitalares na rede pública, somadas à política implantada em 2004, as expectativas possivelmente eram de que os hospitais de pequeno porte, de modo geral, pudessem redefinir seu papel na saúde pública e na saúde privada, além de assumir um papel fundamental na Rede de Atenção à Saúde (RAS). No entanto, entre outros fatores, como o aperfeiçoamento de centros regionais de alta complexidade, esta situação dependia do curso das políticas públicas, de um modo geral, adotadas em sequência e, concomitantemente, pelas três esferas de governo.

Do mesmo modo, políticas públicas não podem ser entendidas apenas como decisões, ações ou omissões (GAVILANES, 2009), uma vez que os instrumentos utilizados podem ser, ao mesmo tempo, de exclusividade do Estado, mistos ou privados, como é o caso da atuação do hospital estudado, dado o perfil

filantrópico e a mobilização da sociedade civil. Afinal, a instituição não se enquadra na política para pequenos hospitais e, ao mesmo tempo, é alvo da proposta do gestor estadual enquanto estabelecimento hospitalar com menos de 50 leitos.

Diante dos aspectos até aqui expostos, o presente artigo tem como objetivo principal realizar uma discussão teórica sobre a temática de políticas públicas e sua relação com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNAHOSP), bem como verificar como se dá a aplicação prática desta relação em um hospital filantrópico, atuante em um município de pequeno porte, localizado na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul.

Discute-se inicialmente, a abordagem descritiva de Gavilanes (2009), relevante em vista do método adotado, que foi de estudar dezenas de indicações conceituais e propor uma nova definição no intuito de que o tema seja mais bem compreendido na comunidade e pela gestão pública. São, ainda, confrontadas as definições estatista e multicêntrica enquanto distintas visões. O modelo societal de administração pública no contexto brasileiro também é objeto de apreciação. Em seguida, são apresentadas as aplicações práticas da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) como política maior e a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e sua relação com a instituição objeto de estudo. Faz-se, ainda, uma síntese do conteúdo estudado, junto com apontamentos sobre a política analisada, seus aspectos conceituais e aplicações práticas. Por fim, são apresentadas as referências do estudo.

Políticas públicas: conceituações

De acordo com Gavilanes (2009), encontra-se na literatura considerável número de estudos que se propõe a conceituar políticas públicas. Segundo o autor, há pelo menos 20 definições a serem consideradas que, no entanto, apresentam três principais falhas. A primeira decorre da abordagem específica, quando não inclui fenômenos que podem ser enquadrados como política pública. Normalmente essa natureza conceitual está relacionada com definições da legislação, ou seja, exigem-se políticas públicas do Estado com base em um “dever ser” posto pela norma. O interesse público deve estar pautado nas políticas e, como tal, deve ser objeto de análise e de definição mediante a descrição, em vez de restringir-se à interpretação normativa, dado o interesse comum sobre o qual devem estar permeadas as ações.

A segunda falha apresentada refere-se à exclusão de elementos que definem a finalidade e os instrumentos adotados no cumprimento dos objetivos de determinada política pública, em especial, o delineamento da participação dos indivíduos desde a formação da proposta. Nesse sentido, os processos de diálogo e consulta pública junto à coletividade para a qual se destina a política, também

ficariam comprometidos. Ou seja, podem, em alguns aspectos, ocorrer ações autoritárias que não permitem o reconhecimento de grupos em particular, tais como idosos, crianças e adolescentes, portadores de deficiência, entre outros.

Ao apontar a terceira falha, Gavilanes (2009) condena as conceituações que, por serem gerais, são igualmente incompletas e, também, não permitem a inclusão de atividades não definidas no plano teórico, embora pautadas em ações que, de uma forma ou outra, buscam solucionar determinado problema de interesse coletivo. Nesse sentido, recusam-se aquelas definições restritas às políticas públicas como sendo apenas as ações definidas e realizadas pelos governos. Tal concepção também ignora a finalidade de uma política, assim como os instrumentos utilizados para que sejam alcançados os objetivos definidos, impedindo que se faça distinção entre o que é uma gestão propriamente dita e o que é uma política pública.

Ao enfatizar a necessidade de uma nova definição, Gavilanes (2009, p. 156) defende que “a política pública é um processo integrador de decisões, ações, inações, acordos e instrumentos, autoridades públicas avançadas com a eventual participação de indivíduos e que visam solucionar ou prevenir uma situação definida como problemática”. Essa conceituação tem caráter descritivo, pois seu dever não é ser política pública, mas reconhecer que em qualquer sistema democrático ou autoritário pode ser definida como política pública. Segundo o autor, essa abordagem é a que mais gera controvérsias, em decorrência das correntes que partem de um sentido normativo e de idealismo. Inclui-se no grupo consultores e funcionários públicos atuantes na formulação e implementação de políticas. Essa tendência decorre da expectativa de produzir um impacto positivo na sociedade a partir de uma política.

Explica Gavilanes (2009) que a definição proposta considera o aspecto político das políticas públicas, sem confundir esses dois fenômenos. Ocorre que na língua espanhola, idioma em que o trabalho científico analisado foi escrito, a palavra “política” expressa, de um lado, a arte e a ciência de governar para adquirir poder junto à tomada de decisão, bem como o consenso. Por sua vez, o processo de decisão política compreende as ações, as omissões, os acordos e os instrumentos, que são impulsionados pelas autoridades públicas no intuito de resolver ou, inclusive, de prevenir aquelas situações elegidas como problemáticas.

O conceito de ordem pública, mencionado por Gavilanes (2009) em sua obra, e que considera que não se pode conceber o todo sem as partes e as partes sem o todo, defende que as políticas públicas e seus elementos encontram-se inter-relacionados. Tem-se, assim, quatro subsídios ao serem tratados: processo integrador de decisões, ações, acordos e instrumentos; processo de antecedência com eventual participação dos indivíduos; processo destinado a prevenir ou a resolver uma situação definida como problemática; e a política pública como parte de um determinado ambiente, a qual se pretende modificar ou manter.

Uma vez que a política seja compreendida como processo, é possível entender por qual razão as avaliações são implementadas igualmente, quais as reformulações programadas e as formulações avaliadas (GAVILANES, 2009). O processo é inclusivo dada a articulação com diversos elementos que compõem a política pública e se relacionam entre si. Autoridades públicas e cidadãos podem participar na formação de políticas. Com base nessa integração, considera-se a política como um sistema próprio que, no todo, configura-se em um subsistema.

