

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

FAUSTO JAIME

**ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO SUS PELO  
GESTOR FEDERAL DE 1995 A 2002.**

SALVADOR - BA

2005

AUTOR: FAUSTO JAIME

**ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO SUS PELO GESTOR FEDERAL  
DE 1995 A 2002.**

Dissertação de mestrado elaborada como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Bahia.

Orientador: LUIS EUGÊNIO PORTELA FERNANDES DE SOUZA

SALVADOR  
2005

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

AUTOR:

**FAUSTO JAIME**

TÍTULO DO TRABALHO:

**ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO SUS PELO GESTOR  
FEDERAL DE 1995 A 2002.**

NATUREZA:

Dissertação de mestrado para a obtenção do título de mestre em saúde coletiva pelo instituto de saúde coletiva da universidade federal da bahia  
– área de concentração em gestão de sistemas de saúde.

DATA DE APROVAÇÃO:

---

ASSINATURA DOS MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:

---

PROF. DOUTOR LUIS EUGÊNIO PORTELA FERNANDES DE SOUZA

---

PROFESSORA DOUTORA CARMEN FONTES TEIXEIRA

---

PROFESSORA DOUTORA CRISTINA MELO

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Anilzene, minha companheira de longo curso e de todas as horas.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço de maneira especial ao meu orientador, o Professor Doutor Luís Eugênio Portela Fernandes de Sousa, por sua contribuição, dedicação e paciência. Agradeço, ainda, aos meus professores do Mestrado de quem pude aprender não somente a Saúde Coletiva, mas lições de cidadania.

## **RESUMO**

Este trabalho teve como objeto a pesquisa sobre as estratégias de regulação do Sistema Único de Saúde no Brasil pelo gestor federal. O problema, a questão fundamental respondida é: quais as estratégias de regulação do sistema de saúde foram utilizadas pelo gestor federal do SUS? O período analisado foi do ano de 1995 a 2002. O trabalho focalizou a regulação do sistema de saúde brasileiro, a chamada *macrorregulação*. Esta constitui o macroprocesso de regulação, relacionado à regulação do sistema de saúde. Esta envolve a regulação da reitoria, a regulação da normalização e a regulação da superintendência. O propósito do autor foi descrever e analisar as estratégias de regulação do sistema de saúde pelo gestor federal do SUS. Descreveu-se a evolução dessas estratégias dentro do período estudado até chegar à forma como se expressam nos dias atuais. Foram identificadas as influências da chamada Reforma Gerencial do Estado na área da saúde, bem como se procurou descrever a evolução dos mecanismos regulatórios e analisar os instrumentos de regulamentação que se editaram até os dias atuais, além de identificar tendências.

## **PALAVRAS-CHAVES**

Saúde Coletiva; Saúde Pública; Sistemas de Saúde; Gestão em Saúde; Regulação em Saúde; Regulação de Sistemas de Saúde; Macrorregulação.

## **ABSTRACT**

This work intends to analyze the regulation strategies of Health Unique System in Brazil. The fundamental question is: which regulation strategies of health system were applied by the federal manager of SUS. The period analyzed was 1996 to 2002. The work focalize the Brazilian health system regulation. The purpose of the author was described and analyzed the health system regulation strategies. The influence of State Managerial Reform was identified. The regulatory mechanisms evolution was described. The regulation instruments were analyzed. The regulation trends were identified.

## **KEY WORDS**

Health Systems; Health Management; Public Health; Regulation; Macrorregulation.

## **SUMÁRIO**

<b>1 Introdução.....</b>	<b>06</b>
<b>2 Marco teórico-conceitual.....</b>	<b>10</b>
<b>3 Elementos históricos e contextuais.....</b>	<b>23</b>
<b>4 Estratégias metodológicas.....</b>	<b>44</b>
<b>5 Resultados e discussão.....</b>	<b>49</b>
<b>6 Conclusão.....</b>	<b>73</b>
<b>7 Referências.....</b>	<b>77</b>

## 1 Introdução

O Sistema Único de Saúde - SUS em nosso país tem obtido grandes avanços. Esses avanços do sistema ocorreram principalmente na última década e incluem a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, tanto na atenção primária como nos serviços de maior densidade tecnológica, a chamada média e alta complexidade. Identificamos, também, um processo de descentralização importante. Esta descentralização tornou os municípios atores fundamentais no sistema público de saúde.

Estes avanços obtidos na estruturação do SUS, no entanto, desencadearam novos problemas financeiros, organizacionais e gerenciais, que desafiam e retardam a concretização de algumas das premissas constitucionais do sistema. Estes problemas poderiam ser esperados em processos sociais complexos como os existentes no Brasil. Isto exige reflexão e estratégias de enfrentamento por parte dos gestores e de todos aqueles que entendem a saúde como dever do Estado e direito da cidadania.

Parte significativa desses problemas decorre de fragilidades nos mecanismos de regulação do SUS. A regulação tem sido entendida como conjunto de normas e procedimentos que orientam as práticas gerenciais do SUS. Neste trabalho, pretendemos discutir, a questão da regulação do SUS dentro de uma ótica sistêmica. Torna-se importante esclarecer o que entendemos por regulação na saúde e acordar um quadro de referência adequado.

Nosso trabalho de pesquisa é sobre as estratégias de regulação do Sistema Único de Saúde no Brasil pelo gestor federal. O problema, a questão fundamental que vamos procurar responder, é: que estratégias de regulação do sistema de saúde foram utilizadas pelo gestor federal do SUS? O período a ser analisado é de 1995 a 2002, o que corresponde ao período da administração do presidente Fernando Henrique Cardoso.

Quando se focaliza a regulação de sistemas de saúde, poderíamos tratar também da regulação do mercado de saúde suplementar, mas este não é o objeto

deste trabalho. A regulação da saúde suplementar é exercida pelo gestor federal através da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Este tipo de regulação visa a corrigir as chamadas falhas de mercado. “Quando uma das condições de perfeita competição não ocorre, defrontamo-nos com o que é chamado de uma falha de mercado. A existência de falhas de mercado justifica a intervenção do Estado na economia. A intensidade da intervenção dependerá diretamente da intensidade dessas falhas”. (CASTRO, 2002)

O objeto de nosso trabalho diz respeito à atuação do Ministério da Saúde sobre aquilo que poderíamos caracterizar, em analogia ao conceito de falhas de mercado, como falhas de Estado ou falhas de governo. O nosso foco é atuação direta do Ministério da Saúde no Sistema de Saúde brasileiro, em relação aos sistemas estaduais e municipais de saúde, atividade extremamente difícil e intrincada em um país complexo como o Brasil.

Podemos distinguir dois níveis na regulação em saúde: a *macrorregulação*; e a *microrregulação*. A *macrorregulação*, ou seja, o macroprocesso de regulação relaciona-se à regulação do sistema sanitário. Esta envolve a regulação da reitoria, a regulação da normalização e a regulação da superintendência (MENDES, 2004). A *microrregulação*, que diz respeito à compatibilização da oferta e da demanda de serviços de saúde, é mais específica, voltada para a assistência e a operacionalização de centrais de regulação. A nossa opção fundamental é pelo estudo do macroprocesso de regulação do sistema de saúde.

A macrorregulação inclui, em primeira plana, a regulamentação, ou seja, a legislação, incluindo leis e outros instrumentos como decretos, portarias, resoluções, instruções normativas e quejandos, produzidos pelo poder Executivo e poder Legislativo federal, ou seja, o exercício do direito regulamentar. Por outro lado, faz parte da macrorregulação os diferentes esforços e mecanismos utilizados por estes entes públicos para fazer com que esta legislação seja cumprida, ou seja, o exercício do direito regulatório. (SOUTO, 2002)

A microrregulação diz respeito às formas de regulação que se estabelecem entre os gestores, prestadores e usuários. Destaque-se como parte da microrregulação a relação ou espaço relacional entre gestores e prestadores e a relação ou espaço relacional entre prestadores e usuários. A microrregulação, regulação da atenção ou regulação assistencial, traduz o cotidiano da operação do



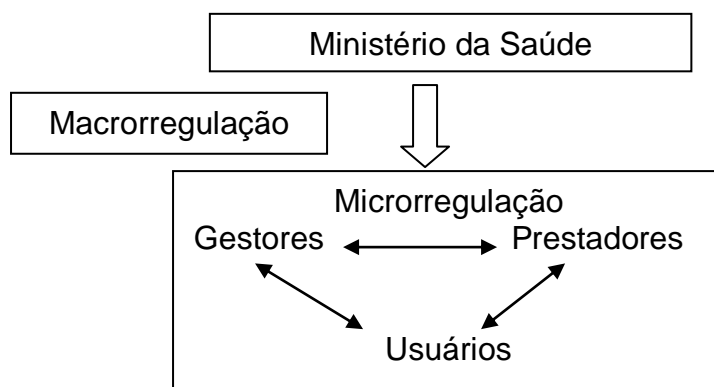
sistema de serviços de saúde. Esta operação utiliza como balizas as regras gerais estabelecidas na macrorregulação.

A atenção à saúde é uma dimensão prioritária do processo regulatório. A atenção à saúde é uma intervenção em todos os aspectos da saúde: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Os sistemas estaduais e municipais de saúde atuam em todos estes momentos. Os gestores do cuidado conhecem e intervêm na saúde dos seus usuários e podem contar com as ferramentas da regulação da atenção para apoiá-los neste mister.

Em busca de uma síntese novo modelo - usuário-centrado, ressaltamos os seguintes aspectos: Integração sistêmica (articulação em rede); Prática clínica cuidadora - Gestores do cuidado ou cuidadores que monitoram e articulam as diversas intervenções em saúde através do acompanhamento do caminhar do usuário pela rede de serviços; Integralidade da atenção – níveis, tecnologias e recursos; Qualidade da atenção (acesso, continuidade, coordenação e satisfação); Acesso/ Acolhimento; Responsabilização e Vínculo (nova relação profissional de saúde - usuário); Ética do Cuidado; Trabalho em equipe multiprofissional trans/multidisciplinar; Efetividade; Eficiência – custo/efetividade; Resolubilidade; Profissionalização e democratização dos serviços; Participação e Controle Social; Accountability; Regulação da atenção em apoio a todos os processos do cuidado.

No processo regulatório, a análise das necessidades assistenciais do usuário é estabelecida sob um prisma ético e técnico. Do ponto de vista ético, a regulação se orienta com a lógica da equidade. O objetivo é atender da melhor forma, a quem mais necessita. Do ponto de vista técnico, as decisões devem ser baseadas na utilização de protocolos clínicos e operacionais, sempre que possível baseados em evidências, para a tomada de decisões assistenciais.

Abaixo procuramos representar estes processos regulatórios através de um diagrama, com a consciência do risco que corremos ao tentar simplificar e ilustrar processos tão complexos.



O nosso propósito é descrever e analisar as estratégias de regulação do sistema de saúde pelo gestor federal do SUS no Brasil. Descrever como evoluíram essas estratégias dentro do período estudado até chegar à forma como se expressam nos dias atuais. Visamos a identificar as influências da Reforma Gerencial na área da saúde, bem como descrever a evolução dos mecanismos regulatórios. É também nosso propósito analisar alguns instrumentos de regulamentação que se editaram até os dias atuais e identificar tendências.

O macroprocesso de regulação tem importante repercussão sobre o desempenho dos sistemas de saúde. (CONTANDRIOPOULOS, 1995/1996; NEGRI, 2002; FREEMAN & MORAN, 2002) O grande objetivo deste estudo é contribuir para o entendimento a respeito da política de regulação do SUS. A pretensão é oferecer subsídios para o desenvolvimento e a implantação de políticas e práticas regulatórias sustentáveis que contribuam para que o poder público exerça o seu papel de regulação, fiscalização, controle e avaliação sobre os sistemas e serviços de saúde tanto públicos como privados.

O objetivo geral do trabalho é descrever e analisar as estratégias regulatórias do sistema de saúde utilizadas pelo administrador federal do SUS de 1995 a 2002. Os objetivos específicos são: identificar os mecanismos regulatórios existentes no SUS; traçar a evolução dos mecanismos regulatórios; discutir os avanços e insuficiências desse processo regulatório; e identificar tendências do processo regulatório.

## 2 Marco teórico-conceitual

Na tradição da economia política, o termo regulação engloba um amplo espectro de políticas disciplinadoras das atividades econômicas e sociais, visando não apenas ao seu controle como à prevenção ou atenuação de suas conseqüências para a comunidade. No primeiro caso, fala-se de regulação econômica e, no segundo, em regulação social.

Para Max Weber, as associações economicamente orientadas podem ser dos seguintes tipos: a) com gestão econômica acidental; b) associações econômicas; c) associações reguladoras; e d) associações ordenadoras. Ressaltando somente as duas últimas mais relacionadas ao tema do nosso trabalho, ainda segundo Weber, as associações reguladoras são aquelas que, de modo material, regulam o conteúdo e a direção de uma gestão econômica, quer dizer de uma política econômica determinada (comunidade de marcas, grêmios, associações patronais e os Estados contemporâneos). Associações ordenadoras são instituições como o Estado de Direito, que deixa completamente autônoma, em seu conteúdo; material, a gestão econômica das atividades individuais, regulando apenas formalmente, no sentido de arbitragem, o cumprimento das obrigações livremente pactuadas. (WEBER, 1976)

Ainda para Weber, a existência de associações reguladoras e ordenadoras pressupõe a autonomia dos sujeitos econômicos, isto é, supõe a liberdade, mesmo que relativa, de disposição e apropriação por estes sujeitos das probabilidades econômicas.

Segundo WEBER (1976):

*O tipo mais puro de associação ordenadora ocorre, portanto, quando toda a conduta humana procede em seu conteúdo de modo autônomo, orientando-se somente pelas determinações formais de ordenação, e quando todos os suportes materiais das utilidades se encontram plenamente apropriados, de tal sorte que pode-se dispor livremente delas, especialmente por meio da troca; a este tipo responde a ordem da propriedade tipicamente moderna. Qualquer outra forma de limitação da apropriação e da autonomia*

*implica em uma regulação econômica, uma vez que vincula a ação humana à sua orientação. (grifo nosso)*

Eizirik (1977), elaborando um pouco mais sobre a análise weberiana, afirmou:

*“A associação ordenadora é caracteristicamente o Estado liberal, com economia puramente de mercado; ou seja, uma economia em que existe, no mais amplo grau possível, liberdade de mercado”.*

Ainda para Eizirik:

*“Num modelo de sociedade com economia de mercado livre, a ordem legal, então, não estabelece propriamente uma regulação econômica, não limitando, em regra, a conduta dos participantes. Haverá regulação econômica quando a mercabilidade de possíveis objetos de troca ou a liberdade dos possíveis contratantes estiver materialmente limitada.” (EIZIRIK, 1977)*

Segundo Robert Boyer (1990): “as crises estruturais estão de volta e as teorias da regulação são concebidas para explicá-las: foi sobre esta base que uma série de pesquisas tomou corpo. Elas suscitaram grandes expectativas, sobretudo em termos de uma renovação da economia crítica, fora dos limites de um marxismo em vias de fossilização”. Em sua obra *A teoria da regulação: uma análise crítica*, Robert Boyer promove uma discussão crítica dos limites e das fragilidades das teorias da regulação e, principalmente, mostra a necessidade de novas perspectivas de pesquisa. (BOYER, 1990)

Segundo Michel AGLIETTA, no prefácio de sua obra *Regulation et crisis du capitalisme* (1976):

*Falar da regulação de um modo de produção é buscar traduzir a maneira como se reproduz a estrutura determinante de uma sociedade em suas leis gerais (...). Uma teoria da regulação social é uma alternativa global à teoria do equilíbrio geral (...). O estudo da regulação do capitalismo não pode ser a busca de leis econômicas abstratas. É o estudo da transformação das relações sociais criando novas formas, ao mesmo tempo econômicas e não-econômicas, formas organizadas em estruturas e formas que reproduzem uma estrutura determinante, o modo de produção.*

Ainda segundo Michel AGLIETTA, no prefácio da segunda edição de sua obra *Regulation et crisis du capitalisme* (1982):

*Devemos tomar cuidado com o termo reprodução, tanto no sentido de uma invariante que se perpetuaria, como no de uma saída a priori atribuída ao movimento das contradições sociais. Há apenas a reprodução do problema da socialização: como uma coesão social pode existir numa situação de exacerbação de conflitos? É este problema que a noção de regulação tenta enfrentar. Contrariamente à interpretação corrente do marxismo, ela não recorre a nenhuma hipótese teleológica. A teoria da regulação do capitalismo é a gênese, do desenvolvimento e do desgaste das formas sociais, em suma, a da transformação onde se movimentam as separações que o constituem.*

As políticas da regulação econômica compreendem regras de entrada e saída em determinados mercados, controle dos preços e lucros, variedade e padrões de qualidade dos bens e serviços, regras de concorrência etc. A regulação econômica se justifica pela existência de falhas de mercado, por motivos que envolvem economias de escala (por exemplo, produção de bens públicos), concentração de poder de mercado (monopólios) e graves lacunas de informação entre produtores e consumidores ou clientes.

Para BENASSY *et al* em “Regulation des économies capitalistes et inflation”, *Revue Économique*, maio, 1979: “Por regulação entendemos o processo dinâmico de adaptação da produção e da demanda social, conjunção de ajustamentos econômicos associados a uma configuração das relações sociais, formas institucionais e estruturas”. (BENASSY *et al*, 1979)

Robert BOYER, em “La crise actuelle: une mise en perspective historique”, CEP, no. 7/8, 1979 afirmou:

*Designaremos sob o termo regulação a conjunção dos mecanismos que viabilizam a reprodução do conjunto do sistema, em função do estado das estruturas econômicas e formas sociais. Esta regulação está na origem da dinâmica de curto e médio prazos... Por seu turno, a dinâmica de período muito longo não resulta simplesmente da sucessão destas flutuações e destes ciclos, mas também coloca em cena, de modo crucial, as lutas políticas e sociais (que não se reduzem à dinâmica da acumulação, ainda que sejam parcialmente por elas determinadas) (BOYER, 1979, p.11)*

A regulação social visa a conter a variedade de efeitos negativos ou externalidades que resultam do movimento normal da economia, incluindo as regulações ambientais e demais medidas para promover a saúde e a segurança dos trabalhadores e consumidores.

