

Melhoria da qualidade da atenção hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental?

Madaí Souza de Carvalho

Orientador: Alexandre Giroux Cavalcanti

Coletânea de Pós-Graduação
Políticas Públicas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

MINISTROS

Ana Arraes (Presidente)
Bruno Dantas (Vice-Presidente)
Walton Alencar Rodrigues
Benjamin Zymler
Augusto Nardes
Aroldo Cedraz
Vital do Rêgo
Jorge Oliveira
Antonio Anastasia

MINISTROS-SUBSTITUTOS

Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa
André Luis de Carvalho
Weder de Oliveira

MINISTÉRIO PÚBLICO JUNTO AO TCU

Cristina Machado da Costa e Silva (Procuradora-Geral)
Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-Geral)
Paulo Soares Bugarin (Subprocurador-Geral)
Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)
Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)
Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)
Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)

DIRETORA-GERAL

Ana Cristina Melo de Pontes Botelho

**DIRETORA DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS,
PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS**

Flávia Lacerda Franco Melo Oliveira

**CHEFE DO DEPARTAMENTO
DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS**

Clemens Soares dos Santos

CONSELHO ACADÊMICO

Maria Camila Ávila Dourado

Tiago Alves de Gouveia Lins e Dutra

Marcelo da Silva Sousa

Rafael Silveira e Silva

Pedro Paulo de Moraes

COORDENADORA ACADÊMICA

Renata Miranda Passos Camargo

COORDENADORES PEDAGÓGICOS

Pedro Paulo de Moraes

Flávio Sposto Pompêo

COORDENADORA EXECUTIVA

Maria das Graças da Silva Duarte de Abreu

PROJETO GRÁFICO E CAPA

Núcleo de Comunicação – NCOM/ISC

Melhoria da qualidade da atenção hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental?

Madaí Souza de Carvalho

Monografia de conclusão de curso submetida ao Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União como requisito parcial para a obtenção do grau de especialista.

Orientador:

Me. Alexandre Giroux Cavalcanti

Banca examinadora:

Dr. Elman Fontes Nascimento

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CARVALHO, Madaí Souza. Melhoria da atenção da qualidade hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental? 2022. Trabalho de Conclusão de Curso da Pós-Graduação *lato sensu* em Controle de Políticas Públicas – Instituto Serzedello Corrêa, Escola Superior do Tribunal de Contas da União, Brasília DF. 75 fl.

CESSÃO DE DIREITOS

Nome da autora: Madaí Souza de Carvalho.

Título: Melhoria da qualidade da atenção hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental?

Grau/ano: Especialista/2022.

É concedido ao Instituto Serzedello Corrêa (ISC) permissão para reproduzir cópias deste Trabalho de Conclusão de Curso e emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. Do mesmo modo, o ISC tem permissão para divulgar este documento em biblioteca virtual, em formato que permita o acesso via redes de comunicação e a reprodução de cópias, desde que protegida a integridade do conteúdo dessas cópias e proibido o acesso a partes isoladas desse conteúdo. O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Nome: Madaí Souza de Carvalho

E-mail: madaisc@tcu.gov.br

FICHA CATALOGRÁFICA

L131a Carvalho, Madaí Souza.

Melhoria da qualidade da atenção hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental? Madaí Souza de Carvalho; orientador Alexandre Cavalcanti Giroux. – Brasília: ISC/TCU, 2022. 75 fl. (Monografia de Especialização)

Atenção hospitalar. Qualidade em saúde. Melhoria da qualidade. Políticas públicas. Agenda governamental. II. Instituto Serzedello Corrêa/Tribunal de Contas da União. Especialização em Controle de Políticas Públicas. III. Título.

CDU 02
CDD 020

Melhoria da qualidade da atenção hospitalar no Brasil: um tema fora da agenda governamental?

Madaí Souza de Carvalho

Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação lato sensu em Controle de Políticas Públicas realizado pelo Instituto Serzedello Corrêa como requisito para a obtenção do título de especialista.

Brasília, 23 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora:

Orientador: Me. Alexandre Giroux Cavalcanti
Tribunal de Contas da União (TCU)

Avaliador: Dr. Elman Fontes do Nascimento
Tribunal de Contas da União (TCU)

Resumo

Estudos realizados pelo Banco Mundial na década de 90 demonstraram que, nada obstante a crescente evidência de insuficiência da qualidade dos serviços de saúde no Brasil, em especial aqueles prestados pelos hospitais, as autoridades nacionais não empreendiam esforços coerentes e sustentáveis para colocar na agenda as questões relacionadas ao tema. Em 2004, o Ministério da Saúde, no âmbito do plano da Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, reconheceu que pouco se sabia a respeito da qualidade dos serviços ofertados nos hospitais brasileiros. Neste contexto, o que teria sido feito nos últimos anos para mudar esse cenário? Estaria o tema fora da agenda governamental, especialmente na esfera da União, principal financiadora desses serviços e, por meio do Ministério da Saúde, responsável pela definição da política nacional de saúde? Buscando responder a esses questionamentos e considerando os estudos sobre a formação da agenda governamental - uma das fases do ciclo das políticas públicas-, o presente trabalho teve por objetivo analisar a atenção dada à melhoria da qualidade da atenção hospitalar na agenda do governo federal, mais especificamente do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2019, tendo por base os principais instrumentos de planejamento governamental em saúde. Foram selecionados para análise os Planos Plurianuais (PPAs), os Planos Nacionais de Saúde (PNSs), os Planos Estratégicos do Ministério da Saúde (PE-MS) e os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde desse período, pois são neles que se manifestam a agenda do governo federal e são definidas as prioridades na área da saúde no país, podendo ser considerados, por isso, importantes indicadores de atenção governamental. Os resultados do estudo revelaram que, nos aludidos instrumentos, quando se fala na atenção hospitalar, o foco é voltado para a expansão do acesso e não se demonstra expressamente atenção especial à qualidade desses serviços; e, quando se trata da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a atenção é dada à atenção básica. Desta forma, pode-se concluir que, pelo menos nesses documentos analisados, a melhoria da atenção hospitalar não vem sendo, de fato, prioridade na agenda do governo federal, em especial do Ministério da Saúde. Apesar de terem sido identificados alguns esforços promissores e inovadores dessa Pasta voltados para melhorar os serviços hospitalares, as soluções são fragmentadas, isoladas e algumas não tiveram

continuidade, não podendo ser consideradas, portanto, políticas nacionais estratégicas e sistêmicas.

Palavras-Chaves: atenção hospitalar; qualidade em saúde; melhoria da qualidade; políticas públicas; agenda governamental.

Abstract

Studies carried out by the World Bank in the 1990s showed that, despite the growing evidence of the insufficient quality of health services in Brazil, including those provided by hospitals, national authorities did not undertake coherent and sustainable efforts to place related issues on the agenda to the topic. Regarding hospital care, improving the quality of services is still a challenge for the Unified Health System (SUS). Given this, it is questioned whether the issue would be outside the agenda-setting especially in the sphere of the Union, which, among other attributions, is responsible for defining the national health policy. Seeking to answer this question and considering the studies on the formation of the agenda, one of the phases of the cycle of public policies, this study aimed to analyze the attention given to improving the quality of hospital care in the federal government's agenda, more specifically in the Ministry of Health, from 2008 to 2019, based on the main government planning instruments. Multi-year plans (PPAs), national health plans (PNSs), Ministry of Health strategic plans, and reports from national health conferences from that period were selected for analysis, as the federal government's agenda and because it is in them that the priorities around health in the country are defined, and they can be considered, therefore, important indicators of governmental care. The results of the study revealed that, in the aforementioned documents, when it comes to improving the quality of health services, priorities are given to primary care and not to hospital services. And, when it comes to hospital care, the focus is on the expansion of access and there is no express concern with the quality of services. Thus, despite the relevance of the issue, it can be concluded that at least in the main planning instruments analyzed, the improvement of hospital care has not been a priority on the federal government's agenda, especially the Ministry of Health. Although some efforts by the Ministry of Health to promote the improvement of the quality of hospital services have been identified, the solutions are fragmented, isolated and some did not have continuity, and therefore cannot be considered as strategic and systemic national policies.

Keywords: hospital care; quality in health; quality improvement; public policy; agenda-setting.

Lista de figuras

Figura 1 - Ciclo das políticas públicas	21
Figura 2 - Diagnóstico e caracterização do problema.....	21
Figura 3 - Formação da agenda	22
Figura 4 - Definição de alternativas	23
Figura 5 - Tipos e momentos da avaliação da política pública	25
Figura 6 - Dimensões da qualidade.....	38
Figura 7 - Incidência doenças causadas por eventos adversos, 2015	39
Figura 8 - Representação da visão sistêmica da melhoria da qualidade.....	42

Lista de abreviaturas e siglas

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEBAS - Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde.
CFB – Constituição Federal do Brasil
ESF – Estratégia Saúde da Família
IAC - Incentivo de Adesão à Contratualização
IGH - Incentivo para a Qualificação da Gestão Hospitalar
IOM - *Institute of Medicine*
LOA – Lei orçamentária anual
LDO – Lei de diretrizes orçamentárias
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PNH - Política Nacional de Humanização
PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPA- Plano Plurianual
PROADI - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
QUALISUS- Qualidade de Serviços de Saúde no SUS
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RG – Relatório de Gestão
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SAES/MS - Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde.
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS - Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
UBS- Unidade Básica de Saúde
UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1.	Introdução	13
2.	Objetivos	16
2.1.	Objetivo geral.....	16
2.2.	Objetivos específicos	16
3.	Metodologia	17
4.	Desenvolvimento	19
4.1.	Referencial teórico	19
4.1.1.	Políticas públicas – aspectos conceituais e teóricos	19
4.1.1.1.	O ciclo das políticas públicas	20
4.1.1.1.1.	Um pouco mais sobre a formação da agenda de políticas públicas.....	25
4.1.1.1.1.1.	Dos estudos sobre a agenda de políticas públicas	26
4.1.1.1.1.2.	Os estudos sobre a agenda governamental no Brasil.....	30
4.1.2.	Do papel do Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas	33
4.1.3.	Da atenção hospitalar no Brasil	35
4.1.3.1.	Qualidade na atenção hospitalar	36
4.1.3.1.1.	Conceito e dimensões da qualidade na atenção hospitalar	36
4.1.3.1.2.	Por que falar sobre melhoria da qualidade da atenção hospitalar?.....	38
4.1.3.1.3.	Da necessidade de políticas públicas específicas para a melhoria da qualidade da atenção hospitalar.....	41
4.2.	Resultados e discussão	43
4.2.1.	Da atenção dada à melhoria da qualidade da atenção no período de 2008 a 2019	43
4.2.1.1.	Análise do Plano Plurianual (PPA).....	44
4.2.1.2.	Análise do Plano Nacional de Saúde (PNS)	50
4.2.1.3.	Análise do Plano Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS)	56
4.2.1.4.	Análise do Relatório da Conferência Nacional de Saúde.....	58
4.2.2.	Algumas medidas do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares	61
5.	Conclusão	67
	Bibliografia	69
	Glossário	73

1. Introdução

A Constituição Federal do Brasil (CFB) reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da CFB).

Para alcançar o objetivo acima, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos dos arts. 198 e 200 da CFB, que foi regulamentado dois anos depois, pela Lei 8.080/1990 (atualmente regulamentada pelo Decreto 7.508/2011).

A partir de então, o SUS busca oferecer acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde no país. Em 2018, o SUS cobria mais de duzentas milhões de pessoas, sendo 80% delas dependentes exclusivamente do sistema para qualquer atendimento médico¹.

Ao longo dos seus mais de trinta anos, esse sistema de saúde permitiu grandes avanços em diversas políticas públicas de saúde no país, sendo algumas reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como modelos para outros países ².

Em que pesem as grandes conquistas, a saúde pública no país ainda enfrenta diversos problemas, entre eles, a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Especificamente no que tange à atenção hospitalar, diversas situações podem demonstrar que a qualidade dos hospitais públicos brasileiros ainda é um desafio para o SUS, cita-se, como exemplo: dificuldade e demora no acesso, descontinuidade de tratamentos, casos de negligência médica com impacto na saúde do paciente, problemas na estrutura e gestão das unidades hospitalares, ineficiência na aplicação dos recursos, entre muitos outros.

Salienta-se que, conforme o Ministério da Saúde (2004), no Brasil os hospitais são de grande relevância e importância na organização da rede de assistência do

¹ Fonte: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/01/25/na-saude-governo-deve-enfrentar-desafio-de-financiar-o-sus>. Acesso em 1º de fev. de 2021.

² Já foram reconhecidas internacionalmente como exitosas a Estratégia Saúde da Família (ESF), os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), o Programa Nacional de Imunizações (PNI), Programa de Transplantes, Programa Nacional de DST e Aids e Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

SUS, tanto pelo tipo de serviços prestados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, quanto pelo considerável volume de recursos consumidos pelo nível hospitalar.

Além de ter impacto direto na saúde dos pacientes, a baixa ou má qualidade desses serviços gera também desperdício de recursos públicos e ameaça a viabilidade econômica e a sustentabilidade do SUS³.

E, apesar da relevância do tema, em 1994, pouco tempo após a regulamentação do SUS, estudos realizados pelo Banco Mundial demonstraram que, nada obstante a crescente evidência de insuficiência de qualidade desses serviços de saúde no Brasil, as autoridades nacionais não empreendiam esforços coerentes e sustentáveis para colocar na agenda as questões relacionadas ao assunto ⁴.

Após dez anos dos estudos acima mencionados, em 2004, o Ministério da Saúde, no âmbito do plano de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, apontou que no “que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe” ⁵.

Neste contexto, o que teria sido feito nos últimos anos para mudar esse cenário? Estaria a melhoria da qualidade da atenção hospitalar fora da agenda do governo brasileiro?

Buscando responder os questionamentos acima e considerando os principais aspectos teóricos e conceituais acerca da formação da agenda governamental, o presente trabalho teve por objetivo analisar a atenção dada à melhoria da qualidade da atenção hospitalar na agenda do governo federal, mais especificamente do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2019, tendo por base os principais instrumentos de planejamento governamental em saúde.

Pretende-se, com os resultados do estudo, obter uma melhor compreensão acerca da atenção e envolvimento, especialmente do governo federal, com a melhoria da qualidade da atenção hospitalar. A leitura dos resultados pode gerar uma reação no sentido de ampliar a discussão sobre a necessidade de incluir o assunto na agenda

³ Apesar da limitação de pesquisas e dados confiáveis no Brasil, La Forgia e Couttolenc (2009) estudaram alguns casos que mostraram que a baixa qualidade é em geral associada ao aumento de despesas nas unidades hospitalares estudadas.

⁴ Os resultados desses estudos constam do livro Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. Gerad. M. La Forgia, Bernard F. Couttolenc. São Paulo: Singular.2009.

⁵ Ministério da Saúde. Plano de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sistema_atencao_hospitalar_brasileiro.pdf. Acesso em 25 abr. 2021.

governamental, tanto por parte dos gestores públicos da área da saúde quanto por aqueles que têm interesse na temática.

Ademais, espera-se que os resultados alcançados possam contribuir, de alguma forma, com futuras ações desenvolvidas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) sobre a qualidade da atenção hospitalar.

A pretensão acima se justifica porque o TCU, enquanto órgão de Controle Externo, definiu, em seu Planejamento Estratégico 2019-2025, como um dos seus objetivos “fomentar o aperfeiçoamento da gestão dos órgãos e entidades da área da saúde **com foco na eficiência e qualidade dos serviços prestados**” (grifos nossos).