Dois elementos são basilares em qualquer política pública: de um lado, constam os acordos e instrumentos e, de outro, os meios adotados para o cumprimento dos objetivos. No primeiro caso, uma política pública não se compõe apenas por decisões, ações ou omissões, ou seja, incluem-se articulações entre as organizações públicas e estas com a coletividade.

Os instrumentos, por sua vez, são apresentados em três tipos, a depender da intervenção do Estado: aqueles exclusivamente do governo, como regulamentos, organizações estatais e empresas públicas; outros mistos, constituídos a partir de subsídios diversos como impostos e contribuições; e, por fim, os de natureza privada, ou seja, organizações voluntárias, sociedade e mercado. Pode-se, ainda, acrescentar duas categorias formadas pelos instrumentos neutros e a própria política pública, quando inserida em uma política maior. Destaca-se que os instrumentos neutros são aqueles pertencentes concomitantemente ao Estado e à coletividade, ou seja, tecnologia da informação e comunicação (TICs), serviços de transporte, saneamento, além de máquinas, equipamentos e obras de infraestruturas (GAVILANES, 2009).

Ainda, conforme o autor, a abordagem sobre os instrumentos apresentados corrobora com o entendimento de que política pública não se restringe a uma norma jurídica. Sendo assim, as regulamentações passam a ter importância em condição de igualdade com os demais meios empregados no cumprimento da política. A legislação, portanto, recebe o tratamento e ocupa o lugar adequado ao seu papel nas políticas públicas. É possível inferir que uma das razões pela qual algumas leis embora vigentes padecem por eficácia, é a ausência de políticas públicas que lhes antecedam e acompanhem, conjuntamente a outros instrumentos.

A conceituação descritiva no que condiz às políticas públicas, permite compreender a agenda não apenas a partir da atuação do chefe dos poderes executivos, seus ministros e secretários de governo e apoio do congresso. De acordo com Gavilanes (2009, p. 163), “a definição proposta nos permite entendê-las como aquelas tomadas em outras áreas do governo, por exemplo, no setor de serviços descentralizados no nível departamental ou municipal”. Desta forma, cada política tem sua própria configuração e reúne diferentes grupos de atores.

Igualmente, o processo de formulação pode conter grupos de liderança, tais como conselhos municipais e poderes legislativos, enquanto na implementação dá-se

maior importância aos departamentos administrativos e escritórios executivos de ministérios e secretarias de governo. Os particulares também podem participar na preparação da agenda de uma nova política pública, dar suas contribuições na definição de situações, objetivos e instrumentos que serão utilizados. Pode ser que sejam convocados pela norma que define a política ou pela simples vontade dos governantes. Do mesmo modo, podem atuar como implementadores, avaliando seus efeitos e propondo ajustes. Isso não significa que a presença da coletividade seja um requisito basilar de todas as políticas, mas do possível envolvimento.

Ainda, o processo de definição de uma situação problemática permite fazer a distinção entre aquelas ações oriundas de uma política pública e os atos relacionados à gestão e ao funcionamento do Estado (GAVILANES, 2009). Referente a esse segundo caso, evidencia-se conformidade com procedimentos de estabelecimento prévio, mas, em outros casos, tais ações podem resultar na formulação de uma política de situação problemática. Como exemplo, tem-se a modernização dos processos de arquivo documental nas repartições públicas.

Abordagens estatista e multicêntrica: reflexões

Cumprindo, nesta etapa, analisar inicialmente a palavra “política” na língua portuguesa. Segundo Secchi (2012), pelo menos duas conotações de origem inglesa se fazem presentes, *politics* e *policy*. O primeiro termo, conforme Bobbio (2002), mencionado por SECCHI (2012, p. 1), “é a atividade humana ligada à obtenção e manutenção dos recursos necessários para exercício do poder sobre o homem”, sendo frequentemente empregado para ilustrar situações de competições políticas. Por sua vez, o segundo termo apresenta uma dimensão de política orientada para as decisões e ações, definindo melhor a política pública – *public* e *policy*.

Na linha dos estudos que apontam a necessidade de definição descritiva para políticas públicas, “alguns autores e pesquisadores defendem a abordagem estatista, enquanto outros defendem abordagens multicêntricas no que se refere ao protagonismo no estabelecimento de políticas públicas” (SECCHI, 2012, p. 2). Também definida como estadocêntrica, tal conceituação considera as políticas como sendo monopólio das figuras estatais, em que a existência ou não de uma política pública depende da personalidade jurídica do protagonista.

Desta forma, as ações emanadas de outras pessoas, que não do ator estatal, deixam de ter a prerrogativa de interesse público. Logo, não se constituem em uma política pública. O fato de o Estado ocupar uma posição superior que lhe permite elaborar leis e exigir o cumprimento destas é um argumento em razão da objetividade fortemente adotada pela corrente estatista. Inclui-se também a argumentação normativa oriunda da superioridade hierárquica do Estado, quando

age corrigindo desvirtuamentos que o mercado e a sociedade não conseguem sanar isoladamente. No caso brasileiro, pode-se inferir as corriqueiras intervenções do Estado no pensamento político e a sua vinculação com as políticas públicas.

De outro lado, a abordagem multicêntrica, também definida como policêntrica, conforme explica Secchi (2012, p. 3), “considera organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, *redes de políticas públicas (policy networks)*, juntamente com os atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas” (grifo do autor). Assim, o adjetivo “pública” relaciona-se à natureza do problema a ser tratado.

Conforme Secchi (2012), o conceito multicêntrico de políticas públicas inspira-se em filósofos e cientistas políticos, como Karl Polanyi e Elinor Ostrom. A abordagem policêntrica, segundo Alígica e Tarco (2012), citados por Secchi (2012, p. 3), “envolve a existência de múltiplos centros de tomada de decisão *dentro de um conjunto de regras aceitas*” (grifo dos autores). E, ainda que as políticas sejam elaboradas no aparato jurídico-legal do Estado, há que se ressaltar a participação da sociedade na articulação de esquemas que visam dar solução a um determinado problema. Neste mesmo contexto, destacam-se as teorias da governança pública, da coprodução do bem público, inclusive das redes de políticas públicas.

Ao analisar as abordagens, Lima (2012, p. 52) entende que “a *abordagem estatista* adjetiva o termo política em função do *decisor* e a *abordagem multicêntrica* adjetiva em função do **objetivo** da política” (grifos do autor). Os dois extremos implicam na redução do termo política pública não permitindo o desenvolvimento de estudos de forma ampliada.

