

1 Áurea Maria Queiroz Davanzo e Rinaldo Barcia Fonseca

Os dados até aqui discutidos indicam que, embora São Paulo seja considerado como um pólo nacional de atendimento médico-sanitário, já que exerce influência em todo o país maior contingente de pacientes que demandam o Estado (61,1%) origina-se em Estados vizinhos (Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Mato Grosso do Sul) e, notadamente, em municípios limítrofes. Outro grande contingente que se dirige para o Estado de São Paulo provém de Goiás (16,6%). Ou seja, considerando também Goiás (Estado que não faz divisa com São Paulo) mais de 75% da invasão de São Paulo (77,7%) resulta de locomoções que poderiam ser catalogadas de "curta distância". Assim, os deslocamentos de "longa distância" de pacientes do sistema público que se dirigem para São Paulo (22,3% do total) apresentam importância relativamente pequena ante sua condição de pólo nacional<sup>13</sup>.

ÁUREA MARIA QUEIROZ DAVANZO - Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional  
(Nesur) do Instituto de Economia, da Universidade de Campinas  
aurea@eco.unicamp.br RINALDO BARCIA FONSECA - professor do  
Instituto de Economia da  
Universidade de Campinas.  
rinaldo@eco.unicamp.br

Os fluxos de "longa distância" que se dirigem a São Paulo apresentam a seguinte composição: procedentes do Centro-Oeste, exceto Goiás, 17%; dos Estados do Nordeste, 33,9%; do Norte, 21,1%; do Sudeste, considerando apenas o Espírito Santo 14%; e do Sul, exceto o Paraná, 14%.

## Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências

Cristiani Vieira Machado

Os sistemas sanitários de diversos países, nas duas últimas décadas, vêm passando por transformações importantes, muitas vezes atreladas a processos abrangentes de reestruturação dos Estados. Essas reformas têm cursado com mudanças no padrão de atuação da União na área da saúde, e apresentam variedade entre os países, apontando que podem existir respostas às pressões do contexto e aos constrangimentos institucionais (Björkman e Altenstetter, 1997 e Ross, 2000).

Em que pese à variedade observada, Figueras et al. (2002), com base em análise das experiências de países europeus, identificam como tendência comum nas reformas sanitárias a fortificação do poder de direção<sup>1</sup> do Estado sobre a política de saúde, o que requer melhor e maior capacidade de regulação estatal, na maior parte das vezes por meio da atuação de Ministérios da Saúde.

Os autores ressaltam que os sistemas de saúde dos países latino-americanos enfrentam desafios ainda maiores do que os dos europeus, entre os quais a intensificação da função de direção e regulação sobre as demais funções no setor público e no setor particular, que seria o mais difícil e o mais importante<sup>2</sup>. Vale ainda ressaltar que a maior parte desses países, ao contrário dos europeus, não logrou constituir sistemas nacionais de saúde solidamente estruturados, o que os torna mais vulneráveis às pressões por reformas, sem que estejam asseguradas as condições institucionais para que o Estado exerça de forma adequada as suas funções na garantia do direito à saúde.

O Brasil é realce entre os países latino-americanos por ter adotado, a partir da reforma sanitária nos anos 1980, um desenho de sistema de saúde abrangente e universal, baseado na concepção da saúde como cidadania, nos moldes dos sistemas europeus eminentemente públicos. Tal desenho de sistema pressupunha um Estado forte em diversos campos, incluindo a prestação de serviços, que no modelo anterior era marcadamente particular.

O padrão de atuação do Estado observado no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) expressa traços de práticas antigas, influências na Reforma Sanitária, e pressões da agenda

A expressão usada pelos autores no texto original para definir essa função primordial do Estado na saúde é "rectoria", indicando a capacidade de definir as políticas e as regras para o sistema em seu conjunto, incluindo as áreas e os atores públicos e particulares.

Os outros quatro desafios apontados pelos autores são: (a) a extensão da proteção; (b) estabilidade dessa proteção em épocas de crise; (c) equilíbrio entre recursos disponíveis e capacidade de financiar serviços; (d) aumento da eficiência alocativa e técnica na produção de serviços.

de reforma do Estado às políticas sociais nos anos 1990. Acrescentem-se as peculiaridades da composição federativa brasileira, que imprime características próprios à definição do papel do Estado na política de saúde em cada esfera de governo.

Esse texto versa sobre as principais estratégias de regulação sobre a política de saúde nacional, segundo a análise da atuação do administrador federal do SUS nos últimos anos. Para tanto inicialmente debatem-se as implicações do federalismo brasileiro para a política de saúde, e qual seria o papel do administrador federal na regulação do sistema nacional. A seguir são apresentados os onze grupos de estratégias frequentemente adotadas pelo administrador federal para regulação da política nacional de saúde, bem como as principais dimensões e as áreas da política que têm sido objeto de regulação. Por fim são apresentadas algumas questões críticas em relação aos característicos e às tendências atuais da regulação no SUS pelo administrador federal.

### Federalismo e desigualdades: processo complexo

A instituição de políticas nacionais de saúde em países federativos e desiguais como o Brasil representa um processo complexo, ao exigir a combinação de estratégias que assegurem o caráter nacional da política, com mecanismos que permitam sua operação eficaz de forma descentralizada.

A concepção e o desenho institucional do Sistema Único de Saúde explicitam esse desafio. De um lado há a necessidade de estruturar uma política de saúde abrangente, de caráter nacional, baseada em noções avançadas de proteção social e no reconhecimento da saúde como direito do cidadão. Essa concepção de política, inspirada nos tradicionais *welfare states* europeus (os Estados de Bem-Estar), requer tanto um Estado forte como a existência de laços de solidariedade social. Ademais, a concretização do direito à saúde para todos os cidadãos exige a adoção de estratégias que assegurem característicos nacionais da política, denominados por alguns autores de *padrões* ou *standards* sanitários nacionais (France, 2001).

De outro lado, a adoção da descentralização como diretriz organizadoras do SUS, insere na agenda da reforma sanitária brasileira como um dos elementos básicos para a democratização e para a maior eficácia social das políticas de saúde, traz para o campo político de setor grande número de novos atores e acentua a heterogeneidade regional do país, no plano econômico, político, institucional, cultural e social.

A consolidação de uma política de saúde pública e universal, portanto, expõe o desafio de resolver os problemas histórico-estruturados do sistema de saúde, compatindo a afirmação da saúde como cidadania com o respeito à diversidade regional e local. Isso requer a adoção de estratégias tanto para o engrandecimento da gerência pública do sistema estadual e do municipal, como para a superação das profundas desigualdades e iniquidades em saúde observadas no país.

Se em uma federação como o Brasil não há relações hierárquicas entre os entes federativos, a descentralização de políticas públicas, em verdade, representa antes uma "não-centralização", que requer a definição de competências para cada esfera de governo e o desenvolvimento de ações coordenadas, buscando articular padrões nacionais de política com decisões e referências locais. Acresça-se a isso a complexidade do setor saúde que se expressa tanto na diversidade de ações a ser desenvolvidas para assegurar o direito à saúde para toda a população, como na multiplicidade de interesses — incluindo o mercado — na área.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) procuraram definir

competências para cada esfera de governo na saúde. Uma leitura cuidadosa da base jurídico-legal do SUS aponta a existência de algumas áreas de competência exclusiva e outras de competência concorrente na gerência do sistema, realçado o princípio do comando único em cada grau de governo. E, como ressalta Watts (1999), a base constitucional é relevante, mas não suficiente para compreender o papel das esferas governistas em uma federação, sendo importante também analisar como na prática os entes de governo se relacionam e atuam na efetivação de políticas públicas em países federativos.

Os dez primeiros anos de desenvolvimento do SUS representam um rico campo para a análise da construção das relações federativas quanto a uma política pública. Como a Constituição e a Lei Orgânica da Saúde não previram todas as possibilidades de atuação das três esferas de governo na saúde, houve ao longo da década tentativas de definir de forma mais precisa as competências de cada ente, com intermédio, por exemplo, das normas operacionais do SUS e de outras portarias federais. E a área da saúde foi inovadora ao criar instâncias permanentes de discussão intergovernista, representadas pelas Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites. Tanto as normas de complemento como o próprio processo de discussão e confronto entre os administradores vêm contribuindo para o desenho das composições federativas na área da saúde, que apresentam caráter dinâmico e oscilam de acordo com os característicos mais amplos do sistema federativo brasileiro, com as próprias mudanças decorrentes da construção do SUS e com as inflexões nas relações de poder no setor saúde.

Se nos primeiros anos da reforma sanitária brasileira prevaleceu a reação aos característicos centralizadores do sistema de saúde, após de mais de uma década de existência do SUS se nota, em meio aos conflitos intergovernistas<sup>3</sup>, a busca por maior equilíbrio nas relações federativas na saúde, e a preocupação dos atores de setor em substituir as velhas práticas por forma de se fazer política no plano nacional.

### Estratégia do administrador federal

Os avanços do processo de descentralização político-administrativa no SUS têm ressaltado o papel estratégico do administrador federal no sistema. Mas a natureza e a forma de exercer essa função não são tão claras e consensuais, ante as várias décadas de centralismo autoritário que marcaram a história das políticas públicas no país.

O fato é que, nos últimos dez anos, se observam mudanças muito significantes na atuação dos administradores dos três campos de governo na área da saúde. No que concerne ao papel do administrador, as principais tendências de mudança verificadas são as seguintes:

- *Formulação de políticas e planejamento*: cada vez mais o processo tem que ser partilhado, seja com os administradores das outras esferas de governo, seja com o Conselho Nacional de Saúde. Como não existe um plano nacional de saúde formal e claro, o exercício da função de formulação/planejamento do administrador federal aparece predominantemente por meio de normas federais e, mais recentemente, de uma agenda nacional de saúde.
- *Financiamento*: o peso do governo federal no financiamento da saúde ainda é importante, embora tenha apresentado diminuição relativa: a participação federal nos gastos totais caiu de

Esse processo vem ocorrendo em meio a muitos conflitos intergovernistas, o que, segundo alguns autores, é esperado para uma federação "em construção" (Arretche, 1999). EViana et al. (2002) ressaltam as intensas transformações por que vem passando o federalismo brasileiro, predominando nos anos 1990 uma situação de indefinição quanto ao modelo federativo, marcada por conflitos acirrados entre os entes de governo.

mais de 80% no início da década de 1980 para 58,8% em 1995<sup>4</sup>. Além disso, considerando o recursos federais, observa-se aumento progressivo das transferências diretas para os administradores estaduais e municipais<sup>5</sup>, que passam a exercer maiores responsabilidades sobre os gastos. Parte dessas transferências é vinculada a ações/programas específicos.

- *Execução de ações e serviços*: nos anos 1990 ocorre progressiva transferência de responsabilidades para os Estados e, particularmente, para os municípios que expandem muito a rede de serviços próprios. Atualmente, o administrador federal é executor direto de serviços em algumas situações específicas: (a) hospitais ligados a universidades federais; (b) número reduzido de outros hospitais federais de grande porte ou complexidade, que não foram transferidos a Estados ou municípios.

- *Regulação*: 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, que anteriormente eram para o controle de produção e faturamento pelos prestadores de serviços.

Em que pese às mudanças descritas, o administrador federal continua exercendo grande influência na definição dos rumos e da configuração do SUS, o que muitas vezes é referido 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. Para efeito deste texto, a expressão *regulação da política de saúde pelo administrador federal* é utilizada 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*.

Nesse sentido amplo, a regulação do sistema pelo administrador federal pode estar direcionada para a atuação dos administradores estaduais e municipais, dos prestadores públicos e particulares, ou de outros agentes particulares que atuam no setor saúde; pode se expressar em cada uma das funções gerentes mencionadas anteriormente (formulação, planejamento, financiamento, execução); e pode compreender diferentes estratégias, mecanismos e instrumentos.

Considerando os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde e as especificações do país que influem na sua consolidação, podem ser identificados ao menos três grandes motivos para que o administrador federal desempenhe funções de regulação das políticas de saúde:

1) *Assegurar o caráter nacional do SUS*, garantindo em todo o país padrões que assinalem a existência de uma política nacional de saúde, inspirada em uma noção avançada de proteção social e na concepção da saúde como cidadania. Segundo France (2001), essa é uma questão básica para os sistemas sanitários de países federativos;

2) *Garantir os princípios do sistema nacionalmente*. No Canadá, país federativo que apresenta um sistema de saúde muito descentralizado, a atuação do governo federal é basicamente orientada por esse propósito. No caso brasileiro, por exemplo, assegurar o caráter público do SUS pode implicar co-responsabilidade do administrador federal sobre a aplicação de recursos públicos, mesmo quando esses são gastos pelo administrador local; ou ainda a interação e mesmo o

Para essas e outras informações sobre os gastos federais em saúde, consultar Piola e Biasoto Jr. (2001). Por exemplo, no que diz respeito aos recursos federais da assistência, as transferências diretas para Estados e municípios aumentaram de 6% em 1994 para 63% em 2000, mostrando a tendência de superação do antigo conceito de pagamento direto do governo federal aos prestadores de serviços, por produção (Ministério da Saúde, 2002a).

enfrentamento de agentes particulares, tendo em vista os muitos interesses de mercado na área da saúde;

3) *Promover a equidade em saúde*, visto que as imensas desigualdades estruturadas no país, entre as regiões e entre os grupos sociais, exigem um papel ativo do administrador federal na busca da equidade em saúde, o que requer a realização de investimentos e adoção de outras providências para a melhoria da situação de saúde de todos os cidadãos.

Cabe ressaltar que a atuação reguladora do administrador federal se dá em um cenário político dinâmico, e é influenciada pelos embates e oscilações nas relações de poder com os demais atores do SUS - governantes, secretários estaduais e municipais, conselheiros de saúde, outras entidades da sociedade, Poder Legislativo, fornecedores de insumos ao SUS, sociedades profissionais e de especialidades da área da saúde, entre outros.

Também merecem realce as relações do Ministério da Saúde com os demais administradores do SUS, particularmente na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) ou por meio de discussões paralelas com as representações nacionais de Estados (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - Conass) e de municípios (Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - Conasems). A existência de canais formais de discussão entre os administradores no SUS, se de um lado serve para dar legitimidade a algumas políticas de iniciativa federal, de outro lado impõe limites à ação unilateral do Ministério da Saúde, configurando uma possibilidade de regulação dos demais administradores sobre o próprio ministério.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão colegiado responsável pelo controle social do SUS nacionalmente, representa igualmente uma instância básica de discussão e deliberação sobre a política nacional de saúde, que pode influir e impor limites à ação do administrador federal, embora nem todas as questões estratégicas da política nacional passem por esse fórum.

Decorre do peso e da importância dessas instâncias (CIT e CNS) que a forma de atuação do administrador federal sobre a conformação da política nacional de saúde pode ser considerada como uma *"regulação negociada"*, ainda que isso não se dê de forma homogênea entre as estratégias e as áreas de regulação tratadas no próximo item.

### Estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação

Desde o início dos anos 1990 uma série de estratégias de regulação da política nacional de saúde vem sendo postas em prática pelo administrador federal do SUS. Apesar da variedade observada na década em razão de mudanças nos governos e nos administradores públicos da esfera federal, pode-se dizer que algumas estratégias expressam traços de antigas práticas de regulação (por exemplo, as práticas de controle que eram do Inamps), enquanto outras representam novas formas de regulação, que vem sendo adaptadas no processo de construção do SUS.

Aqui serão traçadas especialmente as estratégias de regulação federal mais recentes, ou seja, as em vigor no final da década de 1990. Vale ponderar que, em vista do caráter recente ou incipiente de algumas estratégias, nem sempre é possível avaliar a sua efetivação. De qualquer forma é interessante fazer um esforço de reflexão sobre os mecanismos de regulação que vêm sendo utilizados, visando a identificar suas possibilidades e limites para atender às finalidades primordiais de atuação do administrador federal do SUS.

A política de regulação exercida pelo administrador 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 administrador 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.

Cada um desses grupos de estratégias será apresentado a seguir, procurando identificar: (a) a maneira como configuram formas de regulação do administrador federal do SUS; (b) quais são os principais mecanismos e instrumentos de regulação utilizados.

### *Normas Operacionais e outras portarias federais*

O poder de regulação do administrador federal tem sido amplamente exercido pelas normas operacionais do SUS e por outros milhares de portarias editadas a cada ano pelas diversas áreas do Ministério da Saúde e por demais entidades federais da área da saúde - como a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As normas operacionais do SUS são portarias do Ministério da Saúde editadas a partir de 1991, e têm funcionado como potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização do SUS, conforme tratam dos critérios e dos mecanismos de transferência de responsabilidades, 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 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96 - e, mais recentemente, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, já apresentada em duas versões - Noas-SUS 01/01 e Noas-SUS 01/02<sup>6</sup>.

No aspecto formal, as Normas Operacionais representam portarias do ministério com a mesma força das demais. Mas a peculiaridade e a importância dessas normas estão tanto no fato de regularem o próprio processo de descentralização e o papel das esferas governistas, transcendendo o conteúdo da Constituição e de Leis da Saúde no desenho institucional do SUS, como no caráter negociado de sua formulação e aplicação, a partir de 1993. Além do objeto principal da descentralização da gerência e do financiamento, as Normas Operacionais também regulam marginalmente outros aspectos relevantes da efetivação do SUS, ao tratarem questões como remuneração dos prestadores de serviços, modelo de atenção, sistemas de informações e organização da rede de serviços.

Se de um lado as Normas Operacionais sobressaem pelo seu peso na configuração da composição federativa do SUS, de outro lado a sua análise de modo isolado não é suficiente para a compreensão do poder de regulação do administrador federal por meio da ordenação. Isso ocorre porque anualmente são lançadas milhares de outras portarias federais que tratam de aspectos variados do desenvolvimento do SUS, tanto relativos à gerência quanto à atenção à saúde, muitas vezes alterando o próprio conteúdo das normas operacionais ou transcendendo o seu escopo de regulação.

Algumas dessas portarias decorrem de temas estratégicos que são objeto de debates e discussão na Comissão Intergestores Tripartite ou no Conselho Nacional de Saúde antes de sua transformação em norma federal; outras tratam de questões meramente operacionais. Mas há entre esses dois extremos um grande número de portarias emanadas diretamente pelo administrador federal sem discussão prévia nessas instâncias que tratam de questões relevantes para a introdução do SUS. Essas portarias, em conjunto, imprimem características à política nacional de saúde que não são de fácil compreensão para os administradores, para os técnicos e para outros atores do SUS, por causa de seu grande número e diversidade quanto aos temas tratados, escopo, abrangência, tempo de vigência, entre outras variantes<sup>7</sup>.

Diversas dessas portarias atrelam incentivos de financiamento à adoção de determinadas políticas e práticas pelos administradores estaduais e municipais. Dessa forma, ainda que a aplicação de muitas normas federais não seja legalmente obrigatória para os Estados e os municípios, a tendência de vínculo das transferências financeiras federais ao cumprimento de certas exigências faz que essas portarias tenham acentuado caráter indutor em todo o país, ou mesmo ocupem posição central nos debates das comissões de administradores nos Estados e na definição de agendas estaduais e municipais na área da saúde.

### *Mecanismos e instrumentos financeiros*

Os mecanismos financeiros, aliados à edição de normas, têm sido potentes indutores das políticas instituídas no plano estadual e no municipal. Esse poder de regulação por meio do financiamento é possível somente porque os recursos federais ainda representam uma parcela expressiva dos gastos públicos em saúde.

Mas a tendência de redução do peso relativo da esfera federal no financiamento da saúde na última década, já mencionada, 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 da saúde. Para alguns autores estaria ocorrendo um excesso de vínculos e condições para a aplicação de recursos federais, que limitaria a possibilidade de formulação de políticas pelos administradores estaduais e municipais adequadas à realidade deles\*.

As estratégias de regulação por meio do financiamento são muito variadas, e algumas expressam traços de antigas práticas, seja do Inamps (incentivos por meio da tabela de remuneração de serviços), seja do Ministério da Saúde pré-SUS (vínculo a programas específicos). Outras estratégias cursam com inovações, relacionadas à introdução de critérios e mecanismos de financiamento nos anos 1990, como a adoção de um critério per capita para o financiamento da atenção básica.

Os principais mecanismos e os instrumentos de regulação por meio do financiamento, descritos a seguir, são: (a) definição e gerência de tetos financeiros; (b) transferências intergovernistas e incentivos vinculados; (c) o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec); (d) administração da tabela de remuneração de prestadores.

<sup>6</sup> Alguns trabalhos recentes discutem de forma mais detalhada o papel, conteúdo e efeitos das normas operacionais para as políticas de saúde. Nesse sentido, Lucchese (1996) analisa particularmente o período de instituição da NOB-SUS 01/93; Levcovitz, Lima e Machado (2001) e Andrade (2001) fazem um balanço das NOB nos anos 1990; e o texto de Souza (2001) traz um resumo da Norma Operacional da Assistência à Saúde — Noas-SUS 01/01.

O Ministério da Saúde procura divulgar as portarias pela Internet, embora nem sempre esse banco esteja atualizado. Cabe destacar ainda o esforço de sistematização das portarias federais feito pelo Conass por meio de boletim divulgado semanalmente.

A esse propósito, ver o artigo de Carvalho (2001) e outros textos de Ciência & Saúde Coletiva, volume 6, número 2 — A política de saúde no Brasil nos anos 90, cujo editor foi Ana Luiza d'Ávila Viana.

### *Definição e gerência de tetos financeiros*

A definição de limites ou tetos financeiros de recursos federais para os Estados e para os municípios representa importante mecanismo de regulação pelo lado da oferta, conforme restringe a expansão de ações e serviços do SUS a ser custeados com verba federal.

No plano federal, em geral são estabelecidos os tetos financeiros para os Estados e o Distrito Federal. Inicialmente definidos com relação à série histórica de gastos, os tetos financeiros dos Estados tendem a reproduzir as distorções e as iniquidades na oferta de serviços no SUS. Ao longo da década de 1990 foram feitos diversos ajustes nesses tetos, gerais ou específicos, em razão de emendas parlamentistas ao orçamento da saúde (às vezes direcionadas para algumas regiões/estados), ampliação de ações e serviços, ajustes lineares ou regulares na tabela de remuneração de prestadores e mudanças nos critérios de financiamento do SUS, como a introdução de mecanismos de financiamento per capita e de diversos incentivos vinculados.

Os tetos financeiros de Estados são divididos em parcelas, que apresentam algumas diferenças quanto ao princípio de gerência e forma de transferência dos recursos, como será tratado no próximo tópico. Esse parcelamento se dá tanto no que diz respeito à divisão dos recursos em três grandes áreas - assistência, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica -, acompanhados por diferentes estruturas federais, como também pode ocorrer dentro do bloco de recursos de cada área.

O acompanhamento dos gastos dos Estados e do Distrito Federal é feito a cada mês pelo Ministério da Saúde. Essas unidades da Federação, com habilidade ou não às condições estabelecidas na norma operacional em vigor, em tese não podem extrapolar o seu teto financeiro, e os gastos adicionais custeados com recursos próprios dos Estados ou dos municípios quando isso se verificar. Mas caso ocorra extrapolação do teto financeiro em alguns Estados, e gastos aquém dos tetos em outros, eventualmente o administrador federal pode efetuar remanejamentos para cobrir a maior parte possível dos serviços produzidos.

Em princípio, a definição de tetos financeiros entre os municípios cabe às CIB nos estados, e a própria CIB ou o administrador estadual responsável por seu acompanhamento. Nos demais aspectos a regulação dos tetos municipais pelo administrador estadual funciona de forma análoga à descrita atrás, com a ressalva das diferenças relacionadas às especificações das condições de gerência dos municípios.

### *Transferências e incentivos*

Além dos limites estabelecidos para os gastos de Estados e municípios com recursos federais, os critérios e mecanismos de transferência desses recursos também expressam o poder de regulação do administrador federal sobre a política de saúde.

A partir da NOB-SUS 01/93 foram estabelecidas as transferências de recursos federais "automáticas" e "em bloco" para os municípios, e a partir da NOB-SUS 01/96 esse tipo de transferência foi aplicado também para os Estados. Cabe uma explicação sintética sobre a operação desses dois conceitos.

A noção de transferência "automática" dos recursos federais está relacionada ao reconhecimento do papel gerente de Estados e municípios e se contrapõe tanto ao pagamento direto do administrador federal aos prestadores como aos mecanismos de transferência entre os administradores vinculados a convênios, que haviam predominado na fase do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) e também no período de vigência da NOB-SUS 91. Es

NOB-SUS 01/93 e as normas operacionais subsequentes associam essas transferências a um processo de habilitação de municípios e Estados a determinadas condições de gerência definidas por critérios que comprovem a capacidade de municípios e estados efetivamente assumirem as funções administradoras sobre o sistema de saúde em sua área. Com habilidade às condições" de gerência mais avançadas, municípios e Estados podem receber os recursos federais de forma automática a cada mês.

O fato de a transferência ser "em bloco", um princípio indica que municípios e Estados com habilidades recebem o conjunto de recursos federais correspondente ao teto financeiro diretamente em seu Fundo de Saúde, para que estes sejam geridos na respectiva esfera de governo, se diferenciando-se da forma de remessa vinculada à produção.

O crescimento das transferências intergovernistas "automáticas" e "em bloco" representa sem dúvida um importante avanço da política de saúde nos anos 1990, ao substituir antigas formas de remessa vinculadas à produção ou ao estabelecimento de convênios, e intensificar o papel de Estados e municípios na gerência do SUS. Observe-se que a introdução inicial e a eventual suspensão de transferências denominadas está sujeita a processos de habilitação/inabilidade, atrelados à avaliação técnica pelo administrador federal, ressaltando o poder de regulação exercido por esse gerente. A homologação da habilitação ou da inabilidade cabe à Comissão Intergestores Tripartite, também definida como fórum de resolução de qualquer conflito intergovernista relacionado a esses processos.

Apesar dos esforços expressos na NOB-SUS 01/96 de integração dos diversos campos de atenção à saúde, os processos de habilitação têm se referido eminentemente à descentralização dos recursos da assistência. A descentralização de recursos referentes às ações de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária seguiu processos diferidos de reconhecimento da capacidade administradora de Estados e municípios.

Mais recentemente, mudanças no financiamento vêm afetando tanto os tetos financeiros como a dinâmica de transferências. Algumas dessas mudanças cursam com alterações mais substantivas nos critérios de financiamento, como é o caso da introdução do Piso de Atenção Básica (PAB), a partir de 1998, representando o primeiro mecanismo de financiamento per capita adotado no SUS. Em princípio, a transferência do PAB é automática para os municípios com habilidade<sup>9</sup>. E o PAB representa uma parcela do teto vinculada às ações de atenção básica, cuja transferência pode ser suspensa se a sua aplicação não for para essas ações, ou se o administrador não cumprir determinadas obrigações, como a intensificação de sistemas de informações e o estabelecimento/cumprimento de metas mínimas para alguns indicadores de atenção básica.

Outras mudanças se relacionam à introdução de incentivos, cuja transferência depende da adesão de municípios e Estados a programas ou ações específicas, apontando para uma tendência de crescente vínculo das transferências federais. Esse é o caso, por exemplo, dos estímulos aos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família calculados segundo o número de equipes cadastradas e de cobertura populacional, ao financiamento da Farmácia Básica, aos incentivos ao parto com atendimento especial, à organização de sistemas de referência em áreas específicas da assistência, entre outros.

<sup>9</sup> Segundo a NOB-SUS 01/96, no que diz respeito aos recursos da assistência, os municípios com habilidade à condição de "Gestão Plena da Atenção Básica" recebiam diretamente em seu Fundo de Saúde apenas os recursos para financiamento da Atenção Básica, e os municípios com habilidade em "Gestão Plena do Sistema Municipal" deviam receber em seu Fundo de Saúde o montante total correspondente ao seu teto financeiro.

Em síntese, nos anos 1990 as mudanças nos fluxos de recursos federais indicam tanto um crescimento substantivo das transferências automáticas em bloco para municípios e Estados, como para uma tendência de maior parcelamento dos tetos financeiros e vínculo de parte expressiva dos recursos transferidos a programas e a ações definidos nacionalmente. Isso sugere que o aumento da responsabilidade dos municípios e dos Estados sobre a gerência dos recursos do SUS ocorre simultaneamente à afirmação do papel de regulação do administrador federal sobre a aplicação desses recursos.

E já se observa uma tendência em alguns Estados de reproduzir com os municípios a prática de vincular a transferência de recursos à adesão de determinadas condições, ações ou programas, o que principalmente pode ser feito com recursos próprios estaduais ou com recursos federais transferidos aos Fundos Estaduais de Saúde.

### *O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação*

O Faec é um fundo de recursos federais criado em 1999, com o propósito inicial de facultar o financiamento de ações estratégicas definidas no plano federal. Quanto à origem dos recursos que constituem o Faec, em princípio esse fundo é composto por recursos não executados no custeio da assistência ("as sobras dos tetos"). Mas também pode ocorrer a alocação de novos recursos federais especificamente para o Faec, com vistas na ampliação de sua abrangência.

Quanto ao destino dos recursos, inicialmente o Faec estava voltado para a indução do aumento de oferta de poucas ações estratégicas, como as atividades relacionadas aos sistemas de transplantes, sem que a realização dessas ações pesasse sobre os tetos financeiros de Estados e municípios (pagamento "extra-teto"). Aos bocados foram sendo acrescentadas ações para financiamento pelo Faec, como os procedimentos referentes às campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde (por exemplo, as de cirurgia de catarata e de controle do câncer de colo uterino), e à organização de sistemas de referência em áreas específicas, entre outros.

Além do acréscimo progressivo de ações, em três anos de funcionamento o Faec teve algumas mudanças qualitativas, relacionadas à sua finalidade e escopo. Aos poucos diversas ações de alta complexidade e de alto custo passaram a ser financiadas com recursos desse fundo. A inclusão de ações de alta complexidade, segundo o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2002a) teve o propósito de flexionar a alocação dos recursos pelo administrador federal, facultando, de um lado, o remanejamento de recursos entre as áreas e entre os Estados para atendimento de pressões de demanda, e de outro, o pagamento de ações que não estão disponíveis em todos os Estados, que de outra forma pesariam sobre os tetos dos Estados de referência.

Atualmente, o Faec está dividido em dois componentes de financiamento, com operação diferenciada:

(a) Financiamento das ações estratégicas, ou seja, as que cuja ampliação da oferta o Ministério da Saúde quer induzir- há apenas um limite financeiro nacional para o custeio dessas ações, não existindo limites estaduais ou municipais; isto é, a realização dessas ações não é computada dentro dos limites financeiros de Estados e municípios. Às vezes, novos procedimentos incorporados à tabela, para os quais o Ministério da Saúde não tem série habitual que permita o estabelecimento de limites, também são temporariamente financiados no componente estratégico do Faec, até que seja possível definir limites financeiros para o seu pagamento.

(b) Financiamento de ações de alta complexidade, existindo limites financeiros para Estados e municípios.

A operação do pagamento das ações financiadas pelo Faec apresenta a peculiaridade de ser feita pós-produção, mesmo para os Fundos de Saúde de municípios e Estados com habilidade às condições mais avançadas de gerência. Portanto municípios e Estados que recebem os demais recursos federais do SUS — correspondentes a seu teto financeiro diretamente e "em bloco" em seu Fundo de Saúde, independentemente de comprovarem produção -, no caso do Faec recebem no fundo apenas os recursos correspondentes à produção efetivamente realizada, para então remunerarem os prestadores".

A existência desse fundo federal de recursos representa um mecanismo importante de regulação da política pelo administrador federal do SUS, conforme permite em algumas situações: (a) o remanejamento de sobras; (b) a cobertura de eventual extrapolação de tetos por Estados e municípios; (c) o pagamento de ações estratégicas por fora dos tetos de Estados e municípios; (d) a remuneração de atendimento fora do Estado de origem dos pacientes.

### *Remuneração dos prestadores*

As tabelas nacionais de remuneração de serviços em ambulatório e hospital já existiam nos anos 1980, quando eram utilizadas na remuneração direta de prestadores particulares pela esfera federal, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps)". No início da década de 1990 essas tabelas também passaram a ser aplicadas para o pagamento da produção dos prestadores públicos.

E de repisar que desde a NOB-SUS 01/93 vem ocorrendo uma progressiva substituição do pagamento dos prestadores por produção diretamente pelo administrador federal, pelas transferências automáticas e em bloco de recursos federais aos administradores estaduais e municipais para que estes assumam as funções de gerência do sistema, incluindo o planejamento local, a contratação e a remuneração de prestadores, conforme as necessidades identificadas.

Poder-se-ia pensar, em princípio, que tal mudança levaria a uma redução da importância das tabelas nacionais de remuneração dos serviços em ambulatório e hospital, caso os administradores municipais e estaduais pudessem utilizar livremente os recursos transferidos. Mas no que diz respeito às relações administrador-prestador de serviços, as tabelas nacionais de remuneração de serviços em ambulatório e hospital continuam a representar instrumentos importantes de orientação da remuneração dos serviços, pelos seguintes motivos: (a) mais de 30% dos recursos federais ainda são pagos diretamente pelo administrador federal aos prestadores, segundo a produção aprovada pelos administradores estaduais; (b) mesmo os administradores municipais e os estaduais com habilidade utilizam a tabela nacional como referência para a remuneração dos prestadores, ainda que a prática de complemento da tabela seja comum em algumas regiões do país; (c) os administradores municipais e os estaduais têm a obrigação de intensificar os sistemas de informações nacionais de produção, o SIA-SUS e o SIH-SUS, que são organizados com base no conteúdo dessas tabelas.

---

No início de 2001 foi editada pelo Ministério da Saúde uma portaria polêmica que conferia ao administrador federal a responsabilidade pelo pagamento direto aos prestadores de todos os procedimentos financiados pelo Faec, mesmo no caso de Estados e municípios com habilidade. Mas ante a posição contrária de Estados e municípios, e as discussões entre os administradores das três esferas, essa portaria não vigorou.

Os mecanismos de remuneração dos prestadores variaram ao longo da história do sistema de saúde. Para fins deste texto, estamos nos referindo aos mecanismos de pagamento mais próximos aos atuais, que compreendem o pagamento de serviços em ambulatório por ato e pós-produção, e o pagamento de serviços em hospital, segundo valores pré-estabelecidos por tipo de atendimento/diagnóstico, também pós-produção.

## 3j Cristiani Vieira Machado

Pode-se dizer que a administração das tabelas nacionais de remuneração constitui uma potente estratégia de regulação da política de saúde pelo administrador federal. Isso se dá por meio de:

- S Inclusão de novos procedimentos - indica o reconhecimento pelo administrador federal da importância de sua oferta no sistema público, seja ao facultar o pagamento desses procedimentos aos prestadores com recursos federais, seja ao influir o programa de ações e contratação de prestadores por administradores municipais e estaduais;

- S Criação de procedimentos especiais - pode ser criada variedade de procedimentos já existentes, com o propósito de incentivar a determinadas práticas (por exemplo, em campanhas durante epidemias, ou em outras situações de emergência), muitas vezes remunerados com valores diferidos ou pagos por fora do teto financeiro;

- S Exclusão de procedimentos - em geral feita quando alguma prática clínica se torna obsoleta, sinalizando que o SUS não deverá mais remunerar o procedimento em questão, pode também ocorrer em virtude de substituição de um procedimento por outro;

- S Detalhe das condições de realização do procedimento — a descrição minuciosa das condições em que o procedimento pode ser faturado, por exemplo, quanto ao tipo profissional responsável, grau de complexidade da unidade em que pode ser realizado, entre outras, muitas vezes é empregada pelo administrador federal como estratégia para influir na organização dos serviços e mesmo em tentativas de indução de formação de redes de referência em áreas específicas da assistência;

- S Ajustes seletivos nos valores dos procedimentos — a realização de aumentos seletivos nos valores de procedimentos da tabela representa uma estratégia frequentemente usada pelo administrador federal para induzir a sua maior oferta/realização pelos prestadores de serviços públicos e particulares.

A administração das tabelas nacionais de remuneração dos prestadores, pelo administrador federal, frequentemente é objeto de polêmica e conflitos entre os gerentes. A maior área de conflito se relaciona ao estabelecimento dos valores de remuneração dos procedimentos, e à possibilidade (ou não) de alteração nesses valores pelos administradores municipais e pelos estaduais com habilidade em condições de gerência mais avançadas, que recebem os recursos federais em bloco diretamente em seu Fundo de Saúde, podendo ser resumida em dois pontos interligados:

(a) *Críticas aos baixos valores estabelecidos pelo administrador federal* para diversos procedimentos da tabela, tanto por gerentes de outros campos de governo, como pelos prestadores de serviços, que com frequência pressionam os administradores locais por melhoria na remuneração dos serviços. A inexistência de sistemas acurados e confiáveis de avaliação de custos dificulta tanto a fixação de valores adequados, como a análise quanto à pertinência ou não desse tipo de crítica, tornando frágil a atuação dos administradores do SUS na discussão com os prestadores de serviços.

(b) *Conflitos relacionados à prática de "complemento de tabela" pelos administradores estaduais e municipais* - segundo as NOB-SUS 93 e 96, em princípio não haveria impedimento para que administradores com habilidade que recebem os recursos federais em bloco em seu Fundo de Saúde pagassem os prestadores de serviços, segundo tabelas fixadas localmente, com valores diferentes dos nacionais. Mas a adoção dessa prática em diversos municípios tem levado a dois tipos de atitude. Há os que defendem que os administradores locais devem ter autonomia para a fixação de valores de remuneração; outros alegam a necessidade da existência de uma tabela nacional única, com valores adequados, seja pelas dificuldades de os administradores locais lida-

rem com as pressões dos prestadores particulares, seja pelos problemas que os pagamentos diferidos podem gerar para o acesso de cidadãos a serviços fora de seu município de residência<sup>2</sup>. As quatro estratégias de regulação por meio do financiamento descritas - gerência dos tetos financeiros, transferências dependentes e incentivos vinculados, o Faec e a administração das tabelas de remuneração aos prestadores -, associadas ao forte poder regulador do Ministério da Saúde, constituem a base da ordenação do sistema pelo administrador federal. Sobre essa base se acrescentam outras estratégias, também importantes, apresentadas nos próximos tópicos.

**Preparação e apoio técnico**

A realização de atividades de preparação e apoio para os administradores e os técnicos de Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde pode ser considerada como outra estratégia de regulação do administrador federal sobre a política de saúde. Alguns exemplos dessas atividades, possíveis de ser conduzidas por técnicos do Ministério da Saúde ou por consultores contratados para projetos específicos de cooperação técnica, são: 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.

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:

- S As prioridades de preparação e apoio são em grande parte definidas pelo Ministério da Saúde;

- S A divulgação de metodologias e distribuição de instrumentos de planejamento e gerência estimula a adoção de algumas práticas de administração semelhantes nos diversos Estados;

- S As frequentes visitas técnicas de representantes federais às secretarias estaduais podem influir na conduta de administradores e profissionais da esfera estadual e da municipal, além de permitir ao Ministério da Saúde conhecer e avaliar o funcionamento dessas secretarias.

Em relação a esses pontos, cabe ponderar que a aproximação entre os técnicos federais e os profissionais das secretarias de saúde, favorecida pelas ações de preparação e apoio, pode levar ao movimento contrário, de incorporação pela esfera federal de experiências positivas desenvolvidas nos Estados e nos municípios.

Além disso vale mencionar que os conselhos nacionais de representação de Estados e municípios (Conass e Conasems) também promovem frequentemente atividades de preparação de administradores, por meio de assessorias, câmaras técnicas, encontros, entre outras ações.

**Experiências e práticas inovadoras**

Algumas vezes, o administrador federal também procura induzir políticas e práticas por ações de divulgação de experiências bem-sucedidas de Estados, municípios, ou mesmo de unidades de saúde. Isso pode se dar pela realização de seminários, oficinas e mostras, ou projetos específicos de fomento, divulgação ou incentivo à troca de experiências. Obviamente, são privilegiadas as temáticas consideradas como prioritárias pelo Ministério da Saúde. Alguns exemplos recentes

<sup>2</sup> Portaria editada em 2001 pelo Ministério da Saúde gerou polêmica e críticas dos dois grupos, ao estabelecer que o complemento de tabela pelos administradores estaduais e pelos municipais poderia ser feito apenas com recursos próprios, mas não com recursos federais.

são: a realização de mostra nacional de experiências de insituição do Programa de Saúde da Família e do projeto de Centros Colaboradores em Gestão Hospitalar. Vale ainda mencionar que atualmente está em andamento um projeto específico de fomento e disseminação de experiências inovadoras no SUS, financiado por meio do programa de Reforço à Reorganização do Sistema Único\* de Saúde (Reforsus)<sup>3</sup>. ..-

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

No que concerne à formação de profissionais de saúde, pode-se dizer que o poder de regulação do administrador federal ainda não é grande, diante das especificações do trabalho em saúde. O perfil do profissional médico, por exemplo, está acentuadamente atrelado à formação na universidade, e também tem influências na corporação médica, sendo limitada a força de influência nos administradores do sistema público de saúde das três esferas na construção desse perfil. Dessa forma, algumas tentativas de indução de mudanças no modelo de atenção à saúde no SUS esbarram em obstáculos relacionadas aos característicos atuais da formação dos profissionais de saúde. Mais recentemente se observam esforços dos administradores das três esferas de governo de tentar influir nessa situação, pela adoção de estratégias de preparação de profissionais de saúde para o SUS.

O administrador federal tem conduzido nos últimos anos alguns grandes projetos de preparação, voltados para áreas identificadas como prioritárias pelo Ministério da Saúde. Ressaltam-se os pólos de preparação em saúde da família, instalados em parcerias com governos estaduais, municipais e universidades em diversas regiões do país, e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae).

#### **Metas nacionais**

A definição de prioridades e metas nacionais faculta ao administrador federal do SUS a indução de algumas práticas nas esferas estadual e municipal, bem como favorece o acompanhamento das políticas desenvolvidas nessas esferas. Um exemplo desse tipo de estratégia é o Pacto de Atenção Básica, cuja metodologia foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde e compreende a realização anual de acordos com os administrador municipais para o alcance de algumas metas na atenção básica, a ser acompanhadas em geral pelo administrador estadual.

Outro exemplo se refere à definição, nrmni de uma Agenda Nacional de Saúde, compreendendo as prioridades do SUS nacionalmente, com base em discussão entre o Ministério da Saúde e a representação nacional de Estados e municípios, e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. Essa estratégia pressupõe adesão de Estados e municípios à agenda nacional, com possibilidade de acréscimo de indicadores locais. Apesar de seus resultados incipientes, tem capacidade de se tornar um potente instrumento de regulação ao influir no processo de definição local de prioridades.

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

O Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), órgão federal responsável pela política de assistência médica até o final dos anos 1980, tinha uma atuação

<sup>3</sup> Nesse caso específico, a escolha das experiências a ser fomentadas no projeto não se deu diretamente pelo Ministério da Saúde, mas sim por comissão formada por representantes de instituições variadas, que selecionaram um grupo de

marcada pela ênfase na compra de serviços particulares e nas ações de controle sobre os prestadores, sobretudo em relação à produção de serviços e faturamento de recursos públicos.

Nos anos 1990 as estratégias de auditoria, controle e avaliação do sistema de saúde instituídas no plano nacional expressam, de um lado, traços da cultura institucional herdada do Inamps, e por outro, evidências de mudanças relacionadas ao processo de introdução do SUS.

Para a compreensão da forma como o administrador federal do SUS regula o sistema de saúde por ações de controle e avaliação, é importante considerar duas tendências recentes:

a) *Transferência progressiva de responsabilidade\** sobre diversas ações de auditoria, controle e avaliação para os Estados e os municípios, particularmente quanto à relação com prestadores de serviços (por exemplo, cadastro, intensificação dos sistemas de informações, acompanhamento da produção, entre outras); isso implica alterações também no papel do administrador federal nesse campo, que se volta para o apoio técnico e para o fornecimento de instrumentos de gerência para Estados e municípios, embora ainda exista certa confusão e sobreposição de funções;

b) *Mudanças qualitativas* nessas estratégias, particularmente pela incorporação de práticas de acompanhamento e avaliação, como as tentativas de conhecer os resultados do sistema de saúde, por meio de:

-/ Cadastro nacional dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema, pela estratégia de instituição do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS);

» Criação de sistemas de informações de abrangência nacional, que se somam aos tradicionais sistemas de informações de cadastro de produção e faturamento: alguns incluem a identificação de pacientes (por exemplo, Autorização de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade - Apac) e outros estão voltados para a avaliação de processos de atenção e de resultados (por exemplo, Sistema de Informações de Atenção Básica - Siab);

S Tentativa de acompanhamento de metas e indicadores de resultados, por exemplo, pela Agenda de Prioridades, Pacto de Atenção Básica e indicadores de vigilância epidemiológica;

■ S Adoção de instrumentos para o conhecimento da opinião dos usuários do sistema, a saber: linha telefônica do tipo "0800" para atendimento à população (Disque-SUS); envio de cartas por amostra a pessoas atendidas em hospitais do SUS, e em instalação inicial um sistema de comunicação pela Internet para o atendimento de demandas espontâneas dos cidadãos (Sade).

### **Financiamento de pesquisas**

Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem financiado pesquisas de avaliação" soBrê"a?~ políticas de saúde, seja diretamente com recursos próprios, seja mais frequentemente por meio de convênios com agências internacionais, como o Banco Mundial (Banco Internacional para a Reestruturação e Desenvolvimento - Bird), Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização Pan-Americana de Saúde. Considerando-se que a temática e as prioridades de investigação são definidas em geral pelo próprio ministério, o fomento à pesquisa pode ser também considerado como uma estratégia de regulação do sistema pelo administrador federal do SUS.

### **Estratégias de regulação**

As iniciativas recentes do administrador federal de regulação e introdução de mecanismos de oidenação das práticas de assistência no SUS têm sido orientadas, segundo documento oficial, pt.4o propósito de "ajustar a oferta disponível no SUS às necessidades do cidadão, de forma

equânime, ordenada, oportuna e racional" (Ministério da Saúde, 2002b). Ao que parece, essa concepção pressupõe especialmente uma regulação pelo lado da oferta, mas também pode compreender mecanismos de regulação da demanda, pela adoção de critérios quanto à prioridade de atendimento e à organização de fluxos de pacientes.

^

As propostas recentes do administrador federal se baseiam em duas estratégias principais: (a) elaboração e incentivo à adoção de *protocolos clínicos*, para algumas ações e serviços de alto custo (por exemplo, uso de fármacos de alto custo); (b) proposta de *organização de centrais de regulação da assistência* nas três esferas de governo.

Os protocolos clínicos têm sido adotados por outros países em meio aos esforços de contenção dos custos crescentes da assistência médica, de regulação da indústria de tecnologia para a saúde e de promoção da qualidade da assistência. Por suscitar polêmica no que diz respeito à autonomia médica, a sua adoção por órgãos governistas é possível somente com a anuência de sociedades de especialidades médicas, e ainda assim a sua consolidação representa um processo complexo. As tentativas do Ministério da Saúde de introdução de protocolos clínicos como instrumentos de regulação da assistência no SUS têm envolvido a parceria com tais sociedades e divulgação desses instrumentos pela *consulta pública*. Esse processo, ainda em estágio preliminar, dependerá da adesão de administradores estaduais e municipais, da relação de forças entre os administradores e os profissionais de saúde, e das possibilidades efetivas de acompanhamento do cumprimento (ou não) desses protocolos.

E as centrais de regulação constituem para o administrador federal as estruturas de operação da regulação da assistência, o que pode compreender ações de marcação de consultas e exames, ordenação das internações de hospitais, organização dos fluxos de referência segundo o programa-discussões entre os administradores e os protocolos técnico-operacionais ou clínicos, e outras funções. As estratégias do administrador federal de incentivo aos Estados e aos municípios para a organização de centrais de regulação nos últimos anos incluem a edição de diversas portarias federais, a alocação de recursos com essa finalidade, visitas constantes aos Estados por técnicos federais, e mesmo o desenvolvimento de um sistema de informática de regulação, ainda em fase de aperfeiçoamento e teste.

Em termos nacionais, recentemente uma portaria federal instituiu uma Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, para a coordenação dos fluxos interestaduais de referência de -pacientes que precisam de atenção em algumas áreas de alta complexidade. A proposta é que o atendimento de pacientes na agenda da central nacional seja remunerado com recursos do Faec, não sendo computado dentro do teto financeiro do Estado que recebe os usuários.

### **Controle de produtos e preços**

O controle da qualidade de insumos e produtos relacionados à saúde já é uma função tradicional da vigilância sanitária, e grande parte das atividades vem sendo transferida para Estados e municípios durante os anos de efetivação do SUS. Ainda assim, a atuação do administrador federal no plano nacional é relevante, diante da complexidade de interação com grandes empresas particulares que atuam no setor saúde, e tem se dado por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), criada em 1999<sup>14</sup>. Um exemplo de atuação do administrador federal que

<sup>14</sup> Sobre o modelo de agências de regulação adotado na estratégia de reforma do Estado do governo Fernando Henrique Cardoso, ver Ribeiro (2001).

ganhou grande repercussão nos meios de comunicação se relaciona a duas tentativas de regular os preços de fármacos: os conflitos para a quebra de patentes de anti-retrovirais para o controle da Aids, e o incentivo à adoção de remédios genéricos com preços mais baixos para o consumidor. Outro exemplo diz respeito à estruturação de um banco nacional de preços de fármacos, material médico-cirúrgico, insumos e serviços, disponível na Internet para os administradores do SUS. Outra área de atuação federal são as tentativas de regulação do mercado de planos e seguros de saúde particulares, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar, criada em 2000. Os obstáculos são muitos, e o poder de regulação federal sobre esse mercado ainda é limitado<sup>15</sup>.

### **Realização de investimentos**

A realização de investimentos para a ampliação e a adequação da rede de serviços públicos de saúde nas diversas regiões, de acordo com as necessidades identificadas, representa uma estratégia básica para a reversão das imensas iniquidades em saúde observadas no país. Mas não se pode dizer que no momento exista nacionalmente a formação de uma política de investimentos abrangente, fixa e de longo prazo. As principais linhas de investimentos desenvolvidas nos últimos anos 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 parlamentistas específicas ao orçamento da saúde.

Ainda que várias dessas iniciativas estejam orientadas por prioridades definidas nacionalmente ou visem a reduzir distorções na oferta de serviços, o seu caráter fragmentado, e dependente de convênios sujeitos à aprovação de outros atores (por exemplo, agências internacionais e de iniciativas parlamentistas), dificulta o reconhecimento dessa estratégia como acentuadamente indutora ou reguladora de políticas nacionais na situação atual.

O Quadro 1 resume os onze discutidos grupos de estratégias de regulação da política nacional de saúde pelo administrador federal do SUS, procurando dimensionar o peso atual de regulação federal em cada grupo de estratégias.

<sup>15</sup> Para uma discussão mais profunda sobre as tentativas de regulação sobre o setor de saúde de suplemento, consultar Bahia (2001).

# H

Cristiani Vieira Machado

Quadro 1. Resumo das principais estratégias de regulação da política nacional de saúde pelo administrador

Tipo de Estratégia	Exemplos	Peso atual da regulação do administrador federal*		
		Alto	Médio	Baixo
Ordenação	Normas Operacionais do SUS	X		
Mecanismos financeiros	Gerência dos tetos financeiros	X		
Transferências e incentivos	Administração das tabelas nacionais			
Preparação e apoio administradores	Cursos e treinamentos aos administradores		X	
(metodologias, softwares)	Fornecimento de instrumentos de gerência			
Estímulo a experiências inovadoras	Seminários, encontros e mostras		X	
Centros Colaboradores em Gestão Hospitalar	Projeto de fomento a experiências			
Preparação de profissionais de	Pólos de preparação do PSF			X
Estabelecimento de prioridades e	Acordo de atenção básica			X
Auditoria, controle e avaliação	Acompanhamento e avaliação de indicadores com base nos sistemas de informações de produção, faturamento, atenção básica, vigilância epidemiológica		X	
Novas estratégias de regulação	Protocolos clínicos			X
Controle de produtos e preços	Bancos de preços		X	
Investimentos na rede de serviços públicos	Projetos com agências internacionais			X
emendas parlamentistas ao orçamento	Convênios sem abrangência em razão de			

\*Nota: A categoria da última coluna - peso alto, médio ou baixo - refere-se ao peso atribuído pelo 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-exemplo seja efetiva para o alcance de seus propósitos específicos. Fonte: Elaboração própria.

## Regulação da Política Nacional de Saúde: estratégias e tendências |

Tais 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 na saúde. O Quadro 2 sintetiza as principais áreas que têm sido objeto de regulação pelo administrador federal, em cada uma dessas dimensões.

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

Dimensão	Exemplos
Gerência do	Definição de prioridades, planejamento e programa
	Relação interadministradores
	Relação administrador-prestador
	Gastos em saúde
Atenção à	Modelo de atenção
	Organização da rede de ações e serviços
	Ajustes na tabela SUS
	Protocolos clínicos
Mercados em saúde	Fármacos e outros insumos
	Planos de saúde particulares
	Vigilância sanitária
	Bancos de preços

Fonte: Elaboração própria.

### Considerações finais

A análise das estratégias de regulação da política nacional de saúde pelo administrador federal permite identificar algumas tendências gerais, assim como apresentar questões relevantes para o aprimoramento da atuação do Ministério da Saúde e dos demais administradores do SUS.

Um primeiro ponto a ser ressaltado é que, paralelamente ao intenso movimento de descen-

tralização observado no SUS, parece estar ocorrendo mudanças expressivas no padrão de regulação federal sobre as políticas de saúde, caracterizadas tanto por uma maior regulação como por alterações nas formas de regular a política. Podem ser assinaladas as seguintes tendências gerais:

- Coexistência de velhas e novas formas de regulação federal;
- Grande peso da ordenação e dos mecanismos financeiros de regulação, para a indução de políticas estaduais e municipais;
- Diversificação das estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação;
- Transferência de algumas responsabilidades típicas de regulação para os administradores estaduais e municipais (por exemplo, regulação sobre os prestadores de serviços);
- Direção de grande parte das ações de regulação federal para a atuação dos administradores estaduais e municipais;
- Influências e limites à ação reguladora do administrador federal pelos demais gerentes, por confrontos na CIT e em outras instâncias de discussão;
- Persistência de dificuldades de regulação sobre agentes particulares, seja prestadores de serviços ao SUS, seja outros agentes do mercado (por exemplo, operadoras de planos e seguros de saúde).

Outra questão importante é quanto à relação entre as ações de regulação do sistema pelo Ministério da Saúde e a construção negociada das políticas nacionais com outros atores do SUS, particularmente as representações nacionais de administradores estaduais e municipais e o Conselho Nacional de Saúde. Mesmo sendo observados avanços significantes nas relações intergovernistas e no controle social nacional, persistem conflitos intensos relacionados à demarcação do que seriam as matérias de atuação executiva do administrador federal e qual seria o espaço de deliberação conjunta sobre a política nacional de saúde. Ainda que o conflito seja inerente à natureza do federalismo, e tem princípio não exista incompatibilidade entre aumento da regulação federal e o caráter negociado da definição da política nacional, o aprimoramento dessas relações é relevante para a fortificação da gerência pública do SUS nas três esferas e para a maior efetivação social das políticas de saúde.

O terceiro ponto básico é a necessidade de avaliar a coerência e a adequação das estratégias de regulação, que vêm sendo postas em prática pelo Ministério da Saúde ao que seriam as finalidades primordiais da atuação do administrador federal em um sistema nacional de saúde: o - ■"eaUbéleciineiiLo de padrões nacionais de política, a garantia dos princípios do SUS nacionalmente, e a promoção da equidade em saúde. Parece existir algumas estratégias de regulação federal relacionadas com as duas primeiras finalidades, por exemplo, as voltadas para a indução de políticas semelhantes nos Estados e nos municípios com vistas na intensificação das capacidades gerentes ou em mudanças no modelo de atenção, na organização de redes, e na garantia do acesso a determinadas ações de saúde. Ainda assim o caráter recente de várias dessas estratégias dificulta conclusões sobre sua eficácia para o alcance desses propósitos.

Quanto à possível repercussão da regulação federal sobre a equidade em saúde, é ainda mais difícil estabelecer essa relação por três motivos principais. Primeiro, porque atualmente não há estudos amplos de avaliação das políticas de saúde que dêem conta dessa questão. Segundo, porque, apesar da ênfase discursiva na busca de equidade e de algumas iniciativas fragmentadas, não se pode dizer que há políticas nacionais de saúde de longo prazo para a superação das imensas iniquidades do país. A efetivação desse tipo de política exigiria o estabelecimento de acordos

políticos amplos entre os atores envolvidos e a adoção de instrumentos explícitos de promoção da equidade, como planos de investimentos de longo prazo e mudanças profundas no conceito de financiamento, como a garantia de recursos de forma fixa e suficiente e a adoção de fórmulas que orientem a alocação de recursos segundo critérios de necessidades. Um terceiro motivo, talvez o mais crítico, é que a efetiva promoção da igualdade em saúde depende de um projeto nacional de desenvolvimento amplo e de políticas sociais abrangentes, que extrapolem o setor saúde, para a concretização da ideia de cidadania nacional.

### Referências bibliográficas

- Andrade LOM. SUS — Passo a Passo. Normas, Gestão e Financiamento. São Paulo-Sobral: Hucitec/Edições Uva; 2001 (Saúde em Debate 139).
- Arretche M. Federação brasileira: crise ou construção? Teoria e Debate, n° 41, maio-julho de 1999.
- Bahia L. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. Em: Negri B, Giovanni G (orgs.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2001. págs. 325-61.
- Björkman JM, Altenstetter C. Globalized Concepts and Localized Practice: Convergence and Divergence in National Health Policy Reforms. In: Altenstetter C, Björkman JM (eds.). Health Policy Reform, National Variations and Globalization. London: MacMillan Press; 1997.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988 — texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n° 1, de 1992, a 38, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n° 1 a 6, de 1994. 19ª edição. Brasília: Centro de Documentação e Informação, Coordenação de Publicações, Câmara dos Deputados; 2002 (Série textos básicos; n° 28).
- Brasil. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.senado.gov.br/legbras>
- Carvalho G. 2001. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 435-44.
- Figuera J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea? *Gaceta sanitaria* 2002; 16(1): 5-17.
- France G. Compatibilità fra il federalismo e gli Standard sanitari nazionali: una sintesi delle esperienze estere e possibili lezioni per l'Italia. In: France G (a cura di) *Federalismo, Regionalismo e Standard Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci*. Milano: Dott. A. Giuffrè Editore; 2001. págs. 169-97 [Tradução nesta obra nas págs. 65-83].
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2001; 6(2): 269-91.
- Lucchese PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde - Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 14:75-156; 1996.
- Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
- Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- Ministério da Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02 (Portaria MS/GM n° 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2ª edição revista e atualizada. Brasília: Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão 1998/2001. 2ª edição revista e modificada. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2002a.
- Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde. Portarias e documentos técnicos. Brasília: Coordenação Geral de Planejamento e Informações Gerenciais, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde; 2002b (CD-ROM).

Piola SF, Biasoto G. Financiamento do SUS nos anos 90. Em: Negri B, Giovanni G (orgs.). Brasil radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 219-32. Ribeiro JM. Regulação e contratualização no setor saúde. Em: Negri B, Giovanni G (orgs.). Brasil radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 2001. p. 409-43. Ross F. Interests and Choice in the "Not Quite so New" Politics of Welfare. In: Ferrera M, Rhodes M (eds) Recasting European Welfare States. London: Frank Cass; 2001. p. 11-34. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2001;6(2):451-5. Viana AL d'A, Lima LD, Oliveira RG. Descentralização e Federalismo: a política de saúde em novo contexto — lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva 2002; 7(3) [no prelo]. Watts R. Comparing federal systems in the 1990s. Kingston: Queens University Press; 1999.

CRISTIANI VIEIRA MACHADO - graduando-se doutora no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Ministério da Saúde. cristianivm@uol.com.br

Parte VI Público e Particular na Saúde