Um dos trabalhos realizados pelo TCU para alcançar o objetivo acima foi realizado entre junho de 2019 e abril de 2020, e buscou identificar critérios para realização de auditoria de avaliação de desempenho nas unidades hospitalares públicas prestadoras de serviços de saúde de média e alta complexidade no âmbito do SUS. A fiscalização foi apreciada pelo Acórdão 1.108/2020 – TCU – Plenário.

O levantamento acima, todavia, focou na dimensão eficiência dos hospitais, não tratando do tema qualidade como um todo. E, apesar de diversas fiscalizações na área da saúde, o TCU ainda não realizou trabalhos específicos sobre a melhoria da qualidade da atenção hospitalar. Essa foi, portanto, mais uma justificativa para a escolha deste tema para o presente estudo.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Analisar a atenção dada ao tema melhoria da qualidade da atenção hospitalar na agenda do governo federal, em especial do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2019, tendo por base os principais instrumentos de planejamento governamental em saúde.

2.2. Objetivos específicos

- a) Identificar se o tema qualidade da atenção hospitalar **foi tratado**, de alguma forma, nos instrumentos de planejamento governamental selecionados.
- b) Examinar em **qual contexto** o tema qualidade da atenção hospitalar foi tratado nos referidos instrumentos.
- c) Analisar se, em algum período específico, pode-se considerar que a questão ⁶ **recebeu mais atenção** do governo federal/Ministério da Saúde; e por qual motivo recebeu essa atenção especial.
- d) Identificar **possíveis esforços do Ministério da Saúde**, voltados para a melhoria da qualidade hospitalar, e que não estão indicadas expressamente nos instrumentos de planejamento selecionados ou foram mencionados apenas de forma indireta.

⁶ “Questão” neste trabalho é utilizada como sinônimo de problema público.

3. Metodologia

No presente trabalho, utilizou-se uma metodologia com abordagem qualitativa de pesquisa, valendo-se de pesquisa bibliográfica e documental.

Para familiarizar e elevar a compreensão do objeto do estudo, no tópico Referencial Teórico, inicialmente foram apresentados os principais aspectos conceituais e teóricos referentes às políticas públicas e seus ciclos, dando-se ênfase à fase de formação da agenda. Em outro ponto, apresentou-se uma visão acerca do papel do Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas, bem como foi apresentada uma visão geral acerca da atenção hospitalar no Brasil e sobre conceitos e aspectos relacionados à qualidade desses serviços.

Na segunda parte, são apresentados os Resultados e Discussões deste trabalho, utilizando-se da pesquisa documental, por meio da técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2006, apud MOZZATO & GRZYBOVSKI, 2011), na análise de conteúdo a sistematização dos dados e informações se divide em três fases: pré-análise, exploração (do material) e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

Seguindo essa sistemática, inicialmente foi feita uma ampla pesquisa no portal do Ministério da Saúde e em outros sítios oficiais, a fim de localizar documentos oficiais e os instrumentos de planejamento desse órgão e do governo federal, que foram aqui considerados como fonte de dados/informações para a investigação da atenção governamental.

Foram escolhidos para esta análise os seguintes instrumentos de planejamento:

- a) Plano Plurianual (PPA);
- b) Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS);
- c) Plano Nacional de Saúde (PNS); e
- d) Relatório das Conferência Nacional de Saúde.

Esses planos e relatórios foram escolhidos porque são neles que se manifestam a agenda governamental da área da saúde, podendo ser considerados, dessa maneira, importantes indicadores de atenção governamental e das prioridades do governo federal e do Ministério da Saúde.

Esse critério de escolha também foi pautado nos principais estudos e pesquisas acerca da formação da agenda governamental, principalmente as reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas desenvolvidas no âmbito do projeto Laboratório de Estudos sobre a Agenda Governamental. Esse projeto tem por objetivo monitorar e analisar o ingresso e saída de temas na agenda, com foco no governo federal, conforme será visto com mais detalhes no referencial teórico a seguir.

Apesar de a metodologia ora proposta ter sido inspirada e baseada nos estudos e pesquisas desenvolvidas no âmbito do projeto acima mencionado, o escopo aqui adotado foi completamente diferente daqueles trabalhos. Destarte, não se teve aqui a pretensão de aplicar e testar os modelos metodológicos ali apresentados.

No que tange à temporalidade, para a análise, considerou-se o período de 2008 a 2019, de forma a compreender os três últimos PPA,s (2008-2011, 2012-2015 e 2016-2019) e envolver diferentes gestões. Além disso, o limite até 2019 levou em consideração o fato de, em 2020, a agenda do governo federal, principalmente do Ministério da Saúde, ter sofrido grandes alterações em razão da pandemia causada pelo novo coronavírus (Covid-19).

Na fase de exploração e tratamento do material, foi feita uma análise profunda de forma a identificar se, nos documentos selecionados, a qualidade da atenção hospitalar foi mencionada, quer de forma direta ou indireta, o respectivo contexto e se em algum período específico a questão recebeu mais atenção.

Ademais, de forma complementar, a fim de identificar possíveis esforços do Ministério da Saúde nesse período, para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares, mas que não estavam indicados expressamente nos instrumentos de planejamento selecionados ou foram mencionados apenas de forma indireta, incluiu-se ainda no objeto da análise documentos oficiais que contivessem essas informações. Foram examinados, principalmente, os relatórios de gestão (RG) do Ministério da Saúde, da sua Secretaria Executiva e da então Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)⁷ relativos a esse período. Essa última abordagem é feita apenas a título de complementação de informações, vez que políticas públicas já implementadas não foi o foco do presente trabalho, que foi voltado para a fase de formação da agenda governamental.

⁷ Com o Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019, a SAS passou a se chamar Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes).

4. Desenvolvimento

4.1. Referencial teórico

De forma a familiarizar e elevar a compreensão do objeto do presente estudo, neste tópico serão apresentados os principais aspectos conceituais e teóricos referentes às políticas públicas e seus ciclos, dando-se ênfase à fase de formação da agenda.

Em seguida, será apresentada uma visão acerca do papel do Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas, bem como será exposta uma visão geral sobre o tema atenção hospitalar e qualidade desses serviços.

4.1.1. Políticas públicas – aspectos conceituais e teóricos

Há diversos conceitos/significados para o termo política pública. Alguns autores a define como sendo a soma das ações governamentais que buscam solucionar um problema público. Embora polêmico, há também quem entenda que a própria omissão deliberada do Estado, ao deixar de fazer algo, também pode ser considerada uma política pública⁸.

O Tribunal de Contas da União (TCU), adotando um conceito mais operacional, considera políticas públicas o conjunto de intervenções e diretrizes, emanadas de atores governamentais (abordagem estatista ou estadocêntrica), que visam tratar, ou não, problemas públicos e que requerem, utilizam ou afetam recursos públicos⁹.

Nesse contexto, o TCU considera políticas públicas não apenas aquelas explícitas em atos normativos, mas também outras ações concretas e diretrizes, emanadas de atores políticos/governamentais.

No que tange aos estudos das políticas públicas, há pelo menos sete perspectivas para sua análise ¹⁰:

⁸ Interpretação dada ao primeiro parágrafo do item 1.1 do Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.

⁹ Esse é o conceito adotado para políticas públicas pelo TCU em seu Referencial de Controle de Políticas Públicas.

¹⁰ SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete Ferrarezi (Org.) Políticas públicas: coletânea. Brasília, DF: ENAP, 2006. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2914/1/160425_coletanea_pp_v1.pdf. Acesso em 17 abr. 2021.

- a) estudos de conteúdos políticos, em que o analista procura descrever e explicar a gênese e o desenvolvimento de políticas específicas;
- b) estudos do processo das políticas, em que se presta atenção às etapas de um determinado assunto e se procura verificar a influência de diferentes setores no seu desenvolvimento;
- c) estudos de produtos de uma política, que tratam de explicar por que os níveis de despesa ou o fornecimento de serviços variam entre áreas;
- d) estudos de avaliação, que se localizam entre a análise de política e as análises para a política e podem ser descritivos ou prescritivos;
- e) informação para a elaboração de políticas, em que os dados são organizados para ajudar os tomadores de decisão;
- f) análise de processo, em que se procura melhorar a natureza dos sistemas de elaboração de políticas; e
- g) análise de políticas, em que se descreve e explica as causas e consequências da ação do governo e das decisões políticas.

Haja vista as perspectivas acima, este trabalho se trata de uma análise do processo da política pública, mais especificamente do seu ciclo, com ênfase na etapa de formação da agenda. Desta forma, o subtópico a seguir irá apresentar as principais fases/etapas desse ciclo.

4.1.1.1. O ciclo das políticas públicas

Cada política pública passa por um processo de elaboração, o qual envolve diversas etapas/estágios, conhecido na literatura como ciclo de políticas públicas ou *policy cycle*.

Sobre o tema, pondera Secchi (2019) que, apesar da sua utilidade heurística, o ciclo de políticas públicas raramente reflete a real dinâmica ou vida de uma política pública, visto que as fases geralmente se apresentem misturadas, com sequências alternadas. Desse modo, na prática, as políticas dificilmente se comportam como um ciclo linear.

A despeito dessa ponderação, os autores mais tradicionais apresentam várias propostas de divisão do ciclo da política pública. O autor acima citado sugere a divisão nas seguintes fases: identificação do problema, formação de agenda, formulação de

alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção, consoante representado na figura abaixo.

Figura 1 - Ciclo das políticas públicas



Fonte: Secchi (2019).

I. Identificação do problema

A fase de identificação do problema pode ser entendida como o momento em que se percebe uma situação que gera incômodo ou insatisfação pública e que exige, ou não, a necessidade de atuação/intervenção do Estado. Nessa fase, há a delimitação e caracterização do problema, bem como a identificação de público-alvo e de possíveis causas, efeitos e formas de tratamento¹¹.

Figura 2 - Diagnóstico e caracterização do problema



Fonte: Referencial de políticas públicas do Tribunal de Contas da União

A identificação do problema pode ocorrer por diferentes atores, como universidades, governos, organizações sociais, agentes de mídias, partidos políticos,

¹¹ Referencial de controle de políticas públicas do Tribunal de Contas da União (TCU). Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/referencial-de-controle-de-politicas-publicas.htm>>. Acesso em 10 abr. 2021.

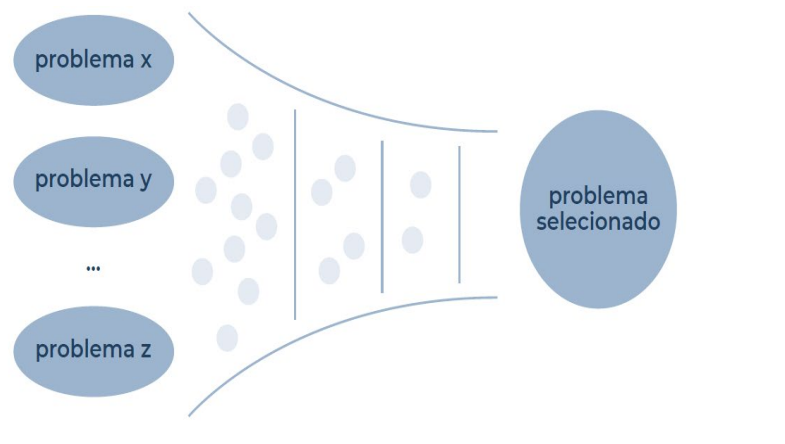
agentes políticos, entre outros¹²; e acontece todos os dias em todas as áreas setoriais de políticas públicas, tais como aumento do desemprego e do desmatamento, violência infantil, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, má qualidade dos serviços de educação e de saúde prestados pelo Estado etc.

Após avaliação preliminar, alguns problemas públicos, em diferentes contextos, são considerados relevantes e prioritários pela sociedade e pelo governo e passam a fazer parte da agenda governamental.

II. Formação da agenda

Segunda etapa do ciclo de políticas públicas, a formação da agenda corresponde a uma etapa pré-decisória, na qual as questões que, de alguma forma, chamaram a atenção do governo ou tomadores de decisão, são disseminadas e se transformam em prioridades governamentais, sendo apresentadas, neste momento, as possíveis soluções para essas questões.

Figura 3 - Formação da agenda



Fonte: Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU

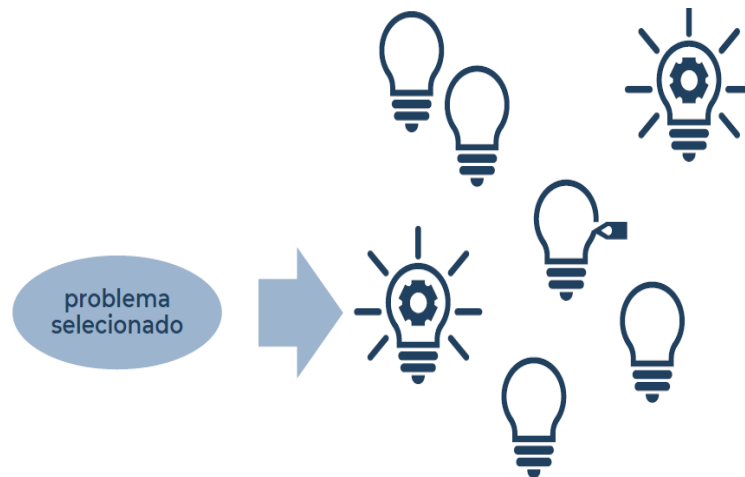
A formação da agenda será objeto de exame detalhado mais adiante, visto que se trata do foco deste estudo.

III. Formulação/definição de alternativas

Nesta fase são definidas as alternativas possíveis para lidar com aquele problema que foi selecionado/introduzido na agenda. É neste momento que são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações que poderão alcançar os objetivos estabelecidos (SECCHI, 2019).

¹² Avaliação de Políticas Públicas: Guia prático de análise ex post. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32688&Itemid=433.

Figura 4 - Definição de alternativas



Fonte: Referencial de políticas públicas do Tribunal de Contas da União (TCU)

Segundo o Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU (que seguiu, entre outros, o modelo britânico), esse estágio engloba o desenho da lógica de intervenção; a identificação de possíveis alternativas de tratamento do problema público (lista longa); a seleção e análise de um subconjunto de alternativas consideradas viáveis (lista curta); e a seleção de alternativa de tratamento do problema público, com base em critérios ponderados como, por exemplo, custo-benefício e custo-efetividade.

Entretanto, na prática, às vezes a solução para um problema público pode se desenvolver sem uma definição clara do que se busca enfrentar/resolver, por meio de processos que se estendem por muito tempo, envolvendo diferentes atores com visões distintas acerca do Estado e sua atuação, e que acabam por incorporar ideias diferentes e muitas vezes contraditórias sobre o que o governo pode fazer (CAPELLA, 2018). Daí a importância da participação, nesta etapa, de especialistas e pessoas que possuem competência técnica sobre o problema público para apresentar as possíveis soluções e alternativas.

IV. Tomada de decisão

A tomada de decisão sucede a fase de formulação de alternativas de solução. Essa etapa representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas, o que representa o nascimento da política pública (SECCHI, 2019).

V. Implementação

A implementação da política pública consiste em pôr em prática/materializar - por meio de diferentes atores, recursos, instrumentos e meios - o que fora decidido para solucionar um dado problema público.

Esse estágio é considerado um dos mais difíceis e críticos do processo de políticas públicas, pois é nele que qualquer deficiência na concepção das políticas ou quaisquer vulnerabilidades relacionadas ao ambiente externo se tornarão visíveis¹³.

VI. Avaliação

A fase de avaliação está associada à ideia de acompanhamento de desempenho, mensuração de resultados e aferição de impactos¹⁴. Tem por objetivo verificar a validade de uma política pública.