Para um maior esclarecimento sobre política, sugere-se, para a abordagem estatista, “política estatal para as políticas cujo ator protagonista seja o Estado [...] e política privada de interesse público para as políticas cujo ator protagonista não seja o Estado, mas tenham o objetivo de enfrentar um problema da sociedade” (LIMA, 2012, p. 52). Já para a abordagem multicêntrica, sugere-se “política pública estatal para as políticas que tendo o objetivo de enfrentar um problema da sociedade tenha como ator protagonista o Estado” (p. 53).

Desta forma, é relevante a observação feita por Secchi (2012) de que, embora a abordagem estatista admita a atuação de atores não estatais, esta não lhes confere o privilégio de decisão, bem como de liderança frente a uma ação de política pública, diferentemente da corrente multicêntrica que, por outro lado, reconhece tal prerrogativa dos atores não estatais.

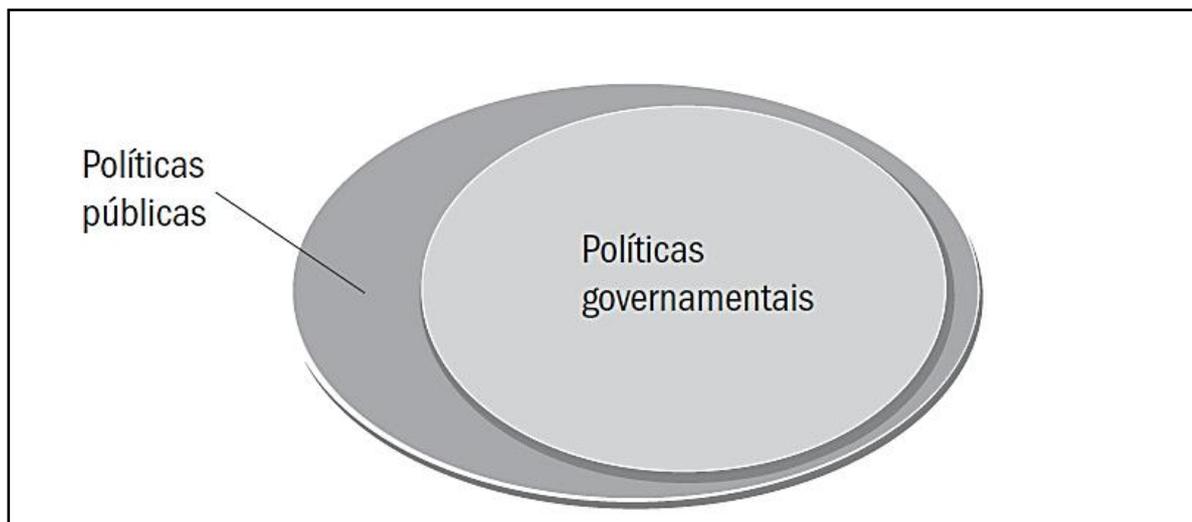
No caso da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, envolve uma organização privada sem fins lucrativos, certificada como Entidade Beneficente de Assistência Social na área da saúde, que presta serviços hospitalares de caráter público através do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se, assim, a atuação de organização não governamental, com atividades para enfrentar problemas de interesse coletivo, dada por um ator não estatal.

Consequentemente “aqueles que se filiam à abordagem estatista não a consideram uma política pública, porque o ator protagonista não é o Estado. Por outro lado, autores da abordagem multicêntrica a consideram política pública, pois o problema que se tem em mão é público” (SECCHI, 2012, p. 3). Portanto, ao ir além das políticas governamentais, a definição multicêntrica reconhece as ações oriundas de atores provindos da sociedade organizada, na medida em que tais atores também cumprem com um papel institucional.

Secchi (2012) apresenta, pelo menos, cinco razões para filiar-se à abordagem multicêntrica. Destacam-se o enfoque interpretativo e menos positivo que a corrente apresenta; a prevenção quanto à pré-análise da natureza jurídica de uma organização, para então ter suas ações enquadradas como políticas públicas; o aproveitamento do instrumental analítico e conceitual; a distinção entre esfera pública e privada, em vez de estatal e não estatal, uma vez que os problemas públicos tendem a ser enfrentados por uma pluralidade de agentes; e, finalmente, a não unicidade do poder coercitivo do Estado enquanto política pública.

Políticas públicas distinguem-se de políticas governamentais, pois estas são “políticas elaboradas e estabelecidas por atores governamentais [...] diversos órgãos dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário” (SECCHI, 2012, p. 5). Referem-se, portanto, ao subgrupo de políticas públicas com maior relevância. No entanto, não se trata de única instituição que atua na consecução dos interesses da comunidade política. Do mesmo modo, é a intenção de tratamento dos problemas de interesse público, o aspecto chave para a conceituação defendida, sem que isso implique em limitação com base na personalidade jurídica tomadora de decisão. A distinção entre políticas públicas e políticas governamentais é ilustrada na Figura 1.

Figura 1 – Políticas públicas e políticas governamentais



Fonte: Secchi (2012, p. 5).

Secchi (2012), acredita que os casos de omissões e, até mesmo, de negligência governamental não podem ser entendidos como políticas públicas, mas de ausência de inclusão junto à agenda formal. Isso, porque trata-se de “uma diretriz, ou seja, uma orientação [...] a atividade ou passividade [...] e também é o conjunto de ações ou inações derivadas dessa diretriz” (SECCHI, 2012, p. 6). Em relação ao nível de operacionalização de uma diretriz, esse não deve ser um critério para identificação de uma política pública, dada a possibilidade de exclusão das políticas municipais e regionais, bem como aquelas intraorganizacionais.

As políticas públicas podem ser estruturantes, do ponto de vista estratégico, como operacionais, no nível intermediário. Além disso, se diferentes fossem os estudos em torno de programas, planos e políticas de desenvolvimento local estes seriam em vão. Em suma, uma política pode ser composta por diversas outras responsáveis por sua operacionalização.

Políticas públicas e o modelo societal de administração pública

O modelo societal de administração pública no contexto brasileiro, é tema que vem sendo defendido por parte da literatura. Por manifestar-se sob um novo modelo de gestão pública, resulta, em partes, dos movimentos sociais que culminaram na redemocratização do país (PAES DE PAULA, 2005). Para Fadul e Souza (2005), os movimentos de reforma têm como viés condutor planos e programas também historicamente conhecidos, como as reformas administrativas,

dado o propósito de atingir a eficiência administrativa mediante maior produtividade e racionalização das estruturas administrativas, desde o recrutamento de pessoas até contratação de serviços e aquisição de bens destinados às atividades da máquina pública.