Segundo Fortuné DI RUZZA, em “L'idée de regulation en economie politique”, 1981:

*No fundo, o capitalismo é contraditório porque é a contradição que o constitui. Neste contexto, a regulação é o que impede o sistema de implodir sob o efeito das forças centrífugas resultantes da contradição. Assim (...) a idéia de regulação é inseparável da idéia de contradição. Poderíamos ainda (...) levar mais longe esta idéia: a regulação é a regulação da contradição. Dito de outra maneira, a regulação do capitalismo é uma regulação contraditória: ela reúne num mesmo conjunto práticas sociais contraditórias (não apenas incoerentes ou incompatíveis) e traz em seu seio as condições da crise... Os procedimentos sociais de regulação são as formas históricas da articulação da concorrência e da luta de classes. (DI RUZZA, 1981)*

Ainda segundo Fortuné DI RUZZA em “Crise et regulation”, 1983:

*Um modo de regulação é uma combinação coerente dos procedimentos de regulação entre si, de um lado, com as outras variáveis características da instância (variáveis de evolução monótona: concentração, espaço das empresas, mudança técnica...), de outro. Um sistema produtivo é o espaço a partir do qual um modo de regulação funciona. Uma crise do modo de regulação é um período durante o qual a coerência dos procedimentos sociais de regulação desaparece. (DI RUZZA, 1983)*

Nas sociedades que valorizam a “liberdade” dos mercados e a autonomia decisória dos indivíduos, um significado socialmente compartilhado é de que toda regulação, para ser vista como legítima, deve ser constantemente justificada e não apenas em termos de eficiência alocativa, mas também de justiça distributiva. A regulação tem que propiciar alocações e distribuições não apenas diferentes, mas melhores que a dos mercados. A regulação como instrumento ordenador da assistência que garanta o acesso à melhor alternativa terapêutica do momento, de acordo com a necessidade do paciente.

Segundo NEGRI FILHO, a regulação social deve primar pela melhor resposta possível às necessidades dos cidadãos, dentro do marco do direito universal à saúde. A regulação deve-se orientar, ainda, pelo princípio da equidade.

*Estabelecer uma regulação social do SUS, defensora da universalidade e operando pela equidade nas suas respostas imediatas e prospectivas, significa prover uma visão de totalidade do SUS - oportunidade dos cidadãos apreenderem a visão efetiva de sistema, com os seus problemas, mas um sistema em suas intenções e possibilidades, e, portanto passível de defesa e de aperfeiçoamento sistêmicos. A implantação efetiva da regulação social do SUS pode de marcar uma nova e poderosa fase de consolidação do Sistema Único Brasileiro. (NEGRI FILHO, 2000)*

O que existe de comum a toda e qualquer regulação é que ela representa uma “restrição intencional da livre escolha de um sujeito proveniente de uma fonte externa que não as partes diretamente envolvidas”. (MITNICK, 1989) Em outros termos, a regulação corresponde a uma intervenção pública (ou da política) sobre a soberania dos mercados (ou do jogo de trocas entre os agentes descentralizados na economia).

Um dos resultados da regulação – muitas vezes um dos seus objetivos – é que ele opera uma redistribuição de riscos e privilégios, vantagens e prejuízos entre pessoas, grupos e setores da sociedade afetados. Essa redistribuição se dá num sentido distinto daquele que seria o resultado das interações se essas fossem deixadas ao livre sabor das forças do mercado (um “jogo de trocas” entre agentes descentralizados).

Na literatura especializada internacional, a palavra regulação tem significados diversos, consoante a origem e cultura filosófica e científica dos autores. A palavra inglesa *regulation* abrange desde os processos de auto-regulação sistêmica ou "cibernética" por *feedback* e retroação negativa, aos processos de intervenção normativa ou regulamentadora do Estado.

Na língua portuguesa, temos palavras diferentes para esses dois processos: regulação e regulamentação. A regulamentação, que é o exercício do poder normativo do Estado, pode ser considerada um instrumento, entre muitos, para a regulação, assim entendida como um processo mais abrangente.

Na saúde, a regulação exige freqüentemente mecanismos e intervenções intersetoriais que podem combinar, por exemplo, medidas de política fiscal, medidas no setor educativo, medidas ambientais, medidas na área da segurança social, entre outras. A regulação de sistemas complexos, como é o caso da saúde, tem por objetivo garantir que as suas diversas funções se mantenham operativas dentro de balizas ou limites pré-determinados. O processo regulatório tem esse papel de assegurar que o sistema em seu todo atinja os seus objetivos essenciais.

O bom funcionamento do sistema pressupõe uma adequada articulação entre três fatores fundamentais: os objetivos essenciais do sistema; os parâmetros de desempenho esperados para as múltiplas funções do sistema; e os dispositivos e mecanismos de ajustamento e correção permanentes dessas funções e respectivos efeitos. A grande finalidade da regulação em saúde é a de assegurar que se atinjam os objetivos sociais do sistema de saúde e de contrabalançar ou corrigir as numerosas falhas de mercado e falhas do Estado que existem no setor.

Entre outros, consideramos importantes objetivos da regulação na saúde: garantir a universalidade de acesso aos cuidados de saúde a toda a população; garantir a integralidade horizontal (levando em conta as diferentes necessidades de saúde do cidadão-usuário) e vertical (o ser humano visto de forma globalizante, como ser físico, mental, emocional, espiritual e social e ecológico); assegurar a eqüidade horizontal (tratar igualmente os iguais) e vertical (tratar desigualmente os desiguais); promover a saúde da população garantindo a efetividade dos cuidados e a qualidade dos serviços; promover ganhos de eficiência em todos os níveis e eliminar ou reduzir as ineficiências e os desperdícios na utilização de recursos; combater a escassez crônica de serviços essenciais e de baixa atratividade para o mercado tais como: ações de saúde pública; promoção da saúde; cuidados primários de saúde; cuidados de saúde aos doentes com dependências, cuidados paliativos a pacientes fora de possibilidades terapêuticas (*hospice*), entre outros; possibilitar a todos a escolha do médico e dos serviços de saúde, tendo em conta os recursos disponíveis; evitar ou desfazer as capturas que interesses internos, adjacentes e externos acabam por fazer, ao fim de alguns anos, nos sistemas de saúde sem adequada regulação.

Para garantir que se atinjam os grandes objetivos do sistema de saúde é necessário ter definidos objetivos intermediários quantificados ou efeitos a serem



obtidos com a regulação. São exemplos de alguns efeitos a serem alcançados: proteção do investimento e custeio da prevenção e da promoção da saúde, impedindo que os recursos sejam totalmente consumidos pelos cuidados curativos; atenuação dos enormes desequilíbrios da despesa com cuidados preventivos, em relação aos curativos; correção da má distribuição pelo país de recursos humanos e de equipamentos na saúde; influência sobre o ensino superior para que seja possível fazer uma adequada gestão provisional de profissionais de saúde e outros técnicos; correção de iniquidades no acesso, na utilização de cuidados de saúde e nos resultados de saúde, tanto entre regiões e áreas geográficas, como entre grupos sociais; alinhamento do desempenho dos diversos prestadores de cuidados com os grandes objetivos de efetividade (ganhos em saúde), eficiência e qualidade definidos pelos gestores para o setor.

Outro objetivo importante da regulação em saúde é a adequação dos cuidados em todos os níveis do sistema. Isto significa que os cuidados essenciais sejam prestados pela atenção primária à saúde, que os cuidados de saúde secundários e terciários sejam feitos segundo critérios técnicos apropriados de referência e que os cuidados continuados possam se tornar uma realidade em curto prazo neste país. Para isto se torna essencial a estruturação de redes integradas de atenção à saúde ordenadas pela atenção primária. É também um importante papel da regulação em saúde a eliminação de práticas de "seleção perversa" de doentes, seja pela idade, pela gravidade das suas situações clínicas ou pelo seu estatuto sócio-econômico.

O sistema regulatório em saúde, quando em funcionamento, constitui inevitavelmente uma enorme e complexa rede formada pelos pontos de intervenção, os agentes interventores, as estratégias e os mecanismos de regulação. Em sua atuação, o sistema combina tanto mecanismos de regulação horizontal (do tipo *feedback* cibernético) como mecanismos de regulação vertical (agências reguladoras governamentais ou profissionais e abordagens normativas). Este sistema inclui modalidades de auto-regulação intrínseca ou extrínseca, intervenção motivacional por incentivos, regulação por mecanismos clássicos de mercado, regulação por interdependências e dinâmicas sociais e, sempre que necessário, heterorregulação por intervenção da "mão visível" de agências governamentais.

Nenhuma destas instâncias e modalidades consegue, por si só, assegurar uma regulação efetiva e satisfatória na saúde. Todas têm as suas vantagens, mas também inúmeras falhas e insuficiências. A dificuldade é a de gerir um sistema de tão elevada complexidade. Este é o grande desafio atual para os sistemas de saúde.

Entendemos a regulação da atenção à saúde não apenas como normas impostas pelo poder público - regulação formal -, mas, sim, como um conjunto de atividades e procedimentos realizados ou induzidos no âmbito do SUS, por seus gestores, profissionais e usuários, ou fora dele, com o objetivo, entre outros aspectos, de proporcionar à população atenção integral e integrada a sua saúde. A regulamentação da atenção à saúde está por sua vez condicionada a fatores como: a produção social de riquezas; as formas de sua distribuição; e a relação das pessoas e grupos sociais entre si e com a natureza no processo produtivo.

A universalidade do acesso, a equidade do atendimento e a integralidade da assistência são negadas pela alta concentração da renda, pelo grande desnível regional, pelos baixíssimos níveis de instrução e pelo atendimento desigual. A inacessibilidade atinge níveis críticos nos serviços de alta complexidade tecnológica e de custos elevados, inclusive nos serviços públicos.

A regulação formal, de competência do Poder Público, diz respeito não apenas aos serviços públicos, mas atinge também os serviços privados, tanto aqueles que participam de forma complementar do SUS, mediante contrato e convênio, como aqueles que não participam (“modalidades privadas supletivas”), cuja regulação se dá através da Agência Nacional de Saúde (ANS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nos aspectos relativos à vigilância, controle e fiscalização sanitária.

Essa submissão dos serviços de saúde ao poder regulatório do Estado, ao seu poder de impor condicionamentos e restrições ao particular, encontra seu fundamento ao artigo 197 da Constituição da República. (BRASIL, 1988) O referido artigo diz serem de “relevância pública as ações e os serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, controle e fiscalização”. (BRASIL, 1988) Ao dizer que cabe ao Poder Público a sua regulamentação, controle e fiscalização, a Constituição não faz distinção entre ações e serviços de saúde, públicos ou privados.

A regulação é um macroprocesso político, jurídico, técnico e administrativo permanente. Esse macroprocesso pressupõe a mobilização e o embate de vontades, a atualização de estruturas organizacionais e a definição de normas. O macroprocesso de regulação se subordina aos processos sociais e a influências globais que configuram uma complexidade dinâmica. Os países de desenvolvimento tardio, particularmente, como é o caso do Brasil, graças a sua vulnerabilidade à ocorrência de mudanças externas, a instabilidade pode ser maior e as mudanças podem ser muito mais céleres.

A regulação é um instrumento de gestão que busca o equilíbrio entre as diversas instâncias SUS, baseado em planejamento, programação, normas e protocolos. Entre outros aspectos, a regulação tem uma função disciplinadora das práticas assistenciais do SUS de acordo com as necessidades baseadas em levantamentos e critérios epidemiológicos.

Em sentido amplo, regular é elaborar e implantar regras e mecanismos para a ordenação do sistema, objetivando à melhoria da quantidade e qualidade dos serviços prestados à população usuária. Regular é garantir aos usuários do SUS o acesso aos serviços de saúde de forma universal, equânime e integral, o mais próximo possível de sua residência, o que coloca em pauta o conceito de adscrição. A ação regulatória é sempre uma intervenção externa exercida pelo Estado junto aos atores sociais e econômicos, na relação dos produtores de bens e serviços entre si e com os usuários.

A regulação do sistema de saúde inclui e subsidia o processo de planejamento, programação, controle e avaliação e constitui uma forma de interferir no sentido de ajustar as ações propostas e garantir que estas sejam realizadas como se preconiza. A regulação pressupõe o estabelecimento de normas e regras feito por agente externo, sobre as ações de saúde executados por profissionais ou serviços, dentro de políticas, programas ou projetos gerais ou específicos.

A regulação da atenção à saúde visa a promover o equilíbrio entre a demanda e a oferta de forma a minimizar as possíveis iniquidades, comuns em uma sociedade ainda marcada pela exclusão social, que sempre “pune” os menos iguais. O mercado por si mesmo, baseado na lei de oferta e procura, tende a não resolver satisfatoriamente as necessidades dos usuários. No livre mercado, a oferta não atende adequadamente à demanda do cidadão. A demanda não se dá por livre

escolha, desejo ou mesmo vontade do cidadão, este só é atendido em casos de extrema necessidade.

Dentro do mercado de saúde, a população mais pobre se encontra em inteira desvantagem. O SUS ainda não resolveu satisfatoriamente essa situação, daí se explica a freqüente interferência do Ministério Público, visando a assegurar os direitos legais da cidadania em saúde. Fortalecer o processo regulatório pode ser um caminho para a realização dos princípios dos SUS de universalidade, eqüidade e integralidade.

A regulação (*regulation*) é o controle sustentado, exercido por uma entidade pública sobre atividades que são valorizadas pela comunidade. Envolve um terceiro – o regulador – nas transações do mercado da saúde ou no sistema de saúde e nas relações interinstitucionais e responsabiliza pela garantia de desempenho adequado uma entidade – o regulado. A regulação é freqüentemente olhada como meio para alcançar objetivos sociais como a equidade, diversidade, ou solidariedade social e de conter interesses corporativos, profissionais ou outros. (WALSHE, 2002)

O presente trabalho utiliza diferentes conceitos relativos à regulação e seu processo de implementação e gestão. Alguns conceitos merecem destaque, dada a sua relevância estratégica, como também pela sua recorrência no texto. Em termos teóricos, se não houvesse certa especificidade do conceito de regulação não haveria razão para a sua utilização.

Macrorregulação é a regulação do sistema de saúde. É a conseqüência da tensão constante que existe entre as quatro lógicas de regulação identificadas por Contandriopoulos (1994), correspondentes à racionalidade dominante nos quatro grupos de atores cujos interesses e interações delimitam e estruturam o sistema de saúde. A complexa interação entre esses atores condiciona o processo de formulação das políticas públicas em saúde.

*A regulação do sistema de saúde é permanentemente a conseqüência da tensão que existe entre as quatro lógicas de regulação: a lógica do mercado, a lógica tecnocrática, a lógica profissional e a lógica política. Cada uma destas lógicas corresponde à racionalidade dominante de um dos quatro grupos de atores - a população; os organismos pagadores e o aparelho governamental; os profissionais e as organizações em que trabalham e o Estado -*

*cujas interações e trocas, na ocasião do tratamento do problema de saúde de uma pessoa em uma sociedade, delimitam e estruturam o sistema de saúde. (CONTANDRIOPOULOS, Dez/95 – Mar/96)*

Microrregulação é a regulação da atenção à saúde ou, em enfoque mais restrito, a regulação assistencial. A regulação da atenção, de maneira mais ampla, poderá implicar ações ou cuidados no plano da promoção e da prevenção. Enquanto a regulação assistencial ou regulação da assistência é a operação cotidiana da relação entre necessidades (demandas) e as ofertas imediatas e prospectivas (reordenamento dinâmico).

Como foi definida na NOAS 01/2002 (BRASIL, 2002):

*48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:*

*a) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;*

*b) a definição da estratégia de regionalização que explicita a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;*

*c) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;*

*d) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.*

Segundo NEGRI FILHO, 2000:

*Se tomarmos as necessidades imediatas (urgências ou pronto-atendimentos) como pontos de pressão por respostas imediatas (ajustes imediatos da relação necessidades x ofertas, onde se afere a orientação e capacidade sistêmicas - universalidade / acolhimento, integralidade / resolubilidade, equidade horizontal e vertical), temos o lócus de tensionamento máximo do processo regulador e sobre o qual temos que*

*devotar nossos maiores esforços sistêmicos. É primordial tomarmos as necessidades imediatas como referência, pelo potencial desorganizador que elas têm sobre o funcionamento geral do sistema e sua visibilidade como marcadoras do sucesso ou fracasso do SUS (questão essencial para a sobrevivência política do sistema e seu empoderamento nos processos negociais de macro e microrregulação).*

A regulação da atenção à saúde tem como objetivo estabelecer normas e fiscalizar a execução de serviços públicos de saúde de competência do Estado, ou que lhe tenham sido delegados, e que são operados pelo setor privado através de contratos, convênios, concessão, permissão, ou autorização. Além dessas atribuições, a regulação tem também a seu encargo, a mediação de conflitos de interesse entre os usuários e as empresas ou instituições prestadoras de serviços, ou entre os próprios agentes prestadores dos serviços.

A regulação da assistência à saúde tem o objetivo de garantir a adequada prestação de serviços à sociedade. O setor de regulação, controle e avaliação, continua sendo o canal apropriado para o recebimento de reclamações sobre prejuízos ou danos causados aos consumidores, aplicando sobre as empresas as sanções administrativas previstas em lei. Nas suas atividades de regulação, controle e avaliação, as secretarias de saúde fazem a normatização, a protocolização e padronização dos serviços públicos de saúde, bem como a fixação, reajustamento e revisão ou homologação de tabelas de honorários. Realiza também análises do desempenho econômico dos serviços delegados e da eficiência desses, bem como pesquisas de satisfação dos usuários para assegurar que estão recebendo serviços de qualidade.

O setor de regulação, controle e avaliação, por possuir a competência de fiscalizar o cumprimento das regras estabelecidas para a prestação dos serviços, poderá, a partir da constatação do descumprimento de obrigações previstas para atendimento aos usuários, aplicar nas empresas, instituições públicas e filantrópicas, as penalidades previstas na lei, nos regulamentos e nos contratos.

Neste trabalho, adotamos o conceito de macrorregulação aplicado ao sistema de saúde como um todo. A regulação de qualquer sistema complexo visa a que as suas diversas funções se mantenham operativas dentro de balizas ou limites

pré-determinados em ordem a garantir que o sistema no seu todo atinja os seus objetivos essenciais. Surgem assim três conceitos fundamentais: o de objetivos essenciais do sistema; o de parâmetros de desempenho esperados para as múltiplas funções do sistema; e o de dispositivos e mecanismos de ajustamento e correção permanentes dessas funções e respectivos efeitos. Entendemos que na saúde, a finalidade da regulação é a de assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde e de contrabalançar ou contrariar as numerosas falhas de mercado e falhas do Estado que existem neste setor

Em sentido amplo, a regulação do sistema pelo gestor federal do SUS pode estar direcionada para a atuação dos gestores estaduais e municipais, dos prestadores públicos e particulares, ou de outros agentes particulares que atuam no setor saúde. A regulação pode-se expressar em cada uma das funções gestoras já mencionadas: formulação; planejamento; financiamento; e execução. A regulação pode compreender diferentes estratégias, mecanismos e instrumentos. É com esse sentido amplo e concepção abrangente que estamos utilizando, nesta dissertação, o conceito de regulação do sistema de saúde pelo gestor federal do SUS.