Essa avaliação pode ocorrer enquanto a política pública está sendo formulada/concebida (*ex ante*), durante sua implementação (*in itinere*) ou após sua execução (*avaliação ex post*), conforme representado na figura abaixo.



Fonte: Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), 2015.

¹³ Xun Wu, M. Ramesh, Michael Howlett, Scott Fritzen. Guia de políticas públicas: gerenciando processos; traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>>.

¹⁴ Conceito utilizado no Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU.

VII. Extinção

Considerada última etapa nesse ciclo, a extinção de uma política pública, segundo Giuliani (2005, apud SECCHI, 2019), ocorre quando:

- a) o problema que a originou é percebido como resolvido;
- b) os programas, as leis ou as ações que a ativavam são percebidas como ineficazes; ou
- c) o problema, embora não resolvido, perdeu progressivamente a sua importância e saiu das agendas políticas e formais.

4.1.1.1.1. Um pouco mais sobre a formação da agenda de políticas públicas

No campo da política pública, a agenda está relacionada ao conjunto de temas ou problemas considerados importantes em um determinado momento, como resultado da ação política de diferentes atores (CAPELLA, 2018).

Nessa acepção, a formação da agenda, também chamada *agenda-setting*, pode ser compreendida como a fase em que os problemas públicos que, de alguma forma, chamaram atenção do governo, são disseminados e se transformam em prioridade governamental.

Diante da grande quantidade de problemas públicos, nem todos se tornam alvo da atenção do Estado e passam a fazer parte da agenda governamental. Segundo estudiosos do tema, para um determinado problema ser incorporado nessa agenda ele depende das seguintes características¹⁵:

- a) grau de especificidade – quanto mais abstrata for a definição de um problema, maior é a probabilidade de despertar a atenção de uma audiência mais ampla;
- b) escopo da importância - quanto mais importante o tema é para a sociedade, maior é a probabilidade de atingir o público;
- c) relevância temporal – quanto mais duradouro for o possível impacto do problema, maior será a audiência;
- d) grau de complexidade – problemas mais simples e fáceis de serem compreendidos atingem uma audiência mais ampla; e

¹⁵ Características destacadas no estudo Análise de Políticas Públicas no Brasil: Estudos Sobre a Formação da Agenda Governamental (CAPELLA, 2018). Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B890.pdf>.

e) precedência categórica – problemas com precedentes similares atingirão mais rapidamente uma audiência mais ampla.

Salienta-se que, ainda que inseridos na agenda governamental, nem todas as questões serão consideradas pelos tomadores de decisão (agenda decisória) e se tornarão políticas públicas.

Conforme ensina Capella (2018), na fase de formação da agenda, a maneira como o problema público é compreendido pelos atores políticos e a forma como ele é definido orientará todo o debate que permeará as escolhas no processo decisório e influenciará as ações nos momentos de implementação e avaliação de uma política pública.

Também segundo essa autora, a agenda envolve tanto uma dimensão mais difusa das crenças e entendimentos sobre problemas, quanto aspectos concretos, materializados, por exemplo, em documentos, projetos de leis etc.

O presente trabalho envolve apenas esses aspectos concretos, mais especificamente a manifestação da agenda governamental por meio dos instrumentos formais de planejamento governamental em saúde.

4.1.1.1.1. Dos estudos sobre a agenda de políticas públicas

Os primeiros estudos sobre a formação da agenda pública se iniciaram na área da comunicação política, e buscavam, principalmente, compreender o trânsito e a influência entre as agendas midiática, de opinião pública e de políticas públicas.

Na área da ciência política, os estudos sobre o tema se desenvolveram em diferentes momentos¹⁶:

Na década de 70, os principais estudos procuraram explicar como algumas demandas da sociedade chegavam até os tomadores de decisão e acabavam sendo priorizadas em detrimento de outras. Destacam-se entre os principais estudos aqueles desenvolvidos por Roger W. Cobb e Charles D. Elder, em 1971.

Esses autores apresentaram uma subdivisão entre agenda sistêmica (pública) e agenda governamental (também chamada formal ou institucional). Na primeira estariam inseridos os problemas que são percebidos pela sociedade, que chamam a atenção da opinião pública e para os quais se exige e se espera uma intervenção

¹⁶ Adotou-se aqui a divisão/classificação do estudo “A dinâmica das políticas públicas: Agendas governamentais em perspectiva comparada” (CAPELLA et al. 2015).

governamental. Já a segunda seria composta daqueles problemas que fazem parte da agenda sistêmica (pública) e que atraíram a atenção do governo e são priorizadas para se tornarem políticas públicas¹⁷.

Nos anos 80 e 90, os estudos mais avançados sobre a formação da agenda pública foram desenvolvidos por estudiosos estadunidenses no denominado *Policy Agendas Project* (Projeto de Agendas de Políticas Públicas), o qual acompanhou as políticas produzidas pelo governo dos Estados Unidos. Os principais estudos do período foram os modelos dos Múltiplos Fluxos desenvolvidos por John Wells Kingdon (em 1984) e o Modelo de Equilíbrio Pontuado de Frank R. Baumgartner e Bryan D. Jones (em 1993), os quais serão tratados a seguir.

Em seus estudos, Kingdon propôs uma distinção entre o conceito de agenda governamental e agenda decisória (CAPELLA, 2018). Com essa distinção, o autor considera que a agenda governamental é o conjunto de questões que concentram a atenção do governo em um determinado momento. Já a agenda decisória compreende os problemas que, de fato, serão considerados pelos tomadores de decisões e que podem se tornar políticas públicas¹⁸.

A partir do ano 2000, o estudo da agenda pública avança com a aplicação, ajuste e revisão dos modelos desenvolvidos nesses estudos anteriores.

I. Do modelo de Múltiplos Fluxos (Multiple Streams Model)

John Kingdon (1995, apud CAPELLA, 2018) define agenda governamental como o conjunto de assuntos sobre os quais o governo e pessoas ligadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento.

O modelo de múltiplos fluxos elaborados por John Kingdon foi originalmente desenvolvido para a análise de dois processos anteriores à tomada de decisão, quais sejam: a formação da agenda e a definição/especificação de alternativas (2003, apud. CAPELLA et al., 2015).

Esse autor/pesquisador buscou explicar como e por qual motivo um problema público chama a atenção e se torna importante a ponto de ser incluído na agenda governamental.

¹⁷ O presente estudo foca apenas na agenda governamental.

¹⁸ O presente trabalho não adota distinção entre o conceito de agenda governamental e agenda decisória.

Com foco na área da saúde e de transportes, John Kingdon desenvolveu estudos, cuja metodologia incluiu diferentes técnicas, a exemplo de entrevistas, estudos de caso, exame de documentos públicos como discursos presidenciais, plataformas partidárias, matérias realizadas pela imprensa, pesquisas de opinião pública etc.

A principal técnica empregada por Kingdon foram as entrevistas. Os entrevistados foram escolhidos estrategicamente e foram realizadas interações com essas pessoas durante quatro anos, centralizando os trabalhos na área da saúde e transporte. Por meio das entrevistas, o autor descreveu a agenda em um determinado momento do tempo, e, desta forma, analisou a entrada e saída de temas ao longo do período examinado¹⁹.

Já os estudos de caso acerca da iniciação de políticas públicas foram a segunda maior fonte de dado empregada na investigação (CAPELLA, 2018).

No caso das entrevistas e estudos de casos foram utilizadas técnicas qualitativas e quantitativas para análise dos dados coletados, conforme explica Capella (2018).

Com o objetivo de medir o status de uma questão na agenda, foram criados códigos (cerca de 200 itens) e em cada entrevista foram buscadas menções a esses códigos para o estabelecimento de comparações. Todas as entrevistas foram codificadas por dois pesquisadores de forma independente. Com relação aos – segunda maior fonte de dado empregada na investigação – foram estudos de caso coletados documentos governamentais, relatórios, publicações comerciais, artigos acadêmicos e outras fontes escritas, que serviram para o melhor entendimento do processo. Foram identificados 23 casos, como unidade de análise, que foram codificados segundo os mesmos parâmetros das entrevistas e também realizados por dois investigadores independentes (CAPELLA, 2018).

No que tange aos documentos públicos (registros de audiências públicas, discursos presidenciais, cobertura midiática, pesquisas de opinião pública e plataformas partidárias), Kingdon concluiu que essas fontes não foram tão úteis quanto as entrevistas, em razão da sua abrangência e complexidade.

II. Do modelo do Equilíbrio Interrompido ou Pontuado (Punctuated).

O modelo do Equilíbrio Pontuado de Baumgartner e Jones (1993 apud CAPELLA et al., 2015) foi concebido originalmente como um modelo de agenda

¹⁹ CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. *Formulação de Políticas Públicas*. --Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2018.

dedicado a explicar períodos prolongados de estabilidade e, também, momentos de rápidas mudanças.

Quanto à metodologia, a análise inicial do referido modelo se baseou, principalmente na análise de documentos escritos. Diferentemente do modelo exposto no tópico anterior, este investigou diversas políticas públicas e durante algumas décadas e não apenas anos.

Baumgartner e Jones (1993, apud CAPELLA et al., 2015) propuseram um desenho de pesquisa combinando os estudos longitudinais e transversais. Sendo que o primeiro analisa uma única questão em seus vários estágios de desenvolvimento ao longo do tempo; e o segundo examina várias questões em um único momento.

Segundo Capella et al. (2015), os estudos longitudinais são adequados para analisar a entrada e saída de temas da agenda, porém dificilmente são passíveis de generalização ou de comparação. Já os estudos transversais permitem explicações sobre o motivo de algumas questões atingirem um alto nível de atenção na agenda, enquanto outras permanecem fora da atenção.

Ao longo do estudo, os referidos autores identificaram diversos indicadores de atenção, sendo consideradas inicialmente as seguintes fontes de dados/informações: audiências públicas; cobertura midiática e opinião pública.

A análise dos dados obtidos foi realizada por meio da metodologia baseada em técnicas de análise de conteúdo, que permitiu estudar grandes porções de materiais textuais, com o uso de palavra-chave (CAPELLA et al., 2015).

Em uma nova etapa desses estudos, no âmbito do projeto *Policy Agendas Project*, Baumgartner e Jones incluíram na fonte de dados audiências; leis; almanaque trimestral do congresso; orçamento; e índice do jornal *New York Times* (CAPELLA et al., 2015).

Essas novas bases de dados foram codificadas, relacionando cada fonte a um código e um subcódigo, bem como foram feitos resumos textuais, com uma descrição sucinta dos documentos analisados.

Com esses novos trabalhos, questões teóricas emergiram na investigação da agenda governamental. Nas palavras de Capella et al. (2015):

Um exemplo é a percepção do impacto da informação no processo de alocação de atenção sobre uma questão (Jones e Baumgartner, 2005). Em *Agendas and Instability in American Politics* (Baumgartner e Jones, 1993), os autores explicaram as mudanças em políticas públicas por meio de um processo complexo de interação entre ideias e instituições, focalizando algumas políticas em particular. Naquele momento, os autores mostraram

que a entrada ou saída de uma questão na agenda não seria o resultado apenas da influência das instituições, da mesma forma como também não corresponderia apenas a mudanças no debate público, mas sim o produto de uma complexa combinação desses elementos.

Ao longo dos estudos, os autores foram refinando suas explicações teóricas. E, em diferentes países, foram conduzidos estudos com base nessas teorias, envolvendo a análise comparada das agendas. No entanto, esses estudos ainda estão em desenvolvimento e enfrenta diversos desafios, os quais, segundo Capella et al. (2015):

(...) envolvem a definição de uma estrutura de códigos comum para os diversos contextos políticos-institucionais, o desenvolvimento de categorias válidas do ponto de vista comparativo, testes de resultados, entre outras questões de ordem metodológica.” (...).

Em que pese esses desafios, os autores “têm apontado que o arcabouço teórico e metodológico do *Comparative Agendas Project* é aplicável a qualquer sistema político e permite a comparação entre agendas de diferentes países” (JOHN, 2006, apud CAPELLA et al., 2015).

4.1.1.1.2. Os estudos sobre a agenda governamental no Brasil

No Brasil, o estudo acerca da formação da agenda governamental ainda é considerado incipiente.

As pesquisas mais avançadas sobre o tema no país e que estão subsidiando o presente trabalho foram desenvolvidos, a partir de 2015, no Laboratório de Estudos sobre a Agenda Governamental, coordenado pela Professora Assistente Doutora Ana Cláudia Niedhardt Capella, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Esse projeto tem por objetivo monitorar e analisar o ingresso e saída de temas na agenda, com foco no governo federal.

No âmbito do projeto supracitado, foi desenvolvido o trabalho intitulado “O estudo da agenda governamental: reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas”, no qual a referida professora e mais dois autores exploraram, entre outras questões, as características teóricas e metodológicas propostas por Kingdon (1985) e Baumgartner e Jones (1993) sobre o acompanhamento e análise da agenda de políticas (*Policy Agendas Project* e o *Comparative Agendas Project*). Discutiu-se ainda a forma como diversos países têm construído indicadores de atenção da agenda em diversos *locus*, como o executivo, o legislativo, a mídia e a opinião pública. Por fim, os

autores discutiram potenciais indicadores para os estudos sobre a agenda governamental no Brasil.

Foi o estudo mencionado no parágrafo anterior que inspirou a metodologia adotada no presente trabalho, mais precisamente quanto a escolha pelos instrumentos de planejamento aqui tratados como indicadores de atenção da agenda do governo federal e do Ministério da Saúde para o tema melhoria da qualidade da atenção hospitalar.

Os resultados desse estudo serão apresentados no subtópico a seguir.

I. Reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas sobre agenda governamental no Brasil

Conforme já dito, o critério de escolha de indicadores de atenção aqui adotado teve por base os estudos realizados no âmbito do Laboratório da Agenda Governamental, mais precisamente naquele intitulado “O estudo da agenda governamental: reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas” (CAPELLA et al., 2015).

O estudo acima teve por objetivo debater perspectivas sobre o estudo da agenda governamental no Brasil, principalmente mediante a apresentação e discussão de indicadores de atenção que pudessem contribuir metodologicamente para o aprimoramento de análises empíricas sobre o processo de formação e mudança da agenda no país²⁰.

No aludido trabalho, em uma perspectiva longitudinal, foram apresentados alguns indicadores possíveis para análise da movimentação de uma questão na agenda, considerando as particularidades do sistema político brasileiro e o acesso e consistência dos dados.

Identificou-se como um indicador de atenção relevante os discursos presidenciais. No entanto, apontou-se como desafio o grande volume de dados e informações nesses documentos e que não necessariamente demonstram prioridades do governo.

As “Mensagens ao Congresso Nacional” foram então apontadas como alternativa para os discursos presidenciais. E, em relação a essas mensagens, por

²⁰ Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/papers-39-encontro/gt/gt30/9723-o-estudo-da-agenda-governamental-reflexoes-metodologicas-e-indicativos-para-pesquisas/file>. Acesso em 21 de abr. 2021.

serem textos muito extensos e por abrangerem muitas questões (sem as devidas prioridades), concluiu-se que apenas a introdução desse documento seria examinada, pois nela são sintetizadas as questões governamentais mais relevantes.

Assim como na maioria dos estudos internacionais, apontou-se que, no caso brasileiro, a produção legislativa também seria um indicador importante, e com a vantagem do acesso fácil aos dados e sua consistência para as pesquisas. O planejamento orçamentário (plano plurianual-PPA, lei de diretrizes orçamentárias-LDO e lei orçamentária anual -LOA) também foi considerado indicativo, apenas tendo como ressalva o seu aspecto incremental e a dificuldade no acesso de séries históricas ampliadas.