A partir daí, uma vez que entrou em pauta a necessidade de atuação governamental junto ao campo político e social, a comumente denominação “reforma administrativa” deu lugar ao termo “modernização administrativa” e, assim, a segunda metade do século XX marcou o início de transformações para além dos processos internos da administração pública brasileira (FADUL; SOUZA, 2005). As iniciativas de reforma e tentativas de mudanças no aparelhamento estatal estavam presentes “desde a década de 30 do século passado, mas assumindo maior relevância em meados da década de 90, via institucionalização da Lei da Reforma do Estado Brasileiro” (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010, p. 5).

Entre as mudanças manifestadas neste cenário, destaca-se a criação do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), em 1936. Inspirado na filosofia weberiana, o seu principal objetivo era profissionalizar os processos, tornando-os essencialmente formais. Também, o Decreto Lei nº 200 de 1967 inaugura um cenário de descentralizações político-administrativas da máquina estatal que, mais tarde, com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), ampliou-se para a dimensão política via inserção da sociedade no desenvolvimento de políticas públicas, em especial, por meio dos conselhos gestores.

Uma vez que as reformas, no entendimento de Fadul e Souza (2005), visam proporcionar maior governabilidade, estas também resultam em edição de leis, portarias e resoluções que, de uma forma ou outra, alteram o curso das políticas públicas. Nesta ótica, “no que se refere à abordagem gerencial, ocorreu um desapontamento em relação aos indicadores de crescimento econômico e progresso social obtidos” (PAES DE PAULA, 2005, p. 37).

Daí a origem da abordagem societal da administração pública brasileira, que tem suas raízes ainda na década de 1970 e que ganhou força na metade dos anos 1980 com as Diretas Já. Constituiu-se, desta forma, em um espaço alternativo de mobilização política, que serviu de berço para a participação popular nas discussões sobre as necessidades básicas da população, como saúde, previdência social, proteção ao trabalho, educação, entre outras garantias contempladas na CF/1988, contribuindo para a formação de lideranças populares.

Embora esta abordagem estivesse alicerçada em um enfoque social-participativo, Klering, Porsse e Guadagnin (2010) acusam o surgimento de um modelo sistêmico, em grande parte, operado por meio de programas e de ações de integração nos três níveis de governo. Nesse paradigma, estariam incluídas as políticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Diferente da visão dos autores quanto

à reforma gerencial da década de 1990, a implementação se deu pelo recuo do Estado enquanto promotor de direito dos bens e serviços, deixando de ser o protagonista do desenvolvimento social e econômico para assumir uma posição de regulação.

Assim, “de um lado, o Estado repassa à iniciativa privada o que esta pode executar sob o controle do Estado. De outro, também descentraliza para o setor público não-estatal a execução de serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado” (p. 8). A necessidade de inovação é, em contrapartida, uma necessidade do Estado que passa a subsidiar as ações de interesse social em razão de atribuição almejada e da eficiência dos serviços prestados à população. Entre as medidas seguidas, destacam-se privatizações e concessões realizadas para amenizar o tamanho do aparelho estatal, flexibilizando a sua atuação. Surgem, a partir daí, as parcerias público-privadas e parte das atividades do Estado, com ênfase para aquelas intermediárias ou de meio, assumidas por organizações privadas, algumas devendo obrigatoriamente ser sem fim lucrativos, como é o caso da saúde pública complementar.

No final da década de 1990, o modelo de reforma administrativa passa a perder força, na medida em que permanece a necessidade de atender concretamente às necessidades básicas da população (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010). Dá-se, então, ênfase à gestão de programas e ações de promoção social. Tal modelo de atuação segue a lógica das políticas empreendidas ainda na primeira metade da década de 1990, estendendo-se até meados de 2000 (FADUL; SOUZA, 2005). Assim, inicia em 2003, um novo processo de reforma, com o Estado assumindo papel de promotor da inclusão social (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010) e que, embora se assemelhe em alguns aspectos com a reforma dos anos 1990, busca promover integração dos programas de governo e constantes avaliações do desempenho administrativo.

Apesar do modelo societal contrapor-se ao gerencial, de acordo com Paes de Paula (2005, p. 41), “até o momento se observa uma continuidade em relação às práticas gerencialistas. Na realidade, a vertente societal não é monopólio de um partido ou força política, nem apresenta o mesmo consenso da vertente gerencial em relação aos objetivos e características de seu projeto político”. Sendo assim, ao passo que a vertente gerencial se fundamenta na dinâmica econômica e financeira, a societal enfatiza a relação social e política, de forma que seja possível repensar coletivamente o modelo de desenvolvimento do país.

Desta forma, ao analisar pelo menos seis variáveis entre os dois modelos, Paes de Paula autora destaca, ainda, “que a vertente societal não tem propostas completamente acabadas para as dimensões econômico-financeira e institucional-administrativa, e que a vertente gerencial lida com a dimensão sociopolítica predominantemente no âmbito do discurso” (2005, p. 41).

Assim, discute a origem, as dimensões estruturais e a organização administrativa sem, no entanto, encontrar no modelo societal propostas para a organização do Estado, exceto que há foco na organização local, bem como a busca por experiências que resultem em vias alternativas para a gestão pública. Do mesmo modo, ambas as abordagens resultam de um processo histórico evolutivo e relacionam-se muito com a orientação de cada um dos governos, seus respectivos atores e instituições envolvidas e, como tal, é um projeto não acabado.

Analisando o enfoque sistêmico proposto por Klering, Porsse e Guardian (2010), destaca-se o SUS como sistema único estruturado de forma hierarquizada entre os três níveis de governo. A reponsabilidade nas ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde se dá pela atuação simultânea dos governos federal, estadual e municipal, e do Distrito Federal. Destaca-se, entre os mecanismos de gestão integrada, a pactuação intergestores, definida na Lei Federal nº 12.466/2011, que define em seu artigo 1º que “as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2016d).

Nessa lógica, as políticas públicas em nível nacional são formuladas pelo governo federal e controladas por meio dos conselhos gestores sendo eles o Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB), respectivamente no âmbito local e estadual. Há nesse sentido, um processo de complementarização entre os diversos programas que não envolvem somente a atuação das três esferas governamentais, mas também a sociedade civil.

