

# Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS

*Contractualisation of hospital management versus health regulation: agencies, state control and evaluation in SUS*

**Thadeu Borges Souza Santos**

Enfermeiro, Professor Assistente da Universidade do Estado da Bahia,  
Doutor em Saúde Pública

**Isabela Cardoso de Matos Pinto**

Assistente Social, Professora Associada da Universidade Federal da Bahia,  
Doutora em Saúde Pública

## Resumo

Este artigo objetiva refletir sobre a contratualização da gestão hospitalar na história regulatória brasileira à luz da avaliação enquanto elemento relevante para capacidade de gestão em saúde. A contemporânea tendência internacional do Estado assumir caráter regulador implica sobre sua condição de provedor da seguridade social, principalmente nos Sistemas Nacionais de Saúde fundamentados no modelo Beverigiano. No caso brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi gestado no processo de redemocratização, inspirado no Estado de Bem-Estar Social, sendo legitimado na Constituição Federal do Brasil de 1988. Com as ondas reformistas dos anos 1990, fundamentou-se o modelo de agências regulatórias, a exemplo das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária e de Saúde Suplementar. Todavia, a partir da Reforma Administrativa do Estado no final da mesma década com a incorporação de Modelos Alternativos de Gestão, principalmente voltados para hospitais, a atividade regulatória ficou sob a responsabilidade do aparato jurídico de controle externo e interno, destacadamente o Tribunal de Contas, Ministério Público e Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Condições que reitera a importância da avaliação na saúde, principalmente nas análises da capacidade governamental para monitorar, controlar e regular seus contratos de gestão na atenção hospitalar. Como aporte teórico, adota-se a epistemologia matusiana, em específico sobre um dos vértices do "Triângulo de Ferro" que envolve o controle e avaliação de desempenho do gestor. Referencial que permite articular a capacidade regulatória brasileira, a capacidade de gestão e importância da avaliação em saúde frente a contratualização da gestão de serviços.

## Palavras Chave:

Política de Saúde, planejamento em Saúde, gestão em Saúde, administração pública, hospitais públicos.

## Abstract

This article aims to reflect on the contractualisation of hospital management in Brazilian regulatory history in the light of evaluation as a relevant element for health management capacity. The contemporary international tendency of the State to assume a regulatory character implies its status as provider of social security, especially in the National Health Systems based on the Beverigian model. In the Brazilian case, the Unified Health System (SUS) was conceived in the re-democratization process, inspired by the Social Welfare State, and was legitimated in the Federal Constitution of Brazil in 1988. With the reformist waves of the 1990s, model of regulatory agencies, such as the National Agencies of Sanitary Surveillance and Supplementary Health. However, since the Administrative Reform of the State at the end of the same decade with the incorporation of Alternative Management Models, mainly aimed at hospitals, the regulatory activity was under the responsibility of the legal apparatus of external and internal control, notably the Court of Auditors, Public Ministry and SUS National Audit System. Conditions that reiterate the importance of health assessment, especially in the analysis of the governmental capacity to monitor, control and regulate its management contracts in hospital care. As a theoretical contribution, we adopt the Matusian epistemology, specifically on one of the vertices of the "Iron Triangle" that involves the control and evaluation of the manager's performance. This framework allows articulating the Brazilian regulatory capacity, the management capacity and the importance of the health evaluation, as opposed to the contracting of service management.

## Key Words:

Health policy, health planning, health management, public administration, hospitals public.

## Introdução

A contratualização da gestão hospitalar faz parte da história das políticas públicas de saúde no Brasil que, com o fenômeno da adoção de modelos de gestão indireta a partir do final da década de 1990 [1, 2], trouxe a reboque a função reguladora estatal. Esta se expressa pela necessidade de acompanhar, monitorar e auditar, lançando olhares sobre o desenvolvimento das ações, os resultados alcançados e a própria regularidade administrativo-jurídica das relações entre o público e o privado na saúde. Consequentemente, a avaliação em saúde deve ser tomada como relevante para a capacidade de gestão governamental sobre os sistemas de saúde.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal do Brasil de 1988 foi um dos fatores decisivos para considerá-la como Constituição Cidadã, principalmente pelo alinhamento com as lutas por redemocratização e inauguração do processo de descentralização da gestão [3]. Todavia, a constituinte foi pautada por variadas disputas entre políticas em torno de interesses diversos, que resultou na permissão da contratação de serviços privados complementares (contratos de prestadores privados sem fins lucrativos pelo setor público) ao SUS. E também de que a saúde seria livre à iniciativa privada, enquanto sistema suplementar (prestadores de serviços privados com ou sem fins lucrativos independentes de relação com o setor público) [4].