Em relação à agenda midiática, considerou-se como fontes para análise da atenção notícias publicadas em meios de comunicação de massa, a exemplo de jornais de grande circulação.

Já quanto à análise da atenção dos partidos políticos, concluiu-se que essa pode se dar por meio de resoluções do Congresso Nacional dos partidos e programas de governo, apesar da periodicidade destes documentos, bem como da dificuldade destes em acompanhar mudanças rápidas de agenda que trazem novas questões ao debate político.

Por fim, para discussão acerca das questões debatidas por grupos de pressão e da sociedade organizada, entendeu-se que podem ser utilizadas atas de conselhos gestores de políticas públicas, de conferências temáticas e de audiências públicas.

Dos apontamentos acima, pode-se concluir que os indicadores de atenção utilizados naquele trabalho são mais adequados quando se pretende investigar a entrada de temas amplos na agenda governamental, a exemplo da saúde, educação, transporte, energia, segurança etc.

No Referencial de Controle de Políticas Públicas do TCU, estabelece-se que a agenda governamental pode ser reconhecida nas campanhas ou nos programas de um candidato nas eleições, nos planos de metas de governos, no processo de elaboração e discussão da proposta orçamentária, nas decisões orçamentárias, no conjunto de leis que estão na pauta do congresso e nos discursos de candidatos eleitos.

Veza que a qualidade da atenção hospitalar é um tema específico dentro da área da saúde, foi necessário adequar os resultados e reflexões apresentadas no estudo mencionado anteriormente e as orientações do referencial supracitado ao presente

trabalho. Assim, adotou-se neste estudo os instrumentos de planejamento em saúde do governo federal e do Ministério da Saúde como principais fontes para se identificar e analisar a atenção dada à questão, no período de 2008 a 2019.

4.1.2. O papel do Ministério da Saúde na formulação de políticas públicas

A Constituição Federal do Brasil (CFB), em seu art. 196, reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado e que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas, visando à redução dos riscos de doença e de outros agravos e acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Para alcançar o objetivo acima, nos termos dos arts. 198 e 200 da CFB, instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi regulamentado dois anos depois, por meio da Lei 8.080/1990 (atualmente regulamentada pelo Decreto 7.508/2011).

No que tange à organização do SUS, o art. 198 da Constituição Federal estabelece que as “ações de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, organizadas de acordo com as seguintes diretrizes:

- a) descentralização, com direção única;
- b) atendimento integral, com direção única em cada esfera do governo; e
- c) participação da comunidade.

Referente à descentralização, essa é do tipo político-administrativa e envolve não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos²¹.

Assim, há diferentes gestores no SUS, com diferentes funções, entre as quais se destacam ²²:

- a) formulação de políticas públicas/planejamento;
- b) financiamento;
- c) regulação, coordenação, controle e avaliação; e
- d) prestação direta dos serviços.

²¹ Princípios organizativos e instância de gestão do SUS. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf. Acesso em 21 abr. 2021.

²² Ibid. Princípios organizativos e instância de gestão do SUS.

A função de formulação de políticas/planejamento inclui as atividades de diagnóstico dos problemas e das necessidades de saúde, bem como a identificação de prioridades e programação de ações, entre outras; sendo uma atribuição comum das três esferas de governo²³.

Desta forma, essa descentralização permite que tanto o governo federal quanto os entes subnacionais tomem iniciativas para solucionar problemas da área da saúde. E, essa forma compartilhada de formulação de políticas públicas tem sido possível, principalmente, por meio das comissões intergestores e dos conselhos de saúde.

Nada obstante, com a capacidade estatal limitada dos estados e municípios, é cada vez maior a participação da União nessas políticas públicas, na forma de recentralização²⁴ e de atuação indutora.

E, no âmbito da União, compete ao Ministério da Saúde, órgão da administração pública federal direta, entre outras atribuições, a definição da política nacional de saúde e a coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição Federal e com a Lei 8.080/1990.

Já conforme o Decreto 9.795/2019, no âmbito do Ministério da Saúde, a responsabilidade pelas políticas públicas (em sentido amplo) relativas à assistência hospitalar ficam sob responsabilidade da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (Saes/MS). Cabe ao Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência da Saes/MS, entre outras competências, elaborar, coordenar e avaliar as políticas e os programas de abrangência nacional sobre a atenção hospitalar no SUS (art. 23, inciso I, alínea “a”, do Decreto 9.795/2019).

Para a qualidade da atenção hospitalar, ainda que cada ente federado possa adotar medidas para a melhoria desses serviços, faz-se necessária, para maior efetividade, uma política sistêmica e de âmbito nacional. Diante disso, o presente trabalho foca na atenção dada pelo governo federal e pelo Ministério da Saúde ao tema.

²³ Princípios organizativos e instância de gestão do SUS. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf. Acesso em 21 abr. 2021.

²⁴ É considerado “recentralização” o movimento iniciado no Brasil a partir da segunda metade da década de 1990, quando, especificamente no que se refere à atuação finalística dos governos por meio de políticas públicas intergovernamentais, a União se reafirmou como principal agente de formulação e condução de ações intergovernamentais, tendo aprofundado o seu papel de coordenador, normatizador e financiador de políticas públicas intergovernamentais a partir dos anos 2000 (ARRETCHE, 2012, apud SILVA, 2021).

4.1.3. Da atenção hospitalar no Brasil

Antes de falar da atenção hospitalar no Brasil, cabe conceituar o termo “hospital”.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de hospital é aplicado para todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos para a internação de pacientes que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos²⁵.

Esses estabelecimentos são considerados organizações complexas, compreendendo uma multiplicidade de arranjos e com multipropósitos, produzindo grande variedade de serviços e produtos, a exemplo de internações, atendimentos ambulatoriais, hotelaria, serviços sociais e ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças e ações comunitárias (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). E, operam, concomitantemente, quatro conjuntos de serviços, quais sejam: serviços administrativos, serviços gerais, serviços técnicos/especializados e serviços de internação (RAIUMUNDINI, 2003, apud MENDES, 2019).

No Brasil, os hospitais são de grande relevância e importância na organização da rede de assistência do SUS, tanto pelo tipo de serviços prestados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, quanto pelo considerável volume de recursos consumidos pelo nível hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Apesar dessa importância e mesmo com o avanço na saúde promovido pela Constituição Federal de 1988 e com a instituição do SUS, por um longo período, os hospitais receberam pouca atenção como organizações de saúde, tanto por parte dos formuladores de políticas públicas quanto dos pesquisadores (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Em 2004, diante da conhecida ausência de políticas públicas específicas para o setor hospitalar, no âmbito do plano Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, o Ministério da Saúde apontou a necessidade de implementar políticas que induzissem a uma reestruturação das instituições hospitalares.

Como avanço, em 2013, por meio da Portaria GM/MS 3.390/2013, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp) no âmbito do Sistema Único de

²⁵ Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf.

Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com o art. 11 da mencionada portaria, o modelo de atenção hospitalar instituído nesse normativo contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

Mas, o que seria qualidade na atenção hospitalar? Essa questão será objeto de discussão no subtópico a seguir.

4.1.3.1. Qualidade na atenção hospitalar

4.1.3.1.1. Conceito e dimensões da qualidade na atenção hospitalar

O conceito de qualidade da atenção à saúde varia em função dos autores ou das disciplinas de base que o empregam. Desta forma, pacientes, profissionais de saúde, gestores, financiadores e autoridades governamentais priorizam diferentes dimensões da qualidade, em função de suas preocupações e interesses²⁶.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), a qualidade é um conceito abstrato, de fácil descrição, porém, na área da saúde, de operacionalização difícil. Esses autores ressaltam que não é fácil definir o que seja um bom serviço de saúde.

Nada obstante a dificuldade nessa conceituação, os autores acima apontam que as abordagens para a avaliação e a melhoria da qualidade constituem um bom ponto de partida.

Uma dessas abordagens é o clássico quadro/tríade de avaliação de serviços de saúde desenvolvida por Donabedian (1980), que se fundamenta nos seguintes componentes de qualidade²⁷:

- a) **estrutura:** capacidade dos prestadores de serviço;
- b) **processo:** produção dos serviços; e
- c) **resultados:** identificação da produção final dos serviços prestados.

Outra abordagem é aquela utilizada pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos, que considera qualidade como o grau em que os serviços voltados

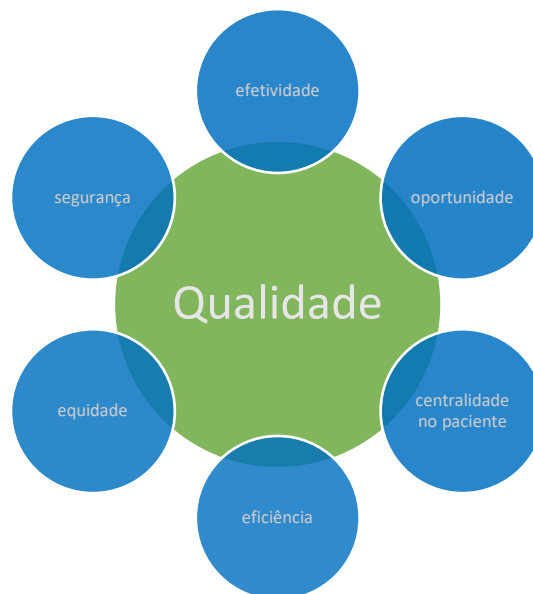
²⁶ Fonte: Relatório final do subprojeto Qualidade de Serviços de Saúde no SUS (QualiSUS), parte do Projeto QualiSUS-Rede.

²⁷ LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca de excelência. Belo Horizonte: IBEDESS, 2009. p. 296.

para indivíduos e populações aumentam a probabilidade dos resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional corrente. Nesse sentido, o IOM reconheceu como metas para assegurar a qualidade em saúde as seguintes dimensões²⁸.

- a) **efetividade** - grau em que uma determinada intervenção produz os efeitos desejados;
- b) **segurança** – evitar lesões e danos nos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objeto ajudá-los;
- c) **oportunidade** - redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos, tanto para quem recebe, como para quem presta o cuidado;
- d) **centralidade no paciente** - cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente;
- e) **eficiência** - cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia; e
- f) **equidade** - qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Figura 6 - Dimensões da qualidade



Fonte: elaboração própria com base nas dimensões de qualidade definidas pelo IOM

²⁸ Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaus_atencao_hospitalar.pdf.

Considerando essas abordagens e adotando uma definição mais operacional, Glugacz, Restifo e Greenwood (2004, apud LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009) definiram que a atenção hospitalar de boa qualidade é aquela ‘segura em termos mensuráveis, do mais elevado padrão, baseada em evidências, entregue de forma uniforme e com a utilização apropriada de recursos’.

4.1.3.1.2. Por que falar sobre melhoria da qualidade da atenção hospitalar?

A preocupação com a qualidade dos serviços de saúde transpõe toda a história da medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman²⁹.

As abordagens e conceitos apresentados no tópico anterior revelam que essa preocupação com a qualidade dos serviços de saúde ainda se mostra atual, sendo considerada atualmente um desafio.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 de Portugal, que deu atenção especial à qualidade dos serviços hospitalares, apontou que em diversos países ainda subsiste uma variabilidade preocupante na prática médica, problemas de acesso e de continuidade de cuidados, atrasos na implementação de boas práticas, negligências com impacto midiático e na saúde dos doentes e *déficit* de cultura de monitoramento e avaliação.

Em 2018, a Organização Mundial de Saúde publicou o relatório *Delivering quality health services a global imperative for universal health coverage* no qual são apresentados os principais problemas da qualidade dos serviços de saúde, incluindo os países de alta renda. Para o caso dos serviços hospitalares, destacam-se as seguintes ocorrências:

- a) em países de alta renda, um em cada dez pacientes é afetado adversamente durante tratamento;
- b) em países de alta renda, sete em cada cem pacientes hospitalizados podem adquirir uma infecção associada a cuidados de saúde; nos países em desenvolvimento esse número sobe para dez;

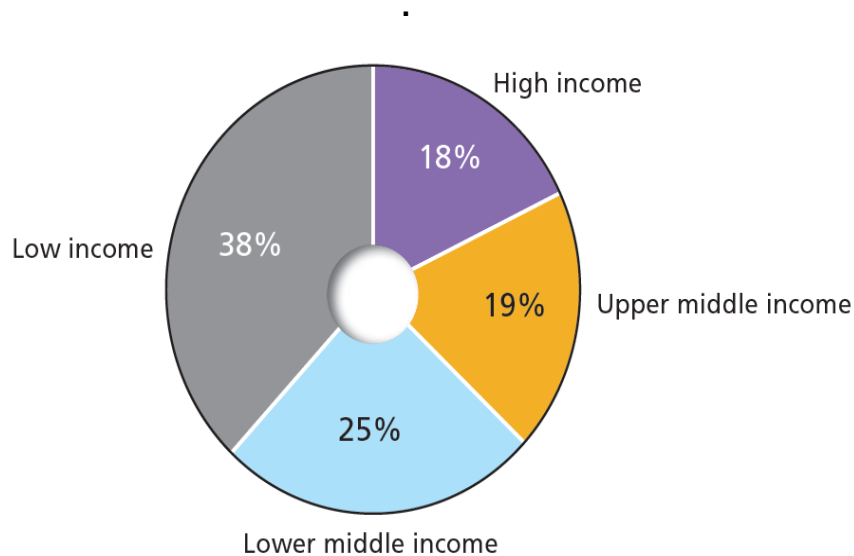
²⁹ Hipócrates (460 a 370 a.C.), pai da medicina, cunhou o postulado *Primum non nocere*, que significa – primeiro não cause o dano. Florence Nightingale e Ernest Codmann, respectivamente, enfermeira e médico, foram personagens que contribuíram para melhoria da qualidade à saúde. Fonte: Plano Nacional de Saúde de Portugal (2011-2016) e Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

c) a resistência antimicrobiana se tornou um grande problema de saúde pública global, em parte devido ao uso indevido e excessivo de antimicrobianos na área da saúde; e

d) quase 40% das unidades de saúde em países de baixa e média renda não têm água tratada e quase 20% carecem de saneamento.

A OMS destaca que essas ocorrências contribuem para a carga global de doenças³⁰, pois estão relacionadas a erros de diagnóstico, eventos adversos em cuidados de longo prazo e infecções adquiridas em hospitais e cirurgia em local errado. E, embora essa carga afete todos os países, a maioria recai sobre os países de renda baixa e média.

Figura 7 - Incidência doenças causadas por eventos adversos, 2015



Note: Percentage of average DALYs/country.

Source: Institute of Health Metrics and Evaluation, 2015.

No caso do Brasil, La Forgia e Couttolenc (2009), ao analisarem pesquisas acerca da qualidade dos hospitais no Brasil, registraram ineficiências sérias na área de estrutura, processo e resultados, as quais tinham por causa, principalmente os seguintes motivos:

a) número significativo de estabelecimentos inseguros, sendo incapazes de atender aos padrões de licenciamento ou satisfazer as exigências para o controle das infecções hospitalares;

³⁰ Utiliza-se o indicador Daly (Disability Adjusted Life Years - em português anos de vida perdidos ajustados por incapacidade) para mensurar a carga global de doença. Mede-se, simultaneamente, o efeito da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos.

- b) prédios e infraestrutura deteriorados;
- c) baixa habilidade técnica e gerencial entre os prestadores de serviços;
- d) pouca ou nenhuma compreensão de protocolos, mesmo quando existentes;
- e) inexistência de redes funcionais para proporcionar cuidados contínuos; e
- f) inexistência de um sistema para monitoramento, revisão e controle da qualidade.