Metodologia

Este estudo foi realizado mediante pesquisa bibliográfica em repositórios de publicações de trabalhos científicos, que discutem os aspectos conceituais de políticas públicas. Buscou-se, também, informações contidas em arquivos cursivos e continuados sobre os serviços de saúde hospitalar, disponibilizados pelo Ministério de Saúde (MS), Secretaria Estadual da Saúde (SES), com ênfase na Política Nacional de Apoio aos Hospitais de Pequeno Porte, e consulta junto aos sistemas de informação destes órgãos e a legislação nacional.

O estudo de caso foi organizado a partir de documentos fornecidos pelo hospital analisado, do período de 2009 a 2016, como: estatuto, contratos com administração pública, histórico de atendimentos, escriturações contábeis, atas de assembleias e outros que contribuíram com o delineamento da situação da instituição diante da política analisada.

Analisou-se o objeto e as ações definidas nos contratos firmados com o ente estadual e convênios, e a regularidade no repasse dos recursos destinados ao

custeio das atividades da instituição, em comparação com o perfil geral do hospital e o papel que este desempenha em nível local e na microrregião. Por meio das atas das assembleias, pode-se verificar como a instituição se identifica diante da PNHOSP, em vista das prioridades de gestão definidas.

A partir da discussão teórica sobre políticas públicas, apresenta-se uma triangulação entre as políticas de governo e a PNHOSP, em sentido amplo, seguida da redefinição da relação dos HPP e do SUS, e da proposta de migração de leitos, apresentada pela SES/RS.

Resultados e discussões

Política Nacional de Atenção Hospitalar: contextos e aplicações

A Política Nacional de Atenção Hospitalar foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, editada pelo Ministério da Saúde. A normativa tem aplicação a todos os hospitais que atuam na rede pública, independentemente de sua natureza jurídica. Nesse aspecto, observa-se que a proposta é a articulação entre os diversos atores, sejam eles públicos ou privados, bem como da sociedade civil, cujo objeto comum é a organização do elemento hospitalar integrante da RAS. Desta forma, está-se diante de uma política pública que se aproxima da definição multicêntrica apresentada por Secchi (2012).

No plano legal, a PNHOSP reconhece em seu artigo 3º que “os hospitais são instituição complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas” (BRASIL, 2013). O problema alvo, portanto, é a guarda da vida humana em situações que não aquelas eletivas, ou seja, trata-se de casos em que o usuário/paciente apresenta complicações em seu quadro de saúde a ponto de sua vida correr risco. Assim, fala-se em atenção contínua via regime de internações e, ou, ações que visam, de modo singular, a reabilitação. Essa política se difere da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na medida em que a segunda preconiza o acesso contínuo da população aos serviços de saúde e o firmamento de “relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (BRASIL, 2016h).

O perfil assistencial dos hospitais da RAS deve ser definido com base na exterioridade demográfica e epidemiológica da população. Tal diretriz não permite, em tese, que uma instituição disponha livremente de estratégias e ações que serão utilizadas na implementação da política, seja ela em nível local tão somente, em se tratando de município de população relativamente baixa, ou em termos de micro ou macrorregião. Significa que o problema a ser solucionado está

na realidade espacial, não estando a serviço da vontade dos gestores responsáveis por conduzir os trabalhos junto às instituições privadas integrantes do SUS.

Não obstante, a PNAHOSP também inclui como ator o aparato existente na PNAB, pois esta tem a função de coordenar e orientar a atenção ao cuidado dentro da RAS. Em suma, implica dizer que a tutela maior sob a população em geral recai no poder público local, ou seja, no município, embora a política se difunda nos três níveis de governo. Espera-se a formação de “um processo de compartilhamento e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado” (BRASIL, 2016h). Desta forma, a responsabilidade quanto à indicação e encaminhamento para internação hospitalar, salvo os quadros de urgência e emergência quando o sujeito é socorrido via Rede de Urgência e Emergência (RUE), compete aos profissionais integrantes da rede de Atenção Básica (AB). Por meio dessa articulação, entre os pontos de articulação da RAS, tem-se a continuidade do cuidado.

Conforme a Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, os eixos estruturantes da Política Nacional de Atenção Hospitalar contemplam “assistência hospitalar; gestão para ampliação do acesso e qualidade na atenção hospitalar; gestão hospitalar; formação; desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização; e responsabilidades das esferas de gestão”. O financiamento segue a lógica da participação tripartite. No entanto, há referência para a busca de um *status* de sustentabilidade como base para o custeio das ações. As variáveis básicas são a população de referência, ou seja, a abrangência da instituição hospitalar e, sobretudo, a missão proposta diante da RAS.

Para o firmamento do contrato administrativo de prestação de serviços entre o ente gestor e o hospital, devem ser definidas as metas a serem cumpridas e posteriormente medidas via indicadores qualitativos e quantitativos. Incluem-se atividades de fomento à pesquisa, educação e aprimoramento das práticas hospitalares, no âmbito interno e mediante ações sociais perante a comunidade atendida. Desta forma, pode a instituição contratada, a depender dos resultados registrados em determinado período, sofrer penalizações, desde a suspensão de pagamentos até a rescisão do contrato. Mais tarde, serão analisadas as instâncias de negociação e os instrumentos de controle adotados pela administração pública nessas ocasiões.

O problema definido na Política Nacional de Atenção Hospitalar, se verificado a partir da abordagem descritiva de políticas públicas de Gavilanes (2009), permite a visualização de ações, muito além da pretensão de atendimento hospitalar no âmbito do SUS. Basta verificar, que “os recursos de investimento destinados à atenção hospitalar considerarão a ampliação da capacidade instalada, a renovação do parque tecnológico e a inovação de tecnologias, respeitando as especificidades regionais e as pactuações locais” (PORTARIA Nº 3.390/2013).

Essa medida faz com que a instituição contratada assuma, mediante assinatura de termo de compromisso, a responsabilidade quanto à aquisição de novos equipamentos, quanto ao melhoramento das instalações físicas e, ainda, quanto às adequações de ordem sanitária. É o caso também de redimensionamento de pessoal, evidenciado, por exemplo, em casos de adaptação do número de enfermeiros para cada leito/paciente, ajuste no fluxo de atendimento por meio da implantação de protocolos de acolhimento com classificação de risco, em que o tempo de espera do paciente é definido com base na gravidade do caso, entre outras situações.

Os acordos firmados no âmbito das Comissões Intergestores Regional (CIRs) e das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) também se constituem como objeto de ação da política, juntamente aos serviços hospitalares do SUS. Este é o momento em que se discute previamente ou, até mesmo, em sede de revisão, a adequação das atividades à realidade de cada região, dando conotação à questão espacial para a qual destina-se a política pública.