### **3 Elementos históricos e contextuais**

Para contextualizar e apontar perspectivas para o modelo regulatório no sistema de saúde brasileiro, deveremos, inicialmente, discutir os determinantes originários do surgimento e desenvolvimento do SUS e a decorrente criação do modelo regulatório para o setor. A grande maioria dos documentos e artigos que analisam as razões para o desenvolvimento de iniciativas regulatórias na área de saúde afirmam que estas se destinam a implantar o SUS conforme os seus fundamentos e princípios de universalidade, equidade e integralidade e a corrigir falhas de mercado.

O contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceu o debate político na área da saúde. Isso se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças objetivas no sistema. Nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS estava em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais. (LEVCOVITZ, 2001)

É possível traçar uma análise da evolução do Setor Saúde de forma linear e isolada do contexto. Nesse tipo de análise, podem-se identificar traços evolutivos significativos. No entanto, uma análise mais contextualizada permite identificar não somente uma interrupção durante a década de 90, mas em muitos aspectos um verdadeiro retrocesso no processo de construção de um projeto de Proteção Social para o Brasil que foi inscrito na Constituição de 1988. (BRASIL, 1988) Esse projeto inscreveu a Saúde no marco de uma Seguridade Social pública, universal, garantidora de direitos de cidadania e que não tergiversava acerca da responsabilidade do Estado na sua implementação. (BRASIL, C.F., Art. 194, 1998).

Alguns fatores estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS. Essas variáveis estruturais algumas vezes chegam a obscurecer os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira. Entre outros fatores estruturais, citamos: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído.

Verificam-se dois grupos básicos de problemas dos sistemas de proteção social latino-americanos: a) problemas estruturais, relacionados ao alto grau de



exclusão e heterogeneidade nessas sociedades, que não são plenamente resolvidos por programas sociais, e aos conflitos entre esforços financeiros, sociais, e institucionais para construir sistemas de políticas sociais *versus* as restrições impostas pela estrutura socioeconômica dessas sociedades; b) problemas institucionais e organizacionais, representados pelas características predominantes nesses sistemas - centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade regulatória e fraca tradição participativa da sociedade. (LEVCOVITZ *et al.*, 2001)

Ainda segundo LEVCOVITZ *et al.* (2001):

*Acrescente-se, ainda, a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países a partir da década de 1980, norteada pelo fortalecimento das idéias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais. Nos anos 90, essas tendências se expressam no país através de: a) adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; b) privatização de empresas estatais; c) adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado; d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e "fragilização" do movimento sindical; entre outras.*

Essas mudanças tornaram tensa a implantação de políticas sociais universais mesmo nos países desenvolvidos. Em países como o Brasil, onde não existem sistemas de proteção social consolidados, essas mudanças têm repercussões ainda mais graves. Pode-se dizer que a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contracorrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80. A promoção da reforma nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa. Face ao novo cenário político nacional, a construção do SUS expressa essas tensões, sendo observados tanto avanços como dificuldades nos diversos âmbitos estratégicos para a implantação do SUS. (LEVCOVITZ *et al.*, 2001)

Esse projeto de proteção social sofreu as consequências negativas de um contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, determinadas

pelas chamadas “reformas estruturais” conduzidas por políticas de ajuste, orientadas por organismos multilaterais de financiamento. Em um aspecto, há relativo consenso entre vários autores sobre os avanços no campo da descentralização.

No Brasil, a descentralização em saúde ocorreu com transferência de poder, com real “empoderamento” dos outros níveis administrativos. Não ocorreu somente uma desconcentração, que uma descentralização meramente administrativa. A descentralização predominante entre nós é do tipo político-administrativo. Esse tipo de descentralização envolve não apenas a transferência de serviços (desconcentração), mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal.

Na agenda da reforma sanitária brasileira, a diretriz de descentralização sempre esteve atrelada a questões mais abrangentes, como: a estratégia de democratização e incorporação de novos atores sociais (TEIXEIRA, 1990, *apud* LEVCOVITZ, 2001). A descentralização está ainda relacionada à perspectiva de construção de sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços (VIANA, 1995).

A descentralização não garante o caráter democrático do processo decisório. É necessário, ainda, o fortalecimento das capacidades administrativas e institucionais do governo central na condução do próprio processo de descentralização, principalmente em países heterogêneos e complexos como o Brasil.

A descentralização *per se* não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS. Os avanços efetivos da descentralização estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema. Esse processo depende do adequado aporte de recursos financeiros, do fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e da permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos. (LEVCOVITZ, 2001)

A década de 1990 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde. É interessante chamar a atenção para o fato de que a descentralização é uma diretriz organizativa do SUS que não entra em contradição com as idéias

inspiradoras da Reforma do Aparelho de Estado nos anos 90. Embora se possam identificar bases político-ideológicas diferentes, os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo. (LEVCOVITZ, 2001)

Na segunda metade dos anos 90, inicia-se no Brasil o projeto Reforma do Aparelho de Estado, a chamada Reforma Gerencial. Essa Reforma Gerencial incluiu a chamada Reforma Administrativa com importante repercussão no setor público brasileiro. (BRESSER-PEREIRA; e SPINK *et al.*, 2001; BRESSER PEREIRA, 2002)

A chamada área social no Brasil – com destaque para a área da saúde - constitui-se hoje no terreno mais conflitivo e exposto da nossa sociedade. Ela é uma área particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico implantadas em nosso país no período focalizado em nosso estudo.

A situação social e de saúde se agravaram com a persistência dos “velhos” problemas - como o aumento da parcela da população que se encontra em situação de pobreza, com o desemprego e a precarização das relações de trabalho. Isso configura um quadro de uma enorme perversidade e complexidade, acompanhado de um terrível incremento das desigualdades sociais e econômicas.

Por outro lado, na década de 90 ocorreu uma crescente desresponsabilização do governo federal das suas atribuições no terreno social. As políticas de ajuste, determinadas em âmbito federal, trouxeram enormes limitações, com imposição de encargos adicionais, para as unidades da federação – tanto estados como municípios - no que diz respeito às respectivas capacidades de intervenção e de resposta frente às crescentes demandas sociais e de saúde. Isso aumentou as iniquidades, aprofundando ainda mais as desigualdades sociais e regionais.

A Revolução Gerencial contribuiu de forma marcante com as Reformas do Estado que ocorreram em todo o mundo na segunda metade do século XX. O que se buscou foi oferecer uma alternativa gerencial à administração pública burocrática. Nos países mais ricos, a crise fiscal e a derrocada do Estado de bem-estar social exigiram uma reflexão profunda sobre o problema.

Segundo Peter Drucker, em seu livro *Sociedade pós-capitalista*, a cada dois ou três séculos (ultimamente essas mudanças tem sido mais rápidas) ocorre na

história ocidental uma grande transformação. A cada período desses assinalados por Drucker, cruzamos aquilo que ele chamou de “divisor”. “Em poucas décadas, a sociedade se reorganiza – sua visão do mundo, seus valores básicos sua estrutura social e política, suas artes, suas instituições mais importantes. Depois de cinquenta anos, existe um novo mundo. E as pessoas nascidas nele não conseguem imaginar o mundo em que seus avós viviam e no qual nasceram seus pais.” (DRUCKER, 1999)

Segundo Drucker (1999), nos últimos três séculos passamos por três grandes transformações por ele chamadas de: a Revolução Industrial (assim também chamada por outros autores), de 1750 até o final do século XIX; a Revolução da Produtividade, iniciada por volta de 1880 e culminando com o fim da Segunda Guerra Mundial; e a Revolução Gerencial, que começou depois da Segunda Guerra Mundial e vem acontecendo até os dias atuais.

Segundo Drucker (1999):

*essa transformação foi motivada por uma mudança radical no significado do conhecimento. Tanto no Ocidente como no Oriente, o conhecimento sempre havia considerado aplicável a ser. Então, quase da noite para o dia ele passou a ser aplicado a fazer, transformando-se em um recurso e uma utilidade. O conhecimento, que sempre havia sido um bem privado, transformou-se em bem público.*

Durante a primeira fase – por pouco mais de cem anos – o conhecimento foi aplicado a ferramentas, processos e produtos, criando a *Revolução Industrial*. Em sua segunda fase, o conhecimento em seu novo significado passou a ser aplicado ao trabalho, resultando na *Revolução da Produtividade*. Na última fase, iniciada depois da Segunda Guerra Mundial, o conhecimento está sendo aplicado ao próprio conhecimento. É a *Revolução Gerencial*. Segundo Drucker: “O conhecimento está rapidamente se transformando no único fator de produção, deixando de lado capital e mão-de-obra. Pode ser prematuro (e certamente presunçoso) chamar nossa sociedade de “sociedade do conhecimento”. Mas nossa sociedade é certamente “pós-capitalista”. (DRUCKER, 1999)

A mudança no significado do conhecimento, que começou há duzentos e cinquenta anos, transformou a sociedade e a economia. O conhecimento formal é visto como recurso econômico e como recurso-chave pessoal. O conhecimento, na

verdade, é hoje o único recurso com significado. O conhecimento, neste novo sentido, é um bem de utilidade, um meio para a obtenção de resultados sociais e econômicos. Desejáveis ou não, esses fatos são respostas a uma mudança irreversível: *o conhecimento está hoje sendo aplicado ao conhecimento*. O conhecimento está sendo hoje aplicado, de forma sistemática e determinada, para definir que *novo conhecimento* é necessário, se ele é viável e o que precisa ser feito para torná-lo eficaz. O conhecimento está sendo aplicado à inovação sistemática. (DRUCKER,1999)

A Revolução Gerencial já se estendeu a todo o planeta. Levou menos de cinquenta anos – de 1945 a 1990 – para que a Revolução Gerencial também dominasse o mundo.

Segundo Drucker (1999):

*A maioria das pessoas, quando ouve a palavra “gerência”, ainda pensa em “gerência de empresas”. Na verdade, a gerência surgiu pela primeira vez em sua presente forma em grandes organizações empresariais. Quando comecei a trabalhar com gerência, há cerca de cinquenta anos, também me concentrei na gerência de empresas. Mas logo aprendemos que a gerência é necessária em todas as organizações modernas. Na verdade, aprendemos que ela é ainda mais necessária em organizações que não são empresas, quer elas sejam organizações, mas não governamentais, ou agências do governo. Essas são organizações que mais necessitam de gerência, precisamente porque carecem da disciplina do “lucro”, sob a qual operam as empresas. (...) Sabemos hoje que a gerência é uma função genérica de todas as organizações, qualquer que seja a missão específica das mesmas. Ela é o órgão genérico da sociedade do conhecimento.*

No Brasil, vários fatores contribuíram para que a Reforma do Aparelho de Estado entrasse em pauta: as demandas crescentes de uma sociedade complexa; as dificuldades do Estado em atender as essas demandas; uma herança de patrimonialismo e de distorções causadas por séculos de apropriação privada dos instrumentos de governo. (BRESSER-PEREIRA, 2002)

Segundo Fernando Henrique Cardoso, no Prefácio do livro *Reforma do Estado para a cidadania*:

*A complexidade da questão da Reforma do Estado é dupla. De um lado, apresenta-se o desafio de entender com precisão a tarefa, definir os passos a serem dados, partindo não apenas de uma análise teórica abstrata, mas de uma correta inserção dessa análise no contexto histórico brasileiro. Mas isso não é suficiente. A questão é complexa também pelo lado político. Nenhuma reforma desse tipo pode ter êxito se não estiver lastreada na articulação de maiorias políticas estáveis, capazes de assegurar a execução consistente de mudanças e, o que é talvez mais difícil, capazes de promover a transformação de toda uma cultura burocrática sedimentada ao longo do tempo. (BRESSER-PEREIRA, 2002)*

Segundo Fernando Henrique Cardoso, reforçando a argumentação de Bresser-Pereira a inspiração da reforma gerencial foi muito mais republicana do que liberal. Seu objetivo central é o de assegurar condições mais propícias para a defesa da *res publica*, para a proteção daquilo que Bresser Pereira chamou de “direitos republicanos”. Segundo FHC, o princípio diretor da reforma é a necessidade de reverter a privatização do Estado e promover modalidades de controle da ação pública por parte dos cidadãos. Longe de “minimizar” a esfera pública, o que se faz é robustecê-la. (BRESSER-PEREIRA, 2002)

Ainda no primeiro semestre de 1995, primeiro ano do governo FHC, foi elaborado o *Plano Diretor da Reforma do Estado* e emenda constitucional da reforma administrativa, tomando como base as experiências recentes em países da OCDE, principalmente o Reino Unido, onde se implantava a segunda grande reforma administrativa da história do capitalismo. A primeira foi a Reforma Burocrática que consagrou “a racionalidade segundo fins”, na acepção weberiana. A segunda foi a Reforma Gerencial já no final do século passado. Segundo Bresser-Pereira (1998): “As novas idéias estavam em plena formação, as novas práticas administrativas, em processo de implantação. O Brasil tinha a oportunidade de participar desse grande movimento de reforma, e constituir-se no primeiro país em desenvolvimento a fazê-lo”. (BRESSER-PEREIRA, 2002).

A Reforma Gerencial no Brasil tem como documento básico o *Plano Diretor da Reforma do Estado*, publicado em setembro de 1995. De acordo com Bresser-Pereira (1998), por meio desse documento o governo procurou definir as instituições e estabelecer as diretrizes para a implantação de uma administração pública

gerencial. A reforma foi gerencial porque buscou inspiração na administração das empresas privadas e visou a dar ao administrador público condições efetivas de gerenciar com eficiência as agências públicas. A reforma foi democrática porque pressupôs a existência de um regime democrático, deixando claro o caráter específico, político, da administração pública. Foi democrática principalmente porque nela os mecanismos de controle, de caráter democrático, são essenciais para que possa haver delegação de autoridade e controle *a posteriori* dos resultados.

A reforma, ainda segundo Bresser-Pereira (2002), foi social-democrática porque afirmou o papel do Estado em garantir os direitos sociais e lhe fornecer os instrumentos gerenciais para fazê-lo, de forma não apenas mais democrática, mas, também, mais eficiente do que faria o setor privado. A reforma foi social-liberal porque acreditou no mercado como um ótimo, embora imperfeito, alocador de recursos e, ainda, porque utiliza a estratégia da competição administrada em quase-mercados, para controlar as atividades sociais financiadas pelo Estado, por intermédio de entidades descentralizadas.

Aos poucos, segundo Bresser-Pereira (2002), ficou claro que a pecha de neoliberal ou neoconservadora da administração pública não se deveria aplicar à reforma brasileira: uma reforma neoconservadora da administração pública é aquela que se limita a propor a redução do Aparelho do Estado, a promover o *downsizing*; não reconhece a especificidade da administração pública, pretendendo reduzi-la à administração de empresas; não dá um papel decisivo ao controle social dos serviços públicos; e, ao adotar os princípios da teoria da escolha racional, nega ou reduz ao mínimo a possibilidade de cooperação, acentuando apenas os controles rígidos.

A reforma da administração pública no Brasil, apoiada na proposta de administração pública gerencial surge como uma resposta à grande crise do Estado dos anos 80 e à globalização da economia. A crise do Estado tornou imperativa a necessidade de reformá-lo e a globalização implicou a tarefa de redefinir suas funções. Antes da globalização, uma importante função do Estado era proteger as respectivas economias da competição internacional. Depois da integração mundial dos mercados, uma grande função do Estado é facilitar para que a economia nacional se torne competitiva.

Segundo Bresser-Pereira, em artigo na Revista do Serviço Público (1996):

*A regulação e a intervenção continuam necessárias, na educação, na saúde, na cultura, no desenvolvimento tecnológico, nos investimentos em infra-estrutura – uma intervenção que não apenas compense os desequilíbrios distributivos provocados pelo mercado globalizado, mas principalmente que capacite os agentes econômicos a competir em nível mundial. A diferença entre uma proposta de reforma neo-liberal e uma social-democrática está no fato de que o objetivo da primeira é retirar o Estado da economia, enquanto o da segunda é aumentar a governança do Estado, é dar ao Estado meios financeiros e administrativos para que ele possa intervir efetivamente sempre que o mercado não tiver condições de coordenar adequadamente a economia.*

A reforma de Estado no Brasil tornou-se uma necessidade imperiosa em razão de uma complexa crise ocorrida entre os anos de 1979 a 1994. Nesse período, o Brasil viveu um período de estagnação da renda *per capita* e de alta inflação. A causa principal dessa crise econômica foi a crise do Estado. O Estado perdeu a capacidade de coordenar o sistema econômico de forma complementar ao mercado. Segundo Bresser-Pereira (1996): “Crise que se define como uma crise fiscal, como uma crise do modo de intervenção do Estado, como uma crise da forma burocrática pela qual o Estado é administrado, e, em um primeiro momento, também como uma crise política”.

A crise política teve três momentos: primeiro, a crise do regime militar, que foi uma crise de legitimidade; segundo, a tentativa populista de voltar aos anos 50 que foi uma crise de adaptação ao regime democrático; e, finalmente, a crise que levou ao *impeachment* de Fernando Collor de Mello, uma verdadeira crise moral. A crise fiscal ou financeira caracterizou-se pela perda do crédito público e por poupança pública negativa. A crise do modo de intervenção foi acelerada pelo processo de globalização da economia mundial e se caracterizou pelo esgotamento do modelo protecionista de substituição de importações, que foi bem sucedido em promover a industrialização nos anos de 30 a 50, mas que deixou de o ser a partir dos anos 60; isso se evidenciou na falta de competitividade de uma parte ponderável das empresas brasileiras e se expressou no fracasso em criar no Brasil um Estado do Bem-Estar que se aproximasse dos moldes social-democratas europeus. A crise da forma burocrática de administrar o Estado emergiu com toda a força de 1988,



antes mesmo que a própria administração pública burocrática pudesse ser plenamente instaurada no país. (BRESSER-PEREIRA, 1996)

Interessante observar as mudanças observadas na administração pública proporcionadas pela Reforma Gerencial e as possíveis repercussões nas práticas do administrador federal do SUS. Para melhor aquilatar essas influências, num primeiro momento, cabe lembrar as características da nova gestão pública.