A baixa ou má qualidade dos serviços hospitalares tem impacto direto na saúde dos pacientes, causando mortes, sofrimento desnecessário, sintomas persistentes, entre outros problemas. Mas, não é só isso, a ausência de qualidade desses serviços, também gera desperdício de recursos públicos e, no caso do SUS, ameaça a viabilidade econômica e a sustentabilidade desse sistema de saúde.

Segundo a OMS, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde é tanto uma questão de luta por vidas mais longas e melhores quanto uma necessidade econômica. Segundo essa entidade, aproximadamente 15% das despesas hospitalares em países de alta renda são usados para corrigir complicações e danos ao paciente. Além disso, serviços duplicados, atendimento ineficaz e internações hospitalares evitáveis, características de muitos sistemas de saúde, geram um desperdício considerável³¹.

Oportuno registrar que La Forgia e Couttolenc (2009) estudaram alguns casos que mostraram que a baixa qualidade é em geral associada ao aumento de despesas nas unidades hospitalares estudadas. A ausência de pesquisas sobre o assunto e de dados confiáveis no Brasil, todavia, revela-se ainda uma limitação para um levantamento mais apurado sobre os custos decorrentes da má qualidade dos serviços hospitalares.

Haja vista, portanto, que a existência dessas lacunas na qualidade dos hospitais brasileiros pode ser considerada um problema público, espera-se que o tema chame atenção dos formuladores de políticas públicas e que faça parte da agenda governamental.

³¹ Organização Mundial de Saúde (OMS) - Delivering quality health services a global imperative for universal health coverage, 2018.

4.1.3.1.3. Da necessidade de políticas públicas específicas para a melhoria da qualidade da atenção hospitalar

Estudos realizados pelo Banco Mundial, em 1994, concluíram que a qualidade dos serviços de saúde era um “componente esquecido” no sistema brasileiro de saúde e que não havia esforços sistemáticos, públicos ou privados, para monitorar a qualidade ou para melhorá-la.

Concernente à qualidade dos serviços hospitalares, após dez anos dos estudos acima mencionados, em 2004, o Ministério da Saúde, no âmbito do plano de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, reconheceu que pouco se sabia sobre o tema.

Em 2009, trabalhos desenvolvidos por La Forgia e Couttolenc concluíram que uma política sistemática e apoio institucional à qualidade dos serviços hospitalares e à segurança dos pacientes se encontravam em estágio inicial no país. Esses autores citaram como sendo um progresso a instituição da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outras instituições que estavam desenvolvendo padrões que serviam como orientações para a prestação de serviços de excelência. Mencionou-se ainda que um pequeno número de hospitais, à época, estava tomando a dianteira no desenvolvimento de programas de melhoria da qualidade, com grande valor para o resto do país.

No entanto, à época dos referidos estudos, concluiu-se que, a despeito dessas experiências, havia poucos progressos no sentido de encarar sistematicamente a melhoria da qualidade desses serviços. Na ocasião, afirmou-se que o Brasil ainda precisava desenvolver políticas nacionais de desempenho em qualidade, uma infraestrutura de avaliação e informação, bem como mecanismos de responsabilização para direcionar e apoiar a melhoria da qualidade dos sistemas como um todo. Acrescentou-se que, sem a definição desses elementos para um desempenho de qualidade, essa permaneceria como um componente esquecido do sistema brasileiro de saúde.

Salienta-se que, considerando que os hospitais são sistemas complexos, a melhoria da qualidade hospitalar está sendo vista como algo sistêmico, que requer, continuamente, avaliação, monitoramento, gerenciamento e melhorias dos processos de cuidados, acompanhados pelos padrões, instituições e sistemas adequados para apoiar essas ações. Desse modo, são necessárias estratégias ligadas às estruturas,

aos processos e aos resultados, com impacto em cada um, ou nos vários níveis e nas várias dimensões da qualidade (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Figura 8 - Representação da visão sistêmica da melhoria da qualidade



Fonte: Plano Nacional de Saúde de Portugal (2011-2016)

Nesse sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) consideram que a melhoria da qualidade envolve três tipos de intervenção, quais sejam:

- a) criar um ambiente de estímulo à qualidade por meio de um marco regulatório e de incentivos financeiros;
- b) assegurar os meios e instrumentos para apoiar a qualidade ao nível do sistema de saúde; e
- c) estimular funcionários atuando na linha de frente a mudar seu comportamento.

Nessa mesma linha, em 2018, no relatório *Delivering quality health services a global imperative for universal health coverage*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou sete categorias de intervenções que devem ser consideradas para melhorar os serviços de saúde, incluindo a atenção hospitalar, quais sejam:

- a) mudanças na prática clínica;
- b) envolvimento e capacitação de profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas públicas, pacientes, famílias e comunidade;
- c) implantação de estabelecimentos padrões;
- d) uso de programas e métodos de melhoria contínua da qualidade;
- e) incentivos baseados no desempenho (financeiros e não financeiros); e
- f) legislação e regulamentação.

Para a OMS, construir qualidade nos sistemas de saúde é possível se uma série de etapas forem seguidas e princípios aplicados, principalmente a transparência, foco nas pessoas, medição, avaliação e geração de informações e investimento em força de trabalho, tudo sustentado por liderança e uma cultura de apoio.

Portanto, apesar da complexidade do tema, verifica-se que a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares é possível. No caso do Brasil, essa melhoria é necessária, não pode ser um componente esquecido e deve fazer parte da agenda governamental, em especial do Ministério da Saúde.

4.2. Resultados e discussão

4.2.1. Da atenção dada à melhoria da qualidade da atenção no período de 2008 a 2019

Este tópico analisa a atenção dada à melhoria da qualidade da atenção hospitalar na agenda do governo federal, mais especificamente do Ministério da Saúde, no período de 2008 a 2019, tendo por base os seguintes instrumentos de planejamento governamental em saúde:

- a) Plano Plurianual da União (PPA);
- b) Plano Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS);
- c) Plano Nacional de Saúde (PNS); e
- d) Relatório da Conferência Nacional de Saúde.

Conforme já esclarecido na seção metodologia, esses mecanismos foram selecionados porque são neles que se manifesta a agenda governamental, podendo ser considerados, portanto, importantes indicadores de atenção governamental.

Os resultados são apresentados nos subtópicos a seguir, os quais se iniciam com uma breve apresentação de cada um desses instrumentos, seguindo-se da análise de seus conteúdos quanto à abordagem do tema qualidade da atenção hospitalar, quer de forma direta ou indireta, e o seu contexto.

Cabe ressaltar que, no que se refere à breve apresentação, essa teve como intuito apenas justificar a escolha desses instrumentos como fontes para este estudo.

4.2.1.1. Análise do Plano Plurianual (PPA)

O PPA da União é o instrumento de planejamento que estabelece, para um período de quatro anos, de forma regionalizada, as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal, nos termos do art. 165, §1º, da Constituição Federal.

A escolha desse instrumento de planejamento para análise no presente trabalho se deu em razão de o PPA poder ser considerado a materialização (total ou parcial) da agenda governamental,³² pois nele estão expressas as questões e problemas públicos que atraem a atenção do governo e as respectivas políticas públicas previstas para solucioná-los, pelo menos a médio prazo.

I. Do PPA 2008-2011

O PPA 2008-2011 foi organizado com uma visão de longo prazo, dez objetivos, 306 programas (215 programas finalísticos e 91 programas de apoio às políticas públicas e áreas especiais) e 5.081 ações³³⁻³⁴.

Nesse plano, priorizaram-se as seguintes questões:

- a) as políticas públicas voltadas para o crescimento e a promoção da distribuição de renda;
- b) a elevação da qualidade da educação;
- c) o aumento da produtividade e da competitividade;
- d) a expansão do mercado de consumo de massa;
- e) a utilização da diversidade dos recursos naturais de forma sustentável;
- f) a melhoria da infraestrutura, inclusive urbana (em particular nas regiões metropolitanas);
- g) a redução das desigualdades regionais; e
- h) a segurança e o fortalecimento da democracia e da cidadania.

Para a Seguridade Social, que compreende os direitos relacionados à saúde, definiu-se como objetivo “promover o acesso com qualidade à Seguridade Social, sob a perspectiva da universalidade e da equidade, assegurando-se o seu caráter democrático e a descentralização”.

³² Amorim, Coelho e Leite (2020) analisam os PPAs do governo federal como uma materialização da agenda governamental, formada pela interpenetração entre as pautas eleitorais com o seu ajuste à realidade (e de legitimação perante os atores sociais) das ideias do núcleo estratégico de governo.

³³ Mensagem presidencial ao PPA 2008-2011. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-anteriores/ppa-2008-2011/081015_ppa_2008_mespres.pdf. Acesso em 14 de ago. 2021.

³⁴ A definição desses elementos consta do glossário deste trabalho.

No que tange especificamente à saúde, as metas atreladas a esse objetivo buscaram aumentar o acesso aos serviços, não se fazendo menção expressa à qualidade.

Para a atenção hospitalar, essa prioridade no acesso estava prevista no Programa 1220 Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, que tinha por objetivo “**Ampliar o acesso** da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação” (programa “guarda-chuva”). Nota-se que nesse objetivo não se incluiu expressamente o termo “qualidade”. Nas ações, projetos e atividades relacionadas a esse programa também não se fez menção à qualidade dos serviços.

Esse programa era considerado um “guarda-chuva”, que inseria um conjunto de ações relacionadas à atenção hospitalar, sem apresentar os respectivos desdobramentos. Desta forma, esforços empreendidos pelo Ministério da Saúde, que tinham alguma relação com a qualidade desses serviços, não foram mencionados nem constaram expressamente deste PPA. Cita-se como exemplo o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass), a Política Nacional de Humanização (PNH-HumanizaSUS) e o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), os quais serão apresentados com mais detalhes adiante neste trabalho.

Destaca-se ainda deste PPA o Programa 0016-Gestão da Política de Saúde, que tinha por objetivo coordenar o planejamento e a formulação de políticas setoriais e a avaliação e controle dos programas na área da saúde. Esse programa estava inserido no anexo II do PPA, que se tratava de Programas de Governo - Apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais (não finalísticos - sem Indicadores, nem monitoramento, nem avaliação).

A ação orçamentária “Investimento para a Qualificação da Atenção à Saúde e Gestão do SUS” fazia parte do programa acima. Apesar de não ter sido mencionado no PPA em exame, o QualiSUS-Rede, que será apresentado adiante, era um projeto dessa ação, mas que somente foi iniciado a partir do final de 2011.

Considerando a falta de menção expressa à melhoria da qualidade da atenção hospitalar no PPA 2008-2011, pode-se afirmar que o tema não foi tratado como prioridade pelo governo federal, em especial o Ministério da Saúde, neste período.

II. PPA 2012-2015

Como um novo modelo, o PPA 2012-2015 foi estruturado com duas visões de futuro; sete valores; onze macrodesafios, quatro áreas temáticas e 65 programas. Esses programas temáticos estavam organizados em 471 objetivos, os quais, por sua vez, estavam detalhados em 2.402 metas e diversas iniciativas³⁵.

Definiram-se com macrodesafios para a saúde promover o acesso universal, assegurando equidade e qualidade de vida.

Nesse sentido, o PPA 2012-2015 incluía um conjunto de objetivos, metas e iniciativas que buscavam ampliar a cobertura e a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a lógica da universalidade de direitos, da integralidade e da integração entre redes e níveis de complexidade de ações e serviços.

Para tanto, projetou-se:

- a) a expansão das portas de entrada do SUS (a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto) às ações e serviços de saúde, com metas para implantação e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs);
- b) a expansão de equipes de Saúde da Família e do número de transplantes de órgãos;
- c) quanto à saúde mental, implantação de centros de atenção psicossocial, de unidades residenciais terapêuticas temporárias e de leitos de atenção integral da saúde mental, de forma a contribuir para o desafio das políticas de enfrentamento e prevenção ao uso de drogas como o *crack*;
- d) avanços na assistência farmacêutica no âmbito do SUS, por meio da ampliação do acesso a medicamentos pela população;
- e) ações para saúde da mulher e da criança, de forma a garantir a assistência segura e humanizada à mãe e ao bebê, incorporando ações como o teste rápido de gravidez, a adequação da ambiência em maternidades para atenção humanizada ao parto e ao nascimento, a ampliação dos leitos de unidades de terapia intensiva e de cuidado intermediário neonatal;

³⁵ Mensagem presidencial ao PPA 2012-2015. Disponível em: https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-anteriores/ppa-2012-2015/mensagem_presidencial_ppa.pdf. Acesso em: 21 de ago. 2021.

f) implementação e monitoramento do Plano Nacional para o Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis, construído a partir do diagnóstico de que a transição epidemiológica constitui grande desafio e se expressa pela maior participação na mortalidade proporcional por grupos de causas das doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, neoplasias e das doenças por causas externas, acompanhada da redução das mortes por doenças infecciosas e parasitárias; e

g) elevação da capacidade de planejamento de forma territorializada, a partir da constituição de regiões de saúde com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada.

Um dos programas temáticos era o Programa 2015 - Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que continha, entre outros objetivos:

a) garantir acesso da população a serviços de **qualidade**, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada;

b) aprimorar a rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) centrais de regulação, articulando-a com as outras redes de atenção;

c) contribuir para a adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde;

d) implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável; e

e) qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.

Em que pesem alguns objetivos mencionarem qualidade e eficiência, nenhuma das metas atreladas a eles faziam menção expressamente à melhoria da qualidade da atenção hospitalar.

Ademais, nesse PPA, ações sistêmicas referentes à qualidade foram mencionadas apenas no caso da atenção primária. E, para o caso da atenção especializada e hospitalar o foco continuou sendo na expansão do acesso. Essa

assertiva pode ser evidenciada no excerto a seguir, constante do relatório anual de avaliação do PPA (ano base 2014)³⁶:

A fim de garantir a expansão do acesso com qualidade aos serviços de saúde, tem sido buscado o aperfeiçoamento das Redes de Atenção à Saúde, com ênfase no planejamento regional e na articulação dos serviços e ações de saúde. Destacam-se a Rede de Urgências e Emergências – que já conta com 391 Unidades de Pronto Atendimento – UPA em funcionamento e 2.944 municípios atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu); a Rede Cegonha – implantada em todos os Estados, no DF e em 5.488 municípios, com cobertura de cerca de 2,5 milhões de gestantes; a Rede de Atenção Psicossocial – com 2.209 Centros de Atenção Psicossocial – Caps em funcionamento no País, dos quais 142 implantados em 2014; e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Também cumpre ressaltar a expansão do programa Aqui Tem Farmácia Popular, que teve como prioridade o adensamento de unidades disponíveis nos municípios constantes do mapa de extrema pobreza, alcançando, em 2014, 4.345 municípios brasileiros. Importante desafio é a disponibilidade de profissionais de saúde, principalmente médicos, em regiões de difícil acesso ou com populações de maior vulnerabilidade. Para isso, foi instituído em 2013 o Programa Mais Médicos, que alocou, em 2014, 7.804 médicos, entre brasileiros e estrangeiros, atingindo um total de 14.462 médicos em atividade em 3.785 municípios e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei), chegando a alcançar uma cobertura populacional de 50 milhões de pessoas. Vale ressaltar que 4.898 novos médicos foram alocados na Região Nordeste e 1.897 na Região Norte.

(...)