Do mesmo modo, o processo de escolha dos parceiros deve considerar, prioritariamente na ordem, os hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos. Tal premissa está definida no artigo 199 da CF/88 (BRASIL, 2016a), que assegura a livre iniciativa privada na assistência à saúde. Demais hospitais privados com fins lucrativos, embora estejam impedidos de receberem subvenções de recursos públicos, podem atuar como fornecedores de serviços.

Com relação às competências distribuídas de forma tripartite entre as esferas de governo, a PNAHOSP atribui ao MS sua definição, avaliação e monitoramento. Da mesma forma, para os estados e municípios, com exceção do Distrito Federal, pois, neste caso, a gestão está sob sua responsabilidade, valendo o mesmo para os hospitais mantidos via organizações de administração indireta da União. De modo geral, as atribuições são distribuídas paritariamente entre os entes. A questão do financiamento, no entanto, não é mencionada em valores e/ou percentuais na portaria analisada. Assim, cabe dar razão à Secchi (2012) quanto à constituição das políticas públicas no Brasil, porquanto apresentam diretrizes estruturantes de nível estratégico e diretrizes em nível intermediário e de operacionalização.

Semelhante ao caso das políticas públicas brasileiras voltadas para a educação, baseando-se em Secchi (2012), no caso da PNAHOSP, tem-se no Brasil um modelo de atenção hospitalar que se baseia na oferta gratuita, por meio de hospitais públicos, e na oferta financiada pelo Estado, por meio de hospitais privados sem fins lucrativos, ambos funcionando mediante diretrizes gerais do SUS. Esse exemplo revela uma política estruturante de caráter estratégico, dirigida para o enfrentamento de um problema público que é a necessidade de cuidado da saúde da população brasileira. São situações que não podem ser resolvidas mediante outros estabelecimentos de saúde, como o Pronto Atendimento Municipal (PA), que não dispõe de leitos de internação e/ou de observação, bem

como de consultas eletivas e de acompanhamento clínico que dispensam a necessidade de cuidado em tempo integral.

Atuação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

A Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) tem seu marco regulatório definido na Portaria nº 1.044/2004, editada pelo MS (BRASIL, 2004). Sua proposta inicial foi estimular a inserção dos HPP na rede hierarquizada de atenção à saúde. Além das instituições públicas, abre-se espaço para atuação dos hospitais da iniciativa privada, dotados de caráter filantrópico. Há, nesse sentido, a obrigatoriedade de que o hospital possua certificação de filantropia. Em sede da ambientalização, a instituição de saúde deve estar situada em uma microrregião ou em um município com até 30.000 (trinta mil) habitantes. O município sede deve ter cobertura de pelo menos 70% do seu território com o programa Estratégia Saúde da Família (ESF).

Critério que merece atenção é o fato de enquadrarem-se na política somente os hospitais que possuam entre cinco e 30 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mantido pelo Ministério da Saúde. Essa exigência pode ser flexibilizada, considerando a possibilidade de alteração da infraestrutura constante no CNES, ou seja, uma instituição que possui 35 (trinta e cinco) leitos cadastrados, em tese, não poderia habilitar-se na PNHPP e, assim, assumir a forma de um HPP. Entretanto, se a instituição hospitalar diminuir o número de leitos em cinco unidades, o que não implica na efetiva redução do aparato físico, terá o enquadramento reconhecido pelo órgão federal.

O problema enfrentado pela Política Nacional de Atenção Hospitalar, com base nos estudos de López (2004), é a necessidade de redefinição das relações entre os Hospitais de Pequeno Porte e o SUS. Uma vez que a adesão à política é facultativa, a redefinição do papel do hospital junto à RAS somente será modificada caso ele se sujeitar aos critérios postos pela definição normativa da política. Ora, não se pode, a essa altura, auferir a resolutividade da proposta de intervenção se, por outro lado, não consta clara a realidade ambiental. É um pouco de estratégia governamental na medida em que se conhece as potencialidades e fraquezas do local ou da região e, assim, define-se uma política pública de tratamento contundente.

Isso porque podem não ser raras as adesões firmadas unicamente com o intuito de se melhorar a receita dessas instituições, já que, segundo o autor, grande parte delas enfrenta um histórico de insuficiência financeira para o custeio das atividades e, como consequência, podem não ter clareza quanto ao real papel junto ao SUS. Daí que “para sobreviverem, induzem a demanda pela oferta de leitos com o intuito de cobrir seus custos fixos, realizando internações hospitalares de indicação pouco precisa ou mesmo desnecessária” (LÓPEZ, 2004, p. 66). Desta forma, ao mesmo tempo em que a política tenta ajustar o papel dos HPP na RAS, representa

uma forma de incremento financeiro na arrecadação do estabelecimento hospitalar.

As duas faces de natureza jurídica distinguem-se significativamente em números de estabelecimentos habilitados, sendo o seguimento privado superior à quantidade de hospitais públicos. López (2004), explica que isso se deve em função de uma questão histórica cultural, dada a forte estimulação que os gestores e comunidades praticaram no passado para a criação de pequenos hospitais, localizados, na maior parte, em municípios com até 30.000 (trinta mil) habitantes. Nessa tradição, inclui-se também a concepção de que o hospital é o local mais adequado para a resolução dos problemas de saúde, independente da sua natureza e/ou complexidade, bem como o processo de municipalização que se intensificou após a CF/1988.

Rede de atenção hospitalar a partir do caso estudado

O objeto de estudo desta pesquisa, é uma associação privada sem fins lucrativos, fundada em 10 de julho de 1955 e situada em um pequeno município do noroeste do Rio Grande do Sul, com cerca de 5 mil habitantes. Conforme atas da instituição, sua criação foi resultado de iniciativas da comunidade local e de uma congregação ligada à Igreja Católica.

A instituição hospitalar analisada não visa lucros, sendo que há 26 anos possui o título de entidade beneficente de assistência social na área de saúde. A última renovação da certificação foi deferida em fevereiro de 2017, tendo validade pelo período de 25 de novembro de 2014 a 24 de novembro de 2019, conforme Portaria nº 402 (BRASIL, 2017) do MS. Tal certificado faz com que o hospital tenha prioridade na participação junto ao SUS, conforme estabelece o artigo 25 da Lei Federal nº 8.080/1990 (BRASIL, 2016c), atuando assim, de forma complementar nos serviços de saúde pública prestados à população de sua abrangência.

De acordo com informações disponibilizadas pelo CNES (BRASIL, 2016e), a instituição estudada possui 39 leitos ao todo, dos quais 25 leitos encontram-se à disposição do SUS. Entre aqueles destinados aos atendimentos de saúde pública, 16 são de clínica geral compreendendo a especialidade de clínica médica, enquanto nove referem-se a crônicos, pediatria clínica, obstetrícia e cirurgia geral. A instituição hospitalar ainda conta com um pronto atendimento médico de 24 horas em casos de urgência e de emergência. Também atende pacientes de municípios próximos.

Além dos atendimentos públicos, realizados via Sistema Único de Saúde e Consórcio Intermunicipal de Saúde (CISA), o hospital atende planos particulares, tais como da Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul (CABERGS), Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do

Brasil (CASSI), Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul (IPE), bem como Unimed Noroeste e Alto Uruguai.

Em termos de equipe profissional atuante e de infraestrutura, esta instituição hospitalar possui cerca de 2.000 m² de área e 30 trabalhadores efetivos, entre os quais constam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, farmacêutico, técnico em radiologia, bem como empregados atuantes nos setores de higienização, alimentação e administrativo. O espaço físico (hotelaria) compõe-se de uma área relativamente grande para a atual demanda do hospital, que pode ser considerada baixa. Isso, porque, segundo informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016g), em setembro de 2016 foram processadas apenas 24 Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), demonstrando uma baixa taxa de ocupação de leitos.

Segundo documentos de atas de assembleias gerais, em 2014 o prédio passou por reformas para adequação de peças que estavam em desacordo com a legislação sanitária vigente, como no caso da lavanderia, além de modernização de alguns leitos. No entanto, verifica-se que no local ainda há espaços ociosos, que servem de abrigo para equipamentos antigos que, por uma razão ou outra, não correspondem aos serviços médicos, seja pela tecnologia ultrapassada ou porque o serviço deixou de ser realizado, como no caso do bloco cirúrgico, utilizado em cirurgias de grande porte, como cesarianas e apendicectomia.

Atualmente, a instituição detém perfil de hospital geral¹, entretanto, não se enquadra nos requisitos da PNHPP, entre os quais está o número de leitos cujo limite máximo é 30, o que não implica excluir os HPP da lista dos hospitais gerais do SUS. Ocorre que não há uma classificação quanto ao porte dos estabelecimentos hospitalares, mas de verificar se atuam com serviços especializados ou não como, por exemplo, tratamento de câncer, cardiologia etc. Sendo assim, a instituição analisada integra o grupo de 312 hospitais gerais em funcionamento no Rio Grande do Sul, incluindo os da iniciativa privada (saúde suplementar), dos quais 250 são instituições sem fins lucrativos (BRASIL, 2016f) e atuam de forma complementar no SUS.

Pode-se aduzir que o hospital analisado não apresenta um perfil voltado para um estabelecimento de referência regional, pois os serviços prestados, conforme contrato com a Secretaria Estadual da Saúde (SES), voltam-se para internações clínicas, consultas de ambulatório e pronto atendimento 24 horas. Diferencia-se, ainda, das instituições que se enquadram como de pequeno porte, apenas pelo número de leitos disponíveis, que são 39. Caso houvesse o enquadramento do hospital analisado na PNHPP, a instituição teria um acréscimo na sua receita anual de pelo menos R\$ 120.000,00. No entanto, o estudo não tem como objetivo

¹ Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Também pode dispor de serviço de urgência e emergência (BRASIL, 2016i).

unicamente apontar a eventual necessidade de se rediscutir a PNHOSP e a PNHPP enquanto política oriunda daquela ou, pelo menos, intensificar a discussão sobre as políticas públicas de saúde hospitalar e sua readequação às questões socioespaciais.

Dada as intenções de reforma da rede hospitalar recentemente apresentadas pela SES/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2016), a inspiração no modelo europeu, conforme Saltman, Bankauskaite e Vrangbaek (2007), em que o porte ótimo de um hospital é definido entre 100 e 400 leitos, distancia-se da realidade encontrada no RS, pois segundo dados do MS (BRASIL, 2016f) e contagem populacional do Censo 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (BRASIL, 2016b), o estado possui pouco mais de dois leitos de internação SUS para cada 1.000 habitantes. Se considerada a infraestrutura da rede privada, o número fica em 2,9 leitos para cada 1.000 habitantes.

Deste modo, tomando-se como base os leitos vinculados ao Serviço Nacional do Reino Unido, de acordo com Saltman, Bankauskaite e Vrangbaek (2007), 80% encontram-se localizados em hospitais cuja infraestrutura geral, incluindo a oferta para planos particulares, possui mais de 300 leitos instalados. No mesmo sentido, os autores observam um movimento expressivo de fechamento e de fusão de estabelecimentos hospitalares. No caso do estado do Rio Grande do Sul, quanto à migração de leitos de baixa complexidade para hospitais de média e alta complexidade, conforme política implantada pela SES, em 2015 (RIO GRANDE DO SUL, 2016), o resultado pode ser o abandono de parte da infraestrutura dos hospitais de pequeno e de médio porte existentes no estado, incluindo o hospital analisado neste estudo.

Embora a intenção do governo estadual seja transformar gradativamente essas instituições em postos de saúde ambulatorial ou emergências 24 horas, trata-se de uma mudança profunda na RAS. Portanto, é imprescindível que se desenvolva, antes de tudo, uma ampla discussão conjunta com os atores envolvidos, ou seja, gestores locais, representantes das instituições filantrópicas, lideranças políticas e sociedade civil. O mesmo deve ser observado com relação aos grupos de atenção prioritária, como terceira idade, gestantes, portadores de necessidades especiais, dependentes químicos, profissionais da saúde etc.

Conclusão

Ao se analisar a definição de política pública apresentada por Gavilanes (2009), verificou-se que, embora existam muitas tentativas de conceituação acerca de políticas públicas, entre uma e outra definição, também há falhas. Por essa razão, o autor chama a atenção para a composição do ambiente de tais políticas. Portanto, ainda que este estudo não tenha se proposto a limitar as tentativas de

aperfeiçoamento conceitual, é oportuno destacar os elementos que compõem uma política pública. Isso inclui o sistema político e o respectivo ordenamento jurídico, as organizações públicas e as comunidades que se beneficiam ou são afetadas pela própria política. Em decorrência disso, verifica-se a importância de se discutir uma abordagem ampla para política pública, capaz de integrar o seu espaço como um elemento essencial.

Em sede do caso analisado, os hospitais de pequeno porte, dentro dos seus limites, são de suma importância para a rede de atenção à saúde, especialmente no caso dos municípios que, além de estarem distantes de centros especializados, possuem baixa população. Pode ser oportuno, nessas situações, a união de municípios vizinhos no cofinanciamento das atividades desenvolvidas por essas instituições, agregando, assim, resolutividade à assistência prestada pelas unidades da atenção básica da rede existente. É o caso, por exemplo, da assistência alternativa à internação hospitalar no cuidado com idosos, acamados, pacientes especiais, entre outras situações que não se enquadram necessariamente na atenção básica, dada a atenção de natureza hospitalar, assim como aquelas situações que exigem cuidado prolongado.

Se a PNHPP, além de outros objetivos, visou a inserção dos hospitais de pequeno porte na rede hierarquizada do SUS, tal política merece atenção, em especial, da administração pública. Os ajustes propostos devem, além de observar determinados indicadores socioeconômicos e de demografia, assegurar amplo debate com participação dos diversos atores envolvidos, direta ou indiretamente. Do contrário, conforme a literatura analisada, a atuação da administração pública e, por conseguinte, a concepção de políticas públicas como mecanismo empregado no tratamento de problemas alvo, partem para a definição gerencial e estatista, respectivamente, impedindo a formação de um espaço alternativo na mobilização de políticas públicas e, conseqüentemente, a participação popular e da sociedade civil nos processos de discussão, formulação, implementação, avaliação dos resultados e controle.

De acordo com todos os aspectos até aqui apresentados, acredita-se que o presente estudo vem a ser relevante para os gestores e para os profissionais atuantes na administração pública, especificamente, para os gestores, para os administradores e para os profissionais atuantes em instituição hospitalar, assim como para os estudantes da área de gestão e de políticas públicas. Pois a pesquisa possibilita o aprofundamento das políticas públicas, por meio de diferentes abordagens voltadas para a área da gestão pública hospitalar, ao mesmo tempo em que possibilita a reflexão sobre as aplicabilidades das teorias abordadas a partir da análise de um contexto real, para fins de promover melhorias e contribuições na administração pública deste espaço de saúde, especialmente no que condiz aos hospitais de pequeno porte.

Embora o estudo seja importante, ao reforçar que existem falhas na aplicabilidade das políticas públicas, possibilitando novas alternativas de mobilização e redefinição destas políticas, a pesquisa centrou-se em um estudo de caso único e pontual. Desta forma e com o objetivo de aprofundar a temática, bem como comparar semelhanças e divergências, sugere-se futuros estudos multicaseos em outras instituições hospitalares de pequeno porte, tanto em nível local como em regional e em um contexto ampliado. Em um segundo momento, como ampliação do tema, poderiam ser estudados também hospitais de médio e grande porte para verificar a relação das políticas públicas e suas abordagens com estes diferentes perfis.

Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 13 nov. 2016a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estado do Rio Grande do Sul**. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs>>. Acesso em: 13. nov. 2016b.

BRASIL. **Lei N. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 nov. 2016c.

BRASIL. **Lei N. 12.466, de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 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. Brasília/DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 13 nov. 2016d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Brasília/DF. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=4319102707608&VEstado=43&VCodMunicipio=431910>. Acesso em: 13 nov. 2016e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cnes - estabelecimentos por tipo - Rio Grande do Sul.** Brasília/DF. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabrs.def>>. Acesso em: 13 nov. 2016f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Internações hospitalares do SUS - por local de internação - RS.** Brasília, DF. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxrs.def>>. Acesso em: 13 nov. 2016g.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília/DF, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tipo de estabelecimento.** Brasília/DF. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em 13 nov. 2016i.

BRASIL. **Portaria N. 1.044, de 01 de junho de 2004.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: Ministério de Saúde, 2 jun. 2004. Seção 1, p. 42.

BRASIL. **Portaria N. 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 31 dez. 2013. Seção 1, p. 54-56.

BRASIL. **Portaria N. 402, de 21 de fevereiro de 2017.** Altera a Portaria N. 267, de 22 de março de 2017, que dispõe sobre as condições gerais para aquisição de imóveis com recursos advindos da integralização de cotas no Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), no âmbito do Programa Nacional de Habitação Urbana (PNHU), integrante do Programa Minha Casa, Minha Vida (PMCMV). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 22 fev. 2017. Seção 1, p. 47.

FADUL, E.; SOUZA, A. R. ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, 29, 2005, Brasília. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2005. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2005/APS/2005_APSB1721.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

GAVILANES, R. V. Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. **Desafíos**, Bogotá, v. 20, p. 149-187, jan./jun. 2009.

KLERING, L. R.; PORSE, M. C. S.; GUADAGNIN, L. A. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 4-17, jan./jun. 2010.

LIMA, W. G. Política pública: discussão de conceitos. **Interface**, Tocantins, n. 5, p. 49-54, out. 2012.

LÓPEZ, E. M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2004. 132 f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Brasília, 2004.

PAES DE PAULA, A. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 36-49, jan./mar. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Secretário anuncia metas e projetos prioritários da saúde**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/9340/?Secret%C3%A1rio_anuncia_metas_e_projetos_priorit%C3%A1rios_da_Sa%C3%BAde>. Acesso em: 13 nov. 2016.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K. **Decentralization in health care: strategies and outcomes**. New York: Open University Press, 2007.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

UGÁ, M. A. D.; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

Endereço para correspondência:

Vanilson Viana Cardoso – contato@vanilson.adv.br
Rua Aristeu Pereira, 756 – Bairro Burtet
98700-000 Ijuí/RS, Brasil

Juliana da Fonseca Capssa Lima Sausen – jucapssa@gmail.com
Rua do Comércio, 3000 – Bairro Universitário
98700-000 Ijuí/RS, Brasil

Sérgio Luís Allebrandt – allebr@unijui.edu.br
Rua do Comércio, 3000 – Bairro Universitário
98700-000 Ijuí/RS, Brasil

Airton Adelar Mueller – airton.mueller@unijui.edu.br
Rua do Comércio, 3000 – Bairro Universitário
98700-000 Ijuí/RS, Brasil

Lurdes Marlene Seide Froemming – lurdesf@unijui.edu.br
Rua do Comércio, 3000 – Bairro Universitário
98700-000 Ijuí/RS, Brasil

Daniel Knebel Baggio – baggiod@unijui.edu.br
Rua do Comércio, 3000 – Bairro Universitário
98700-000 Ijuí/RS, Brasil