Segundo Bresser-Pereira (1996):

*Aos poucos foram-se delineando os contornos da nova administração pública: (1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal; (4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; (5) controle por resultados, a posteriori, ao do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos; e (6) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida.*

Sobre a questão da descentralização, é interessante observar que há autores que chamam a descentralização administrativa de “desconcentração” para distingui-la da descentralização política por eles chamada de “descentralização” propriamente dita. No contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a descentralização é um princípio organizativo formulado para atingir princípios anteriores e superiores a ela como a Universalidade e Integralidade da cobertura, a equidade no acesso e a participação nas decisões. (TOBAR, 1991)

A Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental publicou um documento relacionado ao tema em que afirma:

*Novos Paradigmas Gerenciais: a ruptura com estruturas centralizadas, hierárquicas formalizadas e piramidais e sistemas de controle ‘tayloristas’ são elementos de uma verdadeira revolução gerencial em curso, que impõe a incorporação de novos referenciais para as políticas relacionadas com a administração pública, virtualmente enterrando as burocracias tradicionais e abrindo caminho para uma nova e moderna burocracia de Estado. (1994: 3)*

É evidente que a Reforma Gerencial influenciou importantemente a maneira como o administrador federal do SUS atuou. Muitas orientações dessa reforma se deram para todo o governo e a saúde não estava imune a essas influências. Foi explícita a influência do modelo inglês na edição da NOB 96. (BRASIL, 1996) Além disso, poderão ser identificadas outras influências internacionais nos rumos da reforma sanitária e na configuração do sistema de saúde brasileiro. No presente trabalho, procuraremos esclarecer essas influências, de forma especial, na política de regulação do SUS.

A consolidação do SUS requer a existência de mecanismos de regulação que dêem conta do dinamismo e da complexidade da descentralização na área da saúde. O grande processo de descentralização nos anos 90 foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS. As NOBs são instrumentos de regulação do processo de descentralização. (BRASIL, 1991; BRASIL, 1993; BRASIL, 1996) As NOBs tratam eminentemente dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios. Esses aspectos são muito importantes para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário ainda relativamente centralizado. (LEVCOVITZ, 2001)

Os sistemas sanitários de todo o mundo vem passando por reformas buscando ganhos de eficiência, eficácia e efetividade. Algumas dessas reformas são do tipo “Big Bang” (Grande Explosão), outras do tipo incremental. Segundo MENDES (2001a), tratando de tipologias das reformas sanitárias, as reformas podem variar na intensidade e na abrangência das mudanças e a seus conteúdos. Isso permite estabelecer diferentes tipologias de reformas sanitárias. HAM (1997) foi o autor da tipologia mais conhecida. Essa tipologia identifica quatro tipos de reformas sanitárias.

Segundo MENDES (2001a), existem as reformas tipo *big-bang*. Essas se caracterizam por um movimento de mudança realizado de cima para baixo, implantado mediante um amplo arco de intervenções, muitas vezes com restrita negociação com forças políticas antagônicas, com pouca base em evidências e sem prévios experimentos pilotos. As reformas *big-bang* interferem sobre um conjunto significativo das macrofunções dos sistemas de serviços de saúde. Essas reformas,

normalmente, acompanham grandes mudanças político- institucionais que se dão nos países. Essas mudanças são denominadas de janelas históricas. São exemplos desse tipo as reformas sanitárias do Reino Unido e da Nova Zelândia.

Outro tipo reforma é a incremental, que se caracteriza por um processo gradual de reformas. As reformas incrementais têm uma menor abrangência em termos das macrofunções dos sistemas de serviços de saúde e são conduzidas por meio de demoradas negociações políticas entre os distintos atores sociais em situação. Os exemplos são as reformas alemã e holandesa.

MENDES (2001a) refere-se ainda aos dois outros tipos de reformas da tipologia de HAM (1997). O terceiro tipo é a reforma de baixo para cima acompanhada de grande ênfase na descentralização, implantada por intermédio de projetos-pilotos, com uma concepção global, mas uma implementação local ou regional e feita de forma gradualista. As reformas da Suécia e da Finlândia são exemplos desse tipo de reforma. O quarto tipo é a reforma sem reforma, como aconteceu nos Estados Unidos, em que o fracasso do Plano Clinton levou à aceleração do movimento de atenção gerenciada (*Managed care*). Esse tipo de reforma se caracteriza pela extrema dificuldade de obtenção de consensos para uma reforma macroeconômica, dada a impossibilidade de negociação entre os atores sociais em situação. Esse fato remete as mudanças para o plano microeconômico. (MENDES, 2001a)

A instituição de um sistema público de saúde está associada com uma forte tendência universal, presente nos países ricos e, também, na maioria dos países da América Latina e do Caribe. Essa tendência é a separação das funções de financiamento e regulação, que devem ficar sob controle estatal, das funções de prestação de serviços, que devem ser realizadas por entes públicos não-estatais ou por entes privados, lucrativos e não-lucrativos. (MENDES, 2001a) MENDES citando SALTMAN *et al.* (1998) afirmou que uma avaliação das evidências nas reformas sanitárias européias mostra que a separação de funções apresentou resultados positivos, diferentemente da introdução da competição.

MENDES (2001a), baseado em Bartlet & Le Grand, 1993, afirmou: “Essa separação de funções dá origem ao que tem sido denominado de quase-mercado, porque, do lado da oferta, há a ruptura do monopólio estatal e, do lado da demanda, o poder comprador não se expressa em termos monetários por parte dos usuários,

mas mediante um orçamento pactuado, por contrato, entre o ente não-estatal prestador e ente estatal financiador/regulador. Os preços não são preços de livre mercado, mas negociados nos marcos de um orçamento estatal”. (BARTLET & LE GRAND *apud* MENDES, 2001a)

Baseado em SOJO (2000: 13), tratando do mesmo tema, afirma: “A constituição de quase-mercados, por meio da separação de funções de financiamento/regulação e prestação de serviços, exige uma reforma do Estado, de tal modo que as instituições financiadoras/reguladoras se capacitem e se fortaleçam nessas funções e que passem a operar, nas suas relações com os órgãos prestadores, por contratos. A prática da contratualização vai exigir uma série de capacidades do ente estatal comprador/regulador: análise da necessidade e da efetividade dos procedimentos; estabelecimento de prioridades; explicitação das prioridades em metas claras e verificáveis; controle de qualidade; especificação dos produtos e monitoramento do desempenho; operação de potentes sistemas de informação e controle da seleção de riscos por parte dos prestadores. (SOJO, 2000 *apud* MENDES, 2001a)

Segundo PRZEWORSKI (2001), “há bons motivos para supor que a qualidade da intervenção do Estado na economia depende da organização interna do Estado – em particular, da relação entre políticos e burocratas – e do desenho das instituições democráticas que determinam se os cidadãos podem ou não controlar os políticos”. (PRZEWORSKI In: BRESSER- PEREIRA & SPINK, 2001) A qualidade da intervenção depende também da capacidade governativa.

FIGUERAS *et al.* (2002) publicou artigo comparando os desafios dos sistemas sanitários e a experiência na Europa. Neste trabalho, o marco conceitual se centra em quatro funções: a) gerar recursos; b) produzir intervenções; c) financiar, e d) “exercer reitoria”. É neste nível que os atores podem influir sobre o desempenho do sistema. FIGUERAS identificou cinco desafios para a América Latina: a) estender (pré-pago e solidariedade) a proteção financeira; b) estabilizar no tempo essa proteção para as épocas de crise; c) equilibrar os recursos coerentemente com a capacidade de financiar serviços; d) aumentar a eficiência *alocativa e técnica* ao produzir serviços; e e) melhorar a função de reitoria das demais funções nos setores público e privado (segundo o autor, o mais difícil e mais importante desafio hoje para os sistemas latino-americanos. Os autores, no texto original, utilizaram o termo

*reitoria* para definir essa função primordial. Reitoria em português significa direção, gestão, administração. No trabalho de FIGUERAS, reitoria indica a capacidade de definir as políticas e as regras para o sistema em seu conjunto, incluindo as áreas e os atores públicos e particulares (FIGUERAS *et al.*, 2002).

De acordo com FIGUERAS *et al.* (2002):

*o governo ou reitoria não é mera retórica, mas supõe definir realmente as políticas e regras do jogo para o sistema em seu conjunto.. A regulação faz parte dessa função, tanto na área financeira (incluindo os seguros) como nas de qualidade assistencial (controle de protocolos e de erros médicos) e a capacitação ou recertificação dos profissionais. Apesar de ser a função mais nebulosa, deve-se considerar como a mais crucial em dois sentidos. Em primeiro lugar, porque seu desempenho afeta as outras funções e, direta ou indiretamente, ao alcance de qualquer objetivo sistêmico. Em segundo lugar, por ser uma função irrenunciável do Estado, se bem que profissionais, organizações médicas ou de defesa do consumidor, os pacientes e a população em geral, também contribuem. É a que menos pode deixar-se ao funcionamento do mercado.*

No marco de referência adotado por FIGUERAS *et al.*, (2002), a função de governo ou reitoria implica vigiar o desempenho das outras três funções, ou seja, gerar recursos, produzir intervenções e financiar. Todo desafio de outro relacionado com outra função comporta um desafio de caráter reitor. O desafio para os reitores do sistema se coloca em termos do papel adequado do Estado e, em particular, do Ministério da Saúde.

O interesse crescente no papel reitor deriva de muitos fatores, dentre os quais os autores ressaltaram dois. O primeiro é a frustração com as funções de gerar recursos, financiar e prover serviços, sobretudo no setor público. O segundo é a crescente importância do setor privado, em particular os seguros. Isso impõe a necessidade de criar unidades especificamente encarregadas de supervisionar e regular o tema para evitar os abusos e falhas de mercado que o caracterizam. O processo é recente. No Brasil, só em 1999 se estabeleceu a agência correspondente, a ANS.

Ainda baseado nas observações de FIGUERAS *et al.* (2002), a preocupação com a função reitora é quase universal e se percebe grande esforço no sentido de exercê-la. Este continua sendo um desafio complicado, difícil de se separar do contexto político e social. Pode exigir mudanças simples ou complexas, como as de financiamento, mas também pode impor a necessidade de mudar a mentalidade de muitas pessoas, como na prestação de serviços. Uma grande dificuldade tradicionalmente para o Ministério da Saúde costuma ser a relação com o setor privado. Essa exige menos hostilidade, mas mais controle e influência. Essa dificuldade inclui a relação com o seguro social. Para além do tradicional setor saúde, a reitoria é função do governo como um todo e engloba os outros ministérios e áreas públicas que influenciam na saúde da população. Esse passa ser mais um fator importante para se enfatizar a intersectorialidade das ações como vem ocorrendo no Brasil.

Neste artigo FIGUERAS *et al.* (2002), analisaram a situação latino-americana e assim se referiram:

*O Estado na América Latina tem-se retirado, nos últimos 15 anos de muitos setores “produtivos” eliminar perdas ou subsídios, atrair investimento privado e permitir ao governo assumir o seu papel regulador. Ainda que o sistema sanitário seja tão produtivo como qualquer outro, aqui o modelo baseado em que o Estado se retire, ou privatizar, não serve como guia geral, devido as peculiaridades do setor. Assim, pois, buscar para o Estado um novo papel no terreno sanitário não equivale simplesmente a copiar mudanças ocorridas na indústria ou no transporte, por mais que a insatisfação com o seu papel tradicional tenha aumentado. O desafio da reitoria é, em termos conceituais, o mais difícil e possivelmente o mais importante que os sistemas sanitários latino-americanos têm que enfrentar. Tem implicações muito claras em termos organizativos sobre as estruturas que atualmente constituem os Ministérios de Saúde, assim como sobre a maneira de captar, selecionar e formar a seu pessoal.*

Analisando a experiência de reforma sanitária na Europa, FIGUERAS *et al.* (2002) demonstram a necessidade de que os Ministérios de Saúde, em particular, adotem um papel protagonista como órgão reitor do sistema sanitário. Uma lição muito importante aprendida, segundo os autores, é que para produzir serviços de maneira mais eficiente é necessário também aumentar a atividade reguladora. A

introdução de mecanismos de mercado tem sido acompanhada de um maior volume de regulação (aqui referida tanto a novas modalidades dessa como a um aumento do arsenal a respeito). Com o reforço da regulação, os gestores sanitários têm buscado utilizar essa força de mudança para alcançar objetivos sociais. Nos lugares onde constataram que a atividade reguladora não estava à altura das necessidades ou claramente insuficiente, os autores destacaram que esse se deveu mais à falta de capacidade institucional para instaurar mecanismos reguladores do que ao desenho organizativo de algum modelo assistencial concreto.

Continuando essa fundamentação baseada no importante trabalho de FIGUERAS *et al.* (2002), os autores enfatizaram que, tanto na Europa como na América Latina, a necessidade de fortalecer o papel reitor se deu com a introdução de novos mecanismos de mercado e um novo balanço entre este e o Estado nos sistemas sanitários. A experiência demonstra, na Europa, que mais que um papel menor do Estado, o que se requer é um papel distinto e em muitos casos reforçado desse. Na medida em que se aumentam a utilização dos mecanismos de mercado, deve-se, também, reforçar o Estado em sua atuação de planejamento estratégico, política sanitária e regulamentação centrada em resultados (FIGUERAS *et al.*, 2002). O que se espera é que o Estado aprenda a “navegar mais e remar menos”, para utilizar a expressão cunhada por OSBORNE & GAEBLER (1994).

Finalizando essa análise baseada no estudo de FIGUERAS *et al.*, (2002), conclui-se que um bom número tanto de êxitos, como de fracassos da reforma sanitária na Europa está relacionado com a função de reitoria. A introdução de mecanismos de mercado produziu melhores resultados onde houve mais informação e maior capacidade de regular. O relativo sucesso na cobertura financeira universal na Europa ocidental resultou de um papel reitor claro por parte dos governos. Segundo os autores, no geral, a população europeia aceita sem reparos o papel do governo como regulador do financiamento e garantia da universalidade do sistema sanitário. O Estado exerceu um papel chave em assegurar proteção estável e sustentabilidade financeira sob uma pressão macroeconômica notável. Um componente importante dentro da função de reitoria é formular a política sanitária, ou, o que é a mesma coisa, definir a visão e a direção do sistema.

A oposição Estado *versus* mercado tem dominado historicamente as discussões no campo sanitário. Está discussão está presente nos cálculos racionais

que presidem os interesses dos diferentes atores na arena setorial, bem como nos amplos conflitos ideológicos e político-partidários que têm acompanhado o debate sobre o tema. O impacto da política de saúde nos mercados de assistência médica pode ser um guia efetivo para entender qual o significado histórico desse conflito recorrente, assim como para ajudar a elucidar quais são suas bases de suporte e permanência no tempo.

Essas disputas estão centradas no conflito clássico entre compradores e vendedores, neste caso de serviços de assistência médica. O poder de compra de um é utilizado para reduzir e controlar preços, sendo reforçado quando se torna o único comprador (numa posição monopsônica). O poder de venda do outro tende a se concentrar de forma monopólica, fortalecendo-se quando consegue diversificar os compradores de serviços.

A expansão do papel do Estado na área da saúde significou, para os seus defensores, a responsabilização do Estado pela garantia do acesso aos serviços como um direito de cidadania e, para os seus oponentes, a expropriação da responsabilidade individual pela própria saúde, uma enorme drenagem de recursos e uma séria restrição ao pleno funcionamento do mercado privado no setor. Os esforços para consolidar financiamentos coletivos para a atenção médica, a partir do final do século XIX, trouxe para a agenda política a questão do mercado *versus* Estado, oposição esta que tem mudado de significado no tempo, segundo o período histórico e a conjuntura específica de cada época, em cada sociedade. A questão objetiva da propriedade pública *versus* a privada mudou significativamente na medida em que o financiamento estatal passou a garantir grande parte da atenção hospitalar tanto no setor público como no setor privado.

A expansão dos programas de assistência médica teve pelo menos duas implicações aparentemente contraditórias: de um lado aumentou os recursos financeiros disponíveis para prestar assistência a grandes parcelas da população que de outra forma não poderiam pagar por ela; por outro lado, aumentou a regulação e o controle públicos sobre os prestadores de serviços de saúde. O controle público sobre as formas de financiamento e/ou de pagamento dos prestadores e o fortalecimento da capacidade regulatória são componentes estratégicos desses desenvolvimentos. A dimensão mais imediata da intervenção



estatal diz respeito "*às formas e à intensidade em que ela afeta o controle privado dos serviços de saúde*" (Donnangelo, 1975:4).

A profunda complexificação atual da prática assistencial e dos sistemas de serviços de saúde é acompanhada de reorganizações das representações dos grupos de interesse tradicionais e da emergência de novos grupos. Estes grupos passam a disputar parcelas do mercado de assistência médica e atuar como grupos de interesse e de pressão nas diversas arenas setoriais acadêmica, produtiva (de serviços e de insumos), legislativa.

Cada sistema de serviços de saúde, antes de ser o resultado de um desenho pré-definido, é o produto de uma infinidade de enfrentamentos, negociações e ajustes entre diferentes grupos, a saber: a burocracia estatal; a categoria médica; os sindicatos; os partidos políticos; os parlamentos; e os poderosos grupos de interesse que gravitam em torno da indústria da assistência médica. Os sistemas de saúde são construções surgidas de complexos arranjos produtores de políticas que resolvem alguns problemas contingentes, mas incubam novos conflitos que, cedo ou tarde, afloram.

O legado das políticas passadas afeta as políticas subseqüentes, seja positiva ou negativamente. As estratégias de reforma sanitária a serem adotadas para provocar transformações devem levar em consideração a herança dos arranjos institucionais que será confrontada com a mudança. A provisão direta de serviços pelo setor público politizou a relação entre os prestadores e o Estado, uma vez que as condições de trabalho devem ser reguladas e os mecanismos de controle e contenção de preços acionados.

Quando o Estado não emprega diretamente os prestadores, o tipo de contrato e o método de pagamento utilizados passam a ser cruciais. As diversas formas de financiamento e pagamento de serviços fragmentam a atuação estatal e enfraquecem ou tornam mais complexa a capacidade reguladora, politizando o processo. Em sistemas majoritariamente privados, a regulação envolve, de forma importante, vários outros atores, inclusive aqueles não especificamente setoriais. Essa politização constitui a especificidade dos processos reformadores setoriais que foram desencadeados a partir da década de 80.

Neste momento, pretendemos descrever e apontar perspectivas para o modelo regulatório do setor saúde no Brasil. Vamos nos concentrar em duas

questões fundamentais. A primeira questão: que estratégias de regulação da política nacional de saúde foram utilizadas pelo administrador federal do SUS no Brasil? Para responder a essa questão será necessário analisar a maneira como o Ministério da Saúde estabeleceu a sua política regulatória do SUS. A segunda questão é a que se segue: torna-se necessário promover mudanças no modelo regulatório no setor saúde no Brasil? Se necessário, que aspectos precisam ser modificados para melhorar esse modelo? Para responder a estas perguntas, serão analisados os determinantes do desenvolvimento e consolidação do SUS, desde o seu início em 1988 (BRASIL, C. F., 1988)

MACHADO (2002) publicou um texto sobre as principais estratégias de regulação sobre a política nacional de saúde, segundo a análise da atuação do administrador federal do SUS nos últimos anos. A autora debateu as implicações do federalismo brasileiro para a política de saúde e qual seria o papel do administrador federal do SUS regulação do sistema nacional.