O **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB**, por sua vez, desenvolve processo de indução, avaliação e certificação das equipes a padrões de qualidade, permitindo ao município até dobrar o repasse de recurso mensal por equipe bem avaliada. Em seu segundo ciclo, que compreende o período de 2013 e 2014, o programa alcançou 30.522 Equipes de Saúde da Família, 19.946 Equipes de Saúde Bucal, 1.813 Núcleos de Apoio à Saúde da Família e 860 Centros de Especialidades Odontológicas, presentes em 5.077 municípios (grifos nossos).

A despeito de à época estarem sendo executados alguns trabalhos do Ministério da Saúde que tratavam da qualidade dos serviços de saúde, incluindo os hospitalares, eles não foram mencionados expressamente neste PPA, conforme será visto com detalhes adiante.

Outrossim, apesar de a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ter sido instituída em 2013, por meio da Portaria GM/MS 3.390/2013, as atualizações anuais desse PPA não indicaram expressamente questões relacionadas à essa política, que tem como uma das diretrizes a **“garantia da qualidade da atenção hospitalar e segurança do paciente”**.

³⁶ Fonte: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-antecedentes/ppa-2012-2015/relatorio-anual-de-avaliacao-do-ppa-2012-2015-ano-base-2014/relatorio-de-avaliacao-anual-do-ppa-2012-2015-vol-1.pdf>.

Desta forma, assim como no PPA 2008-2011, no PPA 2012-2016 não se pode falar que foi dada atenção à melhoria da qualidade dos serviços hospitalares.

III. PPA 2016-2019

O PPA 2016-2019 foi estruturado em duas partes, sendo uma a dimensão estratégica, composta pela visão de futuro, por quatro eixos estratégicos e por 28 diretrizes estratégicas; e a dimensão tática, com 54 programas temáticos integrados com objetivos, metas e iniciativas ³⁷.

Esse PPA reforçava o compromisso pela promoção do desenvolvimento econômico e social do país, com redução da desigualdade e criação de amplas oportunidades, traduzido nos seguintes eixos estratégicos:

- a) educação de qualidade como caminho para a cidadania e o desenvolvimento social e econômico;
- b) inclusão social e redução de desigualdades, com melhor distribuição das oportunidades e do acesso a bens e serviços públicos de qualidade;
- c) ampliação da produtividade e da competitividade da economia, com fundamentos macroeconômicos sólidos, sustentabilidade e ênfase nos investimentos públicos e privados, especialmente em infraestrutura; e
- d) fortalecimento das instituições públicas, com participação e controle social, transparência e qualidade na gestão.

Nesse instrumento, as políticas públicas de saúde tiveram como diretriz estratégica a “garantia de acesso universal aos serviços de atenção básica e especializada em saúde, com foco na integralidade e qualidade do atendimento e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde”.

Na dimensão tática, voltado para a área da saúde, estavam vinculados ao programa temático Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) os seguintes objetivos, entre outros:

- a) ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, na equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar; e

³⁷ Fonte: Mensagem presidencial ao PPA 2016-2019. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/arquivos/planejamento/arquivos-e-imagens/secretarias/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/ppa-2016-2019-ascom-3-1.pdf>. Acesso em 15 de ago. 2021.

b) aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Para esse objetivo central as metas envolviam a construção, ampliação e reforma da infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS); a avaliação e certificação da qualidade de equipes de atenção básica; o incremento no número de médicos em regiões prioritárias do SUS, por meio do Programa Mais Médicos; ampliação dos bolsistas beneficiados pelo PróResidência; e a ampliação do número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Verifica-se, que, assim como nos PPAs anteriores, no PPA 2016-2019, apesar do foco na qualidade do atendimento, nada foi mencionado em relação à atenção hospitalar. Quando se fala em qualidade, o foco é na atenção básica.

Ademais, como nos PPAs anteriores, neste os trabalhos do Ministério da Saúde, em execução à época, que tratavam, de alguma forma, da melhoria da qualidade dos serviços de saúde, incluindo os hospitalares, também não foram mencionados expressamente.

4.2.1.2. Análise do Plano Nacional de Saúde (PNS)

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um plano setorial das políticas públicas para a área da saúde, na forma preconizada nos arts. 36, § 1º, e 165, § 4º (previsão genérica) da Lei 8.080/1990 c/c art. 15, §2º, do Decreto 7.508/2011.

O art. 96 da Portaria de Consolidação GM/MS 1/2017 estabelece que o PNS, enquanto instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. O § 3º desse dispositivo prevê ainda que a elaboração desse plano será orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- a) análise situacional de saúde;
- b) a definição de diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- c) o processo de monitoramento e avaliação.

Um dos pressupostos do PNS, nos termos do art. 94, Parágrafo Único, inciso V, da Portaria de Consolidação GM/MS 1/2017, é que ele seja compatível com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, quais sejam o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Esse instrumento foi selecionado por ele ser um plano setorial, de inteira governabilidade do Ministério da Saúde, que expressa a agenda desse órgão e suas questões prioritárias.

Foram selecionados para análise os PNSs 2008/2009-2011; 2012-2015 e 2016-2019.

I. Do PNS 2008/2009-2011

O PNS 2008/2009-2011 foi estruturado em três partes, quais sejam: análise situacional; objetivos, diretrizes e metas para o período (com a identificação, em anexo, do conjunto de indicadores); e operacionalização, monitoramento e avaliação do plano.

Esse plano contemplou os seguintes objetivos:

- a) prevenir e controlar doenças, outros agravos e riscos à saúde da população;
- b) ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde;
- c) promover e participar da adoção de medidas voltadas à prevenção e ao controle de determinantes e condicionantes da saúde da população; e
- d) fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo para melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva das ações e serviços prestados à população.

Quanto ao objetivo de “ampliar o acesso da população aos serviços de saúde e promover a qualidade, a integralidade, a equidade e a humanização na atenção à saúde”, de modo a reduzir morbimortalidade e contribuir para a maior satisfação dos usuários do SUS, configuraram-se como medidas essenciais a organização e a qualificação estrutural e tecnológica da rede de atenção especializada, em todos os níveis, mediante critérios de acolhimento, vínculo, resolubilidade, integralidade e responsabilização entre gestores e usuários.

Nesse contexto, destacou-se a atenção especial a ser conferida à integração dos serviços de atenção especializada à rede de atenção básica, de modo a contemplar a redefinição das relações estabelecidas entre estes diferentes níveis de atenção, com reorientação dos papéis dos hospitais gerais e especializados, fortalecimento de redes assistenciais específicas e estabelecimento de sistemas de referência e contrarreferência. Foram então estabelecidas as seguintes estratégias:

- a) organização e estruturação dos serviços de assistência especializada – ambulatorial hospitalar – na perspectiva de conformação de uma rede de atenção à saúde;
- b) organização e estruturação de atendimento pré-hospitalar móvel e fixo de urgência (Samu, unidades de pronto atendimento e de saúde da família), bem como dos serviços hospitalares de atenção às urgências;
- c) qualificação de recursos humanos em gestão de rede/unidades de assistência especializada;
- d) implantação de práticas alternativas de atenção à saúde, incluindo a internação domiciliar;
- e) atenção ao paciente crítico, incluindo a ampliação do acesso a leitos de unidade de tratamento intensivo e semi-intensivos;
- f) estruturação de serviços especializados para conformação de redes, incluindo: atenção cardiovascular, oncológica, trauma-ortopedia, neurológica, oftalmológica, fisioterapia, queimados, genética clínica, terapia nutricional, audição, triagem neonatal, procedimentos cirúrgicos eletivos e assistência ao portador de doença renal, entre outras;
- g) modernização da estrutura física dos laboratórios centrais e de referência em saúde pública, assim como a reestruturação e contratualização da rede hospitalar do país, envolvendo os hospitais de ensino, os hospitais filantrópicos e os hospitais de pequeno porte;
- h) promoção e implantação de novas formas de gestão de hospitais públicos, que permitam a estes estabelecimentos prestar serviços adequados, oportunos, resolutivos e humanizados; e
- i) busca pela recomposição dos valores pagos pelos procedimentos de média e alta complexidade pelo SUS e o aumento dos tetos financeiros de estados e municípios para redução de desigualdades regionais.

Apesar de essas estratégias poderem convergir para a melhoria dos serviços prestados, referente à atenção hospitalar, o foco nesse PNS, na verdade, deu-se na ampliação do acesso, conforme as metas atreladas a esse objetivo relacionadas a seguir:

- a) implantar 500 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) até 2011;
- b) ampliar o número de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), passando a cobertura de 50% (2007) para 100 % até 2010;
- c) estruturar as 27 redes estaduais de urgência e emergência até 2011;
- d) organizar e implementar a rede de serviços traumatologia em 186 unidades do SUS, passando de 82 unidades para 268 até 2011;
- e) habilitar 6.370 novos leitos para terapia intensiva e semi-intensiva, passando de 12.167 leitos SUS em 2007 para 18.537 até 2011;
- f) implantar a rede nacional de alerta e respostas às emergências em saúde (Rede Cievs), com 55 unidades estaduais e em capitais, uma unidade de referência nacional e uma unidade para atendimento ao Mercosul, até 2011; e
- g) implantar oito Centros de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) até 2011.

Desse modo, apesar de ser um plano setorial, em comparação com os PPA,s desse período, nada se acrescentou neste PNS especificamente quanto à melhoria da qualidade da atenção hospitalar.

II. Do PNS 2012-2015

O PNS 2012-2015 focou na promoção do acesso com qualidade às ações e serviços de saúde e no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como contemplou ampla discussão técnica e política sobre as prioridades e desafios do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, definiu-se como objetivo aperfeiçoar o SUS para que a população tivesse acesso integral às ações e serviços de qualidade, de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos brasileiros.

Para o alcance desse objetivo, foram definidas quatorze diretrizes, das quais se destacam para este trabalho as seguintes:

- a) garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante

aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada **(diretriz 1)**;

b) aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção **(diretriz 2)**;

c) qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS **(diretriz 13)**; e

d) promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira **(diretriz 14)**.

Uma estratégia prioritária da diretriz 1 era a ampliação da atenção primária e da atenção especializada, organizada em redes e no acolhimento e práticas humanizadas.

No entanto, assim como nos PPAs examinados, a qualificação dos serviços focou na atenção básica. Na atenção hospitalar especializada, o foco foi quanto à expansão dos serviços, conforme evidenciam trechos desse plano, *in verbis*:

No período de 2012-2015, o Ministério da Saúde (MS) empreenderá esforços para aumentar a cobertura e **qualificar a rede de Atenção Básica (AB)**, buscando assegurar a sua resolubilidade e a condição de nível estruturante do sistema.

(...)

Ao lado disso, o MS promoverá e induzirá medidas para que o País disponha de uma atenção básica efetivamente integral, reforçando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, assim como o cuidado dos pacientes com doenças crônicas – neste incluído o acompanhamento de pacientes falcêmicos –, com o atendimento dos casos agudos e o desenvolvimento de ações de reabilitação. Igualmente, desenvolverá nova modelagem para a AB a populações em situação de vulnerabilidade e iniquidade em territórios específicos.

Na atenção especializada, o MS seguirá expandindo o número de procedimentos em média e alta complexidade, incluindo transplantes, bem como o cadastro nos registros de doadores e de receptores de medula. Especial ênfase será dada à efetivação da política nacional de transplantes de órgãos e tecidos, o que envolverá a avaliação destes procedimentos no País, em conjunto com as demais esferas de gestão do SUS.

Novos centros de alta complexidade em oncologia serão implantados, e equipamentos de radioterapia em centros existentes serão substituídos. A política oncológica será revisada, com vistas ao aprimoramento das ações neste âmbito. Aos portadores de doenças hemorrágicas hereditárias, serão disponibilizados o fator VIII per capita (hemofilia A) e o fator IX per capita (hemofilia B), bem como implantado o teste NAT (teste de ácido nucleico) para HIV e HCV (vírus da hepatite C) nos serviços de hemoterapia que atendem o SUS, de forma a reduzir o tempo de detecção dos vírus da Aids e

da Hepatite C. Buscar-se-á desenvolver estratégias diferenciadas de atenção voltadas a ampliar a reinserção social dos usuários do SUS, como hospital dia e residências inclusivas para pessoas com deficiência e portadores de patologias graves, bem como viabilizar apoio logístico para os pacientes que necessitem de procedimentos especializados e que sejam disponibilizados longe do domicílio (grifos nossos).

A diretriz 2, voltada para unidades hospitalares específicas, também focava apenas na estruturação, reforma e implantação dos estabelecimentos de saúde, o que é corroborado pelas metas previstas, quais sejam:

- a) adquirir 2.160 ambulâncias até 2015;
- b) reformar, ampliar ou equipar 231 unidades de atenção especializada dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015;
- c) implantar 2.163 leitos hospitalares (leitos de UTI, unidade de cuidado intermediário/UCI, UTI neonatal, leitos clínicos de retaguarda, leitos de reabilitação) dentro das Redes de Atenção às Urgências até 2015;
- d) implantar 500 UPA, passando de 596 unidades em 2011 para 1.096 até 2015; e
- e) implantar ou expandir 64 novas centrais de regulação Samu até 2015.

As diretrizes 13 e 14 desse PNS, apesar de se referirem à qualificação, foram voltadas para a área meio do Ministério da Saúde, conforme se depreende das respectivas descrições:

Diretriz 13 – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS

Essa diretriz envolverá questões relacionadas à organização interna ao Ministério da Saúde, buscando a efetividade na execução das ações de responsabilidade direta do governo federal e da garantia de melhor controle da aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios. As medidas decorrentes deverão manter relação sistêmica com os demais entes da federação, visando o aprimoramento do SUS. Qualificar o processo de planejamento constituirá condição para que se alcance resultados organizacionais e se maximize o uso dos recursos, seja de infraestrutura, seja financeiro ou da força de trabalho. Tal desafio requererá uma ação sistêmica, em que estejam envolvidos o Ministério da Saúde e seus órgãos vinculados, assim como as demais esferas de gestão do SUS, com a adoção de pressupostos conceituais e metodológicos, conforme preconizado pelo Pacto pela Saúde no tocante ao Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS).

(...)

Diretriz 14 – Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da Política Externa Brasileira.

A implementação dessa diretriz buscará fortalecer a atuação em âmbito internacional do Ministério da Saúde e da cooperação brasileira, tendo como iniciativas prioritária:

(...)

Pelo exposto, tem-se que neste PNS a melhoria da qualidade da atenção hospitalar não se tratou de uma questão prioritária.

III. Do PNS 2016-2019

O PNS 2016-2019 foi estruturado em consonância com o PPA 2016-2019 e com as diretrizes definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo organizado a partir de diversos eixos temáticos e diretrizes.

Com esses atributos, esse PNS visou à ampliação e qualificação do acesso universal, em tempo oportuno, contribuindo para a melhoria das condições de saúde, promoção da equidade e da qualidade de vida dos brasileiros.

Para tanto, foram então definidos treze objetivos, dentre os quais, o de **ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde**, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar.

A partir da análise das metas previstas para esse objetivo acima mencionado, pode-se verificar que as ações prioritárias se deram para a atenção básica, inclusive quanto à melhoria da qualidade dos serviços, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

No que tange à atenção hospitalar, nesse plano o foco foi apenas quanto à melhoria do acesso aos serviços, principalmente com a ampliação dos números de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI,s), consoante se verifica no excerto transcrito a seguir:

Por fim, os serviços especializados das Unidades de Terapia Intensiva são serviços hospitalares de suma importância no SUS, destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptas, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, classificadas como:

UTI Adulto, UTI Pediátrica, Unidade Coronariana – UCO e Unidades Neonatais.

A ampliação do número de leitos SUS de UTI tem por objetivo organizar e garantir o acesso ao paciente grave ou de risco, priorizar as ações que vise à redução da mortalidade, induzir a formação e qualificação de recursos humanos especializados e induzir a implantação de mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência prestada aos pacientes graves ou potencialmente graves no SUS.