A Reforma Administrativa do Estado (RAE) aprovada com a Emenda Constitucional nº19/1998, trouxe novas modalidades jurídicas para gestão de unidades, ancoradas na doutrina do novo gerencialismo público, tais como: Organizações Sociais, Parceria Público Privado e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Modelos Alternativos de Gestão Indireta (MAGI) que inauguraram outro caráter de contratualização em saúde, ampliando a complexidade da gestão dos sistemas de saúde, principalmente quanto a atenção hospitalar no SUS [5].

Os contratos de gestão, de concessão e o termo de adesão são os respectivos instrumentos da relação entre os MAGI citados e o Poder Executivo que é responsável pela provisão de serviços, sendo que a fiscalização da sua regularidade administrativa e financeira desses contratos se enquadrou na competência da atuação dos Órgãos de Controle Externo (Ministério Público e Tribunal de Contas), frente a estruturação regulatória do aparato público [6, 7].

Nesta reestruturação contemporânea, a função reguladora da atenção hospitalar no SUS tem se conformado de modo multi-institucional, exigindo competências do gestor sistêmico [8], principalmente frente aos desafios da governança e administrativo-jurídico [9]. Ou seja, para além da regulação da rede assistencial, da atenção

e do acesso a saúde como postos na Política Nacional de Regulação do SUS.

A reflexão sobre a complexidade regulatória macroinstitucional será desenvolvida neste ensaio científico sobre a contratualização na atenção hospitalar no SUS, perpassando pela capacidade de gestão e permitindo-se pensar na importância da avaliação em saúde neste processo.

## A regulação em saúde no Brasil

A intervenção estatal com objetivo de monitorar e corrigir rumos na condução de políticas públicas é a essência da regulação. O termo teve suas análises iniciadas nas áreas da economia, administração pública e ciência política, chegando na saúde como tentativa de normatizar os macroprocessos da prestação de serviços pelo Estado, seja como provedor ou como contratante de entidades corresponsáveis [10].

As Caixas de Pensões e Institutos de Aposentadorias e Pensões na década de 1930 que prestavam benefícios previdenciários e assistenciais médicos as categorias de trabalhadores organizados, estabeleciam regras de utilização ou oferta, principalmente quando se fortaleceu o modelo de compra de serviços de saúde. Processo intensificado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS) a partir de 1966 [11]. A regulação neste modelo era do tipo comercial, administrativo e fortemente financeira por estar centrada no pagamento que passou a ser feito por Unidade de Serviço. Lógica produtivista e voltada para o alto custo do sistema de saúde que, consequentemente, atribuiu menor importância ao aspecto assistencial [10].

No início do processo de implantação do SUS esta lógica persistiu com a manutenção do pagamento por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e continuidade da contratação de serviços em caráter complementar. As Normas Operacionais Básicas (NOB) sustentaram esta concepção. A NOB 92 principalmente, pois recomendava verificação da eficiência, eficácia e efetividade no cumprimento das metas e resultados. Com a NOB 93, a descentralização da responsabilidade regulatória passou para os gestores estaduais e municipais; e com a NOB 96 se iniciou a reestruturação do modelo de financiamento, passando a ser por série histórica e/ou base populacional [10].

Com a forte perspectiva reformista e influências do Novo Gerencialismo Público foi criado o modelo de regulação estatal através das Agências Nacionais de Vigilância Sanitária (ANVISA) e de Saúde suplementar (ANS) ainda na década de 1990 [12]. Processo conhecido como reforma regulatória e que teve forte corre-

lação com o ideário neoliberal [13]. A criação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS com a Lei nº 8689/1993, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº 1651/1995, atribuiu-se a avaliar estrutura, processos e resultados com critérios e parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade e auditar regularmente os procedimentos praticados mediante exame analítico e pericial. Suas medidas corretivas e recomendações deverão ser consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde [14, 15].

Com o Pacto de Gestão em 2006 ficou estabelecido que o financiamento passaria a ser em seis blocos de custeio: atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância sanitária, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Neste último, contempla-se a regulação, controle, avaliação e auditoria; sendo que a regulação pauta como critérios a contratação: habilidade dos servidores/prestadores, formalização do instrumento contratual e auditoria assistencial dos protocolos clínicos [16].

Foi em 2008 que a Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pela Portaria nº 1559. Instrumento voltado para responsabilidade sanitária das três esferas de governo e sob coordenação estadual. Suas três dimensões são: a) a regulação de sistema de saúde através das ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância; b) a regulação da atenção à saúde com garantia da adequada prestação de serviços, produção das ações diretas e finais de atenção à saúde pelos prestadores públicos e privados; e c) a regulação do acesso a assistência deve ser coordenado pelas centrais que constituem os Complexos Reguladores Estaduais e Regionais que têm autoridade sanitária para organizar, controlar e gerenciar fluxos assistências baseados em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização de acesso aos leitos de atenção hospitalar [17].

Quanto ao subsistema suplementar, ele é composto pelos grupos do subsetores suplementar e liberal clássico. Este se caracteriza pelos serviços autônomos com clientela própria. E o suplementar é composto por serviços privados com ou sem fins lucrativos que são financiados por planos e seguros de saúde ou desembolso direto. A regulação deles é feita pela ANS. Atenta-se que por vezes, estes serviços podem ter caráter complementar, satisfazendo as carências de oferta pelo sistema público, com relação restabelecida através de contratos de serviços [18].

Atividade que responsabiliza o poder público contratante a fiscalizá-lo e os órgãos de controle externo a analisarem as regularidades administrativo-jurídica, tal como os contemporâneos contratos de gestão indireta. Com este entendimento regulatório em saúde, emerge a necessidade de compreensão sobre a contratualização na atenção hospitalar do SUS.

## Contratualização de serviços na atenção hospitalar

### *Contratos de prestação de atividades meio: os mecanismos de terceirização na atenção hospitalar*

O termo publicização acima tratado, difere legalmente do termo terceirização. Na terceirização o poder público transfere ao ente privado com ou sem fins lucrativos (como ocorre em casos de telefonia e serviços de atividades meio), enquanto que na publicização a prestação do serviço público é transferida para uma organização privada, qualificada pelo poder público como organização privada de interesse público, devendo ser sem fins lucrativos [19, 20].

O amplo debate sobre as terceirizações perpassa sobre legitimidade de contratualização de serviços para desenvolver as atividades meio na administração pública. O movimento se origina no Decreto-Lei nº 200/1967 que dispõe a possibilidade de execução indireta de serviços através de contratos a fim de evitar crescimento da máquina pública. E com a Lei nº 8666/1993, que trata das regras de licitações, também não se delimitou conceito sobre as atividades meio ou fins e nem limites para sua adoção. É na Justiça do Trabalho que se fixam critérios para terceirização, inicialmente destinada para o trabalho temporário e serviço de vigilância. E que somente seriam práticas lícitas quando se tratassem de atividades meio, mas discussão sempre pontuada são limites definidores e de diferenciação destas atividades como fim ou meio [21, 22].

O facto é que se observa crescente processo de terceirizações que amplia o escopo das consideradas atividades meio na gestão hospitalar. Serviços como lavanderia, higienização, segurança, esterilização, laboratório e nutrição são exemplos fáceis de sinalizar o quanto a prestações de serviços tem se tornado objetos de instrumentos contratuais que condicionam aumento da complexidade de gestão destas organizações. Isto em serviços privados, mas que ganha notoriedade também no setor público.

Existem evidências de que este meio tem se configurado no SUS como expansão dos mercados sobre a prestação de serviços públicos, a exemplo dos laboratórios de análises clínicas [23] e também como via de precarização do trabalho no setor saúde (em análise dos tipos de vínculos e flexibilizações na alocação de recursos humanos) através de contratos de gestão que funcionam como alternativas obscuras de terceirizações de serviços [24, 25]. Fenómeno que suscita movimentos contrários e resistências devido as implicações trabalhistas decorrentes da acumulação flexível no capitalismo contemporâneo [26], situação que permeia outras dimensões da relação público-privada na saúde.

**Contratos complementares de serviços hospitalares no SUS: a histórica relação do público-privado no SUS**

A respeito da história introdutória acerca da permanência da relação entre o público e o privado na saúde, o caráter complementar foi justificado pelo entendimento que, com a melhoria do financiamento da saúde, a participação do privado diminuiria em detrimento a ampliação da rede pública. Contudo, há de convir que o privado alicerçou-se e criou uma inversão em que o público parece complementá-lo. Exigindo atenção ao aperfeiçoamento dos instrumentos contratuais de prestação de serviços e, conseqüentemente, de regulação [27]. Constituindo-se numa inversão do privado sobre o público, em que o direito privado exerce influências sobre o direito público [28].

Esta situação é marcante quando considerada as atenções ambulatorial especializada e hospitalar devido baixa capacidade instalada, levando a necessidade de contratação de serviços complementares para oferta aos usuários. Condicionante que exige melhorias da transparência na relação contratual com vistas ao interesse público [29]. Principalmente quando se reconhece a situação do público ser prisioneiro da prestação de serviços privados, com existência de baixa formalização da relação contratual [30].

**Contratos de gestão na atenção hospitalar do SUS: as parcerias de gestão público-privada enquanto alternativas de gestão indireta**

Com a Reforma Administrativa do Estado (RAE), alterou-se o Artigo n.º 37 da CFB de 1988 através da Emenda Constitucional (EC) n.º19/1998 que incluiu

a eficiência como um dos princípios da administração pública [31]. Concebeu-se que as organizações deveriam ser públicas, privadas ou públicas não estatais. Nesta última, o papel do Estado foi reconfigurado como sendo de atividades de núcleo estratégico, exclusivas, de serviços não exclusivos e de produção de bens e serviços para o mercado [32, 33]. Entre estes últimos estão ciência, assistência social, educação e saúde. Sendo que para transferência da responsabilidade da execução por terceiros, criou-se o termo publicização que corresponde a descentralização por terceira via (por ser paralela ao processo de municipalização da gestão do SUS), a empresas privadas sem fins-lucrativos denominadas de Organizações Sociais [34].

O instrumento desta nova relação do público com o privado é o contrato de gestão. De tal modo, constituiu-se um novo enquadramento jurídico-institucional nas organizações públicas através das naturezas administrativas por OS (Lei n.º 9.637/98), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (Lei n.º 9.790/99) e Fundações de Apoio (FA) (Lei n.º 8.958/94) que novas alternativas de gestão indireta [35, 36, 37]. E a partir dos anos 2000, foram criadas as Parceria Público Privada (PPP) (Lei n.º 11.079/2004), Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) (Lei n.º 12.550/2011) e estabeleceu-se o regime jurídico das parcerias voluntárias entre a administração pública e as Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Lei n.º 13.019/2014). Estas

**Quadro 1** - Elementos caracterizadores dos modelos de gestão brasileira para atenção hospitalar

Caracterizadores Modelos De Gestão		Marco Legal	Natureza Administrativa e Jurídica	Instrumento de Gestão
Órgãos da Administração Pública Direta		- CFB 1937 - Decreto-Lei nº 579/1938	Direta com Direito Público	Termo de Compromisso entre Entes Públicos
Empresas públicas	EBSERH	- Decreto-Lei nº 200/1967 - Lei nº 12.550/2011 - Decreto nº 7.661/2011	Indireta com Direito Privado	Termo de Adesão e Contrato de Gestão
Autarquia		- Decreto-Lei nº 6016/1943 - Decreto-Lei nº 200/1967 - CFB/1988, Art.37 - Decreto nº 2487/1998	Indireta com Direito Público	Contrato de Gestão Termo de parceria
Fundação Pública de Direito Público		- CFB/1988, Arts. nº 37,38,39 e 40		
Fundação Pública de Direito Privado		- LC nº 92/2007		
Fundação de Apoio		- Lei nº 8.958/1994		
Entes públicos não estatais OSCIP OSC	OS	- Lei nº 9637/1998	Indireta com Direito Privada sem fins lucrativos e qualificada pelo Poder Público	
	- Lei nº 9.790/99			
	- Lei nº 13019/2014			
Sociedade Propósito Específico	PPP	- Lei nº 11.079/2004	Indireta com Direito Privado	Contrato de Concessão

Fonte: Modelos e naturezas jurídicas de gestão no Brasil [35, 36, 37].

personalidades jurídicas e suas respectivas naturezas e instrumentos são apresentadas no Quadro 1.

Esta evolução dos modelos de gestão explicita o avanço do processo de incorporação da ideologia privada na esfera pública. Levando a maior necessidade de normatização dos processos jurídicos, adoção de critérios avaliativos e aperfeiçoamento da capacidade de gestão através de melhoria do sistema de monitoramento e regulação.

### **Prestação de contas por desempenho**

Como aporte teórico, adota-se a epistemologia matusiana, em específico sobre o vértice do controle e desempenho do Triângulo de Ferro. Referencial que permite articular a análise da capacidade de gestão com o aspecto regulatório em saúde e as transações de custos. O ator situado é um entendimento sobre a posição de líder a frente de um sistema de atenção a saúde que exige articulações tecnocráticas e tecnopolíticas. Ele se constitui como planejador frente as tensões, outros atores, controle ou escassez de recursos e espaço para implementações mediante cálculo estratégico e que definirá uma teoria da ação do planejamento [38].

Diante da complexidade que as múltiplas contratualizações condiciona a gestão hospitalar, três aspectos são relevantes à capacidade de gestão: prioridades dos dirigentes sobre as ações a serem implementadas, a gestão por resultados/operações e a prestação de contas por desempenho. Elementos que constituem o Triângulo de Ferro matusiano. Deles, o terceiro é tomado como elemento teórico analítico da atividade regulatória pois corresponde a verificação de e responsabilidade dos sujeitos envolvidos na prestação e gestão do serviço e apresentação de resultados conforme contratualizado [39].

É através desta compreensão que se percebe a relevância da avaliação como aspecto que fortalece a capacidade de gestão.

### **Relevância da avaliação como elemento de fortalecimento da capacidade de gestão em saúde**

Historicamente, a avaliação tem avançado com introdução de métodos que a tornaram cada vez mais fina e completa com o passar das suas gerações [40], permitindo-lhe prestígio devido ganho de importância nas tomadas de decisão governamentais diante da necessidade de controle do crescimento dos custos públicos, ampliação do acesso e qualidade dos serviços prestados. Permitindo que a avaliação se inserisse nos níveis

macro, meso e micro da política pública do campo da saúde [41].

Na Saúde Coletiva, a área de Política, Planejamento e Gestão tem favorecido implementações com ampla produção científica, sendo que a avaliação é um dos seus construtos [42, 43], sendo considerada tema transversal frequente na produção científica desta área [44, 45]. E na administração pública, ela tem favorecido tomadas de decisão e beneficiado a sociedade e instituições com seus processos de autocritica e análise [46].

No Brasil, ela tem sido importante ferramenta aliada dos gestores dos sistemas e serviços, assim como de políticas e programas de saúde [47, 48]. Para tanto, salienta-se a necessidade da formação de avaliadores com embasamento teórico-científico, pluralidade metodológica às complexidades inerentes à saúde e dispositivos institucionais regulamentadores para a pesquisa avaliativa [49].

Assim, o processo normativo de institucionalização na saúde no Brasil se iniciou a partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) de 1998 e no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde criados em 1998 e 2004, respectivamente. Mais recentemente, coube a Portaria nº 28/2015 reformular-lo através do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), atribuindo a avaliação como etapa relevante para reorientação da execução de ações de saúde quanto a eficiência, eficácia e efetividade. Ele tem como objetivo geral

“Avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto a estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido” [50].

Metodologicamente, o PNASS se estrutura por três instrumentos avaliativos. O primeiro aborda sobre os itens de verificação (Gestão Organizacional, Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado, Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado, Serviços/Unidades específicas e Assistência Oncológica). Sendo que um dos aspectos referentes a gestão organizacional são os contratos de gestão, em que deve-se verificar instrumento formal alinhado ao SUS, período de vigência, cumprimento de 70% das metas estabelecidas, existência de instrumento de acompanhamento dos con-

tratados e serviços terceirizados, acompanhamento através de indicadores qualitativos e existência de comissão de acompanhamento contratual.

O segundo aborda sobre os usuários e o terceiro sobre o conjunto de indicadores, sendo da atenção ambulatorial de alta complexidade e da atenção hospitalar. Os indicadores da atenção hospitalar têm correlação com o risco de morrer, causa da internação, faixa etária, sexo e uso de UTI. Para tanto, existe o Sistema de Informação do referido programa (SIPNASS) [50].

A pesar desta construção normativa e estruturante da avaliação em saúde, reconhece-se que na prática ocorre uma fragilidade ou insuficiência de sistemáticas na administração pública. Em específico para hospitais públicos com gestão contratualizada, existem como desafios a falta de padronização, inespecificidade e inconsistências dos indicadores nos instrumentos contratuais [51].

Assim, a avaliação se torna elemento imprescindível ao desenvolvimento das vias de controle e monitoramento dos instrumentos contratuais na relação público-privado por parte dos gestores em saúde, garantindo maior eficiência nos sistemas de saúde e atenção hospitalar. Principalmente diante da fragilidade e incipiência de mecanismos regulatórios que caracterizam a assistência hospitalar no SUS [52]. E também pelo reconhecimento das necessidades de saúde territoriais para orientar a adequação

do perfil assistencial e estruturação de redes de serviços circunvizinhos que evitem a sobrecarga de atendimentos de menores complexidades na rede hospitalar [53].

## Conclusão

A partir da reflexão sobre a contratualização na gestão hospitalar, pode-se perceber a inerente correlação entre a história regulatória e a relevância da avaliação. Articulação que deve ser pensada como elemento essencial para a capacidade de gestão em saúde no Brasil. O modelo de agências determinado na reforma regulatória dos anos 1990 se ampliou com os órgãos regulatórios da administração pública (TCE e MP) e consultivos (Auditoria do SUS) com a necessidade de exercer o devido acompanhamento da prestação de serviços de saúde e a ampliação das naturezas contratuais que articular o público e o privado. Na atenção hospitalar em específico, termos de compromisso entre entes públicos, termos de adesão e contratos de gestão e concessão são as múltiplas formas de instrumentalização desta relação, exigindo cada vez mais o desenvolvimento da capacidade governamental para monitorar, controlar e regular, efetivando a institucionalização da avaliação em saúde.

## Bibliografia

- Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF de. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. RJ: Fiocruz, 2012. p. 577-608.
- Santos TBS, Oliveira SS de, Vieira SL, Pinto IC de M. Contornos da administração pública e repercussões no âmbito da gestão hospitalar: problemáticas, objetos e perspectivas. IN: Teixeira CF, organizadora. Observatório de análise política em saúde. Abordagens, objetos e investigações. Salvador: EDUFBA, 2016, p.397-430.
- Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, 2013; 29(10): 1927-1953.
- Lobato L de VC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. RJ: Fiocruz, 2012. p. 89-120.
- Santos TBS, Pinto IC de M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. Saúde Debate, 2017; 41(n.esp.3): 99-113.
- Bugarin PS. O TCU e a fiscalização dos contratos de gestão. RERE, 2007; 10 (jun/ago):1-21.
- Costa IG da, Gofman B. As parcerias com as organizações sociais e a fiscalização por parte do Ministério público. Revista Aporia Jurídica, 2016; 1 (jan/jul): 157-173.
- Machado GP. A triplice função estatal em matéria de saúde. Revista CEJ, 2007; 11(38): 28-33.
- Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad. Saúde Colet., 2016; 24(1): 49-54.
- Santos F P, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. Interface - Comunic, Saúde, Educ, 2006; 9(18): 25-41.
- Lobato L de VC, Giovanella L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 89-120.
- Pinto IC de M. Reforma gerencialista e mudança na gestão do sistema nacional de vigilância sanitária. In: Costa EA, organizadora. Vigilância sanitária. Temas para debate. Salvador: Edufba; 2009. p.171-194.
- Bahia L; Souza LEPF de. Regulação da saúde: as Agências Reguladoras Setoriais (Anvisa e ANS). In: Paim JS, Almeida-Filho, N. de, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014, p. 383-390.
- Brasil. Decreto nº1651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União de 29 de setembro de 1995. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/d1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm).
- Brasil. Lei nº 8689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Diário Oficial da União: 28/07/1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm).
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Apoio e à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Brasil. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União de: 01/08/2008. Disponível em: [file:///C:/Users/Dell/Downloads/1559\\_2008.pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/1559_2008.pdf).
- Pietrobon L, Prado ML do, Caetano JC. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2008; 18(4): 767-783.
- Souza HS, Mendes AN. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. Rev Esc Enferm USP, 2016; 50(2): 284-291.
- Brasil. Lei nº 9637. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 15 de maio de 1998.
- Garcia FA. A relatividade da distinção atividade-fim e atividade-meio na terceirização aplicada à administração pública. Revista de Direito da Procuradoria Geral do Estado do Rio de Janeiro, 2010; 1: 95-114.
- Pereira APB, Souza LM de. Acerca da dicotomia atividade-fim e atividade-meio e suas implicações na licitude da terceirização trabalhista. Revista de Informação Legislativa, 2014; 51(201): 175-192.
- Santos Mab dos. Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas [Tese de Doutorado], 2012.
- Druck G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab. Educ. Saúde:2016; 14(supl.1): 15-43.

25. Souza HS, Mendes AN. A terceirização e o “desmonte” do emprego estável em hospitais. *Rev Esc Enferm USP*, 2016; 50(2): 286-294.
26. Druck G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Cadernos CRH*, Salvador, 24 (spe 01): 37-57.
27. Santos L. Administração pública e gestão da saúde. In: Santos NR dos, Amarante PD de C, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p.68-86.
28. Menicucci TMG. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. In: Santos NR dos, Amarante PD de C, organizadores. *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2011, p180-197.
29. Solla JJSP, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC de, Carvalho AI de, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
30. Romano CMC, Scatenas JHG. A relação público-privada no SUS: um olhar sobre a assistência ambulatorial de média e alta complexidade na região de saúde da Baixada Cuiabana em Mato Grosso. *RAP*, 2014; 48(2): 439-458.
31. Peixoto Neto PA de S, Accioly NV da CC. A supremacia do interesse público sobre o privado: breves reflexões. *Rev. SJRJ*, 2012; 19 (35): 35-57.
32. Andrews CW. Da década perdida à reforma gerencial: 1980-1998. In: Andrews CW, Bariani E, organizadores. *Administração pública no Brasil. Breve história política*. São Paulo: Editora Unifesp, 2010, p. 85-118.
33. Garces A, Silveira JP. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público*, 2002; 53(4): 53-77.
34. Paula APP de. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. *Revista de administração de empresas*, 2005; 45(1): 36-49.
35. Pinto IC de M, Teixeira CF, Solla JJSP, Reis AAC dos. Organização do SUS e diferentes modalidades de gestão e gerenciamento dos serviços e recursos públicos de saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N de, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 231-244.
36. Santos JC, Oliveira SS. A importância da administração pública indireta para a prestação do serviço público. *ReFAE*, 2010; 1(2): 64-89.
37. Salgado VAB. *Manual de administração pública democrática: conceitos e formas de organização*. Campinas: Saberes Editora, 2012.
38. Matus C. *Política, planejamento & governo*. Tomo I. Brasília: IPEA, 1993.
39. Matus C. *Los cinturones Del gobierno*. Caracas: Fondo Editorial Altadir, 1997.
40. Dubois CA, Champagne F, Bilodeau H. História da avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p.19-40.
41. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 41-60.
42. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, 1999; 4(2): 221-242.
43. Teixeira CF, Sá M de C. Planejamento & gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. *Ciênc. saúde coletiva*, 1996; 1(1): 221-242.
44. Paim JS, Teixeira CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev. Saúde publ.*, 2006; 40(n.esp): 73-78.
45. Teixeira CF, Jesus WLA de, Souza MKB de, Rocha MND. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. In: Paim JS, Almeida Filho N de, organizadores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 585-594.
46. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010; 10 (Supl. 1): 229-237.
47. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(4): 821-828.
48. Vieira da Silva LV. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.
49. Hartz ZM de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999; 4(2): 341-353.
50. Brasil. Pnass: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
51. Coelho SMPS. *Avaliação dos Indicadores Presentes nos Contratos da Gestão Terceirizada de Hospitais Públicos: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia—SESAB*. [Tese de Mestrado]. Universidade Federal da Bahia: Salvador; 2016.
52. Farias SF, Gurgel Junior GD, Costa AM, Brito R de L, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(Supl. 1):1043-1053.
53. Tiberio AA, Souza EM, Sarti FM.. Considerações sobre Avaliação de Estabelecimentos de Saúde sob Gestão de OSS: o caso do Hospital Geral do Grajaú. *Saúde Soc*. São Paulo, 2010; 19(3): 557-568.