A citada autora apresentou onze grupos de estratégias freqüentemente adotadas pelo administrador federal para regular a política nacional de saúde, assim como as principais dimensões e as áreas da política que têm sido objeto de regulação. Nesse artigo, foram ainda apresentadas algumas questões críticas em relação às características e tendências atuais da regulação no SUS pelo administrador federal. (MACHADO, 2002)

A instituição de políticas nacionais de saúde em países federativos e desiguais como o Brasil é um processo muito complexo. Exige a combinação de estratégias que assegurem o caráter nacional da política, com mecanismos que permitam sua operação eficaz de forma descentralizada. A concepção do SUS e o seu desenho institucional explicitam esse desafio. Torna-se necessário estruturar uma política de saúde abrangente, de caráter nacional, baseada em concepções avançadas de proteção social e no reconhecimento da saúde como direito da cidadania. Essa concepção de política de saúde, característica do chamado Estado Social, requer um Estado forte bem como a existência de laços de solidariedade social (MACHADO, 2002).

Segundo George FRANCE (2002) além dos laços de solidariedade também confirmados por ele, a concretização do direito à saúde para todos impõe a necessidade da adoção de estratégias que assegurem características nacionais da

política, denominados de *padrões* ou *standards* sanitários nacionais (FRANCE, 2002a).

MENDES (2001a) ressaltou a importância da solidariedade na instituição de sistemas públicos universais. Instituir sistemas de serviços de saúde com base em valores de solidariedade social implica ofertá-los com base em necessidades e mediante subsídios cruzados dos ricos para os pobres, dos jovens para os adultos, dos sãos para os doentes, dos usuários menos frequentes para os usuários mais frequentes e das regiões ricas para as regiões pobres (MENDES, 2001a).

Segundo MACHADO (2002), os avanços do processo de descentralização político-administrativa do SUS têm ressaltado o papel estratégico do gestor federal do sistema. A natureza e a forma não são tão claras e consensuais, ante as várias décadas de centralismo autoritário que marcaram a história das políticas públicas no país. Nos últimos dez anos, se observam mudanças significativas na atuação dos gestores dos três níveis de governo na área da saúde. Referindo-se a esse papel do administrador do SUS, a autora afirma que as principais tendências de mudança verificadas são as seguintes (no texto, ela detalha cada uma delas, pretendo me estender somente na última que trata da regulação): formulação de políticas de planejamento; financiamento; execução de ações e serviços; e regulação.

Ainda segundo MACHADO, 2002, de maneira associada ao processo de descentralização, observam-se mudanças de natureza e escopo das atividades de regulação do administrador federal sobre a política nacional de saúde. Anteriormente, a regulação era orientada para o controle e o faturamento pelos prestadores de serviços. Em que pesem as mudanças referidas, o administrador federal continua exercendo grande influência na definição dos rumos e da configuração do SUS. Essa influência muitas vezes é referida como a ação reguladora do Ministério da Saúde sobre a política de saúde.

O termo regulação tem sido cada vez mais usado no debate sobre as políticas públicas, embora com significações variadas. MACHADO, no texto citado, utiliza a expressão *regulação da política de saúde pelo administrador federal em referência à forma como a política é modulada para assumir características nacionais, considerando que o SUS é, simultaneamente, um sistema de abrangência nacional e de operação descentralizada.* (MACHADO, 2002)

MACHADO (2002) ressalta três grandes motivos para que o administrador federal desempenhe funções de regulação das políticas de saúde: 1) *Assegurar o caráter nacional do SUS*; 2) *Garantir os princípios do sistema nacionalmente*; e 3) *Promover a equidade*.

Baseados, ainda, nas observações de MACHADO (2002), ressaltamos que a atuação reguladora do administrador federal ocorre em um cenário político dinâmico, influenciada por embates e oscilações nas relações de poder com os demais atores do SUS. O processo de atuação do administrador federal do SUS sobre a conformação da política nacional de saúde, na relação com esses diversos atores e instâncias como a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde, pode-se considerar como uma “regulação negociada”. Embora essa regulação não se dê de forma homogênea entre as estratégias e as áreas de regulação referidas.

## **4 Estratégias metodológicas**

### **4.1 Técnicas de coleta e análise de dados**

Nosso campo de investigação é o Sistema Único de Saúde no Brasil. No foco de atenção é a evolução do macroprocesso de regulação do sistema de saúde pelo gestor federal do SUS. A presente pesquisa emprega dados bibliográficos com base histórica e contemporânea.

Nosso trabalho é uma análise documental. O que se pretende é identificar nos documentos oficiais (leis, portarias, instruções e outros), editados por iniciativa do gestor federal do SUS, as estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação, além de material bibliográfico. Esta abordagem, se por um lado é um trabalho historiográfico, por outro lado tem interface com o âmbito da Ciência da Informação, em que o conhecimento é discutido no seu aspecto representacional.

Os modelos de organização do conhecimento, na Ciência da Informação, são vistos a partir das interfaces dos conceitos de conhecimento, representação, informação e memória, delineando o funcionamento das memórias documentárias, consideradas construções simbólicas do conhecimento, no universo das representações sociais. As memórias documentárias são constructos do conhecimento gerados pela sociedade e reúnem cadeias de representações presentes na dinâmica social, desde a produção do conhecimento até sua assimilação e reprodução. (DODEBEI, 2002)

O estudo tem o objetivo de levantar os elementos gerais e os conceitos básicos que fundamentam as estratégias e propostas de ação definidas nas normas jurídicas e técnicas editadas pelo gestor federal do SUS. Em perspectiva histórica é um estudo de caráter exploratório que faz a reconstituição do desenvolvimento do processo de regulação do sistema de saúde e a revisão dos instrumentos normativos, buscando identificar o objeto da regulação do sistema de saúde e as estratégias e instrumentos normativos do gestor federal do SUS.

De forma complementar, será feita, ainda, um trabalho de revisão da literatura pertinente ao tema. Para a elaboração de nossa monografia, aliaremos a pesquisa bibliográfica à pesquisa de documentos-fontes produzidos pelas instituições públicas de saúde, em especial pelo Ministério da Saúde. Com essa

abordagem queremos descrever a evolução e os mecanismos da política e da prática de regulação do sistema de saúde brasileiro. Essa revisão propiciará a identificação e a descrição das estratégias de regulação do sistema de saúde pelo administrador federal do SUS. Nos documentos-fontes, procuraremos registros históricos de orientações e mudanças de posições do administrador federal do SUS no período de 1995 a 2002.

Para o melhor entendimento da situação, lançaremos mão tanto de literatura nacional como estrangeira pertinente ao tema, focalizando em especial o período de 1988 aos dias atuais. Sempre que necessário, por razões históricas ou conceituais, poderemos utilizar literatura anterior a esse período. Fontes importantes de informações serão as bases de texto da Bireme, Scielo, Lilacs e Med-line.

## **4.2 Definição operacional das estratégias de regulação em saúde**

A política de regulação exercida pelo gestor federal sobre o SUS tem se baseado acentuadamente em dois eixos articulados: a edição de normas federais que se associam a variados mecanismos financeiros de indução ou inibição de políticas e práticas pelos administradores estaduais, municipais e prestadores de serviços ao SUS.

A esses eixos se agregam outras formas de atuação do gestor federal do SUS que configuram estratégias de regulação da política, como: apoio e capacidade técnica dos gerentes, capacidade de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, criação de estruturas de regulação da rede de serviços, entre outros (MACHADO, 2002).

Os dados referentes a cada uma dessas estratégias e mecanismos de regulação do sistema de saúde serão obtidos nos documentos oficiais. Em cada estratégia analisada a partir dos documentos oficiais, serão buscados os elementos discursivos que permitam estimar o grau de coerência com os princípios do SUS e a influência da Reforma Gerencial em pauta no momento histórico que estudamos.

### **4.2.1 Normas Operacionais e outras portarias federais**

A competência regulamentar do administrador federal tem sido amplamente exercida pelas Normas Operacionais do SUS e por outros milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e pelas já citadas entidades federais da área da Saúde. As Normas Operacionais têm funcionado como potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS. Essas Normas têm tratado dos critérios e dos mecanismos de transferência de responsabilidade, atribuições e recursos da esfera federal para Estados e municípios.

#### **4.2.2 Mecanismos e instrumentos financeiros**

Os mecanismos e instrumentos financeiros tem sido amplamente utilizados pelo Ministério da Saúde para induzir as políticas sanitárias promovidas no nível estadual ou municipal. A participação expressiva dos recursos federais nos gastos públicos de saúde amplia o poder de regulação através do financiamento.

#### **4.2.3 Preparação e apoio técnico**

Outra estratégia de regulação do administrador federal sobre a política de saúde é a realização de ações de preparação e apoio para os administradores e os técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (treinamentos, cursos, oficinas, orientações técnicas, divulgação de metodologias de planejamento e gerência, distribuição de *softwares*, planilhas, manuais e outros instrumentos de gerência, visitas técnicas às secretarias estaduais e municipais entre outras).

#### **4.2.4 Experiências e práticas inovadoras**

Uma outra estratégia adotada pelo administrador federal do SUS para induzir políticas e práticas é a difusão de “experiências e práticas inovadoras”. A divulgação de experiências bem-sucedidas de estados, municípios, ou mesmo unidades de saúde tem sido uma prática usual. Isso tem sido feito através de seminários, oficinas e mostras, ou projetos específicos de fomento, divulgação ou

incentivo à troca de experiências. O foco principal dessas estratégias são as áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde.

#### **4.2.5 Preparação de recursos humanos**

Algumas tentativas de indução de mudanças no modelo de atenção à saúde esbarram em obstáculos relacionados ao atual perfil dos profissionais, características essas decorrentes de sua formação. O gestor federal do SUS identificou áreas prioritárias instituindo grandes projetos de preparação. São exemplos deste esforço, os pólos de preparação em saúde da família, instalados em parceria com governos estaduais, municipais e universidades em várias regiões do país.

#### **4.2.6 Metas nacionais**

O gestor federal do SUS induz algumas práticas nas esferas estadual e municipal através da definição de prioridades e metas nacionais. Esta definição favorece o acompanhamento das políticas desenvolvidas nessas esferas.

#### **4.2.7 Auditoria, controle e avaliação**

As estratégias de auditoria, controle e avaliação podem ser utilizadas pelo gestor federal do SUS para regular o sistema de saúde e induzir práticas nas outras esferas de governo. Estas estratégias tem evidenciado traços da cultura institucional herdada do INAMPS, embora se possa também perceber mudanças e adequações decorrentes da introdução e da evolução do Sistema Único de Saúde.

#### **4.2.8 Financiamento de pesquisas**

O fomento à pesquisa pode também ser considerado como uma estratégia de regulação do sistema pelo administrador federal do SUS. (MACHADO, 2002)

#### **4.2.9 Novas estratégias de regulação da assistência**



As novas estratégias são iniciativas e introdução de mecanismos de ordenação das práticas assistenciais pelo gestor federal do SUS, no período estudado.

#### **4.2.10 Controle de produtos e preços**

O controle da qualidade de insumos e produtos relacionados à saúde, uma função tradicional da vigilância sanitária, constitui-se numa estratégia de regulação do sistema de saúde. Grande parte dessas atividades vem sendo transferida para os estados e municípios.

#### **4.2.11 Realização de investimentos**

O Ministério da Saúde tem realizado investimentos para ampliação e adequação da rede de serviços públicos de saúde, nas diversas regiões. Essa tem sido uma estratégia para combater iniquidades do sistema e se constitui, sem dúvida, uma forma de regulação de regulação do sistema de saúde pelo gestor federal do SUS.

## 5 Resultados e discussão

O marco regulatório do SUS é o marco legal da regulação. Esse marco é o que se chama também de moldura legal da regulação. A moldura legal da saúde passou a ser o conjunto formado pelo texto constitucional que instituiu o SUS no Brasil e estabeleceu seus princípios e fundamentos (BRASIL, C.F., 1988), e as Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8.080 e Lei 8.142. (BRASIL, 1990)

A partir dessa moldura legal, o Ministério da Saúde, utilizando-se da sua competência regulamentar, prevista no Direito Administrativo brasileiro (PESSOA, 2003) emitiu uma série de Portarias Ministeriais, em especial as NOBs e as NOAS, que foram desenhando o modelo regulatório (BRASIL, 1991, 1993, 1996, 2000, 2001 e 2002). A informação é a base do processo de regulação e sua disponibilização aos gestores, aos prestadores, aos usuários e à sociedade em geral é de vital importância. O modelo regulatório do administrador federal do SUS inclui várias resoluções necessárias ou não para viabilizar as exigências da legislação.

A Portaria GM/MS 356, editada em 22-09-2000, afirma que a regulação: *“compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.”* (BRASIL, 2000).

Em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria GM/MS No. 95 e, na forma de Anexo desta Portaria, a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (BRASIL, 2001)

Na NOAS 01/2002, a Regulação Assistencial, aparece como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão. Ela institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. (BRASIL, 2002)

A Portaria SAS/MS nº 423 de 09 de Julho de 2002 aprovou, na forma do Anexo desta Portaria, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. (BRASIL, 2002B) Esta Portaria foi republicada por ter saído com incorreções, do original, no D.O nº 122, de 27 de junho de 2002, Seção I, Pág. 97. Nessa Portaria, encontramos um conceito de Regulação Assistencial. A referida Portaria reafirmou os pressupostos elencados pela NOAS 01/2002 para o bom funcionamento da regulação assistencial, além de destacar alguns objetivos específicos.

Além disso, a Portaria SAS/MS 423 teve o mérito de detalhar os vários processos relacionados à regulação, ao controle e à avaliação. A Portaria apresentou um quadro extenso com as atribuições e responsabilidades, dos gestores do SUS das três instâncias de governo no tocante ao Controle, Regulação e Avaliação assistencial do SUS. Tais atividades foram discutidas e pactuadas com CONASS e CONASEMS. (BRASIL, 2002b)

A Portaria SAS/MS nº 729, de 14 de Outubro de 2002, considerando as atribuições inerentes aos gestores Federais, Estaduais e Municipais do SUS no que tange à área de Controle e Avaliação da Assistência previstas na Portaria SAS/MS nº 423/2002, resolveu estabelecer em seus anexos os indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência. Trouxe, ainda, as orientações gerais para elaboração do Plano de Controle, Regulação e Avaliação, como subsídio técnico operacional para Estados e Municípios na elaboração de seus respectivos Planos de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência. (BRASIL, 2002c)

A Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002, aprovou, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. O Capítulo II do citado Regulamento Técnico das Urgências foi inteiramente dedicado ao objeto do seu título: A REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS. (BRASIL, 2002d)

Como podemos observar as Portarias Ministeriais têm contemplado sempre a microrregulação. Trata-se de portarias que regulamentam a regulação assistencial à saúde e à regulação médica de urgências, a operação cotidiana das centrais de regulação de atenção às urgências. Essas Portarias não têm tratado do objeto do nosso estudo que é a macrorregulação, a Regulação do Sistema de Saúde.

Lembramos que além das marcantes Portarias que aprovaram as NOBs e NOAS, o Ministério da Saúde emite anualmente centenas de outras Portarias através das quais influenciam importantemente o sistema de saúde brasileiro, exercendo, através deste mecanismo, parte de sua função regulamentar e regulatória. A seguir trataremos das diferentes estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação utilizados pelo Ministério da Saúde em seu mister de configurar e conformar o sistema de saúde brasileiro, de acordo com o projeto político, social e sanitário do gestor federal.

## **5.1 Estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação**

Segundo a MACHADO, a política de regulação exercida pelo gestor federal sobre o SUS tem se baseado acentuadamente em dois eixos articulados: a edição de normas federais, associada a variados mecanismos financeiros de indução ou inibição de políticas e práticas pelos administradores estaduais, municipais e prestadores de serviços ao SUS. A esses eixos se agregam outras formas de atuação do gestor federal do SUS que configuram estratégias de regulação da política, como: apoio e capacidade técnica dos gerentes, capacidade de recursos humanos para o SUS, controle e avaliação de sistemas, serviços e práticas, financiamento de pesquisas, regulação de mercados relacionados à saúde, criação de estruturas de regulação da rede de serviços, entre outros (MACHADO, 2002).

### **5.1.1 Normas Operacionais e outras portarias federais**

Segundo PESSOA (2003), em *Administração e Regulação*:

“A primeira impressão que nos causa o universo da competência normativa da Administração Pública no Brasil é de uma certa surpresa e espanto. Trata-se de um ambiente literalmente imenso e caótico, onde as normas apresentam uma variedade extraordinária, e onde os princípios clássicos do Estado Democrático de Direito parecem possuir uma eficácia certamente minimizada. Trata-se de um âmbito peculiar, escassamente conhecido e frente ao qual os operadores jurídicos parecem sofrer de uma certa alergia. Tem-se observado no Brasil um acentuado processo expansivo da

competência normativa da Administração Pública nos últimos tempos” ( PESSOA, 2003).

Sem dúvida, a expansão da competência normativa foi utilizada intensamente pelo Ministério da Saúde, que anualmente publica centenas de Portarias sobre os temas mais variados. No Brasil, todos os Ministérios exercem competências normativas em suas respectivas áreas, conforme a Lei no. 9.649/98. (BRASIL, 1998)

Ao Ministério da Saúde compete tratar da “política nacional de saúde”. A competência normativa de proveniência administrativa foi ainda mais intensificada com a crescente instituição de agências reguladoras. Jurisdicionadas ao Ministério da Saúde temos a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Por outro lado, a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) exercita a sua atividade normativa num quadro de relativa autonomia.

“Diante desse quadro de complexidade organizacional, funcional e normativa, Aragão (2001, p.110) observa que os poderes normativos conferidos à Administração Pública não apenas são inúmeros, abrangendo a maior parte dos setores da vida social, como, pelos termos bastante genéricos em que são conferidos, são exercidos com elevado grau de liberdade” (PESSOA, 2003).

No aspecto jurídico, o reconhecimento de um poder normativo à Administração Pública entre nós é constitucional. A Constituição Federal trata especificamente do poder regulamentar (CF, art. 49, V e 84, IV) e do poder regulador do Estado (CF, art. 174, *caput*). (BRASIL, 1988)

A competência regulamentar do administrador federal do SUS tem sido amplamente exercida pelas Normas Operacionais (NOBs e NOAS) do SUS e por outras milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e pelas já citadas entidades federais da área da Saúde. As Normas Operacionais têm funcionado como potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS. Essas Normas têm tratado dos critérios e dos mecanismos de transferência de responsabilidade, atribuições e recursos da esfera federal para Estados e municípios.

Ao longo da década de 1990, foram editadas quatro dessas Normas – as Normas Operacionais Básicas do SUS – NOBs-SUS - 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96. Mais recentemente foram editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde

– NOAS-SUS – 01/2001 e 01/2002. Alguns trabalhos recentes analisam detalhadamente o papel, conteúdo e efeitos das normas operacionais. Nesse sentido, SOUZA (2002), analisa em especial a NOAS 01/2001. VIANA *et al.* (2002), analisando a descentralização no SUS, trata dos efeitos das NOBs e NOAS, em especial dos efeitos da NOB-SUS 01/96. LEVCOVITZ *et al.* (2001) fazem um balanço das NOBs nos anos 1990.

As Normas Operacionais se distinguem pela sua importância na configuração da composição federativa do SUS. A sua análise isolada não é suficiente para a compreensão do poder de regulação do administrador federal. Anualmente são lançadas centenas de outras portarias versando sobre variados aspectos do desenvolvimento do SUS. Essas portarias tratam tanto da questão da gestão como da atenção à saúde.

Algumas vezes algumas portarias ministeriais entram em choque com as Normas Operacionais. Embora as Normas Operacionais tenham grande importância, não existe uma ascendência dessas Portarias sobre as outras centenas de Portarias ministeriais que, na verdade, podem alterar o conteúdo das normas operacionais ou mesmo transcender o seu escopo de regulação (MACHADO, 2002).

A NOB 01/96 expressa concepções especificadas sobre gestão e atenção à saúde. Por outro lado, a NOB 01/96 expressa uma concepção ampla de atenção à saúde que inclui a assistência, as intervenções ambientais e as políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença. (BRASIL, 1996)

Ao tratar dos determinantes sociais do processo saúde doença, a NOB 01/96, antecipa as discussões atuais sobre a intersetorialidade das ações de saúde. Algumas vezes algumas portarias ministeriais entre em choque com as Normas Operacionais. Embora as Normas Operacionais tenham grande importância, não existe uma ascendência dessas Portarias sobre as outras centenas de Portarias ministeriais que, na verdade, podem alterar o conteúdo da normas operacionais ou mesmo transcender o seu escopo de regulação (MACHADO, 2002).

### **5.1.2 Mecanismos e instrumentos financeiros**

Os mecanismos financeiros, aliados à edição de normas e portarias, tem sido um potente mecanismo indutor das políticas sanitárias promovidas no plano estadual e municipal. Esse poder de indução somente se concretiza pela participação expressiva dos recursos federais nos gastos públicos de saúde. Este fato, sem dúvida, amplia o poder de regulação através do financiamento.

Segundo MACHADO (2002):

*a tendência de redução do peso relativo da esfera federal no financiamento da saúde na última década, (...) associada aos intensos conflitos na definição de responsabilidades e prerrogativas das diferentes esferas de governo no SUS, tem levado a discussões sobre as estratégias de regulação federal e a utilização de recursos de saúde.*

São variadas as estratégias de regulação por meio do financiamento. Algumas estratégias e mecanismos expressam antigas práticas anteriores à instalação do SUS, outras têm um sentido inovador. Ressaltamos a adoção do critério *per capita* para o financiamento da atenção básica. Os principais mecanismos e instrumentos de regulação por meio do financiamento descritos por MACHADO (2002) são: a) definição e gerência de tetos financeiros; b) transferências intergovernamentais e incentivos vinculados; c) o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec); d) administração da tabela de remuneração dos prestadores.

Segundo MARTINS JÚNIOR (2004):

*Uma das estratégias para garantir a capacidade regulatória tanto da União como dos estados é o desenvolvimento da função de cooperação técnica e financeira. Tal atribuição reserva à União e aos estados as condições para criar incentivos que induzam as decisões locais. Claro que num sistema descentralizado e com entes autônomos esses incentivos devem ser adotados de forma pactuada e numa perspectiva horizontal. Além disso, ambas as esferas devem desenvolver sua capacidade de articulação nas diversas instâncias e junto aos diversos atores para criação de espaços de disputa das políticas de saúde.*

### **5.1.3 Preparação e apoio técnico**

A realização de ações de preparação e apoio para os gestores e os técnicos das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde pode ser considerada um outra estratégia de regulação do sistema de saúde pelo gestor federal do SUS. Isto inclui treinamentos, cursos, oficinas, orientações técnicas, divulgação de metodologias de planejamento e gerência, distribuição de *softwares*, planilhas, manuais e outros instrumentos de gerência, visitas técnicas às secretarias estaduais e municipais entre outras,

Segundo MACHADO (2002):

*Tais atividades, em geral justificadas para intensificar a gerência do SUS nos Estados e nos municípios ante o intenso processo de descentralização, tem potência para induzir políticas nessas esferas pelos seguintes motivos: as prioridades de preparação e apoio são em grande parte definidas pelo Ministério da Saúde; a divulgação de metodologias e distribuição de instrumentos de planejamento e gerência estimula a adoção de algumas práticas de administração semelhantes nos diversos Estados; as freqüentes visitas técnicas de representantes federais às secretarias estaduais podem influir na conduta dos administradores e profissionais da esfera estadual e da municipal, além de permitir ao Ministério da Saúde conhecer e avaliar o funcionamento dessas secretarias.*

Atividades semelhantes são desenvolvidas pelos conselhos nacionais de gestores estaduais e municipais (CONASS e CONASEMS). Eles também promovem atividades de preparação de administradores, assessorias, encontros, câmaras técnicas sobre as funções e processos mais importantes do SUS.

#### **5.1.4 Experiências e práticas inovadoras**

Outra estratégia de regulação do sistema de saúde adotada pelo gestor federal do SUS é a divulgação de experiências bem-sucedidas de estados e municípios, e até mesmo de unidades de saúde. Esta difusão de “experiências e práticas inovadoras” é utilizada para induzir políticas e novos comportamentos sistêmicos e organizacionais. A forma de divulgação tem se dado através de seminários, oficinas e mostras, ou projetos específicos de fomento, divulgação ou incentivo à troca de experiências.



Os focos principais dessas estratégias são as áreas consideradas prioritárias pelo Ministério da Saúde. Houve uma mostra de experiências do Programa de Saúde da Família e do Projeto de Centros Colaboradores em Gestão Hospitalar. Houve, ainda, um projeto de fomento e disseminação de experiências inovadoras no SUS, financiado pelo programa de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – Reforsus (MACHADO, 2002).

Um reforço no uso dessa estratégia seria a capacitação de gestores e gerentes na metodologia de *benchmarking*, administração orientada para a cópia de soluções criativas e padrões de excelência. Benchmarking é a busca das melhores práticas que conduzem ao desempenho superior. O *benchmarking* é visto como um processo positivo e proativo por meio do qual uma organização examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar as suas próprias realizações. O processo de comparação do desempenho entre dois ou mais sistemas é chamado de *benchmarking*, e os padrões de excelência considerados são chamados de *benchmark*.

O *benchmarking* exprime uma filosofia administrativa. Este processo não se limita na simples identificação das melhores práticas, mas, inclui um processo de aprendizagem organizacional e aplicação do aprendido de maneira criativa em outro contexto. *Benchmarking* é uma maneira sistemática de procurar os melhores processos, as idéias inovadoras e os procedimentos operacionais mais eficazes que conduzam a um desempenho superior.

### **5.1.5 Preparação de recursos humanos**

O gestor federal do SUS instituiu grandes projetos de preparação de pessoas, priorizando áreas consideradas prioritárias. São exemplos deste esforço, os pólos de preparação em saúde da família, instalados em parceria com governos estaduais, municipais e universidades em várias regiões do país. Lembramos ainda o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).

Posteriormente, o Ministério lançou o Promed, voltado para a formação dos médicos e o Proenf, para a formação de enfermeiros de nível superior. Através do Promed e do Proenf, o Ministério da Saúde repassa recursos adicionais às

Faculdades que aderirem a esses programas demonstrando o propósito de formar profissionais preparados para o trabalho no SUS.

Mais recentemente, fora do período objeto de estudo neste trabalho, o Ministério da Saúde tomou uma importante iniciativa no campo da preparação de RH. O Ministério publicou a Portaria No. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Na mesma Portaria em seu Anexo II, encontramos a afirmação de um propósito regulador do sistema através da educação permanente. Fica evidente nessa Portaria o propósito de utilizar a estratégia regulatória da educação permanente para fortalecer a articulação com os outros agentes do SUS, como se evidencia a seguir:

A Portaria No 198/GM/MS e seus anexos traz informações detalhadas a respeito do processo de constituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Essa Política supõe a integração entre ensino e serviço, entre formação e gestão setorial e entre desenvolvimento institucional e controle social, diretrizes e princípios devem embasar a apresentação e a validação de projetos, o acompanhamento da execução de cada implementação e o exercício da avaliação e acreditação. Fica evidente que o administrador federal do SUS está aprimorando essa estratégia de regulação pela “preparação de RH”.

Algumas tentativas de indução de mudanças no modelo de atenção à saúde esbarram-se em obstáculos relacionados ao atual perfil dos profissionais, características essas decorrentes de sua formação e de influências corporativas. Estas características limitam a atuação e a influência dos gestores do sistema de saúde das três esferas de governo.

#### **5.1.6 Metas nacionais**

Dois exemplos de definições de prioridades e metas nacionais são a definição da Agenda Nacional de Saúde e o Pacto da Atenção Básica. Esse tipo de estratégia faculta ao administrador federal do SUS a indução de práticas nas esferas estadual e municipal. (MACHADO, 2002)

A Agenda Nacional de Saúde estabelece as prioridades do SUS nacionalmente com base em discussão entre o Ministério da Saúde e a representação nacional de estados e municípios. Essa Agenda é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa estratégia condiciona a adesão de estados e municípios à agenda nacional e orienta o acréscimo de indicadores locais. A agenda poderá se tornar um importante instrumento de regulação da política nacional de saúde ao influir no processo de definição local de prioridades.

O Pacto da Atenção Básica compreende a realização anual de acordos com os administradores municipais para o alcance de metas na atenção básica, a serem acompanhadas em geral pelo administrador estadual. O Pacto foi instituído a partir de uma metodologia desenvolvida pelo Ministério da Saúde.

### **5.1.7 Auditoria, controle e avaliação**

Para a melhor compreensão de como o administrador federal do SUS regula o sistema de saúde por ações de controle, avaliação e auditoria, MACHADO (2002) considera duas tendências recentes: a) *Transferência progressiva de responsabilidades* sobre diversas ações de controle avaliação e auditoria para os estados e os municípios e b) *Mudanças qualitativas* nessas estratégias com a incorporação de práticas de acompanhamento e avaliação.

Segundo MARTINS JÚNIOR (2004), devemos rever os sistemas e as lógicas de controle, avaliação e auditoria. Segundo este autor, nessa área permanece muito forte a tradição do INAMPS, com uma lógica de atuar sobre prestadores e sobre procedimentos, com um viés muito mais controlista do que de avaliação. Os sistemas de avaliação privilegiam os processos e não os resultados e o impacto das ações e serviços de sobre a saúde da população. O sistema de auditoria permanece com alto grau de centralização e extremamente verticalizado, atuando muito mais com um órgão de punição do que de apoio à gestão do SUS.

Ainda segundo MARTINS JÚNIOR (2004):

*Devemos trabalhar com avaliações de sistemas de saúde, com medição de resultados e impacto, aliando dados epidemiológicos e avaliação de qualidade, aliada com a vigilância sanitária e com instrumentos de satisfação do usuário. Para trabalharmos com avaliação tem-se que anteriormente estabelecer um pacto, entre*

*todos os gestores sobre quais metas pretende-se alcançar. Rediscutir o Sistema Nacional, estaduais e municipais de Auditoria, transformando-os não apenas em órgãos de fiscalização e punição, mas em auxiliares da gestão na construção de soluções para irregularidades e resultados não satisfatórios detectados.*

Uma iniciativa recente (portanto fora do período em estudo neste trabalho, só a título de exemplo), do Ministério da Saúde onde fica patente a preocupação com o monitoramento e a avaliação é o PROJETO DE EXPANSÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA (PROESF). A Portaria GM/MS No. 588, de 7 de abril de 2004, aprovou Convocatória Pública nº 01/2004 para que Unidades Federadas (UF) apresentem Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no âmbito do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF.

O Programa Saúde da Família (PSF) ganha relevância, sendo concebido pelo atual administrador federal do SUS como eixo estruturante para reorganização da atenção básica, com repercussões reordenadoras para todo sistema de saúde. Assumido pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária para organização dos serviços de atenção básica, a Saúde da Família vem sendo aprimorada e expandida desde sua criação em 1994.

O Proesf foi estruturado em três componentes: 1. Conversão e Expansão Municipal do PSF; 2. Desenvolvimento de Recursos Humanos do PSF; e 3. Monitoramento e Avaliação. Além da publicação da Portaria GM/MS No. 588, o Ministério da Saúde elaborou o documento “Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – Diretrizes e Orientações” para a orientação dos gestores estaduais que queiram participar do Programa. (BRASIL, 2004)

O referido documento estabelece concepções, diretrizes e critérios técnicos para que as SES elaborem seus *Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica*, a serem financiados pelo Ministério da Saúde como parte das ações do Proesf. O documento do Ministério sugere que os citados ‘Planos’ devem ser colocados como parte integrante do Plano de Saúde do Estado, uma vez que se pretende investir no potencial estruturante da avaliação no âmbito do SUS. (BRASIL, 2004)

### **5.1.8 Financiamento de pesquisas**

O Ministério da Saúde, nos últimos anos, tem financiado pesquisas de avaliação sobre as políticas de saúde, seja com recursos próprios, seja por meio de convênios com agências internacionais, como o Banco Mundial, Banco Internacional para a Reestruturação e o Desenvolvimento – Bird, Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização Pan-Americana de Saúde. O fomento à pesquisa pode também ser considerado como uma estratégia de regulação do sistema pelo administrador federal do SUS. (MACHADO, 2002)

### **5.1.9 Novas estratégias de regulação da assistência**

No período estudado, o gestor federal do SUS tomou iniciativas e introduziu mecanismos de ordenação das práticas de assistência no SUS. Segundo documento oficial, esta ordenação de práticas tem o propósito de “ajustar a oferta disponível no SUS às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional”. (BRASIL, 2002a)

As propostas recentes de melhoria da regulação da assistência pelo administrador federal do SUS se baseiam em duas estratégias principais: a) a adoção de protocolos clínicos, para ações e serviços de alto custo; b) organização de centrais de regulação da assistência. Segundo MACHADO, (2002): “Os protocolos clínicos têm sido adotados por outros países em meio aos esforços de contenção de custos crescentes da assistência médica, de regulação da indústria de tecnologia para a saúde e de promoção da qualidade da assistência”.

As centrais de regulação constituem para o administrador federal as estruturas de operação da regulação da assistência. As centrais de regulação podem ter várias unidades de trabalho (central de marcação de consultas, central de marcação de exames, central de internação, central de urgências entre outras) constituindo-se em verdadeiros complexos reguladores da assistência.

A Portaria 2048, de 5 de novembro de 2002, editada já no final do período estudado neste trabalho, aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Este Regulamento dedicou um capítulo à regulação das urgências.

O Ministério da Saúde, ainda dentro do período estudado, instituiu uma Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade, responsável pela coordenação dos fluxos interestaduais de referência de pacientes que necessitam de alguns tipos de procedimentos de alta complexidade. Além da Central Nacional, existem as Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade e existem, inclusive, a componente municipal em poucos municípios do país.

Mais recentemente, através das Portarias 1863 e 1864, de 29 de setembro de 2003 - portanto, fora do período em estudo -, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências e o Projeto SAMU 192, que prevê além das bases de ambulâncias o financiamento e o auxílio do custeio de centrais de regulação das urgências. (BRASIL, 2003a; e BRASIL, 2003B). Este fato demonstra uma certa continuidade em relação às estratégias, às políticas e aos projetos por parte do Ministério da Saúde do novo governo que sucedeu ao do período estudado.

#### **5.1.10 Controle de produtos e preços**

Uma função tradicional da vigilância sanitária se constitui numa estratégia de regulação do sistema de saúde. Trata-se do controle da qualidade de insumos e produtos relacionados à saúde. Grande parte dessas atividades vem sendo transferida para os estados e municípios. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA, criada em 1999, ainda tem um papel destacado na área em razão da complexidade da interação com grandes empresas particulares.

Como exemplos ruidosos dessa interação podemos citar: a regulação do preço dos fármacos; a quebra da patente dos retrovirais; e a adoção dos remédios genéricos. Outra iniciativa importante: a estruturação de um banco nacional de preços de fármacos, material médico-cirúrgico, insumos e serviços, disponível na Internet para os gestores do SUS. Outra área de atuação: a regulação da área de planos e seguros de saúde pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

#### **5.1.11 Realização de investimentos**

A realização investimentos para ampliação e adequação da rede de serviços públicos de saúde nas diversas regiões tem sido uma estratégia utilizada pelo

Gestor Federal do SUS para regular o sistema de saúde e combater iniquidades do sistema.

Segundo MACHADO (2002), as principais linhas de investimentos desenvolvidas nos últimos anos do período em estudo estiveram relacionadas a:

a) projetos específicos financiados por meio de convênios com agências internacionais, para algumas áreas definidas como prioritárias pelo administrador federal;

b) diversos convênios de investimentos, mas sem abrangência, firmados entre o Ministério da Saúde e os administradores estaduais e municipais, muitos em razão de emendas parlamentares específicas ao orçamento da saúde.

**Quadro 1.** Resumo das principais estratégias de regulação do sistema de saúde pelo administrador federal do SUS.

Estratégia de Regulação	Ações	Peso na regulação do administrador federal*		
		Alto	Médio	Baixo
Ordenação	Normas operacionais do SUS Outras portarias federais	x		
Mecanismos financeiros	Gerências dos tetos financeiros Transferência e incentivos FAEC Administração das tabelas Nacionais	x		
Preparação e apoio Aos administradores	Cursos e treinamentos Fornecimento de Instrumentos de gerência (metodologias, softwares) Visitas técnicas		x	
Estímulo a experiências Inovadoras	Seminários, encontros e mostras. Centros Colaboradores Em Gestão Hospitalar. Projeto De fomento a experiências inovadoras		x	
Preparação de profissionais de Saúde	Pólos de preparação do PSF Profcae			x
Estabelecimento de prioridades e Metas	Acordo de atenção básica Agenda nacional de saúde			x
Auditoria, controle e avaliação	Acompanhamento e avaliação De indicadores com base nos Sistemas de informações de Produção, faturamento, Atenção básica, vigilância Epidemiológica. Cartão SUS Iniciativas de conhecer a Opinião dos cidadãos/usuários		x	

Financiamento de Pesquisas			x
Novas estratégias de Regulação da assistência	Protocolos clínicos Centrais de regulação		x
Controle de produtos E preços	Bancos de preços Regulação dos planos particulares	x	
Investimentos na rede de Serviços	Projetos com agências internacionais. Convênios sem Abrangência em razão de Emendas parlamentares ao Orçamento.		x

\*Nota: A categoria da última coluna – peso alto, médio ou baixo – se refere ao poder de indução do administrador federal para cada grupo de estratégia, e não à efetivação de cada estratégia-exemplo. Assim o peso da regulação federal sobre a formação de profissionais de saúde atualmente é baixo, mesmo que uma das estratégias-exemplos seja efetiva para o alcance de seus propósitos específicos.

Fonte: Adaptado de MACHADO, C. V. *Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências*. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'A. (2002)

**Quadro 2.** Resumo das principais áreas da política de saúde que têm sido objeto de regulação pelo administrador federal do SUS.

Dimensão	Área/objeto de regulação	Ações
Gestão do SUS	Definição de prioridades, Planejamento e programa	Pacto da atenção básica. Agenda de saúde. Plano de saúde. Plano de regionalização (NOAS).
	Relação interadministradores	Programa integrado. Intervenção de conflitos <i>In loco</i> e na CIT.
	Relação administrador-prestador	Orientações para Contratação de Prestadores. Controle da efetivação de Pagamentos aos Prestadores.
	Gastos em saúde	Controle da produção e Faturamento Gerência dos tetos Financeiros.
	Avaliação de desempenho	Exposição gerência.
Atenção à saúde	Modelo de atenção	PACS e PSF
	Organização da rede de ações E serviços	Regionalização Sistema de referência em Áreas específicas
	Acesso a qualidade da atenção	Ajustes na tabela SUS Protocolos clínicos



		Centrais de regulação Avaliação por indicadores De atenção básica e Vigilância epidemiológica.
Mercados em saúde	Fármacos e outros insumos	Vigilância sanitária Bancos de preços Remédios genéricos
	Planos de saúde particulares	Revisão de tipos de Contratos. Restrições aos aumentos Abusivos de preços dos Planos. Compilação e análise de Informações sobre o setor. Registro de queixas e fiscalização Do cumprimento de contratos. Ressarcimento ao SUS pelo Atendimento de pessoas com Planos particulares.

Fonte: Adaptado de MACHADO, C. V. Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'A. (2002)

Segundo MACHADO (2002), estas estratégias de regulação abrangem diferentes áreas da política de saúde que podem ser didaticamente divididas em três grupos ou dimensões: regulação da gerência, da atenção à saúde ou de mercados de saúde. Os quadros acima evidenciam e sintetizam as principais áreas que têm sido objeto de regulação pelo gestor federal do SUS, em cada uma dessas dimensões.

## 5.2 A regulação e o modelo assistencial

É instigante trabalhar a relação entre a regulação do sistema e o modelo de atenção à saúde. Para enfrentarmos o tema, temos que nos confrontar com a compreensão ainda hegemônica da regulação com um viés centrado somente no modelo de gestão. Reconhecemos um grande potencial da regulação do sistema de saúde como importante fator da assunção de um novo modelo de atenção à saúde proposto pelas diretrizes do SUS e centrado na resposta equitativa às necessidades sociais em saúde.

De forma sucinta, descrevemos como vemos a situação atual e a situação desejada, indicando as linhas políticas e os mecanismos para operacionalizar as

mudanças. Tratar do modelo de atenção à saúde é discutir a maneira e os caminhos de se colocar em prática os princípios e diretrizes do SUS. Quais são as tarefas práticas que se colocam para os gestores da saúde hoje? Quais são as maneiras de se organizar a atenção à saúde proposta pelo SUS? Será que estas tarefas e estas maneiras são as mesmas de sempre ou têm-se modificado com a evolução dos tempos? Pode a regulação do sistema de saúde exercer um papel influente na conversão do modelo de atenção? Como isso se daria?

A seguir, enumeramos, em linhas gerais, as características técnicas e políticas dos diversos modelos de atenção à saúde. Abordaremos de passagem os condicionantes econômicos, sociais e tecnológicos e culturais na formulação de modelos. Faremos uma rápida abordagem dos modelos assistenciais no Brasil, sua evolução e crise e os novos paradigmas que engendram novo modelo. Abordaremos ainda os componentes estratégicos dos modelos de atenção, conceitos e princípios organizadores e o dilema de atender a demanda ou programar a oferta.

É evidente que as tarefas práticas e a maneira como se organiza a atenção à saúde têm se modificado muito nos últimos tempos. Essas mudanças decorrem entre outros aspectos da lógica geral do sistema, seus princípios e diretrizes. Isso se expressa na forma como o sistema se estrutura institucionalmente, como suas ações são financiadas e o que se pretende financiar, além de qual é a concepção de saúde dominante.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, cada vez mais os gestores públicos da saúde se tornam mais responsáveis pela saúde da população. Embora o debate político-institucional tenha privilegiado a questão do financiamento e da gestão, cada vez mais esses gestores precisam se aprofundar na maneira como as diversas ações e práticas sanitárias se combinam de forma específica, numa sociedade concreta, formando aquilo que se denomina de *modelo assistencial* ou de *atenção à saúde*.

Segundo CARVALHO e colaboradores, “a maneira como são organizadas e combinadas numa sociedade concreta, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença chama-se *modelo de atenção à saúde* ou *modelo assistencial*. De outra forma, pode-se dizer que modelo assistencial é a “*forma de articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade*”.

(CARVALHO et al, 1998) Ou ainda mais, os modelos assistenciais podem ser vistos como “*as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviço de saúde.* (TEIXEIRA et al., 1998)

O sistema de saúde brasileiro não é homogêneo. Sua configuração expressa um conflito entre modelos assistenciais diversos. Predominam nesse quadro os modelos médico-assistencial privatista, que enfatiza a assistência médico-hospitalar e os serviços de apoio diagnóstico, e o modelo sanitarista, que enfatiza as campanhas, os programas especiais, as ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Por outro lado, evidenciam-se esforços teóricos e práticos de construção de modelos alternativos. (TEIXEIRA et al., 1998)

Ainda segundo TEIXEIRA, em trabalho elaborado como contribuição aos debates da 11<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde, o *modelo médico assistencial privatista* é centrado no atendimento de doentes, na demanda espontânea ou induzida pela oferta, com ênfase na assistência ambulatorial e hospitalar de alto custo, prestada principalmente através da rede contratada e conveniada com o SUS. Esse modelo apresenta sérios limites para uma atenção comprometida com a efetividade, equidade e necessidades de saúde, ainda que possa proporcionar uma assistência de qualidade em algumas situações. (TEIXEIRA, 2000)

Por outro lado, o *modelo sanitarista* é voltado para problemas de saúde selecionados. Volta-se ainda para as necessidades específicas de determinados grupos, através de ações de caráter coletivo, como campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária. Esse modelo tem evidentes limitações quando se trata de atender às demandas da população por uma atenção integral, com qualidade, efetividade e equidade. (TEIXEIRA, 2000)

É exequível a possibilidade de reorientação do *modelo assistencial* do SUS. Essa reorientação não significa mera reprodução melhorada do *modelo médico assistencial privatista* e do *modelo sanitarista*. Uma proposta interessante e viável - e que pode configurar um *novo modelo assistencial* – é a da articulação para cada um dos níveis de atenção das diferentes propostas que se encontram em debate atualmente, ou seja: políticas públicas de promoção à saúde; atenção primária; atenção secundária e terciária; consórcio intermunicipal; saúde da família (PACS/PSF); distrito sanitário; integração vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental; cidade saudável.

Essa proposta de redefinição das práticas sanitárias foi chamada por alguns autores de *Vigilância da Saúde* (TEIXEIRA et al, 1998; TEIXEIRA, 2000; TEIXEIRA; e COSTA, 2003; PAIM, 2003). No debate atual sobre Vigilância da Saúde existem diferentes vertentes. Há aqueles que vêem a *Vigilância da Saúde como análise de situações de saúde*. Existe ainda a concepção da *Vigilância da Saúde como proposta de “integração” institucional entre Vigilância Epidemiológica e a Vigilância Sanitária*. Por outro lado, existe a concepção ampliada de *Vigilância da Saúde* foi defendida pelos autores acima citados.

Essa última concepção “articula os novos conceitos e métodos – gerados a partir de uma visão ampliada de saúde e dos modelos atuais de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos – em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças: nesse esquema, se incorporam desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como as de recuperação e reabilitação de doentes. (TEIXEIRA et al. 1998; PAIM, 2003)

Esta última é a concepção da *Vigilância da Saúde como proposta de redefinição das práticas sanitárias*. Segundo TEIXEIRA et al., há duas concepções dessa vertente, que enfatizam aspectos distintos: uma privilegia a dimensão técnica, ao conceber a Vigilância da Saúde como um modelo assistencial alternativo; e a outra reforça a dimensão gerencial, caracterizando a Vigilância da Saúde, como “*uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações*” (TEIXEIRA et al., 1998)

Comparando a *Vigilância da Saúde* com os modelos assistenciais vigentes – médico assistencial e sanitaria, hegemônicos – podem-se constatar diferenças quanto a sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho. O modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada, utilizando como meios de trabalho os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das doenças. O modelo sanitaria tem como sujeito os sanitaria, toma por objeto os modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças, segundo a perspectiva epidemiológica e utiliza um conjunto de meios que compõem a tecnologia sanitaria (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização etc.).

A *Vigilância da Saúde* propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais de saúde, envolvendo a população organizada. Há uma ampliação do objeto. Este abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais decorrentes das condições de vida. A intervenção também extrapola o uso de tecnologias médico-sanitárias e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde. (TEIXEIRA *et al.*,1998)

Resumindo, a *Vigilância da Saúde* apresenta sete características básicas: 1. intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes); 2. ênfase em problemas que requerem acompanhamento e contínuo; 3. operacionalização do conceito de risco; 4. articulação de ações promocionais, preventivas e curativas; 5. atuação intersetorial; 6. ações sobre o território; 7. intervenção sob forma de operações.(TEIXEIRA *et al.*, 1998)

Para desenvolver a *Vigilância da Saúde* em um território específico, é necessário um conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que residem no território. É preciso, ainda, conhecer as formas de atuação dos diversos órgãos governamentais e não-governamentais, para se ter clareza do que é necessário e possível fazer. É condição importante desenvolver uma ação comunicativa, abrindo um amplo diálogo com os representantes desses órgãos, com os representantes dos grupos sociais e com as pessoas de um modo geral, mobilizando-as para um trabalho coletivo. Para colocar essas idéias em prática, é preciso identificar novas maneiras de pensar o processo de trabalho em saúde. É preciso pensar em novas maneiras de regular o sistema de saúde brasileiro.

A Qualidade da Assistência à Saúde deve maximizar medidas abrangentes para o bem estar do cliente em todas as suas dimensões: física, mental, emocional, espiritual e social. Deve-se levar em conta o equilíbrio entre ganhos e perdas, inerentes ao processo de atenção à saúde. O macroprocesso de regulação é um importante instrumento para assegurar a realização dos princípios e fundamentos do Sistema Único de Saúde.

Um novo modelo de atenção à saúde, orientado para a integralidade precisa ser implantado em toda a sua plenitude. Essa integralidade deve ser vista tanto no sentido vertical (ver o indivíduo como um todo complexo), como horizontal (assistir

ao indivíduo em todas as fases necessárias da atenção, ou seja, promoção, proteção, recuperação e reabilitação). Essa condição é imprescindível para o pleno exercício da cidadania.

A regulação da oferta de serviços de saúde, aqui tratada, encontra-se no campo conceitual da universalidade, equidade, integralidade e demais diretrizes constitucionais. É a força motriz na construção do SUS e de novo modelo assistencial. É necessariamente parte da reforma do Estado, visando ao seu enxugamento, democratização, desestatização e grande fortalecimento da sua função reguladora para as atividades que realizam os direitos sociais de cidadania.

### **5.3 As perspectivas da regulação do SUS no Brasil**

Nesta sessão vamos descrever as políticas regulatórias do SUS e suas circunstâncias. Pretendemos identificar tendências e perspectivas futuras do processo de regulação Sistema Único de Saúde no Brasil.

Recentemente Eugênio Vilaça MENDES (2004) escreveu um texto primoroso que foi elaborado para a mesa redonda da 2ª assembléia do CONASS, em 19/03/2004. Nesse trabalho MENDES incluiu uma parte denominada “A fragilidade regulatória do SUS”. Nesse texto encontramos alguns comentários muito pertinentes como este:

*O SUS apresenta significativa fragilidade regulatória. Isso decorre, de um lado, da falta de um alinhamento conceitual sobre o que é regulação e, de outro, da ausência de um marco regulatório próprio, já que muito do que se faz é herdado da cultura inampsiânica de regulação. A conceituação de regulação é paupérrima, tal como se depreende da análise da NOAS SUS 01/2002. E a concepção de regulação está contaminada pela cultura inampsiânica dos anos 70 – uma mistura de flexnerianismo e centralismo -, do que resulta um hibridismo conceitual e operacional (MENDES, 2004).*

Ainda segundo MENDES (2004):

*O SUS é frágil nas suas funções de regulação, mas, especialmente, na superintendência regulatória. A superintendência regulatória envolve uma série de instrumentos de gestão como a certificação*

*dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e o controle e avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Como parte do sistema de controle e avaliação está a auditoria em saúde. Uma análise situacional do SUS em relação à superintendência regulatória mostra que há uma certificação mais cartorial dos serviços de saúde; que não há avaliação tecnológica em saúde; que os instrumentos de controle são muito frágeis: ausência de sistemas de informação gerencial potentes, contratos inexistentes ou inadequados e auditoria em saúde muito deficiente, especialmente no que concerne à auditoria clínica; e pouca prática de avaliações rigorosas.*

Para a já citada 2ª assembléia do CONASS em 19/03/2004, Fernando Martins Júnior elaborou um documento chamado *Análise do processo de implantação do SUS no Brasil e propostas de avanço com a garantia dos princípios definidos legalmente*. Nesse documento, MARTINS JÚNIOR (2004) afirma:

*É inegável que o Ministério da Saúde, por seu peso no financiamento do sistema, bem como pelo papel de “regulador” dos governos locais, através do controle do financiamento e dos mecanismos de coordenação intergovernamental, além da capacidade de modificar o processo normativo que historicamente conduziu os avanços do sistema, tem papel fundamental para a radicalização na implementação do SUS.*

Ainda segundo MARTINS JÚNIOR (2004):

*Uma das funções essenciais para organização e desenvolvimento do SUS é a capacidade do Estado desenvolver seu papel de regulação. A legislação estabelece claramente a regulação do sistema de saúde como uma das atribuições dos gestores do SUS. Essa atribuição ultrapassa, inclusive, o sistema público, pois ao definir que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, independente de públicos ou privados, a Constituição Federal delegou ao gestor público o poder para regular, fiscalizar e controlar todos os serviços de saúde. Essa responsabilidade é compartilhada entre os três entes federados.*

A regulação em saúde deve ser entendida como o conjunto de instrumentos e mecanismos indutores de práticas e delineamento de produtos e alcance de resultados, de acordo com políticas, diretrizes e objetivos pré-definidos. A discussão

sobre o processo regulatório no SUS tem sido reduzida a funções e instrumentos para regular a oferta de serviços através da implantação de Centrais de Regulação.

Na maioria das vezes, apenas na perspectiva de serviços já existentes através do controle da disponibilidade de seus recursos ao sistema, e na forma como se faz à seleção de prioridades e regras para acesso dos usuários. Esta é uma visão reducionista que impede as mais amplas possibilidades da regulação do sistema de saúde. Com isso se perde a possibilidade de desenvolver estratégias, mecanismos e instrumentos que permitam organizar o sistema e intervir sobre esse para estruturá-lo em redes resolutivas (MARTINS JÚNIOR, 2004).

Certamente a NOAS-SUS 01/2002 contribuiu para esta distorção. A NOAS focalizou inadequadamente o debate na regulação assistencial. Aquela Norma Operacional conceituou a regulação como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada. A NOAS contribuiu, ainda, com a distorção ao definir como um dos principais instrumentos regulatórios os complexos reguladores. Essa, como já ressaltamos, é uma visão reducionista da regulação.

Segundo MARTINS JÚNIOR (2004):

*Ao reduzir dessa forma a discussão tem-se a idéia de que só adquire capacidade regulatória o gestor que opera os instrumentos de regulação assistencial. Essa perspectiva tem levado os gestores a uma disputa pela gestão das centrais de regulação, que acaba por se configurar em disputa pela gestão de serviços de saúde.*

MENDES (2004) evidencia uma postura crítica em relação processo regulatório em nosso país no momento atual. Ele esboça uma proposta para o fortalecimento da regulação no seguinte trecho:

*Para fortalecer o SUS na regulação haverá que se dar a esse conceito uma formulação teórica mais sólida. Com base nessa formulação teórico-conceitual haverá que se estruturar um marco regulatório próprio do SUS, superando, definitivamente, a cultura inamsiana de regulação. A regulação é uma das funções essenciais da saúde pública, ao lado do financiamento e da prestação de serviços. Portanto, a regulação é tudo que não é financiamento e prestação de serviços. Infelizmente, no SUS opera-se com uma visão restrita de regulação - algo ligado a mecanismos de controle de fluxos assistenciais -, que a apequena” (MENDES, 2004).*



Parece-me que MENDES exagerou ao dizer que regulação é tudo que não seja financiamento ou prestação de serviços. Por outro lado, não podemos desconhecer que o próprio financiamento pode ser utilizado como uma estratégia regulatória, como já vimos antes.

Segundo LOMAS e CONTANDRIOPOULOS, a regulação faz-se, nos sistemas de serviços de saúde, de quatro formas: a regulação social, o modelo democrático; a auto-regulação, o modelo corporativo; a regulação mercadológica, o modelo econômico; e a regulação estatal, o modelo tecnocrático (LOMAS e CONTRANDRIOPOULOS, 1994 *apud* MENDES, 2004).

Segundo MENDES (2004):

*a regulação que cabe ao SUS é a regulação estatal. A regulação estatal manifesta-se nos sistemas públicos de serviços de saúde quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de funções para direcionar o sistema no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implantar, controlar e avaliar suas políticas, de forma a ordenar o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e expectativas da população. Portanto, a função de regulação estatal exercita-se em três âmbitos: o âmbito da reitoria do sistema, o âmbito da normalização do sistema e o âmbito da superintendência do sistema.*

Nesse mesmo artigo, MENDES (2004) oferece sugestões interessantes sobre como fortalecer o processo de regulação. Ressalta a necessidade de se reforçar, especialmente, a função de superintendência regulatória do SUS, o que envolve a certificação, a avaliação tecnológica em saúde, o controle dos serviços de saúde e a avaliação dos serviços de saúde. Lembra, ainda, como parte do controle dos serviços de saúde, a auditoria em saúde. Chama a atenção para o fato de que os sistemas de controle deverão ser fortalecidos. Para isso, é necessário que as organizações reguladoras desenhem e operem sistemas gerenciais potentes. Esses sistemas gerenciais deverão avaliar os resultados esperados - a função fundamental do controle -, para isso é imprescindível construir e operar os sistemas de informação gerenciais. Além disso, será preciso desenvolver e implantar contratos eficazes com todos os prestadores de serviços.

## 6 Conclusões

Como vimos, a regulação do sistema nacional de saúde pelo administrador federal do SUS é um processo complexo. Percebem-se algumas insuficiências por parte do Ministério da Saúde nesse sentido. Uma dessas insuficiências é a teórica, na medida em que predomina até o momento nos documentos oficiais uma visão reducionista da regulação.

A regulação tem sido identificada somente como uma regulação assistencial como foi definida na Portaria 356 (BRASIL, 2000), na NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002a) e na Portaria 423 (BRASIL, 2002b). O conceito de regulação mais adequado para o administrador do SUS, na atualidade, é o conceito ampliado de regulação do sistema de saúde ou como nos referimos, em alguns momentos, a regulação da política nacional de saúde, a macrorregulação.

O texto constitucional consagrou os princípios do SUS: a universalidade do acesso; a equidade do atendimento; e a integralidade da assistência. Esses princípios constituem a imagem do SUS, e, em decorrência, de toda a sua ação regulatória. Os avanços constitucionais não garantem, por si só, a implantação na prática da universalidade, da equidade e da integralidade, bem como, das demais diretrizes do SUS. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b)

Tornam-se decisivas a ação política permanente, a ação técnica fundamentada e a ação administrativa efetiva para o estabelecimento do novo modelo orientado para a integralidade da atenção. Tornam-se ainda necessárias a mobilização e a organização dos segmentos sociais interessados (entidades sociais, parlamentos e outras instâncias) visando à maior eficácia e efetividade do sistema. Além disso, é também importante a regulação da oferta e demanda de serviços na direção de uma nova lógica do modelo assistencial.

O novo modelo deve ser balizado pelos princípios da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b) Esta ação política deve necessariamente enfatizar o convencimento, a indução, a crença na mudança, a assimilação do ideário da justiça social e da ética da inclusão. Isto só funcionará adequadamente de acompanhado de uma grande persistência e monitoramento dos passos dados.

O SUS é uma conquista democrática do povo brasileiro. Entre os avanços reais conquistados pelo SUS, enumeramos: os conselhos de saúde; as comissões intergestores; a descentralização vinculada à gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema de saúde - o que deverá evoluir para uma gestão plena dos sistemas estaduais e municipais de saúde; a Programação Pactuada e Integrada – PPI; os Planos Diretores de Regionalização – PDR, com ênfase em efetiva regionalização dos sistemas estaduais de saúde; e as novas formas e modelos de gestão de unidades de saúde. A questão da regionalização é crucial na medida em que a maioria dos municípios não tem suficiência assistencial para assegurar atenção integral aos seus munícipes. Surge assim a proposta da Regionalização Cooperativa (MENDES, 2001b; PESTANA e MENDES, 2004)

Essas conquistas não conseguiram, ainda, alterar a real estrutura do modelo de atenção, que permanece a mesma. Apesar de alguns esforços do Governo que sucedeu ao período por nós estudado no sentido de promover mudanças em sua estrutura, ainda se verifica a persistência da velha estrutura interna do Ministério da Saúde. Esta se mantém na forma do modelo anterior, despreparada para uma adequada implantação do SUS. Esse modelo disfuncional se reproduz nas secretarias estaduais e municipais de saúde.

O Sistema Único de Saúde no Brasil se norteia pelos princípios da descentralização, da universalidade do acesso, da equidade e integralidade da assistência, fixados na Constituição de 88 e nas Leis Orgânicas da Saúde de 90. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b) No entanto, questionamos se a prática vigente na área da saúde em nosso país corresponde a esses preceitos constitucionais.

Questionamos, ainda, se os mecanismos regulatórios utilizados na atualidade guardam distorções de um processo de regulação que se empreendia em período anterior à instauração do SUS. Ou seja, até que ponto normas e procedimentos editados por um Estado autoritário, inchado, centralizador, cartorial e gerador de excessiva regulamentação burocrática, ainda influenciam a política regulatória da atualidade.

O descumprimento das normas e dos princípios constitucionais e legais, bem como a deficiência do poder público na fiscalização e no controle das ações e serviços de saúde, faz com que os princípios da universalidade do acesso e

equidade do atendimento sejam letras mortas. Essas deficiências se verificam não apenas nos serviços públicos como nos serviços privados, tanto nos contratados e conveniados como naqueles que não integram o SUS (seguro – saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão etc.).

A definição de prioridades na oferta de serviços efetivos só é eticamente aceitável enquanto estratégia de transição para um objetivo a ser alcançado de universalidade de acesso com base nas necessidades. O processo de definição de prioridades deve ser apoiado por um sistema de avaliação tecnológica que forneça aos gestores e formuladores de políticas, informações sobre quais tecnologias disponíveis produzem maiores benefícios e a que custos. Isto é, quais as tecnologias que revelam maior potencial de reduzir taxas de morbidade, de incapacidade e de mortalidade, ou seja, que promovem impacto positivo no perfil de saúde da população.

A atual política econômica continua sendo o grande fator impeditivo para a construção do SUS. Devemos também ressaltar o fato de que a saúde ainda não se constitui em efetiva prioridade nacional. Neste contexto, a regulação do sistema de saúde não deve substituir o esforço pelo adequado financiamento, mas sim inserir-se na determinação comum de elevar o financiamento e construir adequadamente o sistema, de acordo os princípios e as diretrizes constitucionais que o norteiam.

Podem-se identificar na maneira como se faz atualmente a regulação do SUS características de fragmentação. Normas regulamentadoras são editadas por instâncias centralizadoras, burocratizadas e autoritárias. Essa regulamentação distorcida normatiza e padroniza exorbitantemente a vida das pessoas físicas e jurídicas, os espaços e movimentos das realidades locais e regionais, assim como os vários segmentos da população na sua busca de expressão e desenvolvimento.

A regulação do sistema de saúde adequada deverá estar em consonância com os princípios de universalidade, equidade, integralidade e demais diretrizes constitucionais do SUS. Deverá ser a força motriz da construção do SUS e do novo modelo de atenção à saúde. A adequação da política regulatória do sistema de saúde é necessariamente parte da reforma do Estado, visando ao seu enxugamento, democratização e grande fortalecimento da função de realizar os direitos sociais de cidadania.

Esta competência reguladora se expressa no planejar estrategicamente e definir prioridades, por um “organizar-se para”. É uma soma de esforços e instrumentos para alcançar os objetivos pactuados. Os instrumentos de regulação devem ser criados, testados e recriados de maneira descentralizada, com a imprescindível participação das representações dos usuários no exercício da participação e do controle social.

Os dirigentes e técnicos do SUS devem, através da regulamentação (normas) e regulação (processo), municiar os órgãos e entidades responsáveis pelo controle social. Deve ser cultivada a cooperação e até mesmo a cumplicidade entre os agentes institucionais da regulação e os diversos atores sociais, incluindo outros setores governamentais também responsáveis pelo estado de saúde da população.

## 7 Referências

- AGLIETTA, Michel. *Régulation et crises du capitalisme.*, Paris : Calmann-Lévy, 1976..
- AGLIETTA, Michel. *Régulation et crises du capitalisme*, 2a. ed. Paris : Calmann-Lévy, 1982.
- ASSOCIAÇÃO Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão Governamental. (1994) Reforma do Estado e Administração Pública: Diagnóstico e Propostas para o Novo Governo. Mimeo., outubro 1994, versão 2, *apud* BARROS, Aidil de Jesus Paes; LEHFELD. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.
- BENASSY, Jean-Pascal; BOYER, Robert; GELPI, Rosa-Maria. *Regulation des économies capitaliste et inflation. Revue Économique*, maio, 1979 *apud* BOYER, Robert; tradução Renée Barata Zicman. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990.
- BOYER, Robert. *La crise actuelle: une mise em perspective historique*. CEP, no. 7/8, 1979 *apud* BOYER, Robert; tradução Renée Barata Zicman. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990.
- BOYER, Robert; tradução Renée Barata Zicman. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990
- BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990a.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica / NOB SUS 01/1991
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica / NOB SUS 01/1993
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica / NOB SUS 01/1996.
- BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. LEI Nº 9.649, DE 27 DE MAIO DE 1998. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SAS/MS nº 356 de 22 de setembro de 2000a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS 01/2001 - NOAS 01/2001, aprovada pela Portaria Ministerial nº 95/GM, de 26 de janeiro de 2001. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde / SUS 01/2002 – NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS/Nº 373, de 27 de fevereiro de 2002a, [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA SAS/MS 423, de 26 de junho de 2002b. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA SAS/MS nº 729, de 14 de Outubro de 2002c. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS no. 2048, Regulamento Técnico das Urgências, de 05 de novembro de 2002d. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portarias 1863, de 29 de setembro de 2003a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portarias 1864, de 29 de setembro de 2003b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no. 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS Nº 588, de 7 de abril de 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Planos estaduais para o fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica: diretrizes e orientações*. Brasília, 2004.

BRESSER-PEREIRA. *Da administração pública burocrática à gerencial*. In: REVISTA do Serviço Público / Fundação Escola Nacional de Administração Pública – vol. 1, no. 1 (nov. 1937) – vol. 120, no. 1 (jan-abr 1996). Brasília: ENAP, 1996.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter (organizadores); tradução Carolina Andrade. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 4ª. ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. *Reforma do Estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. 2ª. reimpressão – São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 2002.

CARVALHO, Antônio Ivo; GOULART, Flávio A. de Andrade (coordenadores gerais). *Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância*. Unidade II Planejamento da Atenção à Saúde. – Rio de Janeiro: FIOCRUZ; Brasília: UnB, 1998.

CASTRO, Janice Dorneles. *Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais*. Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 122-135

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. *Réformer le système de santé: Une utopie pour sortir d'un statu quo impossible*. Ruptures - Revue Transdisciplinaire en Santé, volume 1, nº 1. Ron Levy (editor). Publicação do GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé), da Faculdade de Medicina da Universidade de Montreal: Montreal, Canadá, 1994. ISSN 1192-8808

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. *Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair do status quo inaceitável*. Saúde em Debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. No. 49 – 50. Dez/95 – Mar/96. Londrina - PR. P. 53 – 64.

DE MASI, Domenico et al. Tradução de CAPOVILLA, A. M.; HENRIQUES, S. N.; NOGUEIRA, M. A.; CUPERTINO, M. C. G.; AMBRÓSIO, R. A sociedade pós-industrial. São Paulo: Editora SENAC, 1999.

DE NEGRI FILHO, Armando. *A regulação como tema emergente da reforma sanitária brasileira*. RBCE - REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS. Subsídio para a Oficina de Regulação - SAS/MS. Brasília 01 e 02 de junho de 2000. (separata)

DI RUZZA, Fortuné. *L'idée de regulation em économique politique*, 1981 *apud* BOYER, Robert; tradução Renée Barata Zicman. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990.

DI RUZZA, Fortuné. *Crise et regulation*, p. 7,8, 1983 *apud* BOYER, Robert; tradução Renée Barata Zicman. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990.

DONNANGELO, M. C. F., 1975. Medicina e Sociedade. São Paulo: Pioneira.

DODEBEL, Vera Lúcia Doyle. Tesouro: linguagem de representação da memória documentária. Niterói: Intertexto; Rio de Janeiro: Interciência, 2002.

DRUCKER, Peter Ferdinand; tradução de Nivaldo Montingelli Jr. *Sociedade pós-capitalista*. São Paulo: Pioneira: São Paulo: Publifolha, 1999.

EISIRIK, Nelson Laks. O papel do Estado na regulação do mercado de capitais. Rio de Janeiro: IBMEC, 1977.

FIGUERAS, J.; MUSGROVE, P.; CARRÍN, G.; DURÁN, A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gac. Sanit. 2002: 16 (1): 5-17



FRANCE, George. *Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália*. In: BARJAS, Negri; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002a, p. 65-83.

FRANCE, George. *Estilo nacional e saúde regional*. In: BARJAS, Negri; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002b, p. 84-87.

FREEMAN, Richard; e MORAN, Michael. *A saúde na Europa*. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

HAM, C. *Lessons and conclusions*. In: HAM, C. (Editor) – *Health care reform: learning from international experience*. Buckingham, Open Univ. Press, 1997 *apud* LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência & saúde coletiva v.6 n.2. São Paulo: 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência & saúde coletiva v.6 n.2. São Paulo: 2001.

LOMAS, J. & CONTRANDRIOPOULOS, A P. – *Regulating limits to medicine: towards harmony in public and self-regulation*. In: EVANS, R.G., MORRIS, L.B. & MARMOR, T.R. (Editors) – *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of population*. New York, Aldine de Gruyter, 1994, *apud* MACHADO, Cristiani Vieira. *Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências*. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

MARTINS JÚNIOR, Fernando. *Análise do processo de implantação do SUS no Brasil e propostas de avanço com a garantia dos princípios definidos legalmente*. Texto elaborado para a mesa redonda da 2ª. assembléia do CONASS em 19/03/2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001a. 144 p. tomo 1 (Coleção Saúde Coletiva, 4)

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade, 2001b. 176 p. tomo 2 (Coleção Saúde Coletiva, 4)

MENDES, E. V. *A atenção primária no SUS*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MENDES, Eugênio Vilaça. *O SUS que temos e o SUS que queremos*. Texto elaborado para a mesa redonda da 2<sup>a</sup>. Assembléia do CONASS em 19/03/2004. In: Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília : CONASS, 2004. 124 p. (CONASS Documenta; 6) p. 28 – 61.

MITNICK, Barry M. *Economía Política de la Regulación*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.

NEGRI FILHO, Armando de. *A regulação como tema emergente da reforma sanitária brasileira*. Documento de trabalho elaborado como Subsídio para a Oficina de Regulação - SAS/MS. Brasília 01 e 02 de junho de 2000.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted; tradução de Sérgio Bath e Ewandro Magalhães Júnior. *Reinventando o governo*. Brasília: MH Comunicações, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador, BA: CEPS – ISC, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. *Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde*. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia & Saúde*. – 6<sup>a</sup>. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PESSOA, Robertônio Santos. *Administração e regulação*. – Rio de Janeiro: Forense, 2003.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio Vilaça. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de MG, 2004. 80p.

PRZEWORSKI, Adam. *Sobre o desenho do Estado: uma perspectiva agent x principal*. In: BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter (organizadores); tradução Carolina Andrade. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. 4<sup>a</sup>. ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

SOUTO, Marcos J. V. *Direito administrativo regulatório*. Rio de Janeiro: Editora Lumens Júris, 2002.

SOUZA, Renilson Rehem de. *O sistema público de saúde brasileiro*. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

TEIXEIRA, S.M.F. 1990. Descentralização dos serviços de saúde: dimensões analíticas. *RAP*, 24 (2): 78-99 *apud* LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & saúde coletiva* v.6 n.2. São Paulo: 2001.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. *SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde*. Versão resumida do texto elaborado para a Oficina de Vigilância em Saúde do IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, publicado no Informe Epidemiológico do SUS, ano VII, no. 2, abril/junho 1998.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. Caderno da 11<sup>a</sup>. Conferência Nacional de Saúde. Dezembro de 2000.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; e COSTA, Ediná Alves. Vigilância da saúde e vigilância sanitária: concepções, estratégias e práticas. Texto preliminar elaborado para debate no 20.º Seminário Temático da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, realizado em Brasília, em 26 de março de 2003 (Cooperação Técnica ISC/Anvisa).

TOBAR, Federico. *O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos*. Planejamento e Políticas Públicas No 5: 31-51, junho de 1991.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. 1995. *Modelos de intervenção do Estado na área da saúde*. Série Estudos de Saúde Coletiva n. 118. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. 62 p.

VIANA, A.L. d'Ávila; HEIMANN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R. G. de; RODRIGUES, S. H. *Descentralização no SUS: efeitos da NOB-SUS 01/96*. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila (organizadores). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio*. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

WALSHE K. The rise of regulation in the NHS. *BMJ* 2002; 324:967-970.

WEBER, Max. *Economía y sociedad*. México, FCE, 1976 *apud* EISIRIK, Nelson Laks. *O papel do Estado na regulação do mercado de capitais*. Rio de Janeiro: IBMEC, 1977.

WEBER, Max. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva* / Max Weber; tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa; Revisão técnica

de Gabriel Cohn - Brasília, DF : Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999. 586 p.

WORLD BANK. *Governance and Development*, 1992, *apud* MELO, Marcus André. *Governance* e reforma do Estado: o paradigma agente x principal. In: REVISTA do Serviço Público / Fundação Escola Nacional de Administração Pública – vol. 1, no. 1 (nov. 1937) – vol. 120, no. 1 (jan-abr 1996). Brasília: ENAP, 1996.

WORLD BANK. *Governance: the World Bank Experience*, 1994, *apud* MELO, Marcus André. *Governance* e reforma do Estado: o paradigma agente x principal. In: REVISTA do Serviço Público / Fundação Escola Nacional de Administração Pública – vol. 1, no. 1 (nov. 1937) – vol. 120, no. 1 (jan-abr 1996). Brasília: ENAP, 1996.

## Ficha Catalográfica

---

Jaime, Fausto, 1948 –

Dissertação de Mestrado: ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DO SUS PELO GESTOR FEDERAL DE 1995 A 2002. / Fausto Jaime. - 2005.

n. de f.:           ; altura:

Orientador: Luis Eugênio de Souza.

Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. 2005.

1. Saúde Coletiva. 2. Gestão de Sistemas de Saúde. 3. Regulação de Sistemas de Saúde. I. Souza, Luis Eugênio. II. Universidade Federal da Bahia. Curso de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. III. Mestre em Saúde Coletiva.
-