Destarte, no PNS 2016-2019, assim como os anteriores aqui analisados, não priorizou a melhoria da qualidade da atenção hospitalar.

4.2.1.3. *Análise do Plano Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS)*

O planejamento estratégico no setor público brasileiro se originou e se desenvolveu a partir das reformas do Estado, iniciada na década de 90, sob o foco da administração gerencial.

Segundo De Toni (2021), no âmbito governamental, o planejamento estratégico é o conjunto de referenciais teóricos, processos administrativos, aplicação de ferramentas e técnicas organizacionais que buscam definir uma visão de futuro de médio e longo prazo, bem como as principais instituições e processos que asseguram coerência e efetividade entre meios e fins para o seu alcance. Sendo que esse planejamento tem profunda e indissociável ligação com a gestão do orçamento.

Ainda de acordo com o autor supracitado, esse planejamento pode ser considerado a materialização instrumental e operacional da agenda estratégica do governo.

O planejamento estratégico da administração federal para a área da saúde é formalizado pelo Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS) e pelo Plano Estratégico do Ministério da Saúde (PE/MS).

O PE/MS inclui, além dos objetivos e metas constantes no PPA e no PNS componentes prioritários da agenda executiva do órgão.

Para o período do presente estudo, após ampla pesquisa, localizou-se apenas o Plano Estratégico (PE) do Ministério da Saúde do período 2011-2015.

Com base na Lei de Acesso à Informação (LAI, Lei 12.527/2011), solicitou-se ao órgão informações acerca da existência dos outros planos estratégicos para o período em exame. Nada obstante a solicitação ter sido efetivamente recebido, não houve resposta à demanda.

I. Do Plano Estratégico do MS 2011-2015

O Plano Estratégico (PE) do Ministério da Saúde para o período 2011-2015 foi organizado com dezesseis objetivos estratégicos, 200 estratégias, 736 produtos, sendo 112 prioritários (REM)³⁸; e ocorreu simultaneamente à discussão do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Plurianual (PPA) para o período 2012- 2015.

Esse plano foi selecionado para o presente estudo porque nele se incluiu, além dos objetivos e metas constantes no PPA e no PNS, os componentes prioritários da

³⁸ A definição desses elementos consta do glossário deste trabalho.

agenda executiva do Ministério da Saúde, além de contar com outros atributos mais operacionais, como marcos intermediários e ações.

Um dos objetivos estratégicos desse plano era “garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada”.

Da análise do detalhamento desse objetivo, nota-se que, no que tange à qualidade, assim como nos PPAs e PNSs aqui analisados, deu-se ênfase à atenção básica, conforme trecho transcrito abaixo:

Para ampliar a Atenção Básica e a Atenção Especializada, visando à integralidade, o Ministério da Saúde tem apostado na criação de Redes de Atenção à Saúde. **Na Atenção Básica, é fundamental estabelecer um padrão de qualidade em todo o País**, com a integração da Estratégia Saúde da Família ao modelo de atenção integral à saúde, além da adequação física, reforma e ampliação de unidades básicas de Saúde e construção de novas unidades de pronto atendimento. **Para a Atenção Especializada, o MS seguirá apoiando a expansão das ações e dos serviços de Saúde de média e de alta complexidade, com destaque para o fortalecimento do Sistema Nacional de Transplantes e para o aperfeiçoamento do tratamento do câncer e de outras doenças crônicas não transmissível (grifos nossos).**

Esse plano, portanto, não apresenta nenhuma novidade em relação aos outros instrumentos aqui já analisados, vez que, no que tange à atenção hospitalar, também se priorizou apenas a expansão do acesso aos serviços; e, quando se trata da qualidade, o foco é na atenção básica.

4.2.1.4. Análise do Relatório da Conferência Nacional de Saúde

As conferências nacionais de saúde e de educação foram instituídas em 1937, com o objetivo de ser um mecanismo para o governo federal se articular e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nessas áreas³⁹.

Com a Constituição de 1988, mais precisamente após a criação do SUS, a participação da comunidade nas questões afetas à área da saúde ganhou força. Essa participação foi então regulamentada pela Lei 8.142/1990, tendo sido instituídas, em cada esfera do governo, as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas, conforme art. 1º dessa Lei.

³⁹ Conferências de Saúde. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude>. Acesso em 10 de ago. 2021.

As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (art.1º, § 1º, da Lei 8.142/1990).

As deliberações ali discutidas são resultantes dos debates ocorridos nos estados, por meio das Conferências Estaduais, que, por sua vez, resultam das propostas decorrentes das Conferências Municipais⁴⁰.

Nada obstante as conferências de saúde estarem também inseridas na agenda pública (sistêmica), considerando que o governo também tem representação no evento; e vez que essas conferências são realizadas por convocação do poder público, neste trabalho, os relatórios desses eventos também foram considerados neste trabalho como fonte da agenda governamental.

Foram então selecionadas para este estudo as conferências realizadas em 2011, 2015 e 2019.

I. Da 14ª Conferência Nacional de Saúde (2011)

A 14ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pela então Presidente da República, por meio do Decreto 3/2011.

O evento, realizado em Brasília entre os dias 30/11 e 4/12/2011, foi presidido pelo Ministro de Estado da Saúde, teve mais de quatro mil pessoas, entre eles delegados oriundos de todos os estados da Federação e gestores da saúde⁴¹. E, teve como tema central “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro”, com o eixo “Acesso e Acolhimento com Qualidade – Um desafio para o SUS”.

Os objetivos definidos para a conferências foram os seguintes, conforme Portaria GM/MS 935/2011, que aprovou o Regimento Interno dessa conferência:

- a) impulsionar, reafirmar e buscar a efetividade dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) garantidos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Sanitária;

⁴⁰ Conferências de Saúde. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/conferencias-de-saude>. Acesso em 10 de ago. 2021.

⁴¹ Fonte: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf.

- b) avaliar o SUS e propor condições de acesso à saúde, ao acolhimento e à qualidade da atenção integral;
- c) definir diretrizes e prioridades para as políticas de saúde, com base nas garantias constitucionais da seguridade social, no marco do conceito ampliado e associado aos direitos humanos; e
- d) fortalecer o controle social no SUS e garantir formas de participação dos diversos setores da sociedade em todas as etapas da 14ª Conferência Nacional de Saúde.

Acerca da qualidade, verifica-se que apenas para a Diretriz 10 (ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integradas às redes de atenção integral) foi proposto como objetivo “implementar serviços de acolhimento aos usuários do SUS com qualidade, nos hospitais públicos e universitários, nas policlínicas e nas Upas”.

Apesar da proposta anterior, verifica-se que, assim como nos instrumentos analisados anteriormente, no que diz respeito à qualidade, a atenção dada ao tema nessa conferência foi quanto à atenção primária, conforme excerto transcrito a seguir:

Defendemos que a Atenção Básica seja ordenadora da rede de saúde, caracterizando-se pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade, em tempo adequado e com civilidade.

II. Da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015)

A 15ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pela então Presidente da República, por intermédio do Decreto 14/2014.

A conferência foi realizada em Brasília, entre os dias 23/11 e 26/11/2015, com o tema: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas e o eixo: Direito do Povo Brasileiro”.

Foram aprovadas 37 diretrizes e 560 propostas, nos termos da Resolução CNS 507, de 16 de março de 2016. No que tange o tema qualidade dos serviços, destacam-se as seguintes propostas aprovadas na Plenária Final:

- a) ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS;

- b) ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde de qualidade, com ênfase nos princípios da integralidade, universalidade, equidade, além da humanização, respeitando as diversidades ambientais, sociais e sanitárias das regiões no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar e garantindo o acesso a medicamentos no âmbito do SUS; e
- c) implementar, garantir e efetivar a Política Nacional de Humanização em todos os serviços de saúde.

As propostas acima mencionam a qualidade dos serviços de saúde, incluindo a hospitalares, de forma genérica. E, no relatório final dessa conferência, não há detalhamento que permitam concluir se a qualidade da atenção hospitalar foi uma questão efetivamente tratada nesse evento.

III. Da 16ª Conferência Nacional de Saúde (2019)

A 16ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo então Presidente da República, por meio do Decreto 9.463/2018.

A conferência foi realizada em Brasília, entre os dias 4/8 e 7/8/2019, com o tema: “Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS”, tendo s seguintes eixos:

- a) democracia e saúde (transversal);
- b) saúde como direito;
- c) consolidação dos princípios do SUS; e
- d) financiamento adequado e suficiente para o SUS.

O relatório final do evento contemplou 31 diretrizes e 329 propostas. Apesar desse grande número de propostas, que abordavam a qualidade dos serviços de saúde, não se identificou nenhuma voltada especificamente para a promoção da melhoria da qualidade dos serviços hospitalares.

4.2.2. Algumas medidas do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares

Neste tópico são apresentados, de forma breve e sucinta, esforços do Ministério da Saúde para melhorar a qualidade dos serviços hospitalares, os quais

foram indicados de forma indireta ou não foram mencionados expressamente nos instrumentos de planejamento analisados anteriormente.

Foram selecionadas as soluções que, apesar de envolverem a saúde como um todo, aplicam-se também à atenção hospitalar e que buscam assegurar, pelo menos, um dos atributos da qualidade adotados neste trabalho, quais sejam: efetividade, segurança, oportunidade, centralidade no paciente, eficiência e equidade.

I. Política Nacional de Humanização (PNH-HumanizaSUS)

A Política Nacional de Humanização (PNH-HumanizaSUS) foi lançada pelo Ministério da Saúde, em 2003, com o objetivo de desenvolver e difundir estratégias de humanização da atenção e da gestão no SUS, na relação interfederativa, no que diz respeito ao acolhimento, à clínica ampliada, à cogestão, à produção de redes e à valorização do trabalho e do trabalhador da saúde ⁴².

Nesse sentido, a finalidade maior da humanização como política do SUS é a de contribuir para que os serviços prestados sejam mais eficazes e efetivos, tornando-os mais ajustados às necessidades e expectativas de quem está envolvido no SUS (usuários, trabalhadores e gestores).

Segundo o Ministério da Saúde, o monitoramento e avaliação compõem desafios dessa política, de forma a contribuir com a busca (e visibilidade) não somente dos efeitos ou repercussões de suas ações diretas, mas também fomentando os serviços/equipes a se qualificarem também nas suas capacidades de planejar e avaliar⁴³.

Nessa direção, vários projetos, programas ou instrumentos de políticas do MS e do SUS, em geral foram incorporando as diretrizes da humanização, muitas vezes na forma de indicadores dela derivados. São exemplos o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (Pmaq) e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass), usados em larga escala, focando âmbitos avaliativos para melhoria dos serviços.

A promoção desta política, portanto, depende da continuidade dos programas acima. Mas, conforme será visto a seguir, no caso do Pnass, o último processo avaliativo envolveu o período 2015-2016 e não há informações sobre próximas avaliações.

⁴² Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), exercício 2016.

⁴³ Ibid, 2017.

II. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass)

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) se originou do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash), desenvolvido a partir de 1998. Em 2004, ampliou-se o escopo do Pnash, possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada e dando origem ao Pnass.

Em 2015, o Pnass foi reestruturado e atualmente tem por objetivo geral avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das **estruturas, processos e resultados** relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde do SUS, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível das suas realidades, em suas diferentes dimensões, na busca da resolubilidade e qualidade (art. 2º da Portaria GM/MS 28/2015).

Apesar de o programa ainda estar em execução e o art. 5º da Portaria GM/MS 28/2015 estabelecer que ele seria aplicado periodicamente, o último processo avaliativo compreendeu o período de 2015-2016. Em pesquisa ao portal da Anvisa não foram localizadas informações sobre possíveis próximos processos avaliativos.

III. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) é regulamentado por meio da Lei Federal 12.101/2009, do Decreto 8.242/2014, da Portaria GM/MS 2.814/2014 e da Portaria GM/MS 834/2016, e usa recursos oriundos da isenção de contribuições para a seguridade social, desenvolvendo projetos em áreas definidas pelo Ministério da Saúde ⁴⁴.

O objetivo do Proadi é contribuir para o fortalecimento do SUS, com projetos desenvolvidos em parceria com as entidades beneficentes sem fins lucrativos, de reconhecida excelência, detentoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-Saúde) e com comprovada atuação nas áreas de capacitação, pesquisa, avaliação de tecnologia e de tecnologia de gestão que possam ser aportadas nesse sistema de saúde.

⁴⁴ Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, referente exercício 2016.

Os projetos de apoio visam a transferência, o desenvolvimento e a incorporação de novos conhecimentos, tecnologias e práticas de gestão e de prestação de serviços de saúde, nas seguintes áreas de atuação:

- a) estudos de avaliação e incorporação de tecnologias;
- b) capacitação de recursos humanos;
- c) pesquisas de interesse em saúde; ou
- d) desenvolvimento de técnicas e operação em serviços de saúde.

Os projetos desenvolvidos envolvem todas as áreas da saúde e são considerados inovadores e promissores.

No âmbito deste programa, para a área da atenção hospitalar e relacionados à melhoria da qualidade dos serviços, citam-se os projetos Lean nas Emergências e o Quali Hospitalar-Qualificação da atenção e gestão hospitalar, com foco nas ferramentas de segurança do paciente/gestão clínica⁴⁵. Pela natureza do programa, não são todos os hospitais públicos que participam dos projetos, mas apenas alguns poucos selecionados.

IV. Projeto QualiSUS-Rede

O QualiSUS-Rede se tratou de um projeto oriundo de cooperação entre o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (Bird) e o Ministério da Saúde, que se somava aos esforços de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O projeto visava contribuir, no âmbito do SUS, para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde, nos termos da Portaria GM/MS 396/2011.

O projeto QualiSUS-Rede propôs contribuir, em quinze regiões previamente escolhidas, com o apoio a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) e foi estruturado nos seguintes componentes, que se articulavam entre si⁴⁶:

- a) Componente 1 – Apoio ao desenvolvimento de RAS com ênfase na rede de cuidados materno/infantil e de urgência e emergência em regiões de saúde prioritárias;

⁴⁵ Fonte: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos>.

⁴⁶ Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, exercício 2016.

- b) Componente 2 - Desenvolvimento e implementação de tecnologias de gestão, logística e estudos analíticos para apoiar a organização de redes de saúde, com foco na saúde materna e infantil e cuidados em saúde de urgência e emergência; e
- c) Componente 3 - Gestão do Projeto.

A execução do projeto estava prevista para se iniciar em 2010, por meio de Termo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz para execução do projeto, o que não aconteceu. Assim sua execução se iniciou em 2011 e iria até 2014, mas foi prorrogado até 31 de dezembro de 2015.

Participaram do projeto apenas alguns hospitais de regiões prioritárias e inseridos na rede de cuidados materno/infantil e de urgência e emergência.

No Relatório de Gestão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, referente ao exercício 2016, constam as entregas deste projeto, mas não foram localizados estudos com os seus resultados e impactos.

V. Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)

O Programa Nacional de Segurança do Paciente foi lançado em 2013, por meio da Portaria GM/MS 529/2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sendo desenvolvido em articulação também com o QualiSUS-Rede e com o Proadi.

Essa portaria estabelece um conjunto de protocolos básicos de segurança do paciente que devem ser elaborados e implantados, dentre outros, os seguintes: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas e prevenção de úlcera por pressão.

Conforme já mencionado neste trabalho, segundo o Instituto de Medicina dos Estados Unidos (IOM), a segurança é uma das seis dimensões (atributos) da qualidade, ao lado da efetividade, cuidado centrado no paciente, oportunidade, eficiência e equidade.

No relatório de gestão da SAS/MS, referente exercício 2016, registrou-se que a alternância de gestores no âmbito do Ministério da Saúde e a instabilidade política do Brasil ocasionaram a falta de continuidade das ações do programa e dificultou a execução do planejamento estratégico realizado em 2015. Nesse documento,

apontou-se ainda que a ausência de indicadores para o PNSP – os quais permitiram monitorar os núcleos de segurança do paciente (NSP), a elaboração dos Planos de Segurança do Paciente e a implantação dos Protocolos de Segurança por meio eletrônico – dificultou o acompanhamento do programa. Outra falha na execução do PNSP seria a fragilidade de articulação com as três instâncias de governo para priorizar as ações de segurança do paciente, a fim de garantir a sustentabilidade do programa⁴⁷.

Estudo realizado sobre a evolução do programa apontou que, entre 2015 e 2019, houve aumento no número de núcleos de segurança do paciente (NSPs) em 416,00%, porém representava menos de 50% dos estabelecimentos hospitalares brasileiros (MARTINS et al., 2020).

VI. Incentivo de Qualificação à Gestão Hospitalar (IGH)

No contexto da Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp), foi publicada a Portaria GM/MS 3.410/2013, que estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS. Foram pactuadas as regras para a extensão do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) para hospitais públicos, priorizando hospitais de ensino e, alterando a forma de Incentivo para a Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) no âmbito do SUS, como forma da promoção/aprimoramento da qualidade dos serviços por meio da contratualização.

O IGH foi então instituído com a publicação da Portaria GM/MS 142/2014.

No entanto, esse incentivo foi revogado, em 2017, por meio da Portaria GM/MS 2.925/2017, sem avanço na implantação, por conta da ausência de disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, além dos seguintes problemas com relação ao processo de contratualização dos hospitais⁴⁸:

- a) falta de disponibilidade financeira para repasse do IGH e para repasse dos valores retroativos referentes ao IAC para hospitais;
- b) ausência de um sistema de monitoramento para o processo de contratualização;
- c) carência de um estudo aprofundado sobre os custos de implantação de um hospital e dos custos dos procedimentos hospitalares; e
- d) ausência de avaliação do processo de contratualização.

⁴⁷ Fonte: Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), exercício 2016.

⁴⁸ Fonte: Ibid.

5. Conclusão

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde é tanto uma questão de luta por vidas mais longas e melhores quanto uma necessidade econômica, conforme defende a Organização Mundial de Saúde (OMS).

No caso da atenção hospitalar, a baixa ou má qualidade dos serviços hospitalares, além do impacto direto na saúde e vida dos pacientes, também gera desperdício de recursos públicos e ameaça a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

No Brasil, diante da grande relevância e importância dos hospitais na rede de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), - tanto pelo tipo de serviços prestados quanto pelo considerável volume de recursos consumidos -, das diversas lacunas dos serviços prestados e da insuficiência de recursos, a melhoria da qualidade da atenção hospitalar não pode ser um componente esquecido na agenda governamental.

Todavia, ainda que a União seja a principal financiadora desses serviços e, por meio do Ministério da Saúde, responsável pela definição da política nacional de saúde, a melhoria da qualidade da atenção hospitalar há muito tempo não vem sendo considerada uma prioridade no governo federal.

Em 1994, estudos realizados pelo Banco Mundial demonstraram que, apesar da crescente evidência de insuficiência de qualidade desses serviços, as autoridades nacionais não desenvolviam esforços coerentes e sustentáveis para colocar na agenda as questões relacionadas ao tema.

Em 2004, o próprio Ministério da Saúde, no âmbito do plano de Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira, reconheceu que pouco se sabia a respeito da qualidade dos serviços ofertados nos hospitais brasileiros.

No presente trabalho, a partir da análise dos principais instrumentos de planejamento governamental em saúde, pode-se concluir que, entre 2008 e 2019, o tema continuou não sendo uma prioridade na agenda do governo federal, em especial do Ministério da Saúde, apesar de, nesse ínterim, ter sido instituída a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Pnhosp).

Nos planos plurianuais (PPA,s), planos nacionais de saúde (PNSs), plano estratégico de saúde do Ministério da Saúde (PE/ME) e relatórios das conferências nacional de saúde analisados, compreendendo esse período, quando se tratou da atenção hospitalar, o foco se deu na ampliação do acesso dos serviços. E, nesses

instrumentos, quando se falou expressamente da melhoria da qualidade, essa foi voltada para a atenção primária/básica de saúde.

Embora tenham sido identificados alguns esforços do Ministério da Saúde para promoção da melhoria da qualidade dos serviços hospitalares, as soluções são fragmentadas, isoladas e algumas não tiveram continuidade, não podendo ser consideradas, portanto, políticas nacionais estratégicas e sistêmicas.

Diante dessas conclusões e haja vista a relevância do tema, deixa-se como proposta de trabalhos futuros analisar os possíveis porquês de o assunto não ser tratado como prioridade na agenda do governo federal, em especial no Ministério da Saúde.

Ademais, tendo em vista que este trabalho teve foco na formação da agenda - uma das fases do ciclo das políticas públicas - assunto esse considerado complexo e ainda incipiente no Brasil segundo estudiosos, deixa-se aqui aberto espaço para continuar e ampliar a discussão proposta no presente estudo.

Bibliografia

AMORIM, I. T.; COELHO, F. de S.; LEITE, L. Q. **O Plano Plurianual (PPA) como manifestação da agenda governamental de políticas públicas: uma análise do governo federal e uma ilustração de um caso estadual (RS)**. In: LIMA, L. L.; PAPI, L. P. (Ed.). Planejamento e políticas públicas: intencionalidades, processos e resultados. Porto Alegre: Jacarta, 2020. p. 40-61. Disponível em: <https://www.anepcp.org.br/redactor_data/20201126104538_Planejamento%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas_Lima_Papi.pdf>. Acesso em: 6 de nov. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 2 mar.2021.

BRASIL. **Decreto 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em: 25 de fev. 2021.

BRASIL. **Plano Plurianual 2008-2011: mensagem presidencial e anexos**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MPOG, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-anteriores/ppa-2008-2011/081015_ppa_2008_mespres.pdf>. Acesso em: 2 de nov. 2021.

BRASIL. **Plano Plurianual 2012-2015: mensagem presidencial e anexos**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MPOG, 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/ppa-2012-2015>>. Acesso em: 4 de nov. 2021.

BRASIL. **Plano Plurianual 2016-2019: mensagem presidencial e anexos**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MPOG, 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/plano-plurianual-ppa/arquivos/ppas-anteriores/ppa-2016-2019>>. Acesso em: 3 de nov. 2021.

Brasil. Tribunal de Contas da União. **Referencial de controle de políticas públicas / Tribunal de Contas da União**. – Brasília: TCU, Gabinete da Ministra-Corregedora Ana Arraes; Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão

(Seplan), 2021. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/referencial-de-controle-de-politicas-publicas.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante**. Brasília: Ipea, 2018a, v.1. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=32688&Itemid=433>. Acesso em: 9 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex post**, Brasília: Ipea, 2018, v.2. Disponível em: <https://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_avalicao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília. SAS, 2004. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sistema_atencao_hospitalar_brasileiro.pdf. Acesso em: 25 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva e Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão, exercícios, 2008 a 2019**. Disponível em: <<https://portal.tcu.gov.br/contas/contas-e-relatorios-de-gestao/>>. Acesso em: 26 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011-2015: resultados e perspectivas / Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf>. Acesso em: 26 de nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde. Exercícios 2008 a 2019**. Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/plano-nacional-de-saude-pns>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente** / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente/>. Acesso em: 20 de nov. 2021.

CALMON, Paulo Carlos Du Pin; COSTA. Marcelo Marchesini da. **Análise de Políticas Públicas no Brasil: Estudos Sobre a Formação da Agenda Governamental**. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B890.pdf>. Acesso em: 2 de nov. de 2021.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de Políticas Públicas**. -- Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (Enap), 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3332/1/Livro_Formula%C3%A7%C3%A3o_de_Pol%C3%ADticas_P%C3%BAblicas.pdf>

[3%A3o%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas.pdf](#)>. Acesso em: 13 abr. 2021.

CAPELLA, Ana C. N.; BRASII, Felipe G.; SUDANO, Andréia C.P.G. **O estudo da agenda governamental: reflexões metodológicas e indicativos para pesquisas**. In: 39ª Encontro Anual da ANPOCS. Anais eletrônicos. Caxambu, Anpocs, 2015. Disponível em: < <http://www.anpocs.com/index.php/papers-39-encontro/gt/gt30/9723-o-estudo-da-agenda-governamental-reflexoes-metodologicas-e-indicativos-para-pesquisas/file>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GALDINO, S. V.; REIS, Érica M. B. dos; SANTOS, C. B.; SOARES, F. P.; LIMA, F. S.; CALDAS, J. G.; PIEDADE, M. A. C. R.; OLIVEIRA, A. de S. **Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura**. *Revista Eletronica Gestão & Saúde*, [S. l.], n. supl., p. Pág. 1023–1057, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3569>>. Acesso em: 3 abr. 2021.

FONSECA, Luísa Riighi Fonseca. **Políticas públicas: uma aproximação com o tema**. 2017. Disponível em: <<https://editora.pucrs.br/acessolivre/anais/sipinf/assets/edicoes/2017/artigo/48.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2021>. Acesso em: 21 abr. 2021.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca de excelência**. Belo Horizonte: IBEDISS, 2009. p. 19 e 295-377.

MACHADO, Cristiani V.; LIMA, Luciana D.; BAPTISTA, Tatiana W.F. **Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS**. Qualificação dos Gestores do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

MARTINS Andrade, A.; DA SILVA RODRIGUES, J.; MONTEIRO LYRA, B.; DA SILVA COSTA, J.; NUNES DO AMARAL BRAZ, M.; AMARAL DAL SASSO, M.; CARNEIRO CAPUCHO, H. **Evolução do programa nacional de segurança do paciente: uma análise dos dados públicos disponibilizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. *Vigilancia Sanitaria em Debate*, [S. l.], v. 8, n. 4, p. 37-46, 2020. Disponível em: <<https://visaemdebate.incqs.fiocruz.br/index.php/visaemdebate/article/view/1505>>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafio do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>>. Acesso em: 24 de abr. 2021.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. **Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios**. *Rev. adm. contemp.*, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6552011000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr. 2021.

SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.) **Políticas públicas: coletânea**. Brasília, DF: ENAP, 2006. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2914/1/160425_coletanea_pp_v1.pdf. Acesso em: 2 de nov. 2021.

SECCHI, Leonardo Coelho. **Políticas públicas: conceitos, categorias de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

SECCHI, Leonardo Coelho. **Políticas públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos**. 3.ed. São Paulo: Cengage Learning, 2019, p. 6.

SILVA, Marcos Araújo Mortoni. **3º Roteiro de estudo da disciplina Governança e Relações Intergovernamentais em Políticas Públicas**, ministrada na Especialização em Controle de Políticas Públicas realizada pelo Instituto Serzedello Correa do Tribunal de Contas da União. Brasília, 2021.

Souza, Paulo César de; Scatena, João Henrique G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. *Revista de Administração em Saúde (RAS)*; 15(59): 79-88, abr.-jun. 2013. tab, graf. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704509>>. Acesso em: 2 de nov. de 2021.

TONI, Jackson de Reflexões sobre o Planejamento Estratégico no Setor Público /Jackson de Toni. – Brasília: Enap, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6334/1/Jackson%20de%20Toni.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2021.

OECD, World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. **Delivering quality health services A global imperative for universal health coverage**. Geneva, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>.> Acesso em: 1º de nov. 2021

XUN WU, M. Ramesh, Michael Howlett, Scott Fritzen. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**; traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2555/1/Guia%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20Gerenciando%20Processos.pdf>>. Acesso em: 25 de nov. 2021.

Glossário

Ação - No PPA é o instrumento de programação que contribui para atender ao objetivo de um programa, podendo ser orçamentária ou não-orçamentária.

Ações - No Plano Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 eram as atividades necessárias para a realização do produto.

Área temática – No PPA compreende os grandes temas aglutinadores dos programas do plano.

Atividade – No PPA é o instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto necessário à manutenção da ação de governo.

Dimensão estratégica – No PPA é a orientação estratégica que tem como base os macrodesafios e a visão de longo prazo do governo federal.

Diretriz – No PPA é a declaração ou conjunto de declarações que orientam os programas abrangidos no plano.

Dimensão tática - No PPA define caminhos exequíveis para o alcance dos objetivos e das transformações definidas na dimensão estratégica, considerando as variáveis inerentes à política pública tratada. Essa dimensão vincula os programas temáticos para consecução dos objetivos mediante iniciativas expressas no plano.

Diretrizes estratégicas – No PPA são as definições e objetivos do governo em face de uma questão estratégica definida pelo programa eleito, avaliação do plano anterior, políticas setoriais e os cenários prospectivos do Estado. As diretrizes estratégicas orientam a formulação dos componentes da matriz programática.

Eixo estratégico - Macro área estratégica de organização do governo.

Estratégia - No Plano Estratégico 2011-2015 do Ministério da Saúde representavam os principais caminhos, as trajetórias percorridas para atingir os objetivos estratégicos e constituíam-se como estratégias da gestão até 2015.

Iniciativa - No PPA declara as entregas de bens e serviços à sociedade, resultantes da coordenação de ações orçamentárias e de outras medidas de caráter não orçamentário.

Macrodesafios – No PPA são diretrizes elaboradas com base no programa de governo e na visão estratégica que orientarão a formulação dos programas do plano.

Meta – No PPA é uma medida do alcance do objetivo, podendo ser de natureza quantitativa ou qualitativa.

Objetivo - No PPA expressa o que deve ser feito, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de um conjunto de Iniciativas.

Objetivos estratégicos – No Plano Estratégico 2011-2015 descreviam os grandes alvos que o Ministério da Saúde buscava atingir até 2015. Estavam vinculados ao Plano Plurianual e ao Plano Nacional de Saúde

Prioritários – Recortes estratégicos do Ministério da Saúde no Plano Estratégico 2011-2015.

Produtos - No Plano Estratégico 2011-2015 do Ministério da Saúde eram as entregas intermediárias que precisavam ser realizadas para que o resultado fosse atingido, configurando-se como meios para a concretização do resultado.

Projeto - No PPA é o instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações, limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou aperfeiçoamento da ação de governo.

Programa - No PPA é o instrumento de organização da ação governamental que articula um conjunto de ações visando à concretização do objetivo nele estabelecido.

Programa finalístico - No PPA são os programas por meio dos quais são ofertados bens e serviços diretamente à sociedade e pelos quais são gerados resultados passíveis de aferição por indicadores.

Programa temático - No PPA é aquele programa que expressa a agenda de governo por meio de políticas públicas, orientando a ação governamental para a entrega de bens e serviços à sociedade.

Programas de apoio às Políticas Públicas e Áreas Especiais – No PPA são aqueles programas voltados para a oferta de serviços ao Estado, para a gestão de políticas e para o apoio administrativo.

Resultados – No Plano Estratégico 2011-2015 do Ministério da Saúde expressavam a transformação na realidade almejada pelo grupo que planejava, ao final de determinado prazo.

Visão de longo prazo – No PPA é o planejamento mais abrangente, que ultrapassa o período desse plano (quatro anos).

Visões de futuro – No PPA é o ponto de partida orientador do planejamento do destino da Nação, no geral, e da ação governamental em particular.

Missão

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo

Visão

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável