



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública



Sidney Feitoza Farias

Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS

RECIFE
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

SIDNEY FEITOZA FARIAS

**INTERESSES ESTRUTURAIS NA REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR DO SUS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador: André Monteiro Costa

Co-Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Jr.

RECIFE

2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

XXXx Farias, Sidney Feitoza.

Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS/ Sidney Feitoza Farias. – Recife: S.F.Farias, 2009.

207p.:tabs.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

Orientador: André Monteiro Costa

Co-Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Jr.

1. Regulação em saúde. 2. Interesses Estruturais. 3. Assistência Médico-Hospitalar. II Título.

I. Título.

CDU – NNN-NNN.NN

SIDNEY FEITOZA FARIAS

**INTERESSES ESTRUTURAIS NA REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
MÉDICO-HOSPITALAR DO SUS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Antônio Carlos do Espírito Santo
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Valdemar Ferreira de Araújo Filho
Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. André Monteiro Costa
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof. Dr. José Luiz Correia de Araújo Jr.
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dedico a minha família:

Geraldo e Margarida
Sandy, Sineidy e Sivory

E para meus amores:

Maria Clara e Flávia

AGRADECIMENTOS

A André Monteiro pelo apoio e compreensão no decorrer desta longa jornada de orientação da tese;

A Clarice Melamed pelas contribuições no momento da qualificação e ao longo deste processo;

A Garibaldi Gurgel Jr. pela disponibilidade e dedicação com que se envolveu na co-orientação deste trabalho e, principalmente, pelas contribuições e estímulo para a conclusão desta jornada;

Ao Dr. Steve Harrison pelo acolhimento e preciosas contribuições na supervisão do estágio de doutorado na Universidade de Manchester – Inglaterra;

A Antônio Carlos do Espírito Santo, Valdemar Araújo Filho, José Luiz Araújo Jr. e Idê Gurgel pela disponibilidade em participar da banca examinadora desta tese;

A minha família pelo estímulo, apoio e compreensão nos momentos difíceis, que me ajudaram a superar mais um desafio em minha vida;

A Maria Clara e Flávia por compreenderem a minha ausência e por me ensinarem que a distância é relativa quando uma simples palavra pode aproximar e mudar meu estado de espírito;

A Eduardo Freese, Diretor do Aggeu Magalhães, pelo apoio e estímulo durante todo este período;

Aos Professores do Aggeu Magalhães: José Luiz, Ana Brito, Constança Barbosa, Frederico Abath (*in memoriam*), Cida Nogueira, Djalma Agripino, Rejane Ferreira, Firmin Roland e Edgard Carvalho pela dedicação e estímulo;

A Ide Gurgel pela generosidade, paciência e auxílio em momentos importantes do doutorado;

Aos meus colegas do doutorado; Betise, Carmelita, Cristine, Daniela, Débora, Denise, Gisele, Henrique, Karina, Milena, Sinara e Solange pela convivência fraterna e, agradeço especialmente a Tereza Lyra pelos longos e estimulantes diálogos no Recife e no Reino Unido, que me ajudaram na reflexão e estímulo nesta trajetória;

A Nilda Lima e a equipe da Secretaria Acadêmica pelo apoio e disponibilidade durante este processo;

A Mégine Carla pela ajuda na revisão final das referências deste trabalho;

Ao meu tio Claudio pela generosidade e diálogo que me ajudaram a dar um toque de arte popular na apresentação deste trabalho acadêmico;

Quatro anos de estudo
Em pesquisas especiais
Regulação da assistência
Histórico neoinstitucionais
Implementação do SUS
E os interesses estruturais

Primeiro ano no Recife
Estudo e organização
Segundo no Rio de Janeiro
Obtive qualificação
Iniciei a pesquisa
Depois fiz apresentação

Terceiro Reino Unido
Com mudanças culturais
Universidade Manchester
Aprendizados pessoais
Estudo de teorias
Experiências profissionais

Quarto ano no Recife
Análise dos resultados
Conclusão nas pesquisas
Experimentos acumulados
Gerência, gestão e docência
Nos trabalhos pesquisados

Concluimos o processo
Constatando coisas desajustadas
A regulação no SUS
Fraca e fragmentada
Deixando muitas brechas
Pras verbas serem mal aplicadas

FARIAS, Sidney Feitoza. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo a análise das características do processo de regulação no SUS e suas implicações para a prestação de serviços na assistência médico-hospitalar entre 1990 e 2007. Trata-se de um estudo de caso, baseado num esquema teórico que associa contribuições do neoinstitucionalismo histórico (IMMERGUT, 1992) a teoria dos interesses estruturais desenvolvida por Alford (1971). Recorreu-se a análise das internações hospitalares, de documentos do marco regulatório do SUS e das atas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), para entender o movimento dos atores nestes espaços de disputa institucional. A regulação é uma função imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas nos sistemas de saúde. Ações no campo compreendem o uso de diversos instrumentos e processos que buscam assegurar os grandes objetivos sociais do setor saúde e de contrabalançar ou enfrentar as numerosas falhas de mercado e falhas de governo classicamente observadas. A política de regulação da assistência a saúde no SUS é permeada pela atuação de vários grupos com interesses conflitantes. No que se refere aos resultados evidencia-se que a lógica de mercado está associada aos interesses dominantes no setor saúde brasileiro, que o setor privado conveniado que é complementar ao SUS representa os interesses desafiadores atuando para maximizar benefícios e que os interesses reprimidos correspondem aos princípios doutrinários do SUS, componentes da luta histórica do movimento de reforma sanitária que sofre resistências para torna-se realidade nos quase vinte anos de implementação do SUS. A análise das internações hospitalares permitiu identificar no perfil da assistência médico-hospitalar (1990-2007) que mesmo com a redução proporcional do número de internações o setor complementar, principalmente os hospitais filantrópicos, continua com percentuais de valor pago semelhantes aos encontrados no início da criação do SUS. Apesar das mudanças políticas e organizacionais desenvolvidas pelo processo de reforma sanitária na implementação do SUS, e dos avanços detectados, evidências e dados empíricos indicam a incipiência e fragilidade dos mecanismos de regulação pactuados, que não foram capazes de mudar os padrões históricos e as características gerais da assistência hospitalar no SUS. O estudo demonstra que o processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS encontra-se capturado pela ação de grupos de interesse que canalizaram recursos públicos para os segmentos dos prestadores privados e filantrópicos de serviços assistenciais, que atuam no setor saúde brasileiro há décadas e se perpetuaram no SUS, distorcendo o processo de implementação do sistema e a prestação de serviços de alta relevância para a sociedade brasileira.

Palavras Chaves: Regulação em Saúde, Interesses Estruturais, Assistência Médico-Hospitalar.

FARIAS, Sidney Feitoza. **Structural interests in the regulation of medical and hospital care SUS**. 2009. Thesis (Doctorate em Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AIH Autorização de Internação Hospitalar
AMS Assistência Médico-Sanitária
ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar
CF Constituição Federal
CFM Conselho Federal de Medicina
CGU Controladoria-Geral da União
CIB Comissão Intergestores Bipartite
CNS Conselho Nacional de Saúde
CIT Comissão Intergestores Tripartite
CMB Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
CONASEMS Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPMF Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
DATASUS Departamento de Informática do SUS
EC Emenda Constitucional
EPSS Entidades dos Prestadores de Serviço de Saúde
FAE Fração da Assistência Especializada
FBH Federação Brasileira de Hospitais
FENAESS Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde
FENASAÚDE Federação Nacional de Saúde Suplementar
FPS Frente Parlamentar da Saúde
GED Grupo Executivo de Descentralização
GM Gabinete do Ministro
GT Grupo de Trabalho
INAMPS Instituto Nacional Assistência Médica Previdência Social
INTEGRASUS Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde
IV-E Índice de Valorização da Emergência
LOS Lei Orgânica da Saúde
MARE Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MS Ministério da Saúde
NOAS Norma Operacional da Assistência à *Saúde*
NOB Norma Operacional Básica do SUS
PAB Piso da Atenção Básica
PCB Partido Comunista Brasileiro
PCdoB Partido Comunista do Brasil
PDT Partido Democrático Trabalhista
PDS Partido Democrático Social
PEC Proposta de Emenda à Constituição
PPI Programação Pactuada Integrada
PFS Programa de *Saúde* da Família
PACS Programa de Agentes Comunitários de *Saúde*
PFL Partido da Frente Liberal
PMDB Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PSDB Partido da Social Democracia Brasileira
PT Partido dos Trabalhadores
PTB Partido Trabalhista Brasileiro
PPI Programação Pactuada Integrada
PFS Programa de *Saúde* da Família
PACS Programa de Agentes Comunitários de *Saúde*
RO Reunião Ordinária
SAS Secretaria de Assistência à Saúde
SIA Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH Sistema de Informações Hospitalares
SNA Sistema Nacional de Auditoria
SUDS Sistema Unificado e Descentralizado de *Saúde*
SUS Sistema Único de Saúde
TCG Termo de Compromisso de Gestão
TCU Tribunal de Contas da União
TFECD Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	18
2.1 O campo acadêmico da análise de política.....	18
2.2 Uma visão institucional da análise de política	24
2.3 Teoria dos interesses estruturais	29
2.4 Localizando conceitualmente a regulação.....	35
2.5 Modelos de regulação pública	43
2.6 A Regulação no SUS	46
3.1 Objetivo geral	54
3.2 Objetivos específicos.....	54
4.1 Desenho do Estudo.....	55
4.2 Período de Estudo.....	57
4.3 Fonte de dados	57
4.4 Técnicas de coletas de dados.....	59
4.5 Categorias de análise.....	60
4.6 Aspectos éticos.....	63
5.1 Caracterização da assistência à saúde no Brasil.....	64
5.2 Perfil geral da assistência médico-hospitalar no Brasil	70
5.3 Evolução da assistência médico hospitalar no SUS.....	76
6.1 Identificação e Caracterização dos Atores no Processo de Regulação da Atenção Médico-Hospitalar no SUS	102
6.2 Análise da Legislação e o Movimento dos Atores na construção do processo de Regulação no SUS	109
6.2.1 A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde	112
6.2.2 As Normas Operacionais Básicas no SUS.....	115
6.2.3 A Norma Operacional Básica de 1991	117
6.2.4 A Norma Operacional Básica de 1992	119
6.2.5 A Norma Operacional Básica de 1993	122
6.2.6 A Norma Operacional Básica de 1996	129
6.2.7 A Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e NOAS 01/02	142

6.2.8 A NOAS e a Crise nos Hospitais	146
6.2.9 O Pacto pela Saúde 2006	152
6.2.10 As Mudanças no Pacto pela Saúde	163
7.1 Interesses estruturais na Assistência Médico-Hospitalar do SUS	170
7.1.1 Aspectos Gerais da Regulação em Saúde	170
7.2 Modelo assistencial médico-hospitalar e os Interesses Estruturais nos anos 90	171
7.3 Fragilidade do papel regulador do CNS e o processo de captura da regulação na Assistência Médico-Hospitalar no SUS.....	174
7.4 Avanços e descompasso no processo de regulação do SUS.....	179
7.5 Fragmentação e fragilidade no processo de regulação.....	181
7.6 A questão da complementaridade do setor conveniado/ contratado ao SUS	184
APÊNDICES.....	204

1 INTRODUÇÃO

A regulação é uma função imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas nos sistemas de saúde. Ações neste campo compreendem o uso de diversos instrumentos e processos que buscam assegurar os grandes objetivos sociais do setor saúde e de contrabalançar ou enfrentar as numerosas falhas de mercado e falhas de governo classicamente observadas.

As enormes disparidades econômicas e sociais que caracterizam a sociedade brasileira inevitavelmente têm reflexo na área da saúde, tanto expressas nos perfis epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços. Também se reflete na configuração institucional do sistema de saúde, que, desde o início do século até os dias atuais moldam as características e definem a pauta das políticas públicas setoriais.

Ao longo de sua história o setor saúde vem passando por enormes transformações, se por um lado o contexto de crise econômica e democratização nos anos 80 favoreceram o debate político na área social que se refletiu nos avanços da Constituição brasileira de 1988 e em mudanças no sistema de saúde; nos anos 90, a busca para garantia dos princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de contínua tensão pelos diversos obstáculos estruturais e conjunturais recorrentes.

A regulação da assistência a saúde é uma prática corrente e vem sendo intensamente desenvolvida nas experiências internacionais em praticamente todas as formas de sistema de saúde. Embora que nesse contexto, a regulação de forma explícita, surge como uma estratégia de gestão do Ministério da Saúde (MS) que busca oficialmente a universalidade e equidade na oferta de serviços, em nosso país, só mais recentemente aparece no debate acadêmico e, na prática, configura-se basicamente ainda na operacionalização do acesso à oferta de serviços. Dado o nível de complexidade do sistema, ela abrange aspectos que vão desde a regulamentação de legislações até aqueles que lidam diretamente com o acesso do usuário aos serviços de saúde.

O tema saúde sob a ótica da regulação no texto constitucional e infraconstitucional é um assunto que se reveste de enorme complexidade e relevância, em face da amplitude do conceito de saúde; da organização

descentralizada das ações e serviços com repartição de competência entre as esferas de governo; da relevância pública das ações e serviços de saúde e da participação da comunidade na definição da política de saúde (SANTOS, 1997).

O campo da regulação sobre os Sistemas de Saúde circunscreve atividades específicas e difusas relacionadas à produção de serviços de saúde, tais como: a contratualização, o cadastramento, a organização de fluxos assistenciais e controle/avaliação. Essas atividades são denominadas formalmente no Brasil de **Regulação da Atenção à Saúde** e visam à produção de serviços de saúde adequados para as necessidades de saúde da população.

Segundo definição do próprio ministério da saúde as ações de Regulação da Atenção à Saúde concentram-se na preparação da infra-estrutura de serviços de saúde de forma a garantir uma oferta condizente em quantidade e qualidade com as necessidades da população. E mais ainda, aponta que o processo de compra de serviços na rede privada deve se pautar pelo interesse público e pelas necessidades assistenciais (BRASIL, 2002). Dessa forma, o este estudo se concentra sobre a análise da política de Regulação da Atenção médico-hospitalar dirigido aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados contratados pelo SUS.

A experiência de regulação no setor público de saúde no Brasil apresenta-se incipiente, com ênfase no setor de saúde suplementar. Observa-se por outro lado, grande carência e/ou insuficiência de literatura que discute particularmente a regulação da assistência médico-hospitalar no setor público e conveniado de saúde no SUS. Essa literatura mostra-se ainda inconsistente e ambígua, sobretudo os documentos oficiais que se caracterizam por um quase vazio teórico.

O processo de implementação do SUS demonstra uma enorme complexidade nos seus aspectos políticos, econômicos e organizativos que demandam a realização constante de novas pesquisas, para acompanhar o dinamismo e as mudanças que vêm ocorrendo no setor. Neste sentido, pesquisas desenvolvidas na área de regulação em saúde no Brasil se caracterizam pelo desenvolvimento recente e acúmulo teórico incipiente apesar do conhecimento empírico observado recentemente no SUS (IBANHES *et al.*, 2007).

Apesar da opção brasileira por um sistema de saúde público, observa-se, entretanto, a manutenção e/ou ampliação/contratação de leitos e de serviços de média e alta complexidade na assistência médico-hospitalar do setor privado conveniado/complementar ao SUS. Conforme os resultados da Pesquisa de

Assistência Médico-Sanitária (AMS) (IBGE, 2005), com relação à internação, o total de unidades hospitalares conveniadas que prestam atendimento ao SUS atingiu 78,9%, ou seja, mais de 2/3 são de serviços contratados. Quase 70% das unidades privadas no Brasil com internação atendem ao SUS.

A relação entre a oferta pública e a privada conveniada de assistência médico-hospitalar é, porém, muito mais complexa. Do lado dos provedores privados, o que se observa é uma diversidade de relações de credenciamento. Um mesmo estabelecimento pode, por exemplo, ser conveniado ao SUS, credenciado a uma ou mais operadoras do setor suplementar, e utilizado por indivíduos e famílias de forma privada (GAMA, 2003).

De acordo com os dados de internação do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) o setor privado/conveniado é responsável em média pela maior parte das internações e que superam os 2/3 desse tipo gasto por ano. Estes dados impressionam e opõe-se a idéia de *complementaridade* do setor privado definido pelos documentos oficiais do SUS que tratam da sua regulação institucional.

A Constituição de 1988 assegura aos cidadãos brasileiros os princípios de universalidade e equidade do acesso aos serviços de saúde, em seu Art. 196 garante aos cidadãos o direito à saúde e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação. Por outro lado, crescem progressivamente as queixas relacionadas a limites de acesso, a qualidade e carências nos serviços de saúde, principalmente na média e alta complexidade, ocupadas majoritariamente pelo setor conveniado/complementar (BRASIL, 1988).

Apesar dos discursos oficiais como setor prioritário observa-se, entretanto, problemas gestão no financiamento e na oferta de serviços, compatíveis com a implementação de um dos maiores projetos de inclusão social do país e, particularmente, de universalização da política de saúde da América latina. Na conformação da política regulatória para a assistência à saúde no SUS verifica-se uma quantidade numerosa e diversa de portarias, como as Normas Operacionais Básicas (91, 93, 96), passando pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) (01 e 02) e atualmente apresenta-se o Pacto pela Saúde como arranjo institucional descentralizado com comando único de um sistema altamente complexo.

Estes aspectos introdutórios mencionados são apenas alguns dos ingredientes da complexidade do setor saúde sob a ótica da regulação pública, fato que aumenta a relevância do presente estudo. Pesquisas neste campo podem permitir uma visão mais precisa dos problemas que afetam a gestão do sistema de saúde, numa área de escassos trabalhos e publicações específicas. Assim, estudar o SUS com ênfase na Regulação da Atenção à Saúde e compreendendo-a como um importante aspecto da gestão, é uma forma de aperfeiçoar criticamente as estratégias da política de regulação, ampliando o debate acerca do seu complexo processo de implementação. Particularmente, a regulação é um tema relevante considerando sua função na gestão pública e que tem apresentado extenso desenvolvimento em vários países em diversos recortes e aplicações práticas, entretanto na literatura nacional carece de maior densidade o que remete a possibilidade desse estudo contribuir com acréscimo ao conhecimento nesta área no Brasil.

Abordamos este tema a partir das contribuições do neoinstitucionalismo histórico (IMMERGUT, 1992) que auxiliam na compreensão das instituições e atores sociais e as interações entre regras, interesses, estratégias e poderes, aliado a Teoria dos Interesses Estruturais proposto por Alford (1975) que define três categorias: Dominantes, Desafiadores e Reprimidos. Esta teoria contribui para explicar ações específicas de grupos de interesses e o entendimento comportamento dos agentes e os contornos do sistema de saúde, e tem sido utilizado por vários autores para analisar sistemas de saúde em outros países (BERNARD; HARRISON, 1986; HARRISON; AHMAD, 2000; NORTH, 1995; NORTH; PECKMAN, 2001).

Para orientar esta pesquisa foi adotada a seguinte pergunta condutora e hipótese:

1.1 Pergunta de pesquisa

Como se desenvolveu o processo regulatório no SUS e por que o processo de regulação da assistência médico-hospitalar é incipiente, fragmentado e frágil?

1.2 Hipótese

Fortes interesses representados pelo setor conveniado/contratado ao SUS atuaram na assistência médico-hospitalar produzindo uma regulação capturada e fragmentada, que favoreceram este setor maximizando seus benefícios.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 O campo acadêmico da análise de política

A investigação no campo da análise de políticas públicas é vasta e complexa do ponto de vista teórico-conceitual e metodológico. Essa área acadêmica envolve estudos das relações entre agentes governamentais e demais atores da sociedade na produção das políticas. A análise de políticas públicas se constitui num ramo das ciências sociais aplicadas que permite lançar vários olhares sobre objetos distintos, pois incorpora diferentes contribuições das ciências que interagem neste campo, tais como: a ciência política, a sociologia, a antropologia, a economia e a estatística, dentre outras.

Por muitas décadas, um dos objetivos fundamentais da análise de políticas públicas foi apreender os elementos dinâmicos que se articulam nas diversas fases do ciclo de uma política, e buscar desenvolver explicações para distintas fases ou etapas da política. Essas análises ligadas às primeiras gerações da teoria da implementação, fundamentada no conceito dos estágios heurísticos, levavam em conta o modo de funcionamento do Estado e instituições governamentais, identificando as características das organizações públicas; dos atores envolvidos no processo político; dos mecanismos, critérios e estilos relacionados à tomada de decisão pelas instituições responsáveis. Apenas posteriormente outros modelos surgiram procurando estabelecer relações entre essas variáveis e o nexo causal entre variáveis externas e internas que influenciam a política.

As novas gerações de estudos e análise de política deixam claro que a política pública não se caracteriza como um fenômeno ou processo linear, com início, meio e fim. Pelo contrário, envolve um complexo produto marcado por confrontações, transações e ajustes entre os atores governamentais e sociais, que na prática funcionam como um emaranhado processo de relações de poder ou de momentos que se interconectam e envolve distintos participantes em diferentes níveis e dimensões interdependentes.

Particularmente, na política de saúde a correlação de forças é bastante conflitante por envolver interesses múltiplos, representados pela burocracia estatal,

pelas diversas categorias profissionais, pelos partidos políticos e os poderosos grupos de interesses dos prestadores privados e do complexo produtivo científico-tecnológico representados, tanto pela indústria farmacêutica, pela indústria de produção de equipamentos, tecnologias e processos, como pelo desenvolvimento de novos conhecimentos e formação profissional.

O estudo das políticas públicas tem merecido realce, nos últimos anos, a partir da compreensão de que quanto maior aprofundamento e análise em tese melhor será sua qualidade na formulação, condução, avaliação e aprimoramento. A complexidade que envolve o tema requer um amplo instrumental, fazendo uso de modelos de análise e *frameworks* que articulam várias teorias para apreensão da realidade complexa estudada. Na evolução da análise de política identifica-se que não existe uma idéia única ou, um consenso, sobre o conceito de políticas públicas e as formas de estudá-la. Seu objeto de domínio compreende modelos avançados que vai desde análise da formulação, da execução à revisão da política. Como categoria teórica à política abrange tanto questões relativas ao poder: natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas, quanto as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de governo (PAIM, 2002).

A política é um conceito central tanto na análise como na prática do modo que somos governados. Colebatch (2002) afirma que a política não é um processo “desincorporado”, mas ativamente modelado para afetar pessoas a mudar/ou manter *status quo*. Em linhas gerais, é um meio pelos quais os indivíduos administram, de dentro do governo ou fora dele. A política é o caminho em que “os decisores políticos” tentam impacto sobre o mundo real. Além disso, a esfera pública deve ser entendida como sendo uma parte central da política, e não distinta dela. Assim, a política pode ser examinada como uma tentativa de pôr em prática valores políticos. O processo político é ao mesmo tempo uma busca de metas compartilhadas, e a formação da ação coletiva entre as pessoas que podem ter diversos pontos de vista (COLEBATCH, 2002, p. 6).

Outro aspecto mencionado por Hecló (1972, p. 84-85), é que o conceito de política não é “auto-evidente”. Ele sugere que “uma política pode ser considerada como um curso de uma ação ou inação (ou “não-ação”), mais do que decisões ou ações específicas”. Por sua vez, Ham e Hill (1993, p. 13) analisam as “implicações do fato de que a política envolve antes um curso de ação ou uma teia de decisões muito mais que uma decisão”, destacando aspectos como:

1. há uma rede de decisões de considerável complexidade;
2. há uma série de decisões que, tomadas em seu conjunto, encerram mais ou menos o que é a política;
3. políticas mudam com o passar do tempo e, em conseqüência, o término de uma política é uma tarefa difícil;
4. o estudo de políticas deve deter-se, também, no exame de não-decisões.

Estes autores afirmam, ainda que, o estudo de não-decisões tem adquirido importância crescente nos últimos anos. Se a política pode ser entendida como uma atividade por meio da qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras gerais sob as quais se vive, a política pública é, por sua vez, a elaboração, a preservação e a correção das regras gerais, visando atender às demandas da sociedade. Envolve decisões e não-decisões e cujo caráter é político, pois são adotadas por autoridades públicas e se traduzem em leis e outros corpos normativos, com efeitos vinculantes a todos os que são afetados por elas (HEYWOOD, 1997).

A Política pública corresponde a um conjunto específico de ações governamentais, que irão produzir determinados efeitos (WILSON, 2000). Estas ações abrangem o significado ou a interpretação de um determinado problema, percebido por vários agentes. Dessa forma, são formuladas propostas para alterar a situação inicial, a partir de conseqüências antecipadas daquelas ações. A política pública pode ser entendida como um conjunto de ações conduzidas por um ator, ou um conjunto de atores, referentes a um determinado problema que, nos modernos Estados democráticos, busca legitimidade (ARAÚJO, 2000).

Para Silva (1999), estas ações são racionalmente formuladas visando alcançar determinados resultados, por meio de sua implementação, na forma de projetos, de programas ou políticas. Essas atividades são intervenções, que se caracterizam por um “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE; DENIS, 1997, p. 31). Segundo este autor, as intervenções têm cinco componentes: contexto preciso de um dado momento; objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades e efeitos.

A análise de políticas públicas pode ser utilizada por gestores e formuladores públicos, como suporte para “julgamentos racionais”, que auxiliem no encontro de

soluções para os problemas identificados. Dessa forma, tem uma finalidade prática, contribuir para orientar decisões. Dunn (1981, p. 35) a entende como uma:

Disciplina das ciências sociais aplicadas que utiliza múltiplos métodos de investigação e argumentação, para produzir e transformar informações relevantes de política que podem ser utilizadas num quadro político, para resolver problemas de política.

Neste sentido, se constitui em um conjunto de procedimentos para produzir argumentos racionais, abrangendo desde a definição do problema até a avaliação de seus impactos. Ainda, segundo este autor, em uma acepção ampla, a análise de políticas envolve a produção de conhecimento de processos de políticas e utiliza uma variedade de possibilidades metodológicas, de métodos e técnicas, que são utilizadas de acordo com o problema que se pretende resolver.

Vários autores como Dunn (1981) têm uma perspectiva racionalista da política, entretanto existem inúmeros modelos que analisam a política a partir de uma perspectiva não-racional ou mecânica. No complexo processo de interação social, as políticas públicas nem sempre são a expressão do desejo dos governantes, sobretudo em países democráticos, onde a relação entre o estado e a sociedade organizada se dá através de canais de negociação. Estes canais permitem a sociedade se expressar por mecanismos de pressão, *lobby* ou outras formas de luta, que garantam benefícios da ação do Estado para interesses de segmentos sociais mais organizados.

Neste sentido, o processo político pode ser abordado pela ótica da dialética enquanto fenômeno social, um processo que guarda muitas contradições, onde as políticas públicas executadas pelos governos estão contextualizadas dentro de um processo histórico que representam, na verdade, a incorporação de demandas sociais por parte do Estado capitalista. Neste percurso histórico os direitos da cidadania são absorvidos pela agenda de governo, em função de lutas sociais que impõe a incorporação de novos direitos num dinâmico processo de conquista. Dessa forma a política é tanto uma estratégia de ação do Estado, como uma luta em função do exercício do poder real, que se constitui numa variável de extrema importância no seu processo de análise.

A análise da política pública é um campo dinâmico, de formalizações teóricas, conceituais e metodológicas que mudam constantemente, à medida que os sistemas

políticos e as sociedades se tornam mais complexos e se interpenetram por numerosos fatores dos contextos nacional e internacional (LABRA, 1999). Vale lembrar que a própria natureza da área da política, pelo conjunto de fenômenos envolvidos, influi nas variáveis e dimensões para a sua análise, o que significa que não se dispõe de modelos acabados consensuais para o estudo do processo de produção ou implementação de uma determinada política, por isso temos uma variedade de correntes de pensamento ou abordagens que tem muitas vezes o caráter meramente didático e/ou analítico.

Constituem-se perguntas chaves no estudo das políticas públicas: o que fazem os governos, como e por que o fazem? Segundo Labra (2000), são perguntas que têm a ver com a capacidade de um sistema político de tomar decisões que resolvam os inúmeros e contraditórios problemas colocados pela sociedade, mediante complexos arranjos produtores de políticas, que resolvem problemas contingentes, mas incubam novos conflitos.

Embora várias definições tenham sido feita por autores que se têm dedicado ao tema, pode-se dizer que a Análise de Políticas pode ser considerada como um conjunto de conhecimentos proporcionado por diversas disciplinas das ciências sociais utilizados para buscar resolver ou analisar problemas concretos em política pública (BARDACH, 1998).

Para Wildavsky (1979, p. 15), a Análise de Política recorre a contribuições de uma série de disciplinas diferentes, a fim de interpretar as causas e conseqüências da ação do governo, em particular, ao voltar sua atenção ao processo de formulação de política. Ele considera, ademais, que Análise de Política é uma sub-área aplicada, cujo conteúdo não pode ser determinado por fronteiras disciplinares, mas sim por uma abordagem que pareça apropriada às circunstâncias do tempo e à natureza do problema. Lasswell (1951, p. 3), diz que essa abordagem vai além das especializações e disciplinas existentes e consolidadas.

Dye (1976) apresenta uma conceituação sucinta onde afirma que fazer “Análise de Política é descobrir o que os governos fazem, porque fazem e que diferença isto faz”. Para ele, Análise de Política é a descrição e explicação das causas e conseqüências da ação do governo. Numa primeira leitura, essa definição parece descrever o objeto da ciência política, tanto quanto o da Análise de Política. No entanto, ao procurar explicar as causas e conseqüências da ação governamental, os cientistas políticos têm-se concentrado nas instituições e nas

estruturas de governo, só há pouco se registrando um deslocamento para um enfoque comportamental (HAM; HILL, 1993, p. 4).

Ham e Hill (1993, p. 5) ressaltam que “recentemente a política pública tornou-se um objeto importante para os cientistas políticos. O que distingue a Análise de Política do que se produz em ciência política é a preocupação com o que o governo faz”, e portanto se concentra sobre questões objetivas, ou seja não apenas na postura dos agentes políticos, ou o caráter das ações de governo, mas o que de fato a população recebe concretamente como a provisão de serviços de saúde. O escopo da Análise de Política, porém, vai muito além dos estudos e decisões dos analistas, porque a política pública pode influenciar a vida de todos os afetados por problemas das esferas públicas e política, dado que os processos e resultados de políticas sempre envolvem a vários grupos sociais e porque as políticas públicas se constituem em objeto específico e qualificado de disputa entre os diferentes agrupamentos políticos, com algum grau de interesse pelas questões, que têm no aparelho de Estado um *locus* privilegiado de expressão e disputa.

A Análise de Política engloba um grande espectro de atividades, todas elas envolvidas de uma maneira ou de outra com o exame das causas e conseqüências da ação governamental. Assim, uma definição correntemente aceita sugere que a Análise de Política tem como objeto os problemas com que se defrontam os fazedores de política (*policy makers*) e como objetivo auxiliar o seu equacionamento através do emprego de criatividade, imaginação e habilidade.

Esse um campo da prática profissional que diz respeito a análise científica dos índices e das conseqüências das políticas, particularmente na gerência e no planejamento do setor público. O campo emergiu também muito fortemente depois da II guerra mundial por afluência de quatro disciplinas: (1) ciência de gerência e engenharia de sistemas; (2) economia de bem-estar; (3) as ciências políticas e administrativas; e (4) as ciências sociais empíricas. Lerner e Lasswell (1951) são considerados por muitos os pais desse campo do conhecimento, embora seus conceitos e ferramentas principais tenham sido desenvolvidos realmente nas décadas subseqüentes. Os representantes mais expressivos eram Quade e Boucher (1968), Dror (1968, 1971) e Lasswell (1971); e mais recentes são Dunn (1994), Bardach (2000) e Ulrich (2002).

Frey (2000) aponta alguns conceitos utilizados para fundar o processo de análise e a suas diversas dimensões, que têm origem nos países desenvolvidos.

Três destas dimensões são: (1) ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico e a estrutura institucional do sistema político-administrativo (*polity*); (2) a dimensão processual da política, de caráter conflituoso quanto aos objetivos, conteúdos e às decisões de distribuição de seus efeitos (*politics*); (3) aos conteúdos concretos, isto é, à configuração de programas, aos aspectos técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas – política setorial ou programas sociais (*policy*). No processo político, há um inter-relacionamento e interdependência entre estas dimensões. As duas primeiras, dizem respeito aos contextos, enquanto a última, está mais circunscrita aos conteúdos dos sub-sistemas setoriais ou programáticos (ARAÚJO, 2000).

Para conhecermos o comportamento dos agentes presentes no processo político numa área qualquer de política pública, faz-se necessário identificar as características mais essenciais da própria política. Este processo envolve examinar a estrutura de relações de interesses políticos construídos pelos atores envolvidos; explicar a relação entre o primeiro nível superficial das instituições e o terceiro nível mais profundo da estrutura econômica. Dessa forma, se a vasta literatura sobre análise do processo de formulação de políticas proporciona um rico instrumental teórico-metodológico, a simultânea abrangência e especificidade da Regulação em Saúde como uma política pública determina a forma como os elementos analíticos acima mencionados configuram-se em um determinado momento histórico, bem como a profundidade, o escopo e o alcance das decisões tomadas para transformar uma situação vigente em uma dada conjuntura político-institucional.

2.2 Uma visão institucional da análise de política

A corrente institucionalista da economia trouxe para o debate questões bastante relevantes; tais como uma determinada configuração institucional pode modelar condutas, preferências e interações dos atores em situações de decisão estratégica. Realçando, principalmente, as configurações das estruturas administrativas, legais e políticas de forma detalhada, homogeneizante, normativa e não histórica, sem desenvolver categorias e conceitos de alcance médio que facilitassem avanços na análise explicativa (STEINMO; THELEN, 1994).

Os enfoques neopluralistas e neocorporativistas desenvolvem-se na década de 70 e 80, no intuito de explicar a intermediação de interesses no processo de produção de políticas, centrando-se respectivamente nas redes ou comunidades políticas e nos interesses altamente organizados, vinculados formalmente às arenas estatais de decisão. Entretanto, o poder político quando analisado como um atributo estático ou inerente a determinados grupos ou atores, não consegue explicar como grupos igualmente poderosos e organizados obtiveram resultados tão diferentes em contextos políticos diversos (IMMERGUT, 1996; STEINMO; THELEN, 1994).

Novas abordagens passaram a considerar fatores institucionais de nível intermediário, e seu importante papel na definição das constelações de incentivos e constrangimentos enfrentados pelos atores políticos, em dadas conjunturas de decisão. Nessa linha, o campo da política comparada contribui de forma importante para explicar por que países frente a problemas tão semelhantes encontraram soluções tão diferentes em um determinado contexto histórico, examinando comparativamente fenômenos políticos, sociais e econômicos, sem diluí-los em generalizações totalizantes, que impossibilitam explicar o papel preponderante das instituições em diferentes contextos nacionais (GRANT *apud* LABRA, 1999).

As teorias neoinstitucionalistas analisam o caráter relacional das instituições, centrando-se na forma como uma determinada configuração institucional modela as interações políticas e como as instituições alinham as estratégias políticas influenciando seus resultados. O ponto central dessa perspectiva está na maneira como as regras institucionais permitem que as demandas se tornem visíveis e politicamente significantes, olhando os atores como objetos e agentes da história e examinando arranjos institucionais que estruturam as relações entre Estado, sociedade e formulação de políticas, em um processo contínuo de interação (STEINMO; THELEN, 1994).

A dificuldade em definir instituições, deve-se à aplicação geral do termo tanto para as condutas públicas e privadas em geral, como para as sancionadas de forma explícita e coercitiva por órgãos da sociedade especificamente designados para tal (INSTITUIÇÕES, 2000). Em face aos dois sentidos normalmente utilizados, adotamos a noção de instituições como regras formais e práticas operacionais *standard*, que estruturam as relações entre os indivíduos nas diversas unidades da sociedade e incluem organizações, regras formais, regras informais e procedimentos que estruturam condutas (GIDDENS, 2000; HALL, 1986). E nesse sentido, para

Giddens (2000) toda sociedade constitui-se de um complexo de práticas recorrentes que criam instituições que somente tem forma, e essa somente afeta seus membros, enquanto estrutura que se produz e reproduz no que eles fazem.

No campo da análise de políticas, o neoinstitucionalismo como um conjunto de escolas com várias correntes comporta basicamente duas abordagens teóricas: a da escolha racional (*rational choice*) e a do neoinstitucionalismo histórico. Na perspectiva da escolha racional, os indivíduos estratégicos e racionais tomam decisões dentro de constrangimentos, buscando maximizar seus interesses. As peças chave do modelo são: a premissa da racionalidade (auto-interesse), as formas de constrangimento (escassez de recursos e/ou regras institucionais e organizacionais), a natureza da ação estratégica (presunção da racionalidade instrumental dos outros decisores) e a busca por uma solução de equilíbrio, situação onde as partes não têm motivos para mudar sua escolha (STEINMO; THELEN, 1994).

Por outro lado, para o neoinstitucionalismo histórico, sem desconsiderar totalmente esta perspectiva racional, aponta para uma densa e muito mais complexa matriz de instituições e atores que se movimentam e manobram motivados por um conjunto de preferências conflitantes, elaborando metas, estratégias e ações dentro de um determinado contexto. É necessária uma análise historicamente contextualizada que explique a formação de preferências, pois, onde há grupos com interesses múltiplos e conflitantes, é preciso examinar os processos políticos nos quais surgem as convergências. A sucessão dos eventos é importante nesta análise, na medida em que afeta os resultados das decisões. A trajetória da dependência (*dependency path*) das decisões políticas em relação a seqüência decisória anterior é relevante pois, em sua maioria, uma dependência estrutural forte tende a produzir mudanças incrementais na política (LINDBLUM, 1981; STEINMO; THELEN, 1994). Esse é um conceito fundamental para a análise da Regulação da Assistência no SUS.

A análise histórica de como esses processos ocorrem é um dos pontos centrais da abordagem e o seu núcleo encontra-se nas instituições como relações padronizadas, onde as interações entre as regras, os atores, interesses, estratégias e poderes são identificadas e integradas em um dado contexto, possibilitando capturar a complexidade das situações políticas reais (LABRA, 1999, 2000; STEINMO; THELEN, 1994).

Para Immergut (1992, p. 19, 1996, p. 162), as teorias sociais do poder político auxiliam na compreensão do potencial dos atores sociais, mas são incompletas se ignorarem as instituições políticas que permitem a efetivação desse potencial. Sem a análise das instituições políticas, as variáveis sociais ficam dissociadas do contexto político que lhes confere significado. Nas palavras da autora “[...] Nenhuma concepção de política pode se basear exclusivamente seja nas instituições, seja nos atores; os dois elementos são necessários para elaborar nossa compreensão do passado e para pensar nosso papel como sujeitos do futuro”.

Ao moldar as estratégias e metas dos atores mediando suas relações de conflito e cooperação e conduzindo os processos de decisão por determinadas vias, as regras institucionais estruturam situações políticas, possibilitando escolhas ou induzindo constrangimentos em diferentes momentos do processo decisório. Ao focalizar as instituições como produto e condicionante de conflitos e escolhas políticas, ao tempo em que constroem e modelam as estratégias e as condutas dos atores, busca-se entender as questões centrais da vida política: a escolha e o constrangimento (STEINMO; THELEN, 1994).

O sistema político, ao limitar o âmbito das ações permitidas aos indivíduos em uma sociedade, reduz a complexidade dos sistemas sociais e, logo, as possibilidades de ação dos indivíduos, garantindo, assim, a sua própria estabilidade e reprodução (SISTEMA..., 1983). Dessa forma, instituições como uma estrutura de interesses políticos, organizacionais, econômicos e sociais podem configurar e constroem estratégias políticas de forma importante, como também podem se constituir no resultado (consciente ou não) de estratégias políticas deliberadas, de conflito político e de escolhas, fornecendo, conforme Rothstein (*apud* STEINMO; THELEN, 1994), a ponte teórica entre os homens que fazem a história e as circunstâncias sob as quais são capazes de fazê-la.

Para Immergut (1996), as instituições sem dúvida alguma são criadas por atores sociais envolvidos numa luta pelo poder político e, para compreender seu impacto, é preciso analisar os incentivos, as oportunidades e as restrições que oferecem aos atores envolvidos na disputa. Nesse sentido, apesar da preponderância explicativa das instituições quanto ao que acontece na vida política de um país (a definição das regras, a delimitação das arenas, os tipos de organização de interesses, as estratégias de cooperação e confronto e os recursos dos atores políticos e sociais), são os padrões de previsibilidade e de indecisão

configurados por mecanismos institucionais específicos que se constituem na chave para entender a dinâmica e a complexidade dos processos legislativos de *policy-making*.

Esses padrões interferem na capacidade do Executivo em aprovar seus programas legislativos, assim como na capacidade dos grupos de interesse em influir no processo legislativo. As instituições conduzem as decisões políticas ao longo de vias de trajetórias e passagem (*paths*) onde, em diferentes arenas políticas, os participantes concorrem para tomar uma decisão. Quando atores-chave não são contemplados e/ou levam desvantagem no processo político institucional (crise, esgotamento) ocorre mudança e não manutenção das vias.

O significado e as funções das instituições podem mudar no tempo, produzindo resultados novos e inesperados, e a análise do processo político pelo qual as próprias instituições são criadas e evoluem procura explicar tais transformações. Conforme Immergut (1996), se as instituições devem ter uma determinada capacidade de permanência, como as mesmas instituições podem explicar tanto a estabilidade como a mudança? Como podem explicar, também, a estabilidade e a mudança nas políticas? E se elas limitam o escopo da ação aparentemente possível aos diferentes atores, por que estes conseguem escapar, às vezes, dessas restrições?

A autora conclui que as instituições devem ser pensadas juntamente com os interesses e os atores, pois ambos os componentes são necessários para entender o passado e o nosso papel como sujeitos do futuro (IMMERGUT, 1996, p. 163).

Apesar da diversidade de pressupostos teóricos e uma miríade de possibilidades de abordagens tendo como as instituições no processo histórico da política há lacunas quanto a objetiva operacionalização desses conceitos que requer um esquema complementar. Neste sentido a Teoria dos Interesses Estruturais parece um promissor instrumento para montagem de um esquema mais completo que possa abordar questões complexas e concretas no campo da regulação da assistência no SUS. Neste aspecto o modelo de análise de Alford (1975) guarda coerência com o neo-institucionalismo histórico e permite rigor metodológico quanto a sua aplicação operacional.

2.3 Teoria dos interesses estruturais

Em meados da década de 1970, Robert Alford esboçou a Teoria de 'Interesses Estruturais' para explicar as interações observadas entre médicos, gestores e a 'comunidade', no sistema de saúde da cidade de Nova Iorque durante a década anterior (ALFORD, 1975). O aumento dos custos, a baixa esperança de vida, elevadas taxas de mortalidade infantil e limitado acesso a serviços para uma significativa proporção da população não coberta pelo seguro de saúde gerava, simultaneamente, um contínuo sentimento de crise e uma seqüência de "comissões de inquérito" nas duas décadas pós-Segunda Guerra Mundial. Analisando os relatórios dessas comissões, Alford concluiu que: "as principais barreiras aos cuidados de saúde reside nas competências dos interesses estruturados estrategicamente" (ALFORD, 1975, p. 13).

A teoria de Alford se baseia em dois conceitos políticos de interesses e poder. Os interesses são difíceis de definir, mas significam aproximadamente algo que é importante para o proprietário do interesse por causa do benefício ou prejuízo que isto pode trazer para o mesmo ou para o grupo social ao qual pertence. O poder é habilidade para provocar efeitos significativos, especificamente promovendo os próprios interesses do agente ou afetando os interesses de outro, positivamente ou negativamente. O valor de alguma coisa para uma pessoa ou grupo está estreitamente associado à visão dos próprios interesses (WILLIAMSON, 2008).

Alford definiu os "interesses estruturais", a partir do grau em que os "interesses [são] servidos ou não servidos pela maneira em que eles 'encaixam' na lógica e nos princípios básicos pelos quais as instituições da sociedade funcionam." (ALFORD, 1975, p. 14). Nesse modelo são definidas três categorias de interesses estruturais:

A primeira, os **interesses dominantes** são definidos como "aqueles servidos pela estrutura social, econômica e políticos institucionais que existem em um momento determinado". Para Alford (1975) esse conceito está ligado (a) ação organizada de um grupo para representar seus interesses (= 'grupo de interesse') e (b) aqueles interesses 'servidos ou não servidos' pela maneira como são "adequados" a lógica e aos princípios básicos pelos quais as instituições de uma sociedade operam (= 'interesses estruturais'). Um exemplo de um interesse

estrutural dominante, apresentado pelo autor a nível micro-organizacional, é o monopólio profissional no qual instituições existentes protegem e reforçam a lógica desse princípio em cima da produção e distribuição de serviços de saúde.

A segunda, os **interesses desafiadores** são “aqueles que estão sendo criados pela estrutura em mudança da sociedade”. Com a evolução tecnológica e divisão do trabalho na produção e distribuição em saúde são criadas novos interesses estruturais os quais ele rotula de "racionalização corporativa". As organizações burocráticas, principalmente os hospitais, são os principais agentes potencialmente disponíveis para organizar esta complexa tecnologia de uma forma que torna diferentes comportamentos qualificados à disposição dos pacientes (ALFORD, 1975, p. 15).

Administradores hospitalares, escolas médicas, governo, etc se constituem em grupos de interesse que compartilham [...]. De um relacionamento comum às mudanças subjacentes na tecnologia e na organização do cuidado de saúde. Isto [...] gera o desenvolvimento de um interesse próprio quebrando o monopólio dos médicos sobre a produção e a distribuição do cuidado de saúde (ALFORD, 1975, p. 15).

A terceira, os **interesses reprimidos**, “são o oposto dos dominantes (embora não necessariamente sempre no conflito com eles); a natureza das instituições garante que estes *não* serão servidos a menos que as energias políticas extraordinárias sejam mobilizadas”. Os interesses estruturais reprimidos são aqueles da "população/comunidade", dos grupos de interesse variados dos pobres rurais e urbanos brancos, pretos do gueto, a classe média mais baixa... Estes “ ‘interesses reprimidos’ [...] são considerados estruturais, porque nenhuma instituição social ou mecanismo político na sociedade asseguram que sejam servidos” (ALFORD, 1975, p. 15, grifo do autor).

No contexto específico de Nova Iorque nas décadas anteriores a 1970, Alford (1975, p. 14) identifica o ‘**interesse dominante**’ como ‘**monopolização profissional**’, ou seja, médicos, escolas médicas e agências de saúde pública que têm interesse em manter um "controle da oferta de médicos, a distribuição e os custos dos serviços e das regras que regem hospitais". Como um exemplo, ele discute que a equipe médica que dominou os corredores dos hospitais de Nova Iorque naquele momento estava tão empenhada em manter práticas privadas lucrativas que eles dirigiram o hospital como a sua "oficina", resistindo à expansão

da sala de emergência ou outros serviços para os clientes não segurados (ALFORD, 1975, p. 196). Além disso, ele argumenta que o componente estrutural que beneficia os interesses dominantes foi tal que:

Mesmo as reformas de saúde acomodam-se aos já existentes interesses e privilégios dos médicos. O *Medicare* (serviço federal financiado para os idosos nos E.U.A), por exemplo, permite explicitamente que os hospitais forneçam aos médicos gratuitamente equipamentos e espaço (ALFORD (1975, p. 196).

Para Alford (1975, p. 17, grifo nosso), a natureza estrutural dos interesses dominantes significa que a sua posição dominante torna-se "algo adquirido como legítimos, como *a única forma possível* em que esses serviços de saúde podem ser prestados".

Conforme Alford (1975, p. 14) as instituições de saúde:

[...] devem ser entendidas em termos de uma luta contínua entre interesses estruturais principais que operam dentro do contexto de uma sociedade de mercado – ‘profissionais monopolistas’ que controlam os principais recursos de saúde, ‘racionalizadores corporativistas’ que desafia o poder deles, e a ‘população/comunidade’ que procuram melhores cuidados de saúde através das ações de saúde que defende igualdade.

Esta passagem poderia ser lida como se ele sugerisse que os monopolistas profissionais tendem a ser dominantes.

Assim, existem 2 pontos de vista sobre as grandes reformas no setor da saúde:

- a) Reformadores de Mercado que culpam a burocracia e querem mercados e à concorrência;
- b) Reformadores Burocráticos que culpam os mercados e querem mais regulação e finanças públicas (ALFORD, 1975, p. 1).

Esses interesses poderosos tiram proveito do sistema sanitário precisamente como ele é - com seu planejamento e administração ineficaz, e problemas relacionados aos componentes organizacionais e distintos profissionais separados não coordenados para responder às demandas do doente para os cuidados. Estes interesses não têm que exercer o “poder” de influenciar “decisões particulares” exceto sobre as propostas do bloco que propõe mudanças (ALFORD, 1975, p. 6).

Em mais detalhe, Alford (1975) identifica pressões dentro do sistema da saúde de Nova Iorque que tendeu a gerar ou reforçar o desafio ao *status quo* como:

a complexidade crescente dos cuidados médicos; especialização crescente entre médicos; e os custos crescentes associados à introdução de tecnologias cada vez mais complexas. Para os gestores do sistema, estas pressões implicaram a necessidade de uma maior coordenação entre serviços e gestão burocrática mais eficiente. Alford (1975, p. 15, grifo nosso) rotula este interesse desafiador como **'racionalização corporativa'**, e argumenta que este grupo tem interesse em "quebrar o monopólio profissional dos médicos sobre a produção e a distribuição dos cuidados de saúde". Finalmente, os **"interesses reprimidos' naquele momento e lugar eram os pobres**, o não-segurados e aqueles cujas rendas os empurraram um pouco acima do limiar para *Medicaid* (programa estatal dos EUA para as pessoas muito pobres) cujas instituições sociais ou mecanismos políticos na sociedade [assegura] que estes interesses serão servidos" (ALFORD, 1975, p. 15, grifo nosso).

A análise de Alford (1975, p. 254) implica uma resistência à mudança, enraizada no caso específico de Nova Iorque no "domínio do setor privado e da classe média" onde passa a argumentar que "a política governo não é fundamentalmente importante, exceto na medida em que a política seja a não interferência no setor privado". Ele também discute que essa é uma explicação para a durabilidade das relações estruturais que reside no fato de que grupos de interesse dominantes e desafiadores têm um interesse comum em alcançar acordos para fortalecer o *status quo* (ALFORD, 1975, p. 262).

Assim, a cena de Nova Iorque nos anos 60, de acordo com Alford (1975), foi dominada pelo desenvolvimento de pequenos sistemas de prestação de cuidados a grupos desfavorecidos, enquanto que o problema global de uma grande parte da população não segurada não foi tratada.

É crucial lembrar que a análise de Alford (1975) está essencialmente situada, e as categorias identificadas como "dominante" e "desafiador" (monopolistas profissionais e os racionalizadores corporativos, respectivamente) relacionam-se a cidade de Nova Iorque no final dos anos 1960, porém, tal como mencionado anteriormente, ele era pessimista sobre perspectivas de mudanças substanciais.

Talvez, em parte devido a este pessimismo, a natureza de sua teoria tem sido muitas vezes não atendida ou omitida por outros analistas que o utilizaram como um marco para explorar a natureza dos sistemas de saúde em outras épocas e em outros lugares. Alguns não fazem qualquer referência ao tempo ou lugar do estudo de Alford (por exemplo, Ham em 2004 no Reino Unido; Lewis e Considine (1999), na

Austrália). Outros ainda parecem ter como referência suas categorias originais. A análise de Duckett (1984, p. 959, grifo nosso) sobre o *sistema de saúde* australiano afirma que Alford “identifica o interesse dominante no setor saúde como sendo ‘profissional monopolista’”, sugerindo que a análise de Alford foi aplicada para analisar 'do setor de saúde' como um todo.

Da mesma forma, Cho (2000, p. 124) examina interações entre os profissionais ligados a tradicionais formas da medicina oriental na Coreia e os que defendem a farmacologia no estilo ocidental e afirma que: “[interesses estruturais dominantes] se manifestam sob a forma de ‘monopólio profissional’”, sugerindo que esses interesses são permanentemente dominante.

Alguns autores têm ressaltado que a identidade de interesses estruturais é um problema empírico que pode incluir outros grupos (Barnard e Harrison (1986) proposto para os trabalhadores manuais do National Health Service (NHS) como outro interesse reprimido) e pode mudar com o passar do tempo (Harrison e Ahmad, (2000) - sugerem que os gerentes tivessem se tornado o interesse estrutural dominante no NHS). Outros questionaram a relevância das categorias de Alford na análise da atenção primária no Reino Unido (NORTH, 1995; NORTH; PECKHAM, 2001).

Além do pessimismo de Alford (1975) sobre mudança, a durabilidade de suas categorias como manifesto na literatura de política de saúde é talvez devido a seu 'organizado' caráter (NORTH, 1995) e a forte validade do ‘monopólio profissional’ e ‘racionalidade corporativa’, dentro de uma comunidade acadêmica para quem a análise de profissionalismo e o conflito entre os profissionais e gerentes dentro de sistemas de saúde foram muito tempo tópicos proeminentes para discussão e investigação (ALLSOP, 1995; BAGGOTT, 1998; HARRISON; HUNTER; POLLITT, 1990).

Esta teoria é baseada nos interesses estruturais observados numa economia de mercado e os modos através dos quais é tracionado o poder estatal para servir a esses interesses. Esta aproximação é útil para explicar ações específicas de grupos de interesse, explicando o comportamento dos agentes e os contornos principais do sistema, sob essa ótica que permite, entender a resistência a certos tipos de mudança, e a sua disponibilidade para adotar outros. Por outro lado, a heterogeneidade interna pode significar que dentro de elementos dos interesses

estruturais podem existir motivos para alianças estratégicas entre si atacar o *status quo*.

A posição política global de Alford (1975) não é clara, mas é obviamente completamente radical e crítico - que é reforçado por suas referências a Edelman, (1971), mas quase nunca se refere ao Estado em um nível de abstração teórica mais elevada. Immergut (1992) por sua vez, aponta que a política pública pode ser o produto do longo e intrincado caminho para o processo de decisão política. Para ir além da correlação entre inputs (demandas de grupos sociais ou heranças históricas anteriores) e outputs (políticas resultantes), busca-se analisar por que inputs e outputs se articulam de formas distintas, em diferentes conjunturas. Apesar da análise de Alford (1975) residir essencialmente nas categorias identificadas como "dominantes" e "desafiante" (profissionais monopolistas e de empresas racionalizadoras, respectivamente) e ter sido aplicada a cidade de Nova Iorque no final dos anos 1960, outros analistas têm utilizado como um quadro para explorar a natureza dos sistemas de saúde em outras épocas e em outros lugares (BAGGOTT, 1998; HARRISON; HUNTER; POLLITT, 1990; NORTH 1995; NORTH; PECKHAM, 2001).

Neste estudo, a teoria de Alford (1975) é reinterpretada a luz das contribuições feitas por North e Peckham (2001) que análise interesses estruturais nos cuidados primários - e Harrison (2008) que estuda Interesses estruturais no setor da saúde - para adequá-la a realidade do sistema de saúde brasileiro, agregando a visão do neo-institucionalismo histórico (IMMERGUT, 1992, 1996). Isso significa que o analista não deve abordar o tema, com base no fato, por exemplo, do interesse profissional. Em vez disso, o analista deve começar a olhar para o seu país ou situação escolhida e perguntar especificamente:

Que interesse estrutural domina e como faz isto? Do que se trata a estrutura social, econômica e político institucional que permite este e torna difícil o desafio da mudança?

Existe um interesse estrutural desafiador e, em caso afirmativo, quais as circunstâncias sociais, econômicos e /ou políticas trouxeram esta existência?

Que interesses estruturais são reprimidos e como? Do que se trata a estrutura de forças sociais, econômicas e políticas instituições que torna difícil este desafio a mudança? Assim, essa teoria pode dar suporte a análise empírica em realidades

distintas como o caso da política de regulação da assistência a saúde no SUS brasileiro. Neste sentido, o conceito de regulação será tratado na sessão seguinte.

2.4 Localizando conceitualmente a regulação

A regulação é uma das funções essenciais do Estado em qualquer estágio de desenvolvimento, responsável dentre outras coisas, por regras e padrões contratualizáveis necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância para sociedade. Pode-se afirmar que o grau de regulação pública exercida guarda forte correlação com o amadurecimento das relações sociais e com desenvolvimento e respeito à cidadania (GIDDENS, 1996).

Fleury (1994) afirma que a análise da intervenção do Estado nas questões sociais, através das políticas sociais, tem como corolário a existência de uma relação de direito positivo que se estabelece entre o cidadão e o seu Estado. Ou seja, a intervenção estatal via políticas públicas, regulando e/ou propiciando condições de manutenção e reprodução de uma parcela da população, é considerada função intrínseca do Estado moderno, configurando padrões de direitos sociais próprios a cada nação. A política social vai requerer, na plenitude do seu exercício, o estabelecimento de mediações entre Estado e sociedade, dentre as quais se destaca a cidadania e os direitos sociais.

A regulação por agencia incorpora alguns elementos importantes que diferenciam a regulação pública, propriamente dita, da regulamentação ou normatização geral que o Estado já exerce fundamentado na Teoria Constitucional. Para Walshe (2003), a regulação se refere basicamente a ação de uma agência pública sobre serviços de valor para a comunidade. Essa ação pressupõe uma autoridade pública formalmente constituída, que centraliza as ações de regulação, atuando por fora das relações comerciais ou interorganizacionais (governo e ciclo eleitoral) e que age em função do interesse público. Esse conceito deixa claro a questão da autonomia que as agências reguladoras têm em relação ao Estado e o ciclo de disputa político-eleitoral. Ela se diferencia da simples regulamentação imposta tradicionalmente pela aplicação de leis gerais, que qualquer cidadão pode acionar. A Regulação nestes termos pode ser melhor entendida pelo poder que um

ente público, com mandato oficial detém, para formatar e normatizar o funcionamento de organizações que prestam serviços específicos à sociedade.

Na literatura internacional a palavra "regulação" tem significados diversos consoantes à origem e cultura filosófica e científica dos autores. A palavra inglesa "*regulation*" abrange desde os processos de autoregulação sistêmica, automática ou "cibernética" por *feedback* e retroação negativa, aos processos de intervenção normativa ou regulamentadora do Estado. Em português temos palavras diferentes para estes dois processos: "regulação" e "regulamentação". Esta última pode considerar-se um instrumento, entre muitos, para a regulação. A regulação de qualquer sistema complexo visa manter suas diversas funções operativas dentro de balizas ou limites pré-determinados em ordem a garantir que o sistema no seu todo atinja os seus objetivos essenciais (BUSSE, 2001). Observa-se claramente que esse idéia é mais abrangente da regulação de acesso apenas e da regulação da oferta de serviços pelo mercado no caso da assistência a saúde.

Conforme esclarece Santos (1997), os termos e expressões regulação, regular, poder regulador, regulamentação, entre outros, utilizados em leis e, por vezes, na Constituição, indicam que o Poder Público (Legislativo e Executivo) pode atuar normativamente para salvaguardar os interesses da coletividade e, para isso, impondo condicionamentos administrativos à atividade individual ou de um setor isolado da sociedade. Neste estudo vamos utilizar o termo regulação para exprimir tanto a normatização decorrente da lei com base constitucional, como os regulamentos do Poder Executivo.

A regulação é freqüentemente considerada como uma atividade que restringe comportamento e previne a ocorrência de determinadas atividades como, por exemplo, onde as ondas são reguladas de forma a permitir as operações radiodifusão a serem realizadas em uma ordenada e não deixada ao caos potencial de um mercado descontrolado (BALDWIN; CAVE, 2002).

Para Ogus (2004) regulação é fundamentalmente um conceito político-econômico e, como tal, pode ser melhor entendido por referência a diferentes sistemas de organização econômico e as formas legais que os mantêm. Abrange uma enorme variedade de atividades industriais e não-industriais e envolve uma série de diferentes formas jurídicas.

As grandes distinções são feitas freqüentemente entre regulação social e regulação econômica. A regulação social justifica-se pelo interesse público, que trata

as matérias como saúde e segurança, a proteção ambiental e a proteção ao consumidor, e tendem a centrar-se em dois tipos de falhas do mercado. Em primeiro lugar, os indivíduos em uma já existente, ou potencial, relação contratual com as empresas de bens ou de serviços têm, muitas vezes, insuficientes informação sobre a qualidade oferecida pelos fornecedores, em consequência, o mercado não regulamentado pode falhar para satisfazer as suas preferências. Em segundo lugar, mesmo se este problema da informação não existisse, as transações do mercado podem ter os efeitos secundários (ou externos), que afetam negativamente as pessoas que não estão envolvidos nas operações. O que é geralmente designado como "econômico" abrange uma regulação muito mais restrita do que a gama de atividades regulação social. Aplica-se principalmente às indústrias com tendências monopolistas (OGUS, 2004, p. 4-5). A regulação é mencionada como um modo discreto e identificável da atividade governamental, contudo o conceito de regulação ainda tem sido definido de várias maneiras.

Do ponto de vista da micro-economia, de acordo com a teoria de oferta e demanda o "mercado da saúde", a regulação se dá através da livre competição em que se define a quantidade ótima a ser produzida em uma dada sociedade. Neste sentido o preço é determinado quando se alcança o perfeito equilíbrio entre a oferta e a demanda. Para a teoria econômica neoclássica as forças de mercado – "a mão invisível" - deve atuar em perfeitas condições de competição, caso contrário ocorrem as "falhas de mercado". A presença e intensidade de falhas de mercado justificam em maior ou menor grau a intervenção do Estado na economia. Nesta concepção o equilíbrio é atingido quando os produtores maximizam seu lucro, e os consumidores maximizam a sua utilidade. Ou seja, o mercado alcança o máximo de utilidade possível, dados os recursos disponíveis na sociedade (CASTRO, 2002).

Segundo Fiani (2004), o processo de regulação é complexo, dependendo do contexto institucional específico e dos agentes que esse contexto admite como participantes do processo. A teoria econômica da regulação é mais uma teoria que aborda atuação dos grupos de interesse na regulação e os principais modelos que fundamentaram essa vertente, (STIGLER, 1971; PELTZMAN, 1976; BECKER, 1983; LAFFONT; TIROLE, 1991 *apud* FIANI, 2004). Esses estudos apresentam conclusões díspares em relação aos resultados do processo institucional regulatório. Alguns estudos apontam que uma grande quantidade de casos, considerados resultados fortes, a regulação visaria a beneficiar a indústria regulada. Nessa

mesma linha de argumentação, outra possibilidade é que a regulação surgiria como resposta à ação de grupos de interesse, e não apenas dos produtores, neste caso considerado resultado fraco. Fiani (2004) alega que os modelos da teoria econômica da regulação assumem que o regulador tem bem mais autonomia do que de fato ele possui. O autor também critica tais modelos por não dar a devida atenção para os diferentes ambientes institucionais em que a regulação se processa. Afirma ainda que os modelos não formam um corpo teórico consistente. E conclui que ideologia e os princípios políticos têm um papel importante nas decisões acerca da regulação econômica.

No mesmo trabalho, o autor segue criticando os modelos ao argumentar:

A abordagem desses modelos deve ceder lugar a um tratamento da regulação econômica como um processo, onde interagem não apenas grupos de interesse, mas também vários agentes reguladores com objetivos políticos próprios, mediados por um quadro institucional que delimita e define suas responsabilidades e as possibilidades de intervenção desses agentes reguladores e dos grupos de pressão (FIANI, 2004, p. 82).

Estudos clássicos apontam que pela complexidade de que se reveste o caso da saúde nenhuma das condições de perfeita competição está presente, e, neste caso, justifica-se uma ação mais intensa do Estado (DONALDSON; GERARD, 2005). O reconhecimento das falhas de mercado e a necessidade de intervenção estatal para corrigi-las já são antigas na teoria econômica. Um dos elementos mais importantes da regulação econômica é o poder de seus instrumentos sobre a distribuição de renda. Ao intervir, o regulador deve não só promover o bem da população como um todo, mas ser o árbitro de interesses contraditórios. No setor saúde o mercado é imperfeito, restringindo os cuidados de saúde aos consumidores com capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam. A função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular oferta e procura em situações tão particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras da economia geral. A intervenção do Estado justifica-se quando há uma desigualdade na distribuição da renda que seja socialmente justa, motivando a necessidade de políticas e medidas de redistribuição.

Os grupos afetados pela regulação procurarão, sempre que possível, influenciar a decisão do regulador a seu favor. Frequentemente os grupos com os interesses em questão têm algo a oferecer a quem promove a regulação (apoio

político ou recursos), assim é fundamental que se conheça os interesses e objetivos de quem regula para melhor compreender o jogo regulatório.

Um grupo de interesse, idéia formulada por Olson (1965), é uma associação que visa promover o interesse comum de seus membros. O autor conclui que um grupo pequeno que tenha um interesse comum na provisão de um bem público se organiza sem a necessidade de qualquer ação coercitiva. Grandes grupos, no entanto, precisam de incentivos adicionais. Um determinado grupo se organiza com vistas a se apropriar de determinada renda econômica, ou seja, o retorno obtido além do custo de oportunidade de um recurso econômico.

Na "captura do regulador" as finalidades do Estado podem ser desviadas a decisões não eficientes com o objetivo de favorecer os interesses dominantes dos grupos mais influentes no processo de decisão. Em particular, os setores industriais afetados, incluindo acionistas, gestores e funcionários dos órgãos e entidades públicas, podem exercer influência sobre as atuações regulatórias de maneira que seus interesses particulares se antepõem aos objetivos de eficiência e equidade, objetivos estes que deveriam ser perseguidos pela regulação. Desta forma, este mecanismo de "captura do regulador" consiste em conseguir que o órgão ou entidade reguladora, através de seus agentes, proponha o que as empresas querem. Mais grave do que ter que enfrentar a tomar decisões desfavoráveis, os quais atraem a atenção da opinião pública, é atuar com base em decisões que sejam favoráveis ao próprio agente e não à coletividade.

A teoria da captura tenta explicar o comportamento do regulador na teoria econômica. Diante dos objetivos divergentes e da assimetria de informações no processo de regulação, cada elo na cadeia é uma fonte potencial de ineficiência na formulação e implementação de regulamentações. Um caso clássico de ocorrência da captura do regulador. Conforme Kay e Vickers (1988), a captura do regulador ocorre quando o órgão regulador passa a confundir o bem comum com os interesses da indústria que é por ele regulamentada. O trabalho de Stigler (1971) inovou ao se propor a integrar a análise da economia e do comportamento político. Os políticos não utilizariam seu poder para promover o bem comum, mas seriam, como todos os agentes, maximizadores de uma função utilidade. Assim, os grupos de interesse poderiam influenciar a regulação fornecendo ajuda financeira ou de qualquer outro tipo para os políticos. Nesse contexto, a noção de falhas de governo ganha espaço na discussão teórica sobre a regulação.

O conceito de falha de governo é importante não só para se tentar aprimorar a atuação do regulador, mas para bem selecionar aqueles setores que devem ser regulados. Antes do desenvolvimento da Teoria Econômica da Regulação, que teve seu início com o trabalho de Stigler, a determinação de uma indústria a ser regulada se dava apenas pela observação das falhas de mercado e dos custos de regulação (entendidos no seu sentido direto, ou seja, os custos de implementação da regulação e de operação da agência). Com o desenvolvimento do conceito de falhas de governo, a seleção dos setores que necessitam de regulação se torna tão realista quanto complexa: os objetivos do governo, que têm a sua importância reconhecida na nova abordagem, são certamente mais complexos do que os de uma firma, ou organização privada.

Stigler (2004) ressalta que em geral os grupos com maior demanda vão ser aqueles que são numericamente mais compactos e homogêneos, como os produtores, dado que para eles os custos de se organizar e se informar para influenciar a regulação são menores em comparação com o valor em jogo de cada membro. Os grupos grandes e difusos, como os consumidores, podem ter pouco em jogo individualmente de modo que se torna mais difícil se mobilizar para tentar afetar o processo regulatório. A oferta da regulação é feita pelo legislador que busca estabelecer a regulação de modo a obter o máximo de apoio político levando em conta também a oposição gerada pela sua escolha. Ou seja, ele escolhe a regulação beneficiando alguns grupos e taxando outros de modo a maximizar as suas condições de sustentação política.

Vickers e Yarrow (1991) sugerem a utilização da teoria ou a abordagem do "agente-principal" para moldar o comportamento dos prestadores de serviços (agentes) onde o principal (regulador) trata de criar incentivos para um agente com o intuito de que este atue de acordo com os objetivos do governo. No caso da propriedade privada, os agentes são os administradores que trabalham para os acionistas (principal). Assim, a troca da propriedade pública para privada implica, inevitavelmente, uma mudança das relações existentes entre o principal e o agente, bem como, das formas de incentivos dados aos agentes para conduzir a organização.

O agente possui certas informações sobre si mesmo ou sobre a tarefa que o principal não possui. Por exemplo, o agente sabe quanto esforço coloca para cumprir a tarefa. Já o principal não observa o esforço colocado e sim o resultado

deste esforço. O principal não tem como monitorar a baixo custo a performance do agente para poder observar o nível de esforço colocado. O principal reconhece a vantagem que é poder delegar a tarefa a um agente, pagando uma remuneração por isto, mas sabendo dos problemas de informação associados a tal relação opta por não estabelecê-la. De fato, tal perda se dá em muitos casos, porém em outros ambos os lados tem um incentivo de buscar uma forma de estruturar o contrato de forma a alinhar os incentivos de ambos os lados e com isto permitir que a relação ocorra sem o perigo de comportamento oportunista por parte do agente (PEREIRA, 2004).

Tanto o principal como o agente são “economicamente racionais”, ambos entendem os incentivos enfrentados por um e outro. O principal sabe que o agente tem motivos para agir de modo oportunista e que ele assim vai agir se lhe for dado espaço. Sendo assim, existe a possibilidade que muitas relações que podem ser vantajosas para os dois lados deixem de se realizar devido à incapacidade de ambos os lados estabelecerem um contrato que seja capaz de mitigar os incentivos oportunistas do agente (MULLER, 2003).

Não existe uma forma ótima de regulação e o importante passa a ser encontrar uma estrutura de regulação que combine com o contexto histórico e social:

a credibilidade e a eficácia do processo regulatório, e portanto de sua capacidade de incentivar o investimento privado e apoiar a eficiência na produção e uso dos serviços, variam com as instituições políticas e sociais de cada país (LEVY; SPILLER *apud* MULLER, 2003).

Muller (2003) afirma que os principais elementos do contexto político, histórico e social que diretamente afetam o processo regulatório são: as instituições legislativas e executivas; as instituições jurídicas; costumes e normas informais aceitos tacitamente pela sociedade e que restringem o comportamento dos agentes econômicos; os interesses competidores na sociedade e o balanço entre eles; e a capacidade administrativa do país.

A Teoria da Regulação vem sendo tratada sob o enfoque da intervenção do Estado em determinados setores da economia, especificamente nos setores de infra-estrutura, e está associada, basicamente, aos autores americanos que têm usado o termo regulação para sentidos ambíguos. Segundo Aglieta (1991), a presença do Estado na economia é apenas um dos fatores que regulam a atividade

econômica, sendo a ação estatal realizada através de normas e de regras na regulação setorial, devendo assim, ser tratada como regulamentação.

Na maioria dos países ocidentais democráticos, a assistência à saúde mais do que um direito constitucional, é considerada um direito da cidadania, observando-se o conceito de seguridade social. Isto implica uma responsabilidade crescente do Estado e das instituições democráticas numa sociedade plural, assentada em pactos políticos para a construção de uma agenda de direitos que visam inclusão social e redução de desigualdades, dentre eles os caminhos para garantir o acesso universal à saúde considerada um bem público.

Nestes sistemas, o debate sobre o papel dos segmentos público e privado na assistência à saúde é conduzido em função da necessidade de pactos em diversos níveis objetivando viabilidade, sustentabilidade e o contorno de problemas inerentes à gestão pública e a complexidade do setor saúde. Dentre as questões estruturais e dinâmicas disfuncionais, observadas em qualquer sistema de saúde, evidenciam-se os desencontros e/ou desequilíbrios entre a oferta do sistema, a demanda e a escolha dos consumidores, que impõe necessidades de racionalização da assistência a saúde que o livre mercado não é capaz de assegurar.

Por outro lado, padrões adequados de acesso, resolutividade, excelência na qualidade da prestação do serviço e acolhimento formam um verdadeiro *Calcanhar de Aquiles*, na montagem desses sistemas nacionais de saúde, sobretudo naqueles que têm forte presença estatal no provimento da assistência. Sob o prisma da equidade na assistência a saúde, pode-se inferir que a regulação é imprescindível, afinal, nas sociedades que alcançaram alto nível de organização dos seus sistemas nacionais, a saúde não é um bem privado de consumo ou de permuta, mas tem como característica estrutural, preços elevados e pressão de custos crescentes.

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 de governo, que existem neste setor, tendo em conta as características específicas encontradas no campo da saúde, tais como risco moral, seleção adversa e assimetria de informações.

2.5 Modelos de regulação pública

Do ponto de vista teórico, alguns modelos de regulação pública por agência vem sendo desenvolvidos e, em linhas gerais, se baseiam em ações escalonadas em uma estrutura piramidal, onde na base está a elaboração de acordos operacionais, em seguida, num patamar superior dá-se a definição de regras e padrões contratualizáveis em quantidade e qualidade dos serviços, até punições aos prestadores que aparecem no topo do modelo e, no conjunto, definem o Marco Regulatório (AYRES; BRAITHWAITE, 1992).

Há modelos de regulação pública com maior ênfase em ações de natureza punitiva, enquanto outros apresentam um modelo de regulação compreensiva baseado em ações educativas. Outros ainda unem as duas formas de abordagem, sendo classificada como regulação responsiva. O modelo regulatório adotado depende da situação a ser regulada, da concepção do agente regulador e basicamente do ambiente organizacional dos prestadores de serviço que o Estado pretende regular (BALDWIN; CAVE, 2002; OGUS, 2004).

O modelo de regulação por agência se situa entre o modelo de auto-regulação pelo mercado, tipo *laissez-faire*, sujeito às suas falhas e o modelo de regulação burocrática do tipo estatal baseado no comando e controle hierárquico, susceptível a captura política, segundo Ribeiro (2001). Por outro lado a ausência de regulação resulta em insulamento das organizações que passam conduzir suas ações a partir de conveniências internas e não das necessidades sociais a suprir. Para esse autor as estratégias de regulação do seguimento definem o modelo predominante de regulação, em termos de regulação do tipo estatal normativa e/ou escalonada, tripartitismo, auto-regulação contratada e auto-regulação com vários órgãos públicos envolvidos no processo regulatório.

No setor saúde brasileiro este modelo, por exemplo, criado em 1999, é observado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e na regulação do setor privado complementar pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Essa forma de regulação fundamenta a ação do Ministério da Saúde sobre o mercado suplementar de serviços de saúde. O terceiro tipo corresponde à ação de organismos acreditadores, tipo Organização Nacional de Acreditação (ONA); e o quarto tipo de regulação corresponde à regulação profissional pela ação dos

conselhos profissionais tipo Conselho Federal de Medicina (CFM) (GURGEL JR. *et al.*, 2005).

Como já evidenciado na sessão anterior, alguns modelos adotados na moderna regulação pública ressaltam o papel regulador do Estado, tendo por base a Teoria do Agente-Principal (MELO, 1996). Esta teoria aponta que o Estado na condição de principal ou comprador de serviços públicos deve exercer funções reguladoras, através de organizações independentes, sobre os prestadores de serviços públicos. De acordo com a essa teoria, os serviços públicos podem ser realizados fora de organizações do aparelho de Estado, em mercados ou quasi-mercados, pois supostamente, teriam maior eficiência alocativa. Assim como, a regulação deve ser realizada por agências independentes para evitar interferência política e manter estável o processo regulatório.

A ênfase observada em torno da regulação pública na atualidade se relaciona diretamente com os processos de reforma do Estado e o redesenho das suas funções públicas. Embora o papel regulador do Estado seja algo bastante antigo, e a regulação como uma função pública já exista em estruturas do próprio Estado anteriormente a esse processo. Na década de 90, porém, ela se apresenta dentro do contexto reformador mais amplo, no qual há uma forte intenção de desenvolver uma economia de mercado e desmontar o Estado executor de serviços públicos burocraticamente planejados e controlados.

Neste contexto, aspectos polêmicos são apontados em Stiglitz (1989) que discorre acerca do papel do Estado na produção de bens e serviços e aponta a necessidade de repensar sua participação quanto à produção de bens privados puros, em que a competição seria benéfica pensando-se em termos da eficiência alocativa. De acordo com a sua classificação, os bens públicos puros seriam mais adequadamente produzidos pelo setor público. Entretanto, nesta classificação há um conjunto de bens públicos e privados não-puros, ou seja, que não possuem todas as características de pureza, ou que não podem ser identificados perfeitamente dentro dos critérios que o autor elenca. Nesta faixa ocorre intenso debate e muitas controvérsias em torno da participação do Estado/governo/setor público/mercado na sua produção. Para vários autores, a saúde é um bem público não-puro, melhor classificado como bem de mérito, que invariavelmente requer a participação forte do Estado na sua produção e regulação.

Conforme Gurgel Junior (1999) é importante contextualizar criticamente o modelo de regulação pública, adotada dentro do processo de redesenho do papel do Estado com a criação das agências reguladoras. Para o autor, estas seriam as razões políticas e econômicas determinantes para a ênfase dada ao tema nos últimos anos, face ao amplo processo de privatizações de serviços públicos ocorrido na década de 90.

Esse processo tem por base o incentivo à transferência da execução de políticas e serviços públicos para o terceiro setor e o desenvolvimento de mercados privados para produção de bens de consumo. Entretanto, novos contornos e caminhos ressaltam um percurso político tortuoso desse fenômeno, na medida em que, as mudanças estruturais do Estado avançam e recuam desde o final da segunda metade dos anos 90, em diferentes contextos políticos nacionais. As diretrizes para o Estado Brasileiro neste processo ficaram explícitas no Plano Diretor da Reforma do Estado, que reafirma a necessidades de ajustes e propôs uma nova estrutura (BRASIL, 1995).

De acordo com Walshe (2003), vivemos um período denominado a “era dourada” da regulação. Apesar dos esforços de alguns projetos governamentais em desregular no início da década de 90, observa-se uma escalada da intervenção regulatória estatal na vida econômica, social e comercial. No Brasil esse processo é alvo de inúmeras discussões em torno do papel das agências reguladoras criadas nos últimos anos, seu funcionamento e as relações com os órgãos públicos estatais, cujo poder de regulação vem sendo discutido em função do novo desenho institucional do Estado. O debate em torno do papel dos ministérios e das agências reguladoras está na ordem do dia no processo legislativo e é pauta importante dos governos na atualidade. Da mesma forma, o debate em torno da imparcialidade das agências reguladoras e da possibilidade de sua captura pelas empresas reguladas, tem sido motivo de importantes produções científicas. (BARBOSA, 2002; MACHADO, 2002).

2.6 A Regulação no SUS

O marco regulatório fundamental na história recente do atual sistema nacional de Saúde brasileiro foi desencadeado pela Constituição de 1988. A Constituição, Lei fundamental do Estado, também chamada Carta Magna, é o conjunto de normas supremas do ordenamento jurídico de um país. A Constituição regula e organiza o funcionamento do Estado. É a lei máxima que contém normas que dizem respeito à formação dos poderes públicos, forma de governo, distribuição de competências, que limita poderes e define os direitos e deveres dos cidadãos (FERREIRA, 2004).

Segundo Canotilho (1998), a Teoria Constitucional moderna - técnica específica de limitação do poder com fins de garantias legal - tem a sua origem nas revoluções americana e francesa e coincide com a positivação dos direitos fundamentais. Caracteriza-se pela ordenação sistemática e racional da comunidade política através de um documento escrito no qual se declara as liberdades e os direitos e se fixam os limites do poder político. Os temas centrais do constitucionalismo são, pois, a fundação e legitimação do poder político e a constitucionalização das liberdades.

Nos países democráticos, a Constituição é elaborada por uma Assembléia Constituinte (pertencente ao poder legislativo), eleita pelo povo. A reforma (revisão ou emenda) da Constituição é feita pelo denominado poder constituinte derivado reformador, condicionado e subordinado à própria Constituição. Muitas Constituições proíbem a abolição do conteúdo de algumas normas consideradas fundamentais (núcleo intangível).

Na atual Constituição Federal (CF) brasileira, promulgada pela Assembléia Constituinte no ano de 1988, essas normas são conhecidas como cláusulas pétreas, e são previstas pelo art.60 (implicitamente irreformável), que também prevê além das cláusulas pétreas (limitações materiais), limitações circunstanciais e formais (BRASIL, 1988).

As demais normas jurídicas, denominadas infraconstitucionais, devem estar em concordância com a Constituição, não podendo contrariar as exigências formais impostas pela própria Constituição para a edição de uma norma infraconstitucional nem o conteúdo da Constituição.

A lei, no seu processo de formulação, passa por várias etapas, estabelecida na Constituição. Em sentido amplo, a lei abrange qualquer norma jurídica enquanto em sentido restrito compreende apenas os diplomas emanados pela Assembléia. No Brasil, a sua vigência dá-se após o prazo de 45 dias, desde a data da sua publicação, ou no prazo estabelecido expressamente no diploma legal. Este período entre a publicação e a entrada em vigor da lei é conhecido pela expressão latina *vacatio legis*.

Na seqüência temos uma série de denominações e propósito que caracterizam modalidades de regulamentação do poder do Estado, tais como: A Lei Orgânica que é uma lei genérica, de caráter constitucional, elaborada no âmbito nacional, estadual ou municipal e consoante às determinações e limites impostos pela constituição federal e que disciplina o funcionamento e estrutura hierárquica administrativa. O Decreto é a forma que se revestem os atos individuais ou gerais, emanados do Chefe do Poder executivo o Presidente da República. Já a Norma jurídica é a célula do ordenamento jurídico, corpo sistematizado de regras de conduta caracterizado pela coercitividade e imperatividade de conduta, que tem a função orientar ou limitar certos atos. Não é toda norma - jurídica ou não - que implica em uma conduta e uma sanção (FERREIRA, 2004).

Para Santos (1997), norma regulamentadora é mais que regulamento e se refere a assuntos previstos na Constituição, que estão sujeitos a regulação ou regulamentação por lei. A regulamentação, normalmente praticada pelo chefe do Poder Executivo (federal, estadual e municipal) mediante expedição de regulamento, está sempre subordinada à lei, enquanto a norma regulamentadora é uma regra consubstanciada em lei e decorrente de preceito constitucional, conforme o art. 84, IV, da CF. (SANTOS, 1997, p. 247).

A portaria é o instrumento pelo qual Ministros ou outras autoridades públicas expedem atos administrativos que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos, recomendações de caráter geral, normas de execução de serviço, nomeações, demissões, punições ou outros atos de sua competência (FERREIRA, 2004). As portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas, no setor saúde tem assumido um papel de destaque, principalmente pelo forte poder de indução que assumiu na definição da política setorial (BAPTISTA, 2007).

Na hierarquia normativa a lei sobrepõe-se ao decreto, que nada mais é que um ato normativo do chefe do Poder Executivo, no exercício de seu poder regulamentador. O decreto regulamenta uma lei, mas não pode criar nem extinguir direitos ou deveres. Com relação à instrução normativa, é igualmente um ato infralegal, que não tem eficácia de lei. No caso brasileiro, a construção escalonada de normas que tem como ápice a Constituição Federal, é o meio pelo qual o Estado intervém na sociedade para buscar o bem comum.

Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criado pelo regime militar em 1974, o acesso aos serviços de saúde era restrito a pessoas que contribuía para o sistema de previdência e assistência social, essas pessoas eram denominadas “beneficiárias” ou “asseguradas”, as demais eram tratadas como “indigentes” limitadas aos poucos serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como as chamadas Santas Casas.

O INAMPS consolida um modelo denominado médico-assistencial privatista que imprimiu, à época, certas características de organização do sistema de saúde tais como: cobertura previdenciária extensa à população urbana e rural segurada; privilegiamento da prática médica curativa, assistencialista e especializada; padrão de organização da prática médica orientada em termos da lucratividade do setor saúde e privilegiamento do setor médico privado; criação de um complexo médico-industrial via subvenção pública (MENDES, 1993). O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizada pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento.

Nesta época, o governo se responsabilizava por medidas gerais de saúde pública, como por exemplo, as campanhas de vacinação. A universalidade do acesso fez parte da luta do movimento de reforma sanitária pela institucionalização da saúde como um direito social. Esse movimento social nasceu no meio acadêmico no início da década de 70 como forma de oposição técnica (precárias condições sanitárias) e política (regime militar), sendo abraçado por outros setores da sociedade e pelos partidos de oposição da época, consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil (BRASIL, 1986). A Reforma Sanitária Brasileira foi definida como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção dos cidadãos (TEIXEIRA, 1989).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, fruto de um longo processo de consolidação do Estado democrático, foi um marco histórico na saúde pública brasileira (REGULAMENTAÇÃO..., 2008), a denominada Constituição Cidadã¹ inscreve a saúde como "direito de todos e dever do Estado" (art. 196 da CF). A criação do SUS representou uma ruptura do modelo de seguro social, até então vigente para a população com vínculos trabalhistas formais, para o modelo da seguridade social que passa a estruturar a organização e formato da proteção social brasileira. A inclusão da previdência, da saúde e da assistência como partes da seguridade social, introduz a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania (FLEURY, 2006).

A legislação determina que o SUS deva ter a participação das três esferas de governo, estruturado em uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, exercida, respectivamente, pelo MS, Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (BRASIL, 1990a).

No caso das ações e serviços de saúde, estas deverão ser ofertados de acordo com as políticas e diretrizes aprovadas por Conselhos de Saúde - compostos por representantes do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos usuários - vinculados institucionalmente aos órgãos executivos, respectivamente: Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde. A ação dos Conselhos é pautada por recomendações de Conferências de Saúde, realizadas nas três esferas de governo, com a ampla participação dos vários segmentos sociais, convocadas, a cada quatro anos, pelo Poder Executivo para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde (BRASIL, 1990b).

No Brasil, a atenção à saúde, pode ser descrita pela da combinação de dois sistemas: o público, de acesso universal, e o denominado sistema de assistência suplementar à saúde, privado. O sistema público envolve prestadores públicos estatais e os conveniados. Parte expressiva dos prestadores privados atende simultaneamente ao sistema público e ao sistema supletivo (IBGE, 2006). Os estabelecimentos privados, com e sem fins lucrativos, podem ainda ser

¹ A Câmara dos Deputados e o Senado Federal criaram o portal "Constituição Cidadã" 20 anos de vigência, onde resgatam acontecimentos históricos, disponibilizando documentos e informações que contribuem para uma melhor compreensão daquele momento político e dos desdobramentos posteriores. Detalhes em www.camara.gov.br/constituicao20anos.

remunerados por desembolso direto dos pacientes. A contratação de serviços ao setor privado, e o pagamento direto dos prestadores é responsabilidade dos gestores estaduais e/ou municipais.

O SUS é considerado um projeto amplo de Saúde Pública e de responsabilidade maior do Estado, e por isso, a saúde da população deve ser o critério central para a organização e gestão do sistema. A construção da responsabilidade regulatória do SUS passa pela clareza da política pública na área da saúde, dos princípios e diretrizes constitucionais, para a formulação das estratégias para sua real implementação. Mais recentemente as discussões reafirmaram esses preceitos num documento para o Pacto pela Saúde, através de um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a regulação pública em saúde, no contexto do SUS, é entendida como um conjunto de atividades políticas, jurídicas, administrativas e técnico-gerenciais que vão muito além da simples atividade normativa e burocrática. Visa garantir seu papel constitucional, tendo a saúde como dever do Estado e direito universal do cidadão. O papel regulador do Estado no setor saúde se insere neste contexto, subordinado ao dinamismo do processo de Reforma Sanitária Brasileira em curso há duas décadas, onde um dos objetivos principais é constituir um sistema de saúde de base pública com caráter universal e equânime.

O SUS tem sido implementado paulatinamente por uma série de leis, normas e portarias ministeriais. Ao longo desse processo várias normas operacionais foram editadas como referencial para a política de saúde em diferentes períodos, com distintos patamares para o processo de gestão das organizações de saúde. Assim, cada nova norma tenta superar a dinâmica dos problemas encontrados e estabelecer novos caminhos, que superem as dificuldades na condução de um sistema de saúde intergovernamental como o SUS.

No Brasil, os problemas decorrentes da crise do financiamento do setor público durante os anos 80, com o conseqüente sucateamento da rede pública de saúde, aliados aos incentivos governamentais e à renúncia fiscal via benefícios agregados ao salário do trabalhador, contribuíram com o expressivo aumento da clientela beneficiária de planos privados de saúde, que de certa forma esvaziaram os órgãos de controle social e conseqüentemente sua capacidade de regulação da política de saúde no SUS. Num contexto amplo, tanto Favaret Filho e Oliveira (1990)

como Mendes (2002) defendem que há uma relação entre o desfinanciamento do setor público de saúde, pelas modificações no processo de financiamento setorial que determinaram as flutuações e a turbulência dos anos 90, e a queda da qualidade dos serviços prestados no SUS, com o crescimento do setor supletivo brasileiro, como contornos da 'universalização excludente'².

Outro problema mencionado por Santos (2008) no processo de implementação do SUS é a judicialização do acesso a medicamentos e procedimentos assistenciais de médio e alto custo, ou seja, são ações movidas por particulares das camadas média-média e média-alta da sociedade contra o governo em busca de maiores coberturas vêm aumentando consideravelmente nos últimos tempos, fator que aprofundam a iniquidade e a fragmentação do sistema.

Por outro lado, as implicações advindas pelas profundas transformações na responsabilidade da condução de um sistema descentralizado pelas instancias gestoras federal, estadual e municipal através do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, respectivamente, trazem ingredientes importantes para o entendimento deste intrincado conjunto de elementos que compõem a regulação no setor saúde brasileiro. Politicamente, esses processos de regulação são extremamente disputados e submetidos a várias pressões e tensões.

O tema da regulação tem tomado uma parte substantiva da agenda do SUS. Entretanto, a palavra *regulação* tem servido a diferentes conceitos, em diversas situações e com significações teóricas e operativas também bastante distintas. De certa forma, houve uma vulgarização do termo, e a insistência na sua utilização vem também dando a impressão de ter-se tornado uma panacéia para todos os males do SUS (MAGALHÃES JÚNIOR, 2002).

Para Campos (1994) uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos dirigentes do SUS é a de colocar os serviços públicos realmente em prol do bem-estar coletivo. Neste sentido há um critica o conjunto de conhecimentos acumulados sobre o planejamento e a gestão de serviços públicos de saúde que não dar conta das dimensões e das contradições determinantes da ineficácia econômica, social e mesmo técnica dos sistemas estatais.

² Com a nova Constituição, foram garantidos uma série de direitos na área social, universalizando o acesso a várias políticas públicas. Mas, contraditoriamente, a expansão da universalização do sistema de saúde veio sempre acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e de operariado qualificado. Na área da saúde isso foi bem evidenciado no artigo "A universalização excludente" (FAVARET FILHO; OLIVEIRA, 1990).

O papel regulador do Estado na assistência à saúde pública está na agenda de governo pelo caráter de alta relevância pública atribuído aos serviços de saúde, uma inovação no direito constitucional brasileiro instituída pela Carta de 1988 (BRASIL, 1988). E em nome do interesse coletivo o poder público pode determinar a prioridade dos empreendimentos, a adequação social de sua localização ou os padrões técnicos dos serviços e a qualificação dos profissionais que os prestam.

Assim, o entendimento da regulação no SUS não se limita apenas à elaboração de um conjunto de normas verticais imposta pelo gestor público, mas fundamentalmente, a constante pactuação e a concertação de idéias. No sentido de identificar as prioridades de um sistema de saúde intergovernamental, num país continental, com problemas e necessidade regionais particulares e que se vê diante de uma multiplicidade de atores institucionais, públicos e privados, onde a União, Estados e municípios têm papéis distintos e complementares.

Politicamente, os processos de regulação são extremamente disputados e submetidos a várias pressões e tensões. No Brasil, o comportamento dos atores sociais em situação ou a ação dos grupos de interesse são institucionalizados em verdadeiras arenas de conflito, dentro do aparelho de Estado, via Ministério da Saúde, Comissões Intergestores, Conselhos e Conferências de Saúde que estabelecem os canais de participação dos principais atores sociais na política de saúde. Isto confere, a nível setorial, a necessidade de pactos para efetivamente modular a política e equacionar as demandas sociais na busca de satisfazer as necessidades e representações da população (RIBEIRO, 2001).

No processo de institucionalização do SUS, a introdução de ações de natureza regulatória vem sendo caracterizada pela edição, no âmbito jurídico-institucional, das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (leis 8.080 e 8.142 de 1990) e dos pactos administrativos, via Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) que representam instrumentos de regulação para o processo de descentralização. Foram expedidas NOB's em 1991, 1992, 1993 e 1996. Também elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002). Mais recentemente estamos sob a vigência do Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 1990a, 1990b, 1991, 1992, 1993, 1996, 2001, 2002, 2006b).

O SUS tem sido implementado paulatinamente por uma série de normas operacionais e portarias ministeriais, após a Constituição Brasileira de 1988. Ao longo desse processo várias normas foram editadas como referencial para a política

de saúde em diferentes períodos, com distintos patamares para o processo de gestão das organizações de saúde. Assim, cada nova norma procura superar problemas encontrados e estabelecer novos caminhos, que superem as dificuldades na condução de um sistema de saúde intergovernamental como o SUS.

Em relação aos prestadores de serviços de assistência médico-hospitalar, a regulação implica no estabelecimento de regras claras de obrigações e deveres. Que se fortalecem através da assinatura de contratos de prestação de serviços, criando mecanismos de responsabilização e se adequando à legislação vigente em relação à compra de serviços por parte do poder público. A implementação da regulação assistencial como uma política de saúde, assim como das demais políticas públicas, tende a ser freqüentemente tensionada pela existência de interesses particularistas que podem colidir com o interesse público (SOUZA, 2001). Este aspecto é de crucial importância pelo fato de que os gestores públicos devem assumir a tarefa de regular a assistência para garantir a efetividade das ações e serviços do SUS, porque se o gestor público não regula, os prestadores regulam segundo seus próprios interesses e na lógica do mercado.

Dessa maneira, a capacidade de prover resposta às necessidades da população, é o âmago da questão de todo o processo de regulação. A idéia de regulação deve, assim, ser trabalhada produtivamente, isto é, como um autêntico instrumento de inclusão social e também de equidade (MACHADO, 2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as características do processo de regulação no SUS e suas implicações para a prestação de serviços na assistência médico-hospitalar entre 1990 a 2007.

3.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar a política de regulação implementada na assistência médico-hospitalar do setor público e conveniada de saúde a partir da criação do SUS;
- b) Construir um esquema analítico para compreender o processo de regulação da assistência médico-hospitalar no setor público e conveniado de saúde no Brasil;
- c) Analisar o perfil de internação hospitalar no SUS, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS entre 1990 e 2007;
- d) Identificar e analisar os interesses estruturais representados no desenho de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS;

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Desenho do Estudo

Este trabalho é um estudo de caso que tem como objeto a regulação da assistência a saúde no SUS, buscando entender seu processo de institucionalização, como uma ação de Estado, que representa um desafio científico para a sua compreensão em face da complexa realidade da construção do Sistema Único de Saúde.

O Estudo de Caso de caráter é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente, segundo Triviños (1987), Gil (1995) e Goldenberg (1999), possibilitando a penetração na realidade social, não conseguida pela análise estatística. Considera-se, entretanto que, do ponto de vista metodológico, não há contradição entre a investigação quantitativa e qualitativa, “esses métodos são de natureza diferenciada, mas se complementam na compreensão da realidade social” (MINAYO; SANCHES, 1993). Neste sentido, para realizar os objetivos deste trabalho, também recorreremos a métodos de quantificação.

Dentre as várias formas de analisar política, esse estudo trata o objeto a partir de um esquema teórico analítico que associa várias contribuições em níveis de complexidade distintos. Começando com a utilização de teorias consideradas de nível intermediário (*meso-level*) dentro de uma visão neoinstitucionalista, baseado em contribuições de autores chave como Immergut (1992), e em nível mais concreto/complexo utilizando as categorias do modelo desenvolvido para análise do setor saúde por Alford (1975), a partir da operacionalização da Teoria dos Interesses Estruturais.

Esse esquema cognitivo dá suporte à análise das evidências empíricas coletadas e procura entender as razões pelas quais a regulação da assistência médico-hospitalar no SUS apresenta-se ainda incipiente, fragmentada e frágil como se afirma na elaboração da hipótese. A hipótese apresentada pelo estudo aponta que, a forma pela qual estado brasileiro regula a assistência à saúde no SUS, tem

favorecido os interesses dos prestadores de serviços privados conveniados, com fortes indícios de captura desse processo.

Tomando-se como *locus* de investigação o Conselho Nacional de Saúde (CNS)³ e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)⁴, o estudo analisa a construção do marco regulatório da assistência médico-hospitalar, tendo como foco o movimento dos principais atores envolvidos. Buscou-se identificar as organizações (instituições públicas e privadas) envolvidas e os atores que nestas se encontram em posição de maior evidência – conforme, referenciado pelo neoinstitucionalismo histórico (IMMERGUT, 1992). Ainda no primeiro nível (institucional) de análise, identificaremos as relações institucionais (sancionadas pela legislação, publicações, etc.) que elas e seus respectivos atores-chave mantêm entre si.

Em seguida, tendo por referência a Teoria dos Interesses Estruturais de Alford (1975) analisa-se as relações que se estabelecem entre esses atores-chave que representam os grupos de interesse, existentes no interior das instituições do SUS e aqueles situados em organizações privadas/conveniadas. As relações de poder, de interesse, a formação de grupos de pressão, cooptação, subordinação, etc., serão examinadas de maneira a entender as instituições, seus atores e as características da política. A determinação de existência de padrões de atuação recorrente de determinados atores-chave e sua identificação dentro das instituições, permitiu identificar os interesses representados por esses atores, que é o objetivo que foi perseguido neste nível de análise para entender porque essas relações se estabelecem na realidade específica do Brasil.

O esquema analítico construído a partir do estudo de caso de Alford (1975) e o enquadramento em sua tipologia, com notas de Harrison (2008), e a versão neoinstitucionalista (IMMERGUT, 1992) que aborda as instituições públicas em nível mais elevado de abstração teórica foi aplicado ao conjunto de dados levantados como instrumento de análise de uma situação particular muito complexa. Mediante uma descrição preliminar da situação observada com o perfil das interações

³ O Conselho Nacional de Saúde é órgão de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde e composto por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários.

⁴ Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

hospitalares e a análise do processo político da regulação que determina esse o perfil foi possível chegar as conclusões do estudo.

4.2 Período de Estudo

O processo de regulação da assistência médico-hospitalar do setor público e conveniado de saúde no Brasil foi estudado no período entre 1990 e 2007. A delimitação dada a um período longo de pesquisa demarca o surgimento da política que regulamentou o Sistema Único de Saúde, em 1990, até o ano de 2007, além de possibilitar a análise de tendência do perfil hospitalar, ajuda a entender o processo de implementação do SUS e o movimento de grupos de articulados que representam interesses estruturais nesse processo a longo prazo.

4.3 Fonte de dados

Para consecução de seus objetivos, este estudo utilizou uma triangulação de fontes de dados quantitativos e qualitativos. Os dados qualitativos são os documentos legais sobre regulação da assistência médico-hospitalar e as atas do CNS e CIT. Os dados quantitativos são os das internações hospitalares do SIH/SUS.

A análise documental buscou elementos normativos de base legal do governo brasileiro publicado pelo Ministério da Saúde (MS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e nas atas buscando as discussões mais relevantes produzidas por estas instâncias gestoras.

A partir da identificação dos atores ou grupos de interesses que atuam na política de regulação da assistência médico-hospitalar do SUS, tais como: a Frente Parlamentar da saúde na câmara dos deputados, a Federação Brasileira de Hospitais (FBH), a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB), compusemos os dados qualitativos com a busca de

documentos produzidos por estes atores para analisar a situação a partir do seguinte roteiro: participação na política de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS, na organização da atenção hospitalar, na contratualização de serviços e distribuição de recursos financeiros (internação hospitalar) que forma incorporados no texto do capítulo de resultados da tese.

Ator	Fonte de dados	
	Eletrônica (sites)	Documentos
Representação pública		
Ministério da Saúde	www.saude.gov.br	Leis, portarias, decretos, Normas e auditorias
CONASS	www.conass.org.br	Ata das reuniões Notas técnicas Publicações
CONASEMS	www.conasems.org.br	
CFM	www.portalmedico.org.br	Notas técnicas Publicações
FPS	www4.ensp.fiocruz.br/radis/33web01.html	Ata das reuniões, Notas técnicas
Representação do Prestador privado / conveniado		
FBH	www.fbh.com.br	Informativos, Jornais eletrônicos e eventos relacionados à regulação SUS
CMB	www.cmb.org.br	

Quadro 1 - Quadro esquemático de definição dos Atores Sociais da Política de Regulação do SUS e fonte de dados da pesquisa.

A escolha das atas do CNS e da CIT justifica-se por registram o desenvolvimento das políticas de saúde no país, e constituem-se como instâncias privilegiadas de negociação, formulação e deliberação da política de regulação da assistência do SUS. Foram constituídas pelas Leis Organicas de Saúde que estão pautadas pelos princípios constitucionais. Tornam-se, portanto, *locus* fundamental para que permitem compreender o fenomeno estudado.

Os registros estão disponíveis nos seguintes endereços eletrônicos: CNS - www.conselho.saude.gov.br e CIT - www.portal.saude.gov.br, <http://www4.ensp.fiocruz.br/descentralizar/>, constituindo-se como documentos públicos, e de fácil acesso.

O CNS disponibiliza as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias desde a realização da sua primeira reunião, ocorrida em abril de 1991. A CIT divulga suas reuniões também desde a primeira reunião, realizada em fevereiro de 2000.

No que se refere a abordagem quantitativa, realizamos a análise dos dados a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), buscando construir o perfil das internações hospitalares por natureza do prestador, valor total e médio por região, unidade federada do Brasil entre 1990 e 2007 para analisarmos a dinâmica dos movimentos estratégicos dos prestadores de serviços no SUS. Para a coleta dos dados recorreremos ao SIH/SUS, AMS, IBGE e dados de auditorias do Ministério da Saúde.

4.4 Técnicas de coletas de dados

Para análise dos dados qualitativos (atas CNS e CIT) utilizou-se o método de análise de conteúdo, baseando-se em Bardin (1977), Trivinos (1987) e Minayo (1993). As características metodológicas fundamentais desse método – objetividade e sistematização – orientaram a utilização dessa técnica em suas três etapas: pré-análise, exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação dos documentos selecionados utilizamos a técnica de análise de conteúdo. Para a seleção das atas foi utilizado o processador de textos Microsoft Office - word versão 2003, As palavras chaves utilizadas foram: Regulação, Regulamentação, Contrato, Contratualização e Hospital:

De um total de 206 reuniões (180 ordinárias e 26 extraordinárias) realizadas no CNS no período de 1991 a 2007, foram selecionadas 91 atas que continham alguma discussão ou citação sobre a regulação da assistência médico-hospitalar no SUS (Apendice A). Na CIT, entre 2000 e 2007, foram realizadas 82 reuniões (80 ordinárias e 2 extraordinárias), destas 49 havia alguma citação e/ou discussão sobre regulação (Apendice B). Vale ressaltar que apesar da CIT ter sido criada em 1991 (Potaria 1.180/91) as atas foram disponibilizadas pelo portal do MS só a partir das reuniões do ano de 2000, antes disso havia informes das reuniões da CIT na pauta do CNS sobre as discussões ocorridas. O universo das atas investigadas foi de 288 atas, sendo selecionada em nossa amostra um total de 140 atas, que correspondeu a 48,6% do total (CNS e CIT).

Para a exploração do banco de dados, utilizamos o programa Tabwin e Tabnet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) através dos arquivos

RDUF/ano DBF consolidado pelo gestor nacional e o DSMS 010 DBF consolidado pelos gestores estaduais e municipais, disponíveis na Internet no site: www.datasus.gov.br.

Foram analisadas as séries históricas de 1990 a 2007 do perfil das internações hospitalares e valores totais pago aos prestadores públicos e privados (com fins lucrativos e filantrópicos) no SUS.

Para acompanharmos a evolução dos leitos, especialidades médicas e procedimentos hospitalares disponíveis no SUS, estabelecemos um corte temporal nos anos de 1997, 2003 e 2007, um ano após a publicação das principais normas de regulamentação da assistência médico hospitalar no SUS, a NOB 96 (altera a forma de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar a partir da Transferência Regular e Automática - Fundo a Fundo e Remuneração por Serviços Produzidos), a NOAS 2002 (BRASIL, 2002) (condiciona o financiamento das internações hospitalares ao processo de regionalização na Programação Pactuada e Integrada – PPI) e o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL, 2006b) (Redefine as responsabilidades de acordo com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal descentralizando a gestão do SIH e cria o bloco de financiamento para custeio da Atenção da Média e Alta Complexidade Hospitalar.

Para a discriminação dos estabelecimentos hospitalares os dados foram extraídos dos arquivos RD por unidade da federação, por permitir a discriminação do CNPJ dos prestadores de serviços e foram agrupadas as 50 unidades hospitalares que apresentavam maior valor total das AIH's pagas no período. Foram ainda usadas técnicas de análise de estatística descritiva para apresentação de tabelas e gráficos.

4.5 Categorias de análise

Este estudo apresenta como contribuição ao conhecimento a construção de um esquema analítico complexo, apropriado para a abordagem de problemas concretos de políticas, a partir de uma revisão crítica dos seus principais modelos. Assim, esse trabalho está lastreado num esquema analítico original que articula operacionalmente o modelo de análise proposto por Alford, com teorias

complementares para cima na escala de abstração teórica fundamentado no neoinstitucionalismo histórico (IMMERGUT, 1992) e lateralmente com o suporte conceitual da teoria regulatória clássica (Figura 1).

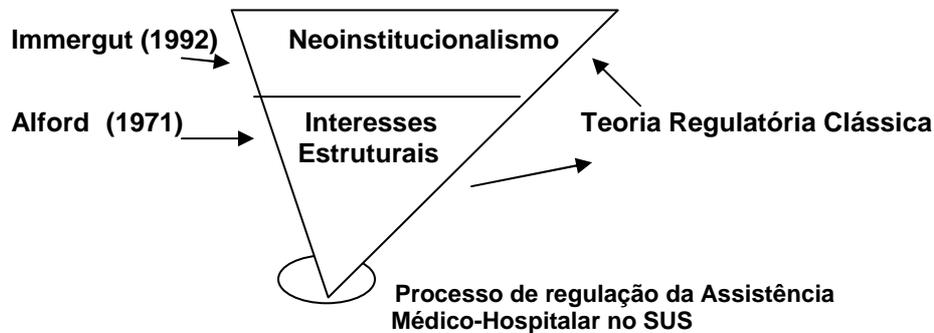


Figura 1 - Esquema analítico.

Neste sentido, a opção em abordar a regulação no SUS, sob a ótica da análise de política pública, ajuda não apenas a entender e explicar os elementos que se articulam no processo institucional de regulação no setor público de saúde sob um novo ângulo, mas para, além disso, permite compreender em nível mais elevado de abstração o papel do Estado e das instituições públicas do setor saúde, no processo político que conduz a regulação da assistência médico-hospitalar no Brasil. Esse estudo aborda esse problema de pesquisa de modo a entender sua complexidade tratando-o de forma muito mais abrangente do que estudos no campo tradicional da regulação sob o prisma da economia neoclássica.

O neoinstitucionalismo histórico ajudou-nos a identificar o CNS e CIT como *instituições* fundamentais e a interação entre os principais *atores sociais* que participam deste espaço de disputa permitiu a compreensão do processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS. Por outro lado, a teoria de Alford permitiu o entendimento dos *interesses* (dominantes, desafiadores e reprimidos) no comportamento dos atores e os contornos do sistema de saúde brasileiro.

Análise partiu de uma visão macro do sistema nacional de saúde (Figura 2), suas definições normativas de base legal, e, principalmente, a institucionalização do poder decisório, para identificar e acompanhar o movimento dos principais atores no processo de regulação; em seguida, foi lançado um olhar sobre a composição

institucional da rede de serviços médico-hospitalares. Confrontando-se com os dados descritivos do perfil da oferta de serviços no SUS procurou-se entender o nível micro, o resultado desse emaranhado processo de prestação da assistência à saúde aos cidadãos regulado pelo estado brasileiro.



Figura 2 – Estrutura da Dimensão Institucional.

Considerando que modelos consensuais para o estudo do processo de produção de uma determinada política não existem. E que, por outro lado, a própria natureza da política influi nesse processo, a partir de contrapontos entre teoria e empiria esse estudo opta por montar um esquema analítico que guarde coerência na articulação interna das contribuições utilizadas e permita uma abordagem à altura da complexidade do problema. Esta pesquisa aprofundou tais questões no sistema de saúde brasileiro tendo como referência a teoria dos ‘interesses estruturais’ desenvolvida por Alford (1975), subdivididas em três categorias analíticas: interesses dominantes, desafiadores e reprimidos.

Apesar da teoria de Alford (1995) ter sido utilizada para análise de um sistema de saúde em tempo, lugar e configuração muitos distintos da realidade brasileira, alguns autores têm salientado que a identidade de interesses estruturais é uma questão empírica que podem incluir outros grupos (BARNARD; HARRISON, 1986), e podem mudar ao longo do tempo (HARRISON; AHMAD, 2000). Outros puseram em causa a pertinência das categorias Alford no Reino Unido a prática geral (NORTH, 1995; NORTH; PECKHAM, 2001).

Nenhuma delas, porém, significa que Alford (1995) na linha da análise de políticas não possa ser empregada para lugares e tempos diferentes de Nova Iorque na década de 1960. Mas significa que o analista não deve abordar o tema, com base no fato, por exemplo, do interesse a ser considerado como sendo de monopolização, ou supor ser dominante. Em vez disso, olha-se para nosso o sistema para procurar qual o padrão de interesses estruturais no processo de regulação e, suas implicações para a prestação de serviços na assistência médico-hospitalar no Brasil entre 1990 a 2007.

4.6 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM da Fundação Oswaldo Cruz, sendo registrado em abril de 2007 na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde sob o número 0028.0.095.000-07.

5 CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR NO BRASIL

Caracteriza-se, neste capítulo, a assistência a saúde no Brasil e analisa-se as internações hospitalares registradas no sistema de informações hospitalares do SUS SIH/SUS, com intuito de verificar o perfil de internações no país, como parte fundamental para o entendimento do nosso estudo. Inicialmente, é apresentado um panorama da organização da assistência a saúde no SUS. Em seguida, a evolução das internações hospitalares gerais no Brasil⁵ baseado na Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) em 1990, 1999, 2002, e 2005 (IBGE, 2005). E, posteriormente, são analisados os dados do SIH-SUS, numa retrospectiva histórica de algumas variáveis básicas, para revelar especificidades do perfil de internação hospitalar desde a implantação do SUS até os anos mais recentes.

5.1 Caracterização da assistência à saúde no Brasil

O modelo de sistema de saúde no Brasil em vigência atual, definido pela Constituição Federal de 1988, orientou a organização de um sistema único de saúde com acesso universal, que incorpora a integralidade e a equidade como seus princípios doutrinários. Mas na realidade, o país apresenta dois sistemas bastante distintos. O primeiro, o SUS, que possui uma rede de prestadores públicos estatais com hospitais, centros de saúde e serviços de diagnóstico nos três níveis de governo e, de acordo com o artigo 199 da carta magna houve a abertura para a contratação dos prestadores de serviços públicos de direito privados, incorporando a rede assistencial, instituições sem fins lucrativos que prestariam serviços, sob contrato ou convênio, de forma complementar ao sistema público estatal. Em 1990, com o advento da Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080 (BRASIL, 1990), o SUS foi regulamentado como um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições nas três esferas do poder executivo. O segundo sistema de saúde

⁵ Os dados da Pesquisa da AMS incluem as internações hospitalares do SUS e a dos hospitais particulares privados do Setor de Saúde Suplementar.

observado no Brasil é denominado sistema de saúde suplementar que é composto pelos segmentos das autogestões, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas.

Assim, o sistema brasileiro é caracterizado por um complexo mix público privado, onde o setor público assegura acesso universal, integral e gratuito a todos os cidadãos, enquanto o setor de cobertura privada suplementar é constituído basicamente pelos planos de saúde e sua rede privada de prestadores de serviços, que responde por cerca de 20%⁶ do mercado de assistência médica no país.

O mercado de saúde suplementar apresenta especificidades, expressas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e provedor. A regulação do segmento de planos e seguros-saúde foi implementada pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), além da institucionalização da ANS, pela Lei nº 9.961/00 (BRASIL, 2000) que são considerados instrumentos representativos da intervenção direta do Estado no meio privado de assistência à saúde, com vistas à garantia do equilíbrio e solvência econômica do mercado e dos direitos dos consumidores de planos privados de saúde, afetando o ponto de equilíbrio das forças atuantes no campo. Destina-se, portanto, a corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas (FARIAS; MELAMED, 2003).

A organização da atenção a saúde no SUS está baseada em duas diretrizes fundamentais observadas nos seus documentos legais constitucionais e infra-constitucionais: a regionalização e a hierarquização. As ações e serviços de saúde são de responsabilidade das três esferas de governo em suas respectivas áreas de abrangência e o financiamento do sistema tem como fonte conjunta, ainda que não definitivamente regulamentada, recursos da União, dos estados e dos municípios. O sistema de controle do fluxo de recursos financeiros do sistema estabelece as ações e procedimentos em dois blocos: atenção básica e a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Desta forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, e de controle, avaliação e regulação.

O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do SUS. É um fundo especial de natureza orçamentária, financeira, contábil e patrimonial criado por lei com a finalidade de gerir a totalidade dos recursos da saúde em cada esfera governamental. Conforme a lei nº 8.142 (art. 2º)

⁶ Taxa de Cobertura de Planos de Saúde para o ano de 2007 de acordo com dados do MS/CNES.

os recursos destinam-se a prover as despesas do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração indireta, bem como as despesas de transferência para a cobertura de ações e serviços de saúde a serem executados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal (BRASIL, 2008).

Mais detalhadamente, os estabelecimentos de saúde existentes no SUS que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, segundo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para atendimento rotineiro à população, quer sejam eles públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação, incluem os estabelecimentos que realizam exclusivamente serviços de apoio à diagnose e terapia e controle regular de zoonoses, tais como: Postos de Saúde; Centros de Saúde; Clínicas ou Postos de Assistência Médica; Pronto-Socorros; Unidades Mistas; Hospitais (inclusive os de corporações militares); Unidades de Complementação Diagnóstica e/ou Terapêutica; Clínicas Odontológicas; Clínicas Radiológicas; Clínicas de Reabilitação; e Laboratório de Análises Clínicas. Os serviços de apoio à diagnose e terapia são destinados ao atendimento aos pacientes externos, internos ou de emergência, objetivando o esclarecimento de diagnóstico (ultra-sonografia, eletrocardiograma, anatomia patológica, etc.) ou a realização de procedimentos terapêuticos específicos, como, por exemplo: quimioterapia, diálise, etc.

No modelo assistencial adotado pelo SUS, a atenção básica constitui o primeiro nível de atenção à saúde. Incorporando um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, que envolvem a promoção da saúde, a prevenção de doença, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. A atenção básica é considerada a porta de entrada preferencial dos usuários do SUS para o acesso as especialidades básicas: clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a estas áreas. Objetiva ainda fazer a ligação dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade.

A atenção básica é composta por especialidades dos estabelecimentos de saúde de menor complexidade, podendo o atendimento ser feito com ou sem médico, como, por exemplo: atenção ao parto por parteiras, imunização, médico de família, entre outros. A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde, como forma prioritária para a organização da atenção básica é a Estratégia Saúde da Família, que favorece o vínculo e a co-responsabilização com a comunidade adscrita em territórios definidos. A responsabilidade pela oferta de serviços de atenção básica à

saúde é da gestão municipal, sendo o financiamento para as ações básicas à saúde de responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 2008).

Mais recentemente, a Portaria nº. 648 GM/2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde enfatiza que a atenção básica deve ser orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b). Atualmente, o Pacto de Gestão estabeleceu que as ações e os serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As demais ações e serviços de saúde serão atribuídos de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

As ações e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos para garantia da resolutividade e integralidade do sistema. Este componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no orçamento da saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC).

A Média Complexidade é composta por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Mais recentemente, a atenção de média complexidade foi instituída pelo Decreto nº. 4.726 de 2003 (BRASIL, 2003), que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Os gestores estaduais de Saúde, em conjunto com os municípios, devem estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e nos Conselhos Estaduais de Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, os critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade devem considerar a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e

terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2007a).

No contexto do SUS a Alta Complexidade é definida como um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em redes, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2008).

Os serviços de alta complexidade são serviços que exigem ambiente de internação com uso de tecnologia avançada e pessoal especializado para sua realização, como em transplantes, cirurgias cardíacas, em queimados, em pessoas portadoras de AIDS, em pessoas com próteses de bacia e de cabeça de fêmur, etc.

A Portaria SAS/MS nº. 968/2002 (BRASIL, 2002), definiu o elenco de procedimentos considerados de Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia.

Na maior parte dos estados, os procedimentos foram historicamente contratados/conveniados junto aos serviços de saúde, sejam privados com fins lucrativos, sejam filantrópicos ou universitários, conforme a oferta dos prestadores, e seu acesso para a população sempre dependeu da demanda espontânea e procura voluntária dos pacientes.

Conforme Carvalho (2008) a estimativa de gasto público-privado com saúde no Brasil no ano 2007 (Quadro 2) foi de R\$ 192,79 bilhões. Considerando que a população brasileira estimada para este ano era de 183.623.316 habitantes, o gasto por habitante-ano representou cerca de R\$1.050,00. Na estrutura de contas do setor saúde observa-se uma predominância de recursos financeiros na saúde suplementar, o regime privado detém 51% e o público 49%, vale ressaltar que o gasto público cobre toda população, enquanto que setor saúde privado corresponde a uma cobertura de 37 milhões de pessoas aproximadamente.

REGIME	NATUREZA	R\$ (BI)
PÚBLICO 49%	Federal 47%	44,33
	Estadual 26%	24,33
	Municipal 27%	25,75
	Total Público 100%	94,41
PRIVADO 51% (tem \$ público de renúncia fiscal)	Planos Seguros 51%	49,83
	Desembolso Direto 21%	21,07
	Medicamentos 28%	27,38
	Total Privado 100%	98,38
Público- Privado	Total Brasil	192,79

Quadro 2 - Financiamento da Saúde no Brasil – 2007.

Fonte: Carvalho (2008).

No caso da assistência médico-hospitalar do SUS, objeto de análise de deste estudo, quanto às modalidades de prestação de serviços, os hospitais podem ser classificados em duas categorias: públicos e privados. Os hospitais públicos são aqueles que pertencem a órgãos oficiais da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal. Enquanto que os hospitais privados registrados como pessoa jurídica (com CNPJ próprio ou da mantenedora⁷), de direito privado. A discriminação destas variáveis permite classificar os estabelecimentos privados que têm algum vínculo com o SUS, os estabelecimentos conveniados, identificando a oferta dos serviços, segundo a modalidade de atendimento. Para efeito do presente

⁷ Mantenedora é a pessoa jurídica de direito público ou privado ou pessoa física que provê os recursos necessários para o funcionamento de outras entidades ou incubadoras.

estudo as unidades hospitalares participantes do SUS serão denominadas públicas de direito privado conveniadas.

Os hospitais privados conveniados são diferenciados através de duas finalidades, filantrópicos e lucrativos. Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Já os hospitais com fins lucrativos são aqueles organizados e controlados privadamente e que visam lucro na prestação de serviços.

Conforme os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a rede hospitalar no Brasil, em dezembro de 2007, era composta por 10.264 estabelecimentos com tipo de atendimento prestado em regime de internação, sendo 6.110 pertencentes ou vinculados ao SUS e 4.154 privados que atenderam ao setor suplementar. Do total de estabelecimentos hospitalares do SUS a maior parte (53,3%) é de estabelecimentos conveniados. O número de leitos disponíveis no período foi de 500.452, destes 367.397 estavam disponíveis para todos os cidadãos usuários do SUS.

5.2 Perfil geral da assistência médico-hospitalar no Brasil

Os dados da Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS)⁸, realizada periodicamente pelo IBGE, apresenta informações precisas para a detecção das tendências da oferta e da capacidade instalada dos serviços de saúde no Brasil. Nesta pesquisa, é feito um levantamento em todo o país, de todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos,

⁸ A Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária é uma pesquisa censitária, realizada através de entrevista, que abrange todos os estabelecimentos de saúde existentes no País que prestam assistência à saúde individual ou coletiva, públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, em regime ambulatorial ou de internação. As estatísticas relativas à saúde começaram a ser realizadas em todo o Território Nacional com periodicidade anual, a partir de 1931, pelo antigo Serviço de Estatística da Educação e Saúde, que fazia parte do Sistema Estatístico Nacional. Em 1975, o IBGE assumiu a responsabilidade pelo planejamento, coleta, apuração, sistematização e divulgação dos resultados da AMS. Nos anos de 1989 e 1990, as pesquisas mantiveram-se sem alterações, após alguns anos de interrupção foi reformulada e editada nos anos de 1992, 1999, 2002 e 2005.

privados ou públicos, em regime de internação ou não (SUS e setor suplementar). Trabalharemos os dados da AMS de 1990, 1992, 1999, 2002 até a mais recente de 2005, relativos às internações gerais e leitos hospitalares, por estabelecimentos e distribuídos por regiões do país.

Conforme se observa no Gráfico 1, o número de total estabelecimentos de saúde no Brasil apresenta uma consistente tendência de crescimento. Com o surgimento do SUS, especialmente a partir de 1990, essa tendência sofre um novo impulso, resultado da ampliação da rede de assistência em todo o país com a descentralização dos serviços. Em 2005, o conjunto dos estabelecimentos em atividade ou em atividade parcial é composto por 75.517 estabelecimentos únicos⁹ e por 1.487 estabelecimentos com terceirização em suas dependências. Além destes, foram pesquisados 2.973 estabelecimentos que funcionam no interior dos estabelecimentos com terceirização¹⁰. Os dados revelam um aumento relativo de 17,8% no número de estabelecimentos no período de três anos em relação a última pesquisa de 2002, correspondendo a uma taxa anual de crescimento de cerca de 5,6%. Os estabelecimentos de saúde com internação se mantiveram estáveis.

A evolução do número de estabelecimentos na AMS pode ser visualizada através da série histórica apresentada no Gráfico 1.

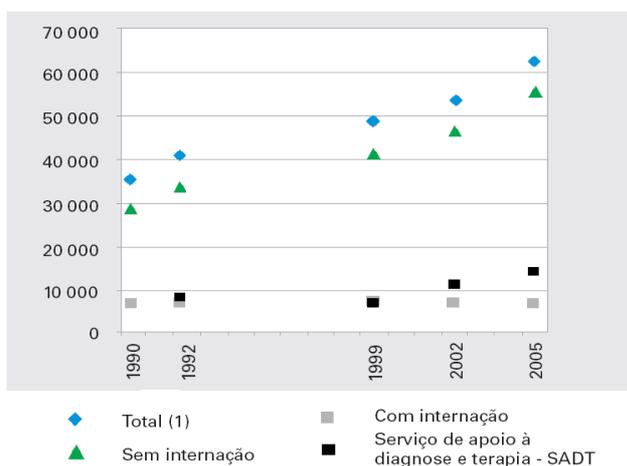


Gráfico 1 – Estabelecimentos de saúde Brasil – 1990/2005.

Fonte: IBGE, AMS 1990-2005.

Nota: (1) Exclui os estabelecimentos de serviços de apoio à diagnóstico e terapia (SADT).

⁹ Quando o estabelecimento de saúde funciona sem nenhuma empresa que presta serviços de saúde terceirizados em suas instalações.

¹⁰ A AMS define o tipo de estabelecimento de acordo com a organização do funcionamento do estabelecimento de saúde: Único - quando funciona sem nenhuma empresa que presta serviços de saúde terceirizados em suas instalações. Terceirizado - quando presta serviço terceirizado nas instalações de outro estabelecimento de saúde, desde que atenda aos requisitos de objeto da pesquisa. Com terceirização - quando funciona com empresas que prestam serviços de saúde terceirizados em suas instalações, desde que atendam aos requisitos de objeto da pesquisa.

Quando comparados os setores públicos e privados, este crescimento apresenta um comportamento diferenciado por região. O setor público obteve maior crescimento nas Regiões Norte (2,7% ao ano), Nordeste (7,0% ao ano) e Sudeste (5,8% ao ano), enquanto o setor privado (suplementar e complementar ao SUS) obteve maior crescimento nas Regiões Sul (5,0% ao ano) e Centro-Oeste (15,2% ao ano).

O total de estabelecimentos de saúde com registro de internação, em 2005, foi de 7.155, o que aponta uma queda da oferta de 243 estabelecimentos em relação a 2002, especificamente no setor privado, e um discreto crescimento no setor público, comportamento esse refletido em todas as regiões.

Embora o número de estabelecimentos privados permaneça maior que o de públicos (62,0%), o setor privado apresentou taxa de crescimento anual negativa em todas as regiões. A queda anual em relação a 2002 nesse setor foi de 2,7% e variou de 5,7%, na Região Norte, a 1,7% na Região Sul. Nas Regiões Nordeste e Centro-Oeste a queda de foi 3,6%. No setor público houve um pequeno crescimento anual de 1,7%, sendo maior nas Regiões Centro-Oeste (4,3%) e Sudeste (3,2%), e menos intenso nas Regiões Nordeste (1,1%), Norte (0,8%) e Sul (0,3%).

Observa-se ainda que os estabelecimentos com internação representam 9,3% dos estabelecimentos de saúde pesquisados em 2005. Em 2002, esse percentual era de 11,0% e, em 1999, de 16,0%.

Este aumento da participação do setor público, entre os estabelecimentos com internação, não se deve apenas à redução do setor privado, mas também a um aumento do próprio setor público, que vem se intensificando nos últimos anos. O Gráfico 2, demonstra esta tendência.

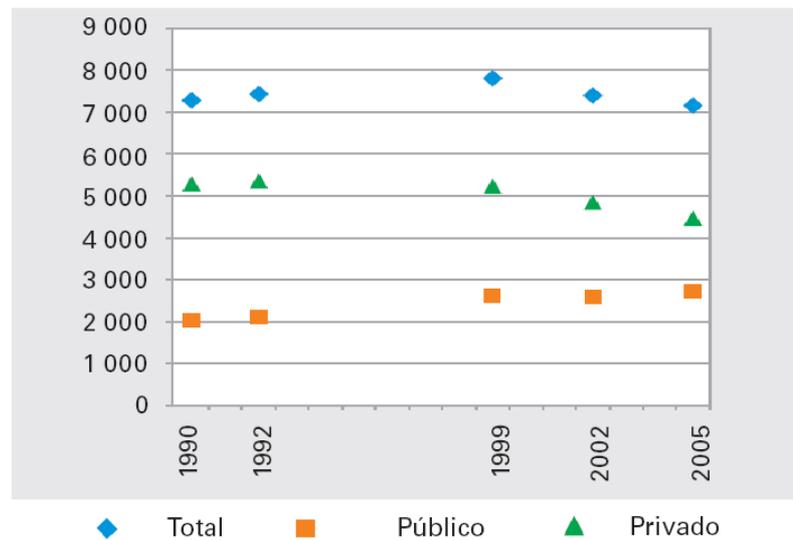


Gráfico 2 – Estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa - Brasil – 1990/2005.
Fonte: IBGE, AMS 1990-2005.

Os resultados da Pesquisa da AMS 2005 demonstram que 78,9% dos estabelecimentos de saúde no país prestam atendimento ao SUS. Essa proporção aparece maior nas Regiões Nordeste (87,6%) e Sul (83,9%), e menos intensa na Região Sudeste (69,0%).

Em relação ao setor privado, verifica-se que cerca de 68,0% dos estabelecimentos com internação atendem ao SUS, ou seja, mais de 2/3 destes. A Região Sul apresentou maior percentual (81,3%), seguida da Região Nordeste (73,8%). Os menores percentuais foram observados nas Regiões Norte (48,0%) e Sudeste (60,8%).

Quanto à especialização nos estabelecimentos de saúde, percebe-se que o setor privado possui um número de estabelecimentos de saúde especializados superior ao do setor público: o setor público possui 5,0% dos estabelecimentos especializados e o setor privado 12,9%.

Do total de 443.210 de leitos registrados pela pesquisa AMS 2005, 148.966 (33,6%) são públicos e 294.244 (66,4%) privados. Quanto à oferta de leitos pelas Grandes Regiões foram apurados que: na Região Norte, estão 6,1% do total de leitos (27.163); na Região Nordeste, 26,1% (115.857); na Sudeste, 43,2% (191.453); na Região Sul, 16,8% (74.558); e na Região Centro-Oeste, 7,7% (34.179).

A tendência de queda apresentada nos estabelecimentos com internação de 1999 a 2005 (Gráfico 2) é evidenciada mais fortemente na redução do número de

leitos no setor privado (Gráfico 3). O número de leitos que chegou a 544.357, em 1992, declinou para 443.210, em 2005, significando uma redução de 18,6%, que equivale a uma perda de 1,6% ao ano. No entanto, o leito público apresentou um ligeiro aumento de oferta, embora inferior ao crescimento populacional, e o leito privado, uma queda a uma taxa anual de 3,2%, entre 2002 e 2005.

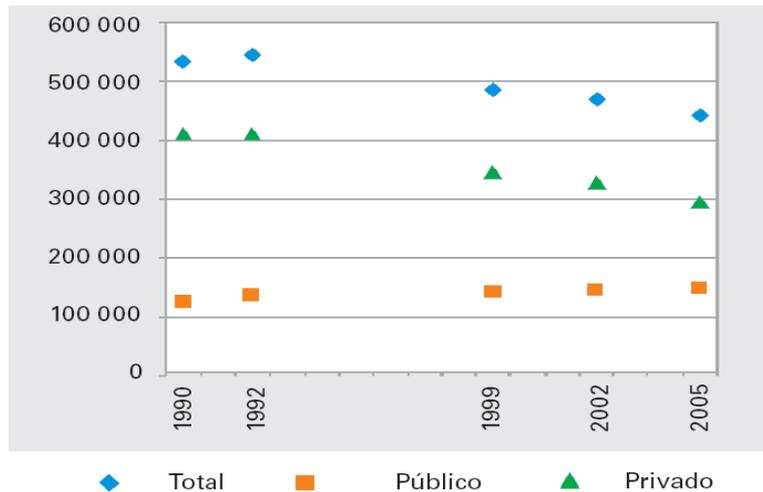


Gráfico 3 – Leitos em estabelecimentos de saúde com internação, por esfera administrativa - Brasil – 1990/2005.
Fonte: IBGE, AMS 1990-2005.

A distribuição de leitos na esfera pública aparece da seguinte forma: 17.189 são leitos federais, 61.699 estaduais, e 70.078 leitos municipais. Do total de leitos privados, 82,1% pertencem a estabelecimentos que informaram prestar atendimento ao SUS. A Região Norte é a que possui maior percentual de leitos públicos (57,7%), seguida das Regiões Nordeste (45,3%) e Centro-Oeste (36,6%). Enquanto que na Região Sudeste, a proporção é de 27,9% e a Região Sul possui o menor percentual, 19,9%. Comparado a 2002, houve uma redução de 5,9% no total de leitos, ou uma taxa de declínio de 2,0 % ao ano.

A redução do número de leitos seguiu o mesmo comportamento em quase todas as Grandes Regiões (Gráficos 4 e 5), a exceção do Norte e Centro-Oeste onde a oferta de leitos públicos acompanhou o crescimento populacional, resultando em taxas anuais positivas de crescimento de 2,0% e 1,1%, respectivamente. A queda de leitos no setor privado ocorreu em todas as regiões e a perda anual no período 2002/2005 foi de 3,2%. No setor público, houve um crescimento de 1,8% neste mesmo período.



Gráfico 4 – Leitos existentes para internação, públicos, segundo as Grandes Regiões - Brasil – 1999/2005.

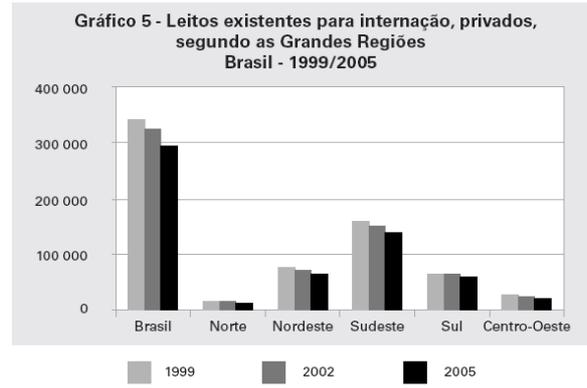


Gráfico 5 – Leitos existentes para internação, privados, segundo as Grandes Regiões - Brasil – 1999/2005.

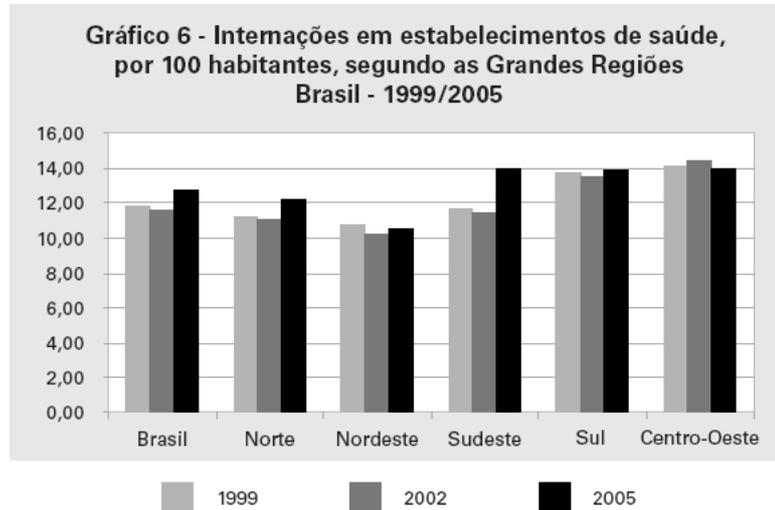
Conseqüentemente, foram observadas reduções na relação leito por 1 000 habitantes, em 2002, esse índice era de 2,7 e, em 2005, passou para 2,4 por 1 000 habitantes. Coube ao setor privado a maior queda nesse índice (4,9% ao ano). No setor público, o declínio foi de apenas 1,2%. Este índice está abaixo dos parâmetros de cobertura sobre a necessidade de leitos indicados pelo Ministério da Saúde, na Portaria nº. 1.101/GM, de 12 de junho de 2002, que é de 2,5 a 3 leitos por 1 000 habitantes¹¹.

Na AMS 2005, foram registradas 23.252.613 internações para o ano de 2004, sendo que 30,2% destas em estabelecimentos públicos e a maior parte em estabelecimentos privados, 69,8%. Do total de internações, 46,4% pertencem à Região Sudeste, em seguida, à Região Nordeste pertencem 22,6% das internações do País, e 15,8%, à Região Sul. Na Região Norte, a proporção é de 7,5%, e na Centro-Oeste, de 7,7%. Apesar da redução observada no número de leitos totais, verifica-se um aumento no número de internações, em todas as Grandes Regiões do país, no comparativo entre 2001/2004 que correspondeu a cerca de 16,3%.

A taxa de internação no Brasil apresenta um crescimento de 11,6, em 2001, para 12,8 internações por 100 habitantes/ano, embora haja algumas oscilações nas regiões, nenhuma delas apresenta índices inferiores aos da faixa preconizada pelo Ministério da Saúde (Gráfico 6). Conforme este parâmetro estima-se que de 7,0% a

¹¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) não recomendam nem estabelecem taxas ideais de número de leitos por habitante a serem seguidas e cumpridas por seus países membros. A definição de índices, como número de leitos ou médicos por habitantes depende de fatores regionais, sócio-econômicos, culturais e epidemiológicos, entre outros, que diferem de região para região, país para país.

9,0% da população teria a necessidade de internações hospitalares durante o período de um ano, em determinada região.



Fonte: IBGE, AMS 1999/2005.

Gráfico 6 – Internações em estabelecimentos de saúde, por 100 habitantes, segundo as Grandes Regiões - Brasil – 1999/2005.

5.3 Evolução da assistência médico hospitalar no SUS

As internações realizadas pelo SUS, da menor complexidade até as mais complexas, são organizadas num Sistema implantado em 1990, denominado Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) cujo objetivo é registrar os atendimentos realizados a nível hospitalar, constituem-se em um dos maiores Bancos de Dados do mundo na área de assistência à saúde e o Estado brasileiro configura-se como um grande empregador e comprador dos serviços de saúde existente no mundo, pago por um mesmo financiador.

Nesta parte do estudo realizaremos análise dos dados do SIH/SUS, tendo como referência o perfil das internações hospitalares por natureza do prestador, valor total e médio por região, unidade federada e regiões metropolitanas no Brasil entre 1990 e 2007.

Os dados disponíveis no SIH/SUS são geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias

Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processado pelo DATASUS da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas de direito privado conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são processadas no DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando uma base de dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

Com relação à assistência médico hospitalar o SUS ainda remunera a instituição hospitalar, estatal ou conveniada, pelo procedimento realizado, conforme tabela SIH/SUS. São considerados procedimentos do SUS tanto atos isolados quanto conjunto de atos de atenção à saúde, assim como medicamentos e outros insumos terapêuticos, além das órteses, próteses e os procedimentos administrativos. É um valor fixo pago como pacote conforme quantidade de medicamentos, material médico-hospitalar, dias de internação e outros custos que a instituição teve com o paciente baseado na Disease Related Groups (DRG). Nestes procedimentos o risco é transferido para o prestador. Os procedimentos SUS também têm sido usados como unidade de medida para cálculos de cobertura e para a programação da assistência, em especial no processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e sua definição dos tetos financeiros da assistência.

A tabela de procedimentos SUS é constituída pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), e pela tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), cujas composições e definições de reajustes de valores são estabelecidas pela direção nacional do SUS, homologadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O SIH cobre em média 80% das internações hospitalares no país, com a descentralização da sua gestão, deu ao sistema maior qualidade e o transformou num meio de identificação dos problemas clínicos e epidemiológicos, serve de base de informação para os três níveis de governo e indicador de vigilância de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). Mas o SIH tem suas limitações, por exemplo, não contabiliza indivíduos, e sim eventos; o procedimento hospitalar está vinculado a vários diagnósticos; não inclui internação de rede fora do SUS (cerca de 20%); o

gerenciamento do sistema obedece a lógica do faturamento. Em 1991, o SIH foi incorporado ao SUS e, em 2006, foi descentralizado para que cada município fizesse sua gestão, o que deu ao sistema maior qualidade e o transformou num meio de identificação de aspectos clínicos e epidemiológicos.

De acordo com os dados do SIH/SUS havia no Brasil, em 2007, cerca de 5.315 estabelecimentos vinculados ao SUS que realizaram internações hospitalares, sendo 2.545 públicos estatais e 2.986 conveniados.

Analisando estes dados verifica-se que, do total de hospitais conveniados, 1.832 tinha fins lucrativos e 1.154 eram filantrópicos. Quanto à distribuição geográfica da rede hospitalar a região Nordeste concentra o maior número de hospitais que estabelecem algum tipo de contratação com o SUS (1.909, ou 34,51% do total de hospitais) principalmente os públicos, mas é a região Sudeste que apresenta o maior número de hospitais conveniados ao SUS (1.090 ou 36,50% dos hospitais privados correspondendo a 19,71% do total de hospitais). Proporcionalmente, a região Sul concentra o maior número de hospitais conveniados onde 75,66% do total de hospitais existentes nesta região são privados. A região Norte, proporcionalmente concentra o maior número de hospitais públicos do país (72,58% dos hospitais da região são públicos estatais). A tabela 1 mostra a distribuição da rede hospitalar brasileira por regiões segundo o tipo de prestador (público e particular conveniado).

Tabela 1 – Rede hospitalar do SUS - Brasil – 2007.

Região	Público	Particular Conveniado			Total	
		Privado	Filantropico	sub-total	nº.	%
Brasil	2.545	1.832	1.154	2.986	5.531	100
Norte	323	95	27	122	445	8,05
Nordeste	1.196	400	313	713	1.909	34,51
Sudeste	508	855	235	1.090	1.598	28,89
Sul	239	264	479	743	982	17,75
Centro-Oeste	279	218	100	318	597	10,79

Fonte: Brasil (2007).

Nota: Os dados foram extraídos dos arquivos RD (estados e municípios) com a utilização do programa Tabwin, a partir do registro dos hospitais que realizaram internação em 2007.

Na análise do período de 1990 a 2007 (Gráfico 7), observa-se que a participação dos hospitais públicos no número de internações realizadas pelo SUS apresenta uma consistente tendência de crescimento desde o princípio de implantação do Sistema. Já o prestador privado tem um comportamento inverso, reduzindo significativamente sua participação no período estudado. Apesar das

oscilações nos percentuais dos hospitais filantrópicos, estes se mantêm no mesmo patamar de 40% das internações verificadas no início da década de 90. Os hospitais universitários tiveram uma evolução menos intensa que os demais prestadores até o início dos anos 2000, com a implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ocorrida em agosto/2003, as unidades universitárias foram reclassificadas em públicas e privadas.

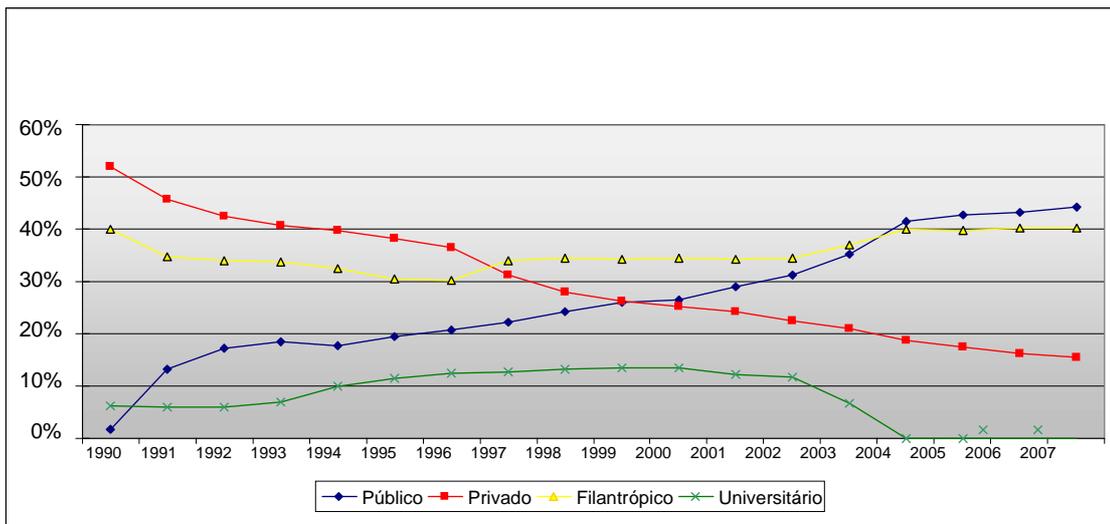


Gráfico 7 - Evolução das Internações no SUS por Natureza do Prestador - Brasil - 1990/2007.

Fenômeno distinto pode ser observado quanto ao valor total das internações pagas aos hospitais (Gráfico 8). Destacam-se os hospitais filantrópicos, ou seja, público de direito privado sem fins lucrativos que apresentam uma tendência significativa de crescimento, especialmente a partir de 2000, suplantando os demais hospitais com 44,3% dos recursos pagos pelo SUS. Embora os hospitais públicos estatais tenham uma tendência crescente no valor total das internações ainda configura-se com menor percentual. Os prestadores privados mantêm a tendência de queda e os universitários também reduziram seus percentuais até serem reclassificados a partir de 2003.

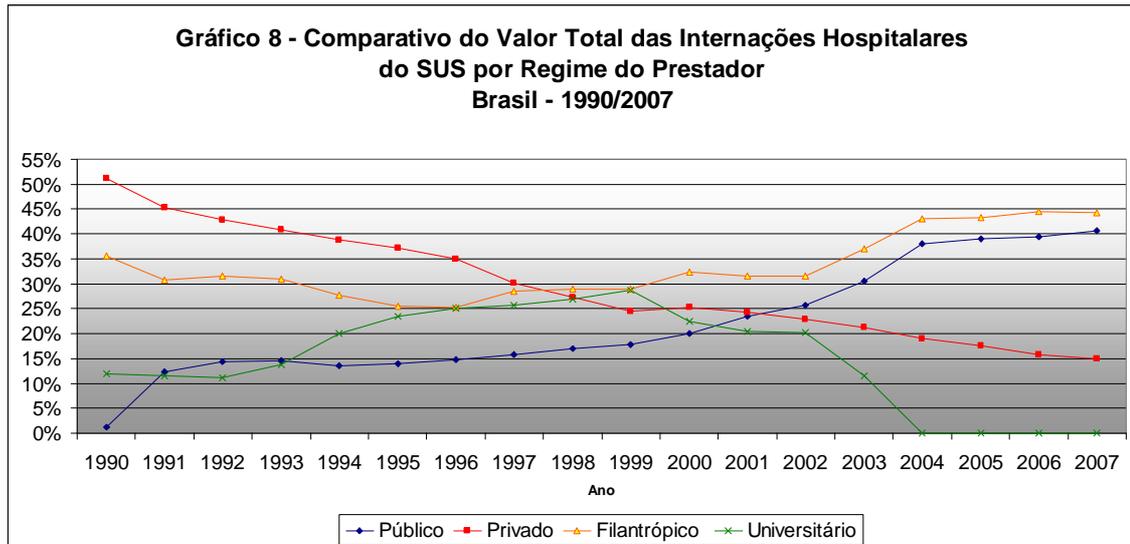


Gráfico 8 – Comparativo do valor total das internações hospitalares do SUS por Regime do Prestador - Brasil – 1990/2007.

Os dados da assistência médico-hospitalar no SUS demonstram que os hospitais conveniados (prestadores privados com fins lucrativos e filantrópicos) sempre se mantiveram num patamar acima dos hospitais públicos estatais, seja no quantitativo total das internações e, acentuadamente em relação ao valor pago, correspondendo a 55,7% e 59,4%, respectivamente em 2007.

Quando comparamos a evolução do custo médio das internações destacam-se os hospitais universitários que têm um perfil de realização de procedimentos cujo valor médio é mais elevado que os demais prestadores, configurando-se em hospitais de alta complexidade e elevado custo (Gráfico 9). Vale ressaltar que nos últimos anos os prestadores filantrópicos elevaram o custo médio da produção de serviços superando valor médio total das internações em 2004, fato possivelmente explicado pela reclassificação dos hospitais universitários para a discriminação do regime públicos e privados conveniados (com fins lucrativos e filantrópicos) no CNES em agosto de 2003. Os demais prestadores se mantêm com pequenas oscilações, com variações acentuadas os prestadores privados.

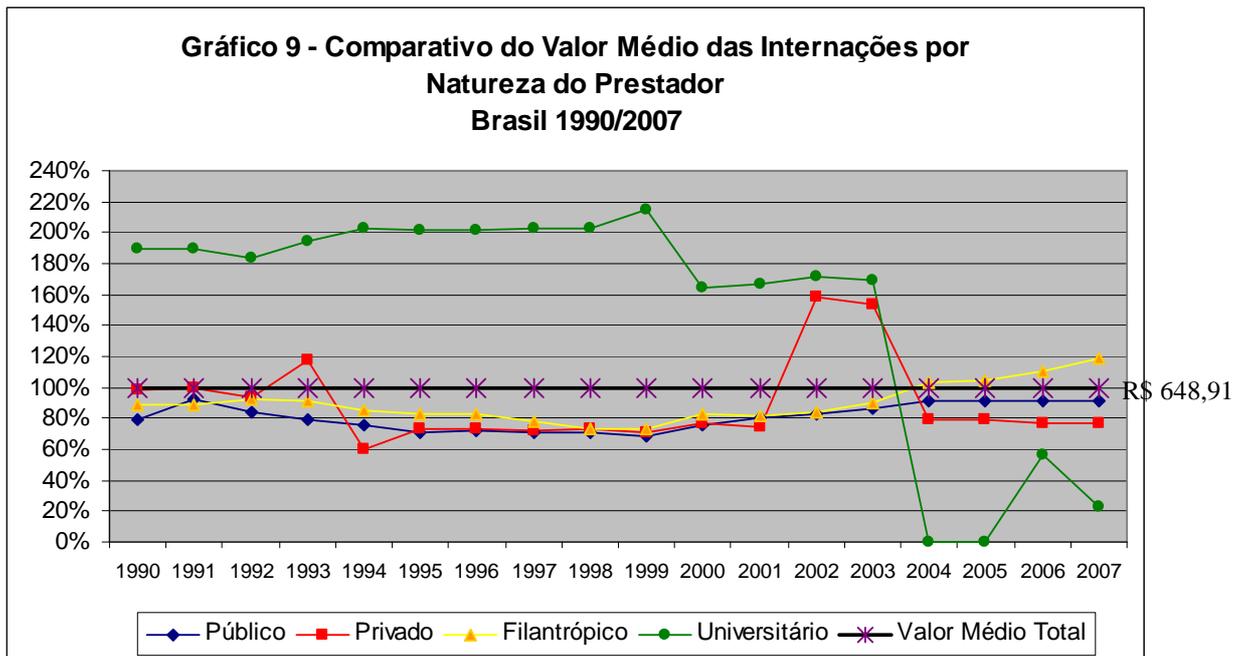


Gráfico 9 – Comparativo do valor médio das internações por natureza do prestador - Brasil -1990/2007.

Na tabela 2 observa-se a distribuição proporcional das internações por Regiões e Unidades da Federação, onde ocorre redução em maior ou menor grau em praticamente todas as regiões, a exceção da Região Norte que teve um incremento significativo no decorrer do período. De uma forma geral, a Região Sudeste contribuiu com a maior parte das internações no país, enquanto que a Região Centro-Oeste representa a menor parcela. O percentual das internações é o mais elevado nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Bahia, sendo pouco representativo nos estados da Região Norte.

Tabela 2 – Distribuição proporcional das Internações Hospitalares do SUS por Região/UF Brasil - 1990/2007.

Região/UF	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Região Norte	3,0	4,2	5,3	5,9	6,0	6,6	7,1	7,1	7,2	7,7	7,7	7,7	7,8	7,9	8,1	8,4	8,8	8,8
.. Rondônia	-	0,4	0,8	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
.. Acre	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
.. Amazonas	0,3	0,5	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	1,0	1,1	1,1	1,0	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	1,6
.. Roraima	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
.. Pará	2,0	2,1	2,5	2,8	3,0	3,4	3,8	3,8	3,9	4,1	4,1	4,1	4,2	4,3	4,3	4,5	4,6	4,6
.. Amapá	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
.. Tocantins	0,6	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9
Região Nordeste	23,7	27,8	29,4	29,7	29,9	30,0	30,2	29,6	29,9	30,0	30,2	30,0	30,0	29,6	29,1	28,7	28,3	28,4
.. Maranhão	3,8	3,9	3,7	3,5	3,6	3,7	3,5	3,4	3,4	3,3	3,2	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1
.. Piauí	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,2	2,4	2,3	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0
.. Ceará	4,0	4,8	4,7	4,7	4,6	4,7	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4	4,6	4,7	4,6	4,6
.. Rio Grande do Norte	1,0	1,5	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4
.. Paraíba	2,5	2,7	2,4	2,4	2,3	2,4	2,3	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2	2,2	2,1	2,0	2,0
.. Pernambuco	3,7	5,2	5,4	5,1	5,0	5,0	5,1	5,1	4,9	4,8	4,6	4,6	4,5	4,4	4,3	4,5	4,5	4,5
.. Alagoas	1,6	1,9	2,1	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7
.. Sergipe	0,8	0,9	0,9	1,0	0,9	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
.. Bahia	4,2	4,7	6,5	7,4	8,1	8,1	8,4	8,2	8,7	8,9	8,9	8,7	8,7	8,8	8,5	7,9	7,9	8,1
Região Sudeste	45,3	43,0	41,8	41,5	41,4	40,5	39,4	39,5	38,8	38,3	38,0	37,7	37,6	38,1	38,2	38,5	38,3	38,6
.. Minas Gerais	14,7	12,5	11,5	11,5	11,1	11,3	11,2	11,4	10,9	10,5	10,4	10,5	10,7	10,7	10,4	10,4	10,4	10,1
.. Espírito Santo	1,9	1,7	1,8	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
.. Rio de Janeiro	7,1	7,8	7,6	7,6	7,4	7,7	7,5	7,7	7,5	7,5	7,4	7,0	6,7	6,7	6,7	6,4	6,2	6,3
.. São Paulo	21,7	21,1	20,8	20,8	21,2	19,8	19,0	18,7	18,7	18,6	18,7	18,5	18,6	19,0	19,4	20,0	20,1	20,5
Região Sul	20,1	17,7	16,5	16,3	15,8	16,1	16,6	16,8	16,7	16,7	16,6	16,8	16,5	16,2	16,1	16,0	16,3	16,2
.. Paraná	7,4	6,9	6,1	6,2	6,0	6,2	6,4	6,5	6,5	6,6	6,6	6,7	6,5	6,5	6,3	6,3	6,4	6,5
.. Santa Catarina	4,3	3,6	3,4	3,4	3,3	3,3	3,5	3,5	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,2	3,2	3,3	3,3	3,3
.. Rio Grande do Sul	8,4	7,2	6,9	6,7	6,5	6,6	6,8	6,8	6,7	6,7	6,7	6,7	6,6	6,5	6,6	6,4	6,6	6,4
Região Centro-Oeste	7,9	7,4	7,1	6,7	6,9	6,7	6,8	6,9	7,2	7,4	7,6	7,9	8,1	8,3	8,4	8,3	8,2	7,9
.. Mato Grosso do Sul	1,3	1,4	1,2	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,5
.. Mato Grosso	1,7	1,6	1,6	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6
.. Goiás	4,5	3,5	3,4	3,1	3,1	2,8	2,7	2,7	2,8	3,0	3,0	3,2	3,4	3,4	3,5	3,4	3,4	3,2
.. Distrito Federal	0,4	0,9	0,9	0,9	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,4	1,5	1,7	1,6	1,6	1,6

Fonte: SIH/SUS.

A distribuição das internações no SUS por natureza do prestador segundo as grandes Regiões (Gráficos 10 a 12) revela que são no Sudeste (35,3%) e Nordeste (34,3%) que se concentram a maior proporção das internações realizadas pelos prestadores públicos no país em 2007, já a maior parte das internações dos prestadores privados conveniados está na Região Nordeste (35,2%), enquanto que na Região Sudeste predomina majoritariamente as internações dos prestadores particulares conveniados filantrópicos (49,2%).

Na evolução das internações dos prestadores públicos estatais observa-se que as Regiões SE, N e principalmente, o NE tiveram um crescimento expressivo no início da década de 90 e que nos anos 2000 o S, CO e SE elevaram sua participação. O comportamento dos prestadores privados conveniados demonstra uma redução significativa do SE (18%) ao longo do período, situação inversa vivenciada pelas Regiões N e NE. Do lado dos prestadores particulares conveniados filantrópicos ocorreram variações entre as regiões no final dos anos 90 e início de 2000, mas a Região SE manteve sempre a liderança com pelo menos metade das internações no período estudado.

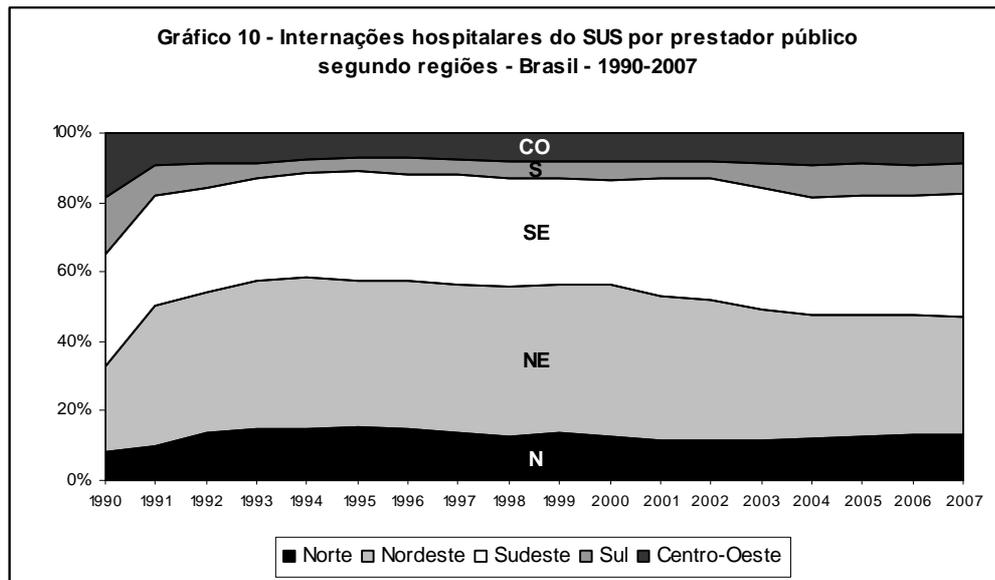


Gráfico 10 – Internações hospitalares do SUS por prestador público segundo Regiões – Brasil – 1990/2007.

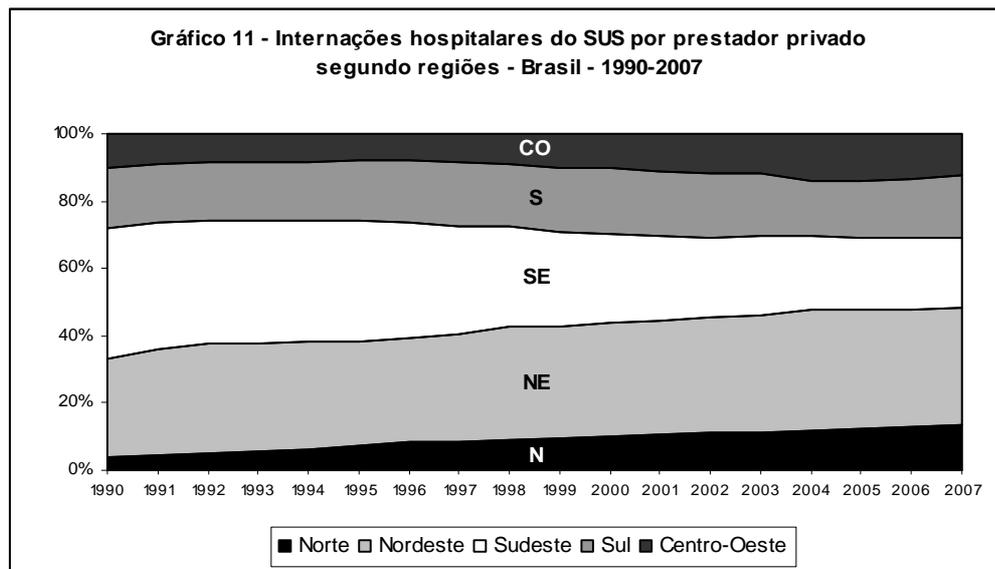


Gráfico 11 – Internações hospitalares do SUS por prestador privado segundo Regiões – Brasil – 1990/2007.

De acordo com as informações do SIH, do total de 370.933 leitos disponíveis no SUS em 2007, 161.955 (43,7%) leitos eram de hospitais públicos e 208.853 (56,3%) leitos eram vinculados a hospitais particulares conveniados (30,1% filantrópicos e 26,2% privados). O comportamento do número de leitos apresenta uma tendência de queda (-2,2%), especialmente de leitos privados, que teve uma perda de 2,9%. Embora, o número de leitos públicos tenha tido um incremento de 2,3% neste período (Gráfico 13).

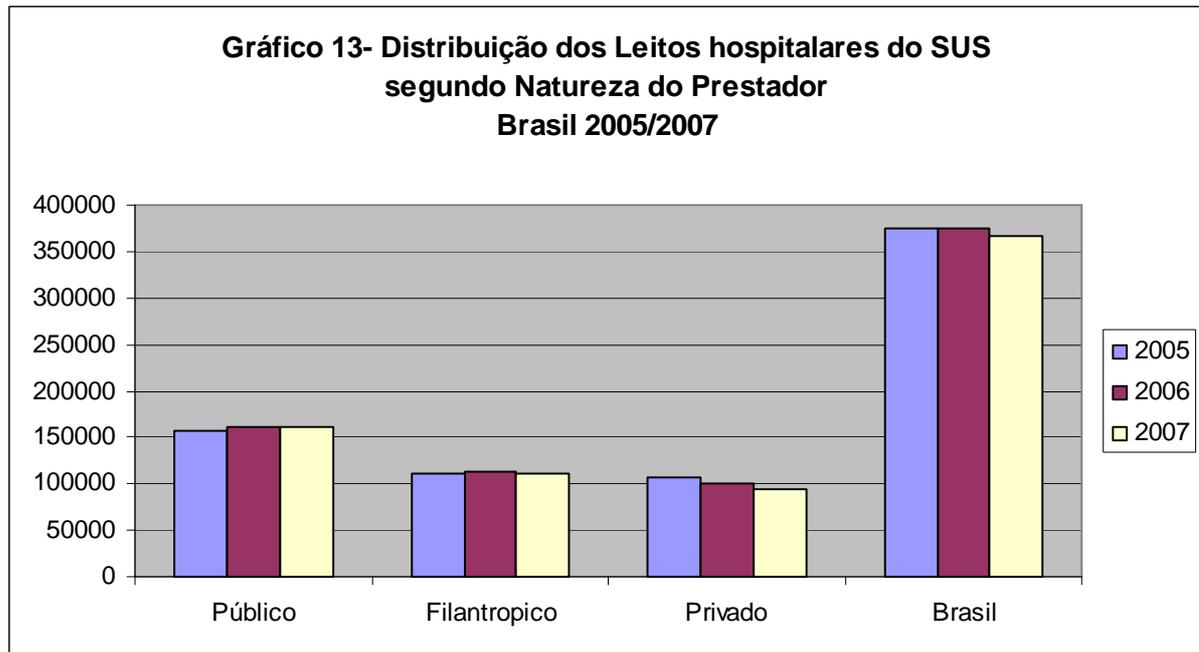


Gráfico 12 – Distribuição dos leitos hospitalares do SUS segundo natureza do prestador – Brasil – 2005/2007.

Ao analisarmos as variações geográficas e temporais da oferta de leitos hospitalares pelo SUS (Gráfico 14), observam-se também reduções na relação leito por 1 000 habitantes/ano, esse índice era de 3,2 e, em 1997, passou para 2,0 por 1 000 habitantes em 2007. O maior índice está na Região Nordeste (2,2%). Coube a Região Centro-Oeste a maior queda nesse índice (1,5%). Na Região Norte, o declínio foi de apenas 0,4%, embora esta apresente o menor percentual de cobertura (1,7%). Esta situação de desigualdade e tendências de redução do índice demanda ações e estudos específicos, considerando que o país apresenta números abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde que é de 2,5 a 3 leitos por 1 000 habitantes.

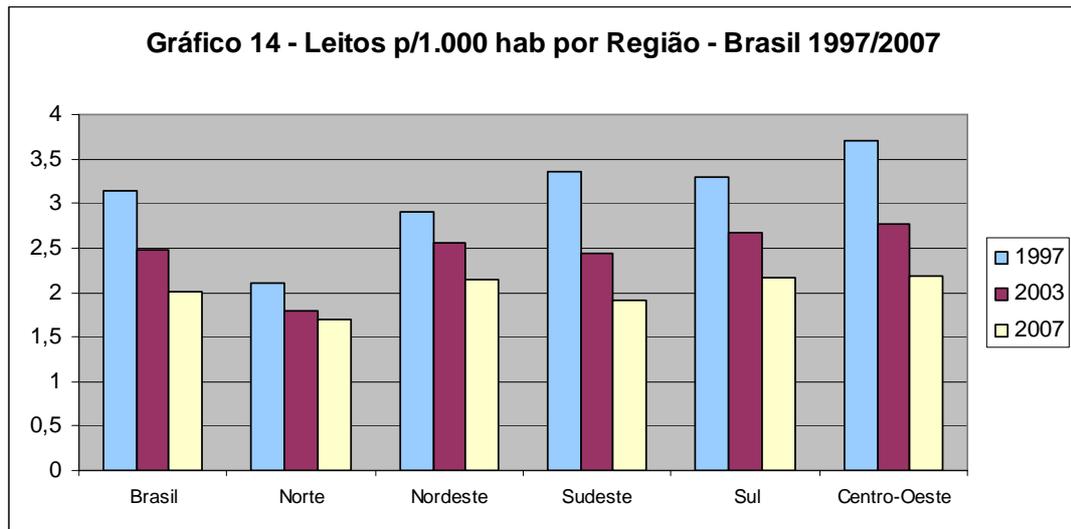


Gráfico 13 – Leitos p/1.000 hab por Região – Brasil – 1997/2007.

Nota: Em 2007 foram utilizadas as médias de leitos disponíveis no SUS para o período e as estimativas da População Residente do Tribunal de Contas da União referenciadas no SIH/SUS.

Para um olhar mais detalhado sobre o comportamento dos prestadores do SUS, fizemos um corte no período de 1996, época em que se intensificava o processo de municipalização e o ano de 2006, quando foram definidos novos parâmetros para a prestação da assistência médico-hospitalar a partir do Pacto pela Saúde de 2006. Do total de 11.338.039 internações ocorridas em 2006 (Tabela 3), o setor privado conveniado foi responsável pela realização de 56,6%, que representou um montante de R\$ 6.998.043.548,10, ou seja, algo em torno de 60,4% dos gastos com internações em 2006.

Tabela 3 – Comparativo entre Quantidade e Valor Total das Internações hospitalares no SUS segundo a Natureza do prestador, 1996 e 2006.

Natureza		Internações hospitalares				Valor Total			
		1996		2006		1996		2006	
		Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%	Qtd.	%
Público	Federal	156.731	1,31	431.488	3,81	30.010.107,89	0,94	406.957.738,99	5,82
	Estadual	1.139.958	9,55	2.147.011	18,94	251.338.446,98	7,90	1.436.592.775,00	20,53
	Municipal	1.172.751	9,83	2.332.178	20,57	189.262.148,29	5,95	918.818.154,68	13,13
	Total	2.469.440	20,69	4.910.677	43,32	470.610.703,16	14,79	2.762.368.668,67	39,48
Particulares Conveniadas	Privado	4.368.985	36,61	1.841.371	16,24	1.114.316.004,77	35,01	1.109.450.917,60	15,85
	Filantrópico	3.615.411	30,30	1.255.477	11,07	801.524.970,81	25,19	720.449.135,01	10,30
	Fil. Isento Trib. e Cont. Sociais	-	-	3.316.110	29,25	-	-	2.397.176.203,97	34,25
	Fil. Isento IR e Cont. s/Lucro Líq.	-	-	961	0,01	-	-	717.108,85	0,01
	Total	7.984.396	66,91	6.413.919	56,57	1.915.840.975,58	60,20	4.227.793.365	60,41
Universitário		1.478.818	12,39	843	0,01	795.814.645,30	25,01	295.933,95	0,00
Ignorado		-	-	12.600	0,11	-	-	7.585.580,05	0,11
TOTAL		11.932.654	100	11.338.039	100	3.182.266.324,04	100	6.998.043.548,10	100

Estes dados demonstram a falaciosa *complementaridade* do setor privado conveniado, que nasce e permanece suplantando os hospitais públicos na rede de assistência à saúde do SUS.

Assim, é importante observar que a produção de unidades hospitalares particulares conveniadas – privadas que em 1996 eram responsáveis por em torno de 37% das internações no interior do SUS; em 2006, reduz para apenas 16% (Tabela 3). Por outro lado, as unidades filantrópicas isentas do recolhimento de imposto de renda, que não existiam em 1996, passam a ser responsáveis por quase 1/3 do valor pago pelas internações em 2006. Outro dado relevante é que, mesmo reduzindo-se em 10% o percentual das internações, o setor conveniado permanece com a mesma fatia dos 60% dos recursos financeiros das internações hospitalares do SUS, ou seja, os dados indicam que estas unidades são duplamente favorecidas: aumento do valor médio das internações e a indução via benefícios fiscais.

Outro aspecto analisado do perfil da assistência médico hospitalar do SUS foi a evolução das internações por especialidades médicas e tipo de prestador (Tabelas 4 a 6). Neste sentido, verifica-se que as internações em clínica médica representam mais de 1/3 (33,6%) e têm um valor médio de R\$ 452,12, em 2007. Por outro lado, o tratamento de pacientes crônicos apresenta um dos menores percentuais, entretanto

tem um valor médio superior a 14 vezes (R\$ 9.847,39) ao valor médio total das internações (R\$ 672,35). Quanto ao tipo de prestador observa-se que os hospitais públicos realizam mais internações em clínica médica e têm a menor proporção em reabilitação, cujo valor médio total das internações foi de R\$ 616,96. Já nos hospitais particulares conveniados a clínica médica também responde pelo maior número e os cuidados prolongados correspondem as menores taxas, embora estes representam 5 vezes mais o valor médio das internações (R\$ 15.325,77) quando comparado aos hospitais públicos (R\$ 3.941,92), o que, conseqüentemente, eleva o valor médio total dos conveniados para R\$ 716,69 em 2007.

O comportamento das internações por especialidades médicas de 1997/2007 (Tabelas 4 a 6) revela que houve um aumento das internações em clínica cirúrgica, reabilitação e psiquiatria - hospital dia¹² em todas as categorias de prestadores, provavelmente influenciados pelas mudanças no perfil epidemiológico do Brasil, com o aumento das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas (BRASIL, 2006), além da reforma psiquiátrica que incentivou a desospitalização dos pacientes psiquiátricos através da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001). Um dado que chama a atenção é o aumento do valor médio total das internações em torno de 147% e, que mesmo com a redução percentual no número de internações dos cuidados prolongados em torno de 600%, em geral houve uma expressiva elevação do valor médio destes, principalmente nos prestadores particulares privados conveniados onde o crescimento alcançou a volumosa proporção de 1.054%, o que sugere a tendência destes prestadores ao reduzirem o número de internações totais, buscarem o atendimento a especialidades com o valor médio mais elevado.

¹² A instituição de hospital dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral.

Tabela 4 - Internações hospitalares totais e valor médio do SUS por especialidade médicas – Brasil 1997/2007.

Especialidade	1997			2003			2007		
	Intern.	%	Valor Médio	Intern.	%	Valor Médio	Intern.	%	Valor Médio
Clínica cirúrgica	2.324.095	19,74	467,78	2.941.242	25,27	854,28	3.214.308	28,37	1.044,31
Obstetrícia	3.077.800	26,14	144,05	2.630.922	22,61	281,29	2.450.812	21,63	429,27
Clínica médica	4.283.358	36,38	201,16	3.973.691	34,14	333,33	3.804.631	33,58	452,12
Cuidados prolongados (Crônicos)	61.052	0,52	1.404,15	13.915	0,12	9.860,88	14.863	0,13	9.847,39
Psiquiatria	410.003	3,48	891,80	310.232	2,67	1.456,83	248.968	2,20	1.762,50
Tisiologia	12.562	0,11	420,00	16.315	0,14	799,83	13.339	0,12	925,74
Pediatria	1.587.344	13,48	218,75	1.716.417	14,75	381,51	1.543.035	13,62	557,93
Reabilitação	5.885	0,05	749,10	13.833	0,12	923,10	16.046	0,14	908,76
Psiquiatria – hosp. dia	10.268	0,09	527,18	21.627	0,19	677,80	24.094	0,21	656,41
Total	11.772.367	100	272,32	11.638.194	100	503,66	11.330.096	100	672,35

Tabela 5 - Internações hospitalares totais e valor médio realizadas por prestador público no SUS segundo especialidades médicas – Brasil 1997/2007.

Especialidade	1997			2003			2007		
	Intern.	%	Valor Médio	Intern.	%	Valor Médio	Intern.	%	Valor Médio
Clínica cirúrgica	384.231	14,67	272,47	891.575	21,75	749,67	1.323.723	26,39	954,92
Obstetrícia	804.502	30,71	126,56	1.099.804	26,82	274,75	1.216.446	24,25	425,72
Clínica médica	908.165	34,67	165,51	1.352.131	32,98	327,01	1.628.759	32,47	454,25
Cuidados prolongados (Crônicos)	19.306	0,74	1.449,79	3.658	0,09	7.105,38	7.174	0,14	3.941,92
Psiquiatria	64.206	2,45	656,12	61.985	1,51	1.336,74	74.510	1,49	1.300,04
Tisiologia	10.279	0,39	392,29	9.419	0,23	758,03	10.137	0,20	933,08
Pediatria	425.626	16,25	174,31	670.048	16,34	373,83	748.562	14,92	579,71
Reabilitação	621	0,02	806,57	5.352	0,13	849,93	649	0,01	1.242,31
Psiquiatria – hosp. dia	2.412	0,09	416,23	6.085	0,15	614,61	6.143	0,12	583,55
Total	2.619.348	100	193,43	4.100.057	100	435,97	5.016.103	100	616,96

Tabela 6 - Internações hospitalares totais e valor médio realizadas por prestador particular conveniado segundo especialidades médicas – Brasil 1997/2007.

Especialidade	1997			2003			2007		
	Intern.	%	Valor Médio	Intern.	%	Valor Médio	Intern.	%	Valor Médio
Clínica cirúrgica	1.367.948	17,843	374,42	1.717.512	25,48	818,90	1.885.649	29,94	1.108,32
Obstetrícia	1.974.971	25,761	139,49	1.381.285	20,49	283,99	1.229.914	19,53	432,96
Clínica médica	2.966.935	38,700	181,30	2.418.740	35,89	320,35	2.172.640	34,50	450,66
Cuidados prolongados (Crônicos)	37.416	0,488	1.328,62	7.080	0,11	13.698,01	7.686	0,12	15.325,77
Psiquiatria	327.071	4,266	948,07	238.402	3,54	1.518,34	173.676	2,76	1.956,26
Tisiologia	67	0,001	327,40	5.784	0,09	913,68	3.202	0,05	902,49
Pediatria	981.570	12,804	190,16	949.165	14,08	355,11	792.349	12,58	537,75
Reabilitação	4.357	0,057	752,87	8.429	0,13	971,85	15.397	0,24	894,70
Psiquiatria – hosp. dia	6.082	0,079	513,66	13.467	0,20	735,35	17.846	0,28	680,59
Total	7.666.417	100	245,03	6.739.864	100	503,42	6.298.359	100	716,69

Para a análise dos procedimentos hospitalares realizados por prestador público e particular conveniado de 1997, 2003 e 2007 (Tabelas 7 a 9) fizemos uma ordenação por valor total decrescente, com o intuito de verificar os procedimentos que apresentam maior peso no custo das internações. Neste comparativo excluímos a discriminação dos hospitais classificados como universitários incluídos apenas no total das internações, pois estes foram reclassificados como públicos ou particulares conveniados (privados e filantrópico) a partir de 2003¹³.

Em 1997 (Tabela 7), tratamento psiquiátrico, insuficiência cardíaca e o parto normal corresponderam ao maior montante de recursos pagos na assistência hospitalar, principalmente aos prestadores particulares conveniados (58,6%). Os procedimentos com maior valor médio estão relacionados ao transplante de medula, renal e a correção cirúrgica da cardiopatia cirúrgica, que são realizados por unidades especializadas e que neste ano ainda estavam associados em grande parte as unidades hospitalares classificadas como universitárias.

Em 2003 (Tabela 8), o parto normal, a insuficiência cardíaca e cesariana foram os procedimentos que totalizaram os maiores valores na produção hospitalar do país. Os prestadores particulares conveniados concentraram o maior volume no valor total da assistência médica hospitalar (57,9%). Os prestadores públicos neste ano registraram os maiores valores médios nos procedimentos realizados, no tratamento de pacientes sob cuidados prolongados com enfermidades neurológicas e cardiovasculares e no tratamento psiquiátrico, isto se deve provavelmente pela reclassificação dos hospitais universitários que passaram a ser identificados como regime público, que correspondem a hospitais de maior complexidade.

Em 2007 (Tabela 9), o montante dos procedimentos com valores totais mais elevados foram o parto normal, a cesariana e a insuficiência cardíaca, respectivamente. Os prestadores particulares conveniados aumentaram sua participação proporcional no volume do valor total das internações hospitalares (59,3%) atingindo o maior percentual no período estudado. Fato observado pela superação dos principais procedimentos que tiveram uma elevação bastante significativa nos valores médios, tais como: transplante de fígado (R\$ 52.059,12),

¹³ Até julho/2003, as unidades universitárias não estavam caracterizadas como públicas ou privadas. A partir da implantação do CNES, em agosto/2003, as unidades universitárias foram reclassificadas em públicas e privadas.

tratamento de pacientes sob cuidados prolongados com enfermidades neurológicas (R\$ 31.168,61) e tratamento de aneurismas cerebrais (R\$ 22.673,74).

Este comportamento observado na distribuição dos valores totais e médios dos procedimentos hospitalares reflete uma possível tendência da migração dos prestadores particulares conveniados para tratamentos que remuneram melhor a prestação de serviços na assistência médico hospitalar no SUS. Podemos supor que o incremento de unidades hospitalares públicos de pequeno porte e complexidade oriundas da municipalização dos serviços de saúde, trouxe à redução proporcional do quantitativo das internações para o setor complementar e levou-o a buscar procedimentos mais complexos e 'lucrativos' para sua 'sobrevivência' na prestação de serviços no sistema público brasileiro. Por outro lado, os prestadores privados mais organizados migraram para o setor suplementar da assistência médico hospitalar, tendo em vista o crescimento observado nos planos e seguros de saúde nas últimas décadas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008; FARIAS; MELAMED, 2003; REHEM, 2007).

Tabela 7 – Internações hospitalares do SUS por valor total e médio (em R\$) e regime segundo procedimentos - Brasil – 1997.

Procedimento	Público			Privado			Total		
	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio
Total	2.619.348	506.665.538,22	193,43	7.666.417	1.878.478.246,03	245,03	11.772.367	3.205.852.023,26	272,32
Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico – B	40.331	29.322.841,49	727,05	314.458	304.054.009,20	966,91	364.335	342.191.868,05	939,22
Insuficiência cardíaca	71.224	22.304.348,22	313,16	306.156	98.049.833,13	320,26	407.823	140.181.107,15	343,73
Parto normal com atendimento do recém nascido na sala de parto	191.472	23.961.136,09	125,14	511.092	65.483.711,94	128,13	813.326	111.591.425,47	137,20
Cesariana com atendimento do recém nascido na sala de parto	76.556	15.789.552,09	206,25	346.173	71.331.203,60	206,06	483.378	107.268.159,99	221,91
Parto normal	320.592	36.739.186,21	114,60	580.953	67.120.186,52	115,53	909.215	105.297.807,09	115,81
Atendimento de pacientes fora de possibilidade terapêutica	19.178	27.852.368,06	1.452,31	34.497	46.660.795,54	1.352,60	57.703	81.965.548,91	1.420,47
Doença pulmonar obstrutiva crônica	32.466	9.983.573,68	307,51	188.548	56.901.219,52	301,79	230.301	72.638.075,96	315,40
Cesariana	67.666	12.925.924,54	191,03	272.375	52.520.742,37	192,83	344.441	66.816.603,70	193,99
Revascularização miocárdiacomuso de extracorporea.	139	498.030,43	3.582,95	8.994	34.634.692,04	3.850,87	13.897	62.714.630,76	4.512,82
Tratamento clínico do AVC isquêmico ou hemorrágico agudo	36.597	8.060.842,03	220,26	140.562	32.680.938,06	232,50	196.279	49.892.501,23	254,19
Broncopneumonia em lactente	31.829	9.314.327,86	292,64	113.817	33.833.232,33	297,26	155.230	48.747.397,01	314,03
Crise asmática	56.867	12.046.479,18	211,84	145.299	31.141.224,12	214,33	214.775	47.902.784,68	223,04
Implante de prótese valvar	71	292.822,00	4.124,25	4.441	21.620.908,30	4.868,48	7.679	43.855.028,54	5.711,03
Prematuridade	9.322	5.230.582,14	561,10	24.416	13.429.905,32	550,05	47.750	39.049.989,58	817,80
Cirurgia múltipla	5.851	3.418.278,21	584,22	25.130	16.273.025,52	647,55	45.623	38.293.234,19	839,34
Crise asmática	54.223	11.357.615,16	209,46	117.635	24.726.336,21	210,20	176.797	38.013.294,69	215,01
Pneumonia do lactente	25.093	7.456.875,00	297,17	71.897	21.735.138,52	302,31	103.723	33.133.652,43	319,44
Implante de marcapasso cardíaco intrac de única câmara	195	481.967,79	2.471,63	5.387	16.589.204,43	3.079,49	9.703	30.452.667,98	3.138,48
Angioplastia coronariana	19	27.382,85	1.441,20	6.484	16.206.711,11	2.499,49	10.811	29.848.243,65	2.760,91
Broncopneumonia	50.754	6.921.371,95	136,37	139.551	19.438.863,62	139,30	198.288	28.596.158,11	144,22
Correção cirúrgica da cardiopatia congênita	124	535.850,80	4.321,38	2.087	10.092.779,07	4.836,02	4.522	28.230.146,92	6.242,85
Colecistectomia	10.280	3.525.773,08	342,97	43.630	14.194.390,71	325,34	71.275	27.328.147,49	383,42
Insuficiência respiratória aguda	11.073	4.009.061,43	362,06	49.439	17.693.000,10	357,88	65.804	26.414.724,41	401,42
Herniorrafia inguinal (unilateral)	21.211	4.175.841,16	196,87	79.842	15.464.509,72	193,69	119.216	25.407.557,94	213,12
Pneumonia em adulto	40.562	5.834.387,20	143,84	116.643	16.269.307,98	139,48	165.732	24.858.289,74	149,99
Facectomia com lente intra-ocular	5.770	2.000.576,69	346,72	40.206	13.242.020,98	329,35	62.909	24.421.295,98	388,20
Broncopneumonia	45.166	6.152.089,42	136,21	112.572	15.553.494,46	138,16	162.412	23.383.909,76	143,98
Entero infecções em lactente	41.805	5.347.830,09	127,92	125.734	16.615.929,14	132,15	173.002	23.340.806,88	134,92
Entero infecções (pediatria)	53.976	5.577.723,63	103,34	156.610	16.442.963,20	104,99	215.365	22.942.751,34	106,53
Entero infecções (clínica médica)	70.217	7.012.300,94	99,87	151.468	15.209.183,69	100,41	224.380	22.784.597,27	101,54
Pneumonia em criança	35.984	5.241.648,97	145,67	106.636	14.978.215,88	140,46	150.258	22.317.699,99	148,53
Septicemia (pediatria)	5.850	2.973.381,95	508,27	28.030	12.208.927,64	435,57	40.119	21.882.716,22	545,45
Colpoperineoplastia anterior e posterior	17.085	3.772.443,61	220,80	68.722	15.072.295,78	219,32	91.293	20.858.169,14	228,48
Politraumatizado	2.450	1.876.107,00	765,76	14.343	10.355.683,21	722,00	23.643	20.727.241,33	876,68
Insuficiência respiratória aguda	8.145	2.556.022,29	313,81	41.033	14.466.400,39	352,56	52.938	20.562.840,02	388,43
Laparotomia exploradora	13.961	4.540.546,39	325,23	25.421	8.045.984,65	316,51	50.998	20.289.484,68	397,85
Parto normal - exclusiva para hospitais amigos da criança	40.437	5.725.494,27	141,59	29.428	4.219.102,36	143,37	110.104	19.243.426,94	174,78
Diabetes sacarino	20.872	3.592.878,98	172,14	69.922	10.643.383,43	152,22	103.823	18.419.507,53	177,41
Septicemia (clínica médica)	5.152	2.527.696,59	490,62	21.420	9.385.273,23	438,15	32.091	17.633.469,06	549,48
Infarto agudo do miocárdio	6.522	2.811.179,58	431,03	18.482	7.722.391,01	417,83	32.092	17.382.671,42	541,65
Curetagem pós aborto	76.507	4.961.307,27	64,85	123.351	8.016.556,81	64,99	238.874	17.082.781,05	71,51
Tratamento da AIDS	9.853	4.933.485,63	500,71	4.753	2.287.992,03	481,38	24.907	16.485.733,72	661,89
Insuficiência coronariana aguda	5.866	1.114.706,44	190,03	45.699	8.313.083,41	181,91	62.820	15.656.948,48	249,24
Hemorragias digestivas	16.170	2.765.874,84	171,05	54.427	9.535.968,56	175,21	80.848	15.529.467,84	192,08
Transplante renal receptor (doador vivo)	24	180.525,47	7.521,89	551	4.004.168,73	7.267,09	1.502	15.022.932,75	10.001,95
Toracotomia com drenagem fechada	5.049	2.148.410,51	425,51	10.255	4.965.704,04	484,22	23.096	14.071.769,58	609,27
Apendicectomia	15.239	3.113.077,99	204,28	34.881	7.112.812,80	203,92	61.161	13.894.284,23	227,18
Perda de substancia cutânea - lesões extensas planos superficial	5.034	1.710.347,44	339,76	25.382	8.239.338,86	324,61	36.586	13.617.955,53	372,22
Transplante de medula aloígenica aparentado	0	0,00	0,00	13	294.873,42	22.682,57	354	12.374.511,76	34.956,25
Tratamento em psiquiatria em hospital psiquiátrico – A	13.099	10.065.741,92	768,44	2.002	2.062.925,02	1.030,43	15.101	12.128.666,94	803,17
Outros	925.238	151.897.721,66	164,17	2.705.497	521.337.704,32	192,70	4.483.963	1.093.107.338,15	243,78

Fonte: SIH/SUS

Obs.: Para efeito deste comparativo foram suprimidos os prestadores Universitários e ordenados conforme o valor total das internações no período

Tabela 8 - Internações hospitalares do SUS por valor total e médio (em R\$) e regime segundo procedimentos - Brasil – 2003.

Procedimento	Público			Privado			Total		
	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio	Nº	Valor Total	Valor Médio
Total	4.100.057	1.787.488.332,04	435,97	6.739.864	3.392.968.821,93	503,42	11.638.194	5.861.712.487,36	503,66
Parto normal	535.409	133.624.561,76	249,57	757.195	195.323.770,70	257,96	1.323.277	336.490.711,77	254,29
Insuficiência cardíaca	99.080	52.637.255,64	531,26	254.274	128.363.086,30	504,82	369.013	194.320.363,89	526,59
Cesariana	135.679	55.238.047,66	407,12	283.562	118.165.448,35	416,72	433.081	179.230.713,10	413,85
Angioplastia coronariana	5.043	25.353.729,15	5.027,51	19.155	95.884.672,09	5.005,73	30.666	153.021.702,87	4.989,95
Pneumonia em adulto	119.152	45.008.182,28	377,74	217.117	77.275.034,09	355,91	346.036	128.383.795,48	371,01
Pneumonia do lactente	80.122	38.102.288,60	475,55	155.460	70.699.888,09	454,78	243.275	113.883.628,29	468,13
Pneumonia em criança	103.219	35.714.927,63	346,01	167.338	56.092.822,19	335,21	277.923	95.319.504,97	342,97
Trat. Clínico do AVC isquêmico ou hemorrágico agudo	63.069	30.655.552,45	486,06	110.152	52.738.699,81	478,78	182.227	89.504.850,51	491,17
Parto normal - exclus. Para hospitais amigos da criança	154.261	42.324.350,37	274,37	96.000	26.331.515,15	274,29	287.456	78.673.418,66	273,69
Tratamento psiquiátrico em hospital classe VIII	4.203	19.828.496,52	4.717,70	22.384	51.212.493,00	2.287,91	26.587	71.040.989,52	2.672,02
Paciente sob cuidados prolongados. por enf. Neurológicas	341	9.579.968,93	28.093,75	1.996	55.519.398,48	27.815,33	2.636	70.438.758,56	26.721,84
Prematuridade	20.030	27.435.009,28	1.369,70	20.321	28.671.215,84	1.410,92	47.282	69.681.192,37	1.473,74
Doença pulmonar obstrutiva crônica	40.607	15.273.469,17	376,13	143.880	49.793.780,06	346,08	188.263	67.017.285,93	355,98
Crise asmática	74.656	24.151.234,08	323,50	120.317	38.978.364,91	323,96	201.024	65.269.679,20	324,69
Implante de prótese valvar	820	6.865.914,37	8.373,07	5.130	41.644.290,62	8.117,80	7.603	62.555.263,23	8.227,71
Implante de marca-passo cardíaco intrac. dupla câmara	1.647	12.701.908,21	7.712,15	4.473	34.227.291,22	7.651,98	7.879	60.134.433,98	7.632,24
Revascularização miocárdica com uso de extracorpórea.	1.242	8.248.931,29	6.641,65	6.149	41.352.758,97	6.725,12	8.915	59.628.072,28	6.688,51
Tratamento psiquiátrico em hospital classe vii	3.473	5.620.494,40	1.618,34	34.581	53.600.815,68	1.550,01	38.322	59.499.207,36	1.552,61
Colecistectomia	27.993	16.746.220,63	598,23	64.582	37.364.487,00	578,56	101.023	59.261.345,89	586,61
Revascular. Miocárdica c/ uso de extracorpórea c/ 2 ou mais enx	915	5.692.556,39	6.221,37	5.446	35.466.947,83	6.512,48	9.044	58.648.881,65	6.484,84
Cirurgia múltipla	11.105	16.899.779,26	1.521,82	24.412	31.544.130,77	1.292,16	39.786	55.674.446,19	1.399,35
Herniorrafia inguinal (unilateral)	45.056	15.802.226,39	350,72	95.624	33.251.606,26	347,73	151.619	53.066.154,83	350,00
Cesariana - exclus. Para hospitais amigos da criança	60.914	27.190.640,58	446,38	37.449	16.872.048,24	450,53	112.799	50.333.992,90	446,23
Tratamento psiquiátrico em hospital classe v	5.909	6.391.565,14	1.081,67	32.113	41.182.327,76	1.282,42	39.367	48.464.360,66	1.231,09
Crise asmática	53.233	17.109.725,20	321,41	88.326	28.198.203,86	319,25	143.211	45.961.923,55	320,94
Enteropneumonias (clínica médica)	103.170	19.997.508,17	193,83	127.494	24.852.035,32	194,93	231.939	45.182.475,79	194,80
Tratamento psiquiátrico em hospital classe VI	3.018	7.902.749,20	2.618,54	24.469	34.648.271,88	1.416,01	27.487	42.551.021,08	1.548,04
Enteropneumonias (pediatria)	74.814	15.149.891,09	202,50	127.729	26.009.373,95	203,63	205.054	41.774.486,71	203,72
Síndrome da A.P.I. do recém nascido (membrana hialina)	5.126	15.793.630,31	3.081,08	5.033	15.402.927,82	3.060,39	12.569	41.371.596,06	3.291,56
Politraumatizado	5.813	11.861.750,14	2.040,56	10.235	18.209.345,69	1.779,13	19.777	38.698.508,38	1.956,74
Paciente sob cuidados prolongados. por enferm. Cardiovasculares	387	5.734.757,91	14.818,50	2.497	26.929.165,72	10.784,61	3.158	37.523.703,90	11.882,11
Septicemia (clínica médica)	11.853	13.069.797,14	1.102,66	20.271	17.847.152,33	880,43	36.468	37.416.815,68	1.026,02
Enteropneumonias em lactente	49.635	11.877.332,15	239,29	101.953	24.448.233,34	239,80	154.110	37.061.397,08	240,49
Trat. Psiquiátrico em hospitais não classificados	3.254	6.086.149,10	1.870,36	18.125	29.739.413,43	1.640,80	22.731	37.013.044,93	1.628,31
Infarto agudo do miocárdio	16.313	12.976.532,83	795,47	23.251	19.063.811,75	819,91	43.377	36.571.691,23	843,11
Diabetes sacarino	39.826	13.189.033,64	331,17	70.579	20.548.260,56	291,14	116.891	36.286.369,22	310,43
Insuficiência coronariana aguda	18.009	7.261.618,84	403,22	57.341	23.160.296,67	403,90	83.664	36.262.095,13	433,43
Insuficiência respiratória aguda	18.680	10.689.374,03	572,24	34.121	17.946.019,49	525,95	56.234	31.706.462,77	563,83
Trat. Psiquiátrico em hospital especializado – B nível VIII	344	3.818.110,80	11.099,16	12.096	27.191.751,91	2.248,00	12.440	31.009.862,71	2.492,75
Laparotomia exploradora	22.207	13.641.118,46	614,27	20.858	11.969.822,70	573,87	49.090	30.743.160,44	626,26
Trat. Psiquiátrico em hospital classe iii	4.556	5.749.813,04	1.262,03	16.725	23.062.173,83	1.378,90	22.276	29.846.165,46	1.339,84
Septicemia (pediatria)	9.751	11.312.400,16	1.160,13	14.544	12.831.538,54	882,26	27.821	29.611.044,04	1.064,34
Trat. Psiquiátrico em hospital especializado - B nível VI	4.890	5.925.895,33	1.211,84	13.379	22.593.993,94	1.688,77	18.804	29.020.319,45	1.543,31
Hemorragias digestivas	29.334	10.624.862,19	362,20	47.330	15.985.660,44	337,75	81.745	28.925.629,22	353,85
Curetagem pós aborto	117.407	14.529.456,17	123,75	99.804	12.166.945,17	121,91	236.365	28.901.626,39	122,28
Cesariana em gestante de alto risco	18.415	12.815.724,67	695,94	12.880	8.737.021,79	678,34	41.948	28.734.153,76	684,99
Apendicectomia	31.863	12.670.115,18	397,64	33.749	12.736.366,79	377,39	72.544	28.599.782,35	394,24
Implante marcapasso cardíaco intrac. de única câmara	689	4.016.792,50	5.829,89	3.097	18.492.475,03	5.971,09	4.781	28.297.954,82	5.918,84
Intercorrelações clínicas de paciente oncológico	20.272	7.789.685,28	384,26	47.020	16.244.199,21	345,47	79.182	28.246.069,56	356,72
Colpoperineoplastia anterior e posterior	21.473	6.974.131,15	324,79	58.347	18.934.654,05	324,52	81.644	26.521.919,93	324,85
Outros	1.821.645	831.833.067,18	456,64	2.969.419	1.453.462.813,31	489,48	5.277.641	2.688.330.453,63	509,38

Fonte: SIH/SUS

Obs.: Para efeito deste comparativo foram suprimidos os prestadores Universitários e ordenados conforme o valor total das internações no período

Tabela 9 - Internações hospitalares do SUS por valor total e médio (em R\$) e regime segundo procedimentos - Brasil – 2007.

Procedimento	Público			Privado			Total		
	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio	Nº Intern.	Valor Total	Valor Médio
Total	5.016.103	3.094.721.350,50	616,96	6.298.359	4.513.967.754,89	716,69	11.330.096	7.617.769.441,99	672,35
Parto normal	472.908	181.541.353,75	383,88	556.714	218.364.478,22	392,24	1.031.270	400.493.035,18	388,35
Cesariana	152.192	86.533.516,16	568,58	283.562	163.931.624,02	578,12	436.240	250.720.701,50	574,73
Insuficiência cardíaca	104.696	84.823.707,26	810,19	202.529	151.110.070,03	746,12	307.455	236.074.613,00	767,83
Pneumonia em adulto	138.986	73.262.125,79	527,12	199.638	98.804.679,73	494,92	338.898	172.169.139,57	508,03
Parto normal - exclusivamente para hospitais amigos da criança	216.327	91.863.353,22	424,65	122.617	52.819.293,29	430,77	339.976	145.110.953,99	426,83
Pneumonia do lactente	78.921	54.723.430,57	693,40	114.610	71.597.378,90	624,70	193.703	126.419.504,46	652,65
Angioplastia coronariana com implante de prótese intraluminal	4.595	20.477.107,57	4.456,39	21.414	99.836.970,84	4.662,23	26.009	120.314.078,41	4.625,86
Prematuridade	27.031	65.349.969,48	2.417,59	19.739	53.569.796,25	2.713,91	46.839	118.987.335,19	2.540,35
Tratamento clínico do AVC isquêmico ou hemorrágico agudo	73.349	51.107.253,19	696,77	94.976	67.500.425,41	710,71	168.435	118.665.285,27	704,52
Tratamento psiquiátrico em hospital classe II - RPH	13.626	20.415.345,52	1.498,26	46.694	88.375.657,10	1.892,66	60.574	109.195.721,82	1.802,68
Pneumonia em criança	108.334	48.822.826,01	450,67	125.906	54.806.772,61	435,30	234.467	103.705.904,60	442,30
Revascularização miocárdica c/ uso de extracorpórea	1.798	13.207.870,50	7.345,87	12.073	86.123.997,64	7.133,60	13.871	99.331.868,14	7.161,12
Cesariana - exclusivamente para hospitais amigos da criança	98.282	61.957.098,01	630,40	54.497	34.825.873,14	639,04	153.290	97.080.978,56	633,32
Cirurgia múltipla	17.401	32.808.209,15	1.885,42	34.599	32.808.209,15	1.885,42	52.133	88.040.183,33	1.688,76
Tratamento psiquiátrico em hospital classe i - RPH	14.320	18.027.770,06	1.258,92	38.563	68.446.383,32	1.774,92	53.289	87.229.153,38	1.636,91
Síndrome da A.P.I. do recém nascido (membrana hialina)	8.337	42.879.553,57	5.143,28	6.691	38.187.609,75	5.707,31	15.065	81.180.894,64	5.388,71
Doença pulmonar obstrutiva crônica	43.630	24.316.177,12	557,33	111.062	54.766.225,54	493,11	154.820	79.138.282,82	511,16
Paciente sob cuidados prolongados por enfermidades neurológicas	414	8.056.794,19	19.460,86	2.267	70.659.239,88	31.168,61	2.684	78.967.805,89	29.421,69
Colecistectomia	44.458	27.865.963,49	626,79	83.152	50.154.697,69	603,17	127.750	78.100.081,91	611,35
Implante de marcapasso de dupla câmara transvenoso	2.981	23.420.165,46	7.856,48	6.653	53.698.916,19	8.071,38	9.634	77.119.081,65	8.004,89
Septicemia (clínica medica)	18.247	36.542.655,95	2.002,67	21.977	36.213.370,84	1.647,78	40.245	72.793.628,61	1.808,76
Implante de prótese valvar	1.358	12.699.044,29	9.351,28	6.348	58.397.631,84	9.199,37	7.706	71.096.676,13	9.226,15
Traqueotomia (inclusive curativos)	8.793	36.104.735,08	4.106,08	7.706	26.490.201,32	3.437,61	16.520	62.648.979,87	3.792,31
Crise asmática	73.206	26.595.320,91	363,29	91.032	32.909.157,67	361,51	164.484	59.582.875,85	362,24
Cesariana em gestante de alto risco	38.780	36.480.140,29	940,69	24.365	22.987.652,01	943,47	63.145	59.467.792,30	941,77
Intercorrecias clínicas de paciente oncológico	42.742	21.189.876,76	495,76	76.625	37.205.894,73	485,56	119.450	58.445.187,15	489,29
Politraumatizado	11.105	27.872.842,88	2.509,94	11.894	29.951.360,39	2.518,19	23.002	57.827.010,38	2.514,00
Enteropneumonias (clínica medica)	94.633	25.452.608,31	268,96	110.818	29.907.335,20	269,88	205.644	55.408.614,27	269,44
Infarto agudo do miocárdio	22.555	23.778.878,69	1.054,26	26.152	30.183.904,12	1.154,17	48.749	53.992.040,60	1.107,55
Herniorrafia inguinal (unilateral)	54.235	20.033.451,14	369,38	90.332	33.803.788,46	374,22	144.721	53.891.272,53	372,38
Insuficiência coronariana aguda	24.333	13.612.905,05	559,44	61.779	35.880.361,87	580,79	86.155	49.502.834,38	574,58
Angioplastia coronariana c/ implante de dupla prótese intralum. Arter.	1.438	9.120.413,72	6.342,43	5.991	39.690.118,32	6.624,96	7.429	48.810.532,04	6.570,27
Insuficiência respiratória aguda	20.675	20.635.285,84	998,08	29.596	28.041.023,25	947,46	50.314	48.725.199,48	968,42
Embolização de aneurismas cerebrais com espirais destacáveis	375	7.751.280,17	20.670,08	1.799	40.790.049,31	22.673,74	2.174	48.541.329,48	22.328,12
Diabetes sacarino	52.689	21.931.394,55	416,24	68.273	25.928.233,64	379,77	121.096	47.904.853,70	395,59
Enteropneumonias (pediatria)	74.204	20.531.701,39	276,69	95.367	26.369.339,06	276,50	169.771	46.951.044,68	276,56
Septicemia (pediatria)	11.310	26.665.441,60	2.357,69	10.897	18.285.325,97	1.678,01	22.234	44.972.286,28	2.022,68
Laparotomia exploradora	28.134	26.015.738,05	924,71	20.546	18.442.822,93	897,64	48.746	44.516.849,09	913,24
Tratamento psiquiátrico em hospital classe III - RPH	4.299	10.049.349,46	2.337,60	16.058	31.355.046,45	1.952,61	20.357	41.404.395,91	2.033,91
Angioplastia coronariana primaria (incluso cateterismo)	2.738	14.840.676,67	5.420,26	4.813	25.885.310,11	5.378,21	7.551	40.725.986,78	5.393,46
Insuficiência respiratória aguda	12.129	18.230.781,74	1.503,07	18.038	22.130.425,97	1.226,88	30.191	40.372.158,13	1.337,22
Tratamento cirúrgico de fratura da diáfise da tíbia	12.830	17.559.068,15	1.368,59	15.694	21.959.023,93	1.399,20	28.578	39.575.440,65	1.384,82
Revascularização miocárdica com uso de extracorpórea	1.634	11.910.789,36	7.289,34	3.702	27.261.936,52	7.364,11	5.336	39.172.725,88	7.341,22
Crise asmática	43.258	15.850.015,41	366,41	64.159	23.214.618,13	361,83	107.559	39.109.087,87	363,61
Transplante de fígado	340	17.681.485,50	52.004,37	401	20.875.708,26	52.059,12	741	38.557.193,76	52.034,00
Tratamento psiquiátrico em hospital classe iv - RPH	2.365	5.884.019,93	2.487,96	11.555	30.768.643,29	2.662,80	14.042	37.170.451,94	2.647,09
Apendicectomia	47.245	19.914.718,03	421,52	39.854	16.138.577,06	404,94	87.197	36.087.026,43	413,86
Paciente sob cuidados prolongados por enfermidades cardiovasculares	506	5.435.075,40	10.741,26	2.341	30.481.239,66	13.020,61	2.847	35.916.315,06	12.615,50
Transplante renal receptor - doador cadáver	610	12.763.487,15	20.923,75	1.003	21.812.911,32	21.747,67	1.613	34.576.398,47	21.436,08
Curetagem pós aborto	123.199	19.769.047,55	160,46	90.689	14.492.142,82	159,80	214.322	34.324.885,43	160,16
Outros	2.563.463	1.480.359.531,41	577,48	3.130.525	2.023.438.690,93	646,36	5.701.703	3.507.653.765,55	615,19

Fonte: SIH/SUS

Obs.: Para efeito deste comparativo foram suprimidos os prestadores Universitários e ignorados, sendo realizado ordenamento pelo Valor Total das Internações no período.

Outro ponto importante de análise é a evolução das internações hospitalares segundo os estabelecimentos hospitalares públicos e particulares conveniados ao SUS em 1997, 2003 e 2007 (tabelas 10 a 12). Os dados foram agrupados a partir de uma ordem decrescente das 50 unidades hospitalares que apresentavam maior valor total das AIH's pagas no período.

Verifica-se que, em 1997 (tabela 10), predominavam hospitais cuja natureza do prestador era classificada como universitários, 37 dos 50 hospitais relacionados, também grande parte está situado na Região Sudeste (25), principalmente no estado de São Paulo. Destaque para: Fundação Faculdade de Medicina, Hospital São Paulo Unidade I e Fundação Zerbini, que apresentam o maior montante do valor total. Também merece registro o Instituto de Cardiologia do RS com o maior valor médio das de AIHs pagas neste ano.

Em 2003 (tabela 11), os hospitais filantrópicos (25) e públicos (19) passam a dividir espaço com os hospitais universitários. Prevaecem ainda os hospitais da Região Sudeste (27), sendo a maioria de São Paulo (21). Os hospitais que apresentaram maior valor total das AIHs foi o Hospital São Joaquim de Beneficência Portuguesa, a Fundação Faculdade de Medicina e o Hospital das Clinicas Faixa - Ribeirão Preto, estes dois últimos reclassificados como de natureza público. O Instituto do Coração – Incor de São Paulo figura como o estabelecimento hospitalar com maior valor médio das internações (R\$ 4.849,58).

Em 2007 (tabela 12), identificam-se mudanças significativas no perfil dos estabelecimentos hospitalares, onde predominam os hospitais filantrópicos (27) e praticamente desaparece da relação os hospitais privados, apenas dois registros. Neste ano, há uma distribuição mais diversificada entre as grandes regiões SE (26), S (12) e NE (10) começam a ganhar espaço, embora ainda esteja presente o maior número de hospitais paulistas (15). Destacam-se o Hospital das Clinicas de São Paulo, o Hospital São Joaquim Beneficência Portuguesa e a Santa Casa de São Paulo, estes dois últimos classificados como filantrópicos. O maior valor médio das AIHs continua com Instituto do Coração – Incor de São Paulo (R\$ 4.819,30), embora já seja acompanhado de perto por hospitais filantrópicos, como o Hospital São Jose do Avaí do Rio de Janeiro (R\$ 4.784,02).

A análise da evolução do perfil dos estabelecimentos hospitalares no SUS entre 1997/2007 reforça a idéia da substituição dos hospitais universitários e privados pelos hospitais filantrópicos na assistência médico hospitalar no sistema de

saúde brasileiro. Revela a concentração dos estabelecimentos de maior complexidade e custo, especializados em cardiologia e clínica cirúrgica, no eixo Sudeste-Sul do país. Merece destaque ainda o comportamento de alguns hospitais tais como: o Hospital Angelina Caron do PR, de natureza privada, que não figurava entre os 50 maiores hospitais em 1997 e passa a ocupar a 6ª posição em 2007. Outro exemplo é o Hospital São Vicente de Paula do RS, filantrópico, que salta da 25ª colocação para 8ª. Já o IMIP em PE passa da 31ª para 18ª posição e em termos do volume de internação fica na 5ª colocação com 30.905 internações realizadas, suplantando nos últimos 10 anos, por exemplo, o hospital da Restauração que é o maior hospital geral público do estado de Pernambuco. Este fenômeno também pode ser verificado no PR, RS, MS, RJ e BA, onde os hospitais filantrópicos superam os hospitais públicos no montante das AIHs pagas em 2007.

Tabela 10 – Quantidade, valor total e médio (em R\$) das AIH's pagas pelo SUS por natureza e UF segundo hospitais - Brasil – 1997.

Hospital BR (CNPJ)	Natureza	UF	Internaçõe	Valor Total	Valor
56577059000100 Fundação Faculdade de Medicina	Universitário.	SP	50.490	36.306.089,73	719,07
60453032000174 Hospital São Paulo Unidade I	Universitário	SP	37.779	24.655.294,46	652,62
50644053000113 Fundação Zerbini	Universitário	SP	9.279	23.374.120,82	2.519,03
92815000000168 Irmandade Sta Casa de Miseric. de Porto	Universitário	RS	23.601	22.203.194,72	940,77
61599908000158 Hosp São Joaquim Beneficência	Filantróp.	SP	16.960	21.763.563,88	1.283,23
56023443000152 HCFM Ribeirão Preto USP Hosp.. Univ.	Universitário	SP	28.810	19.820.029,03	687,96
92787118000120 Hospital Nossa Senhora da Conceição Sa	Universitário	RS	40.891	19.781.834,79	483,77
87020517000120 Hospital de Clinicas	Universitário	RS	25.055	19.725.389,20	787,28
46068425000133 Universidade Estadual de Campinas	Universitário	SP	28.516	19.412.495,87	680,76
60742616000160 Hosp Santa Marcelina	Filant/Univ.	SP	36.898	19.224.410,00	521,01
60003761000129 Hospital de Base de São Jose do Rio	Universitário	SP	27.246	17.849.796,14	655,13
75095679000220 Hospital de Clinicas	Universitário	PR	20.454	16.143.873,78	789,28
76575604000209 Hospital Universitário Evangélico de	Universitário	PR	22.912	15.292.398,72	667,44
17209891000193 Santa Casa de Belo Horizonte	Universitário	MG	27.811	14.621.268,10	525,74
03276524000106 Santa Casa	Universitário	MS	27.596	14.391.732,46	521,52
88630413000281 Hospital São Lucas da PUCRS	Universitário	RS	14.863	14.075.780,24	947,03
33540014001714 Hospital Universitário Pedro Ernesto	Universitário	RJ	15.614	13.833.265,57	885,95
53725560000170 Fundação Adib Jatene FAJ	Universitário	SP	5.382	13.650.086,08	2.536,25
42429480000231 Hosp Univ. C Fraga Filho	Universitário	RJ	14.275	12.786.097,92	895,70
46374500001409 Conjunto Hospitalar – Sorocaba	Universitário	SP	20.693	11.464.591,84	554,03
15178551000117 Associação Obras Sociais Irma Dulce	Filant/Univ.	BA	24.985	11.164.100,47	446,83
40226946000195 Fund. Ary Frauzino Pq. e Controle do	Universitário	RJ	11.666	11.161.593,44	956,76
00054015000213 HBDF Hospital de Base do Distrito Federal	Universitário	DF	18.782	10.900.476,44	580,37
34161232000305 Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi	Privado	RJ	20.068	10.474.776,26	521,96
92021062000106 Hospital São Vicente de Paulo	Filant/Univ.	RS	14.119	9.976.692,20	706,61
76659820000232 Hospital Universitário Cajuru	Universitário	PR	9.894	9.966.752,72	1.007,35
25763673000124 Fundação de Assist. Estudo e Pq. de	Universitário	MG	18.802	9.885.314,28	525,76
92898550000198 Instituto de Cardiologia	Universitário	RS	3.682	9.852.963,88	2.675,98
09794975000537 Hospital da Restauração	Universitário	PE	20.771	9.643.944,61	464,30
21575709000195 Santa Casa de Misericórdia de Juiz de	Filantróp.	MG	17.849	9.503.128,22	532,42
17217985003472 Hospital das Clinicas da UFMG	Universitário	MG	17.402	9.311.165,77	535,06
10988301000129 IMIP	Filant/Univ.	PE	24.269	9.170.911,88	377,89
76591569000130 Hospital Infantil Pequeno Príncipe	Universitário	PR	10.339	8.506.897,75	822,80
11022597001325 Hospital Oswaldo Cruz	Universitário	PE	8.665	7.967.727,42	919,53
46020301000269 Hospital E Maternidade Celso Pierro	Universitário	SP	17.937	7.689.427,80	428,69
48031918001953 Hospital das Clinicas de Botucatu	Universitário	SP	13.050	7.642.599,11	585,64
62779145000190 Irmandade da Sta. Casa de Miseric. de	Filant/Univ.	SP	61.713	7.494.689,49	121,44
49098601000178 Hospital Menino Jesus de Guarulhos	Privado	SP	28.099	7.438.591,38	264,73
78640489000153 Universidade Estadual de Londrina	Universitário	PR	14.933	7.363.398,76	493,10
46543781000161 Hospital Bandeirantes	Filantróp.	SP	9.953	7.298.570,60	733,30
92219559000125 Santa Casa de Misericórdia de Pelotas	Filant/Univ.	RS	10.417	7.259.863,24	696,92
92787126000176 Hospital Cristo Redentor Sa	Universitário	RS	9.468	7.190.337,10	759,44
76463280000136 Hospital e Maternidade Angelina Caron	Privado	PR	12.637	7.161.428,92	566,70
50965219000101 Hospital e Maternidade Jundiá S/A	Universitário	SP	15.163	6.814.526,25	449,42
07835044000180 IJF Instituto Dr. Jose Frota Central	Universitário	CE	10.887	6.696.125,61	615,06
11924693000125 Hospital Jose Alberto Maia Ltda.	Privado	PE	11.953	6.681.098,58	558,95
01441372000116 Fundação Josué Montello	Universitário	MA	16.809	6.481.113,10	385,57
14645162000191 Fund. de Apoio à Pesq. e Extensão -	Universitário	BA	6.712	6.332.168,78	943,41
95591764001420 HUSM Hospital Universitário de Santa	Universitário	RS	11.362	6.186.256,21	544,47
20054326000109 FUNEPU- Fund. de Ensino e Pesq. de	Universitário	MG	12.437	6.154.700,58	494,87
Outros			11.371.516	2.586.105.369,0	227,42
TOTAL	-	-	12.351.464	3.205.852.023,2	259,55

Fonte: SIH/SUS

Obs.: Os dados foram ordenados conforme o valor total das AIH's pagas aos 50 maiores hospitais do país em 1997.

Tabela 11 – Quantidade, valor total e médio (em R\$) das AIH's pagas pelo SUS por natureza e UF segundo hospitais - Brasil – 2003.

Hospital BR (CNPJ)	Natureza	UF	Internações	Valor Total	Valor Médio
61599908000158 Hosp. São Joaquim Beneficência Portuguesa	Filant/Univ.	SP	20.868	65.796.186,37	3.152,97
56577059000100 Fundação Faculdade de Medicina	Público	SP	33.069	34.208.072,48	1.034,45
57722118000140 Hospital das Clinicas Faixa - Ribeirão Preto	Público	SP	30.844	33.728.132,66	1.093,51
76463280000136 Hospital e Maternidade Angelina Caron	Privado/Univ	PR	15.707	33.573.232,53	2.137,47
60453032000174 Hospital São Paulo Unidade I	Privado/Univ	SP	36.155	33.455.681,88	925,34
03276524000106 Santa Casa	Filant/Univ.	MS	30.987	30.037.572,89	969,36
76575604000209 Hospital Universitário Evangélico de Curitiba	Filant/Univ.	PR	25.156	28.903.712,31	1.148,98
62779145000190 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo	Universitário	SP	31.903	28.229.866,19	884,87
60742616000160 Hospital Santa Marcelina	Filant/Univ.	SP	22.388	27.546.319,87	1.230,41
92021062000106 Hospital São Vicente de Paulo	Filant/Univ.	RS	17.303	27.349.059,12	1.580,60
50644053000113 Fundação Zerbini	Público	SP	6.078	26.418.852,87	4.346,64
87020517000120 Hospital de Clinicas	Público/Univ.	RS	19.405	22.222.547,27	1.145,20
53725560000170 Fundação Adib Jatene FAJ	Público	SP	6.286	21.814.972,98	3.470,41
92815000000168 Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	Filantróp.	RS	17.233	21.341.922,86	1.238,43
00054015000213 HBDF Hospital de Base do Distrito Federal	Público/Univ.	DF	21.179	20.824.946,88	983,28
77777268868916 Santa Casa de São Paulo Hospital Central	Filantróp.	SP	21.896	20.637.819,82	942,54
77777207156886 HC da FMUSP Instituto do Coração Incor	Público	SP	4.208	20.407.022,34	4.849,58
09794975021020 Hospital da Restauração	Público	PE	22.410	20.122.451,40	897,92
60003761000129 Hospital de Base de São Jose do Rio Preto	Universitário	SP	16.040	20.099.387,78	1.253,08
75095679000220 Hospital de Clinicas	Público/Univ.	PR	18.166	19.355.195,19	1.065,46
77777207801536 HC da FMUSP Hospital das Clinicas	Público	SP	16.750	18.446.867,14	1.101,31
88630413000281 Hospital São Lucas da PUCRS	Filant/Univ.	RS	14.720	18.446.319,52	1.253,15
15178551000117 Associação Obras Sociais Irma Dulce	Filant/Univ.	BA	20.844	17.392.026,75	834,39
10988301000129 IMIP	Filant/Univ.	PE	27.070	17.045.353,57	629,68
77777207739636 Hospital de Base de São Jose do Rio Preto	Filantróp.	SP	11.747	17.014.889,15	1.448,45
17209891000193 Santa Casa de Belo Horizonte	Filant/Univ.	MG	19.306	16.485.443,91	853,90
19843929001344 Hospital João XXIII	Público/Univ.	MG	17.306	15.959.506,79	922,20
17217985003472 Hospital das Clinicas da UFMG	Público/Univ.	MG	16.291	15.910.260,03	976,63
46068425000133 Universidade Estadual de Campinas	Público	SP	16.997	15.826.899,04	931,16
92787118000120 Hospital Nossa Senhora da Conceição Sa	Privado/Univ	RS	25.740	15.402.940,62	598,40
11022597001325 Hospital Oswaldo Cruz	Público/Univ.	PE	10.488	15.299.949,65	1.458,81
33663683005347 UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga	Público/Univ.	RJ	11.988	15.003.583,85	1.251,55
21575709000195 Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Filantróp.	MG	10.974	14.885.558,73	1.356,44
22669931000110 Santa Casa de Montes Claros	Filantróp.	MG	18.164	14.812.045,29	815,46
76591569000130 Hospital Infantil Pequeno Príncipe	Filant/Univ.	PR	12.114	14.757.539,06	1.218,22
07835044000180 IJF Instituto Dr. Jose Frota Central	Público/Univ.	CE	15.790	14.653.426,68	928,02
58198524000119 Santa Casa de Santos	Filantróp.	SP	16.119	14.500.321,85	899,58
82084898000198 Koch Koch Yaedu e Freitas Ltda.	Privado	PR	5.601	14.442.455,64	2.578,55
07954571002239 Hm - Hospital de Messejana	Público/Univ.	CE	7.876	14.253.643,30	1.809,76
15153745000249 Hospital Santa Izabel	Filant/Univ.	BA	8.303	13.925.579,80	1.677,17
47969134000189 Santa Casa de Misericórdia de Franca	Filantróp.	SP	17.840	13.538.721,90	758,90
77777207979866 Hospital das Clinicas da Unicamp de Campinas	Público	SP	11.934	13.447.622,16	1.126,83
92898550000198 Instituto De Cardiologia	Filant/Univ.	RS	4.422	13.039.764,18	2.948,84
76659820000232 Hospital Universitário Cajuru	Filant/Univ.	PR	12.912	12.963.638,04	1.004,00
48031918001953 Hospital das Clinicas de Botucatu	Público	SP	13.905	12.943.504,20	930,85
76613835000189 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba	Filantróp.	PR	6.566	12.499.835,24	1.903,72
46543781000161 Hospital Bandeirantes	Filantróp.	SP	9.734	12.467.065,39	1.280,78
01619790000150 Santa Casa de Misericórdia de Goiânia	Filantróp.	GO	11.472	12.391.975,96	1.080,19
62220637000140 Casas Andre Luiz	Filantróp.	SP	6.846	12.126.151,77	1.771,28
50753755000135 Hospital Amaral Carvalho Jau	Filantróp.	SP	8.431	11.483.089,14	1.362,01
Outros	-	-	11.194.733	4.814.644.084,52	430,08
TOTAL	-	-	12.020.264	5.812.083.018,56	483,52

Fonte: SIH/SUS

Obs.: Os Hospitais foram ordenados segundo Valor total e classificados conforme a natureza do prestador informado no cadastro do SIH/SUS.

Tabela 12 – Quantidade, valor total e médio (em R\$) das AIH's pagas pelo SUS por natureza e UF segundo hospitais - Brasil – 2007.

Hospital BR (CNPJ)	Natureza	UF	Internações	Valor Total	Valor Médio
77777207801536 HC da FMUSP Hospital das Clinicas	Público	SP	57.493	79.526.432,43	1.383,24
61599908000158 Hosp. São Joaquim Beneficência	Filantróp.	SP	22.198	74.134.244,36	3.339,68
77777268868916 Santa Casa de São Paulo Hospital Central	Filantróp.	SP	40.618	71.373.276,43	1.757,18
77777207156886 HC da FMUSP Instituto do Coração Incor	Público	SP	12.245	59.012.388,07	4.819,30
60003761000129 Hospital de Base de São Jose do Rio Preto	Filantróp.	SP	28.225	49.307.048,11	1.746,93
07088017000191 Hospital Angelina Caron	Filantróp.	PR	24.601	48.785.843,88	1.983,08
57722118000140 Hospital das Clinicas Faepa - Ribeirão	Público	SP	31.607	47.680.350,59	1.508,54
92021062000106 Hospital São Vicente de Paulo	Filantróp.	RS	21.147	43.978.351,56	2.079,65
60742616000160 Hosp. Santa Marcelina	Filantróp.	SP	30.065	41.960.064,63	1.395,64
9281500000168 Irmandade Sta. Casa de Miseric. de Porto	Filantróp.	RS	23.129	41.327.213,31	1.786,81
60453032000174 Hospital São Paulo Unidade I	Público	SP	28.443	37.576.180,62	1.321,10
77777207979866 Hospital Das Clinicas Da Unicamp De	Público	SP	28.480	36.920.481,25	1.296,37
87020517000120 Hospital de Clinicas	Público	RS	28.206	35.371.570,44	1.254,04
77777223757104 Hospital Nossa Senhora da Conceição Sa	Público	RS	39.138	32.718.616,63	835,98
76575604000209 Hospital Universitário Evangélico de	Filantróp.	PR	23.963	31.634.337,94	1.320,13
77777214635506 Hospital de Clinicas de Uberlândia	Público	MG	22.292	29.744.284,41	1.334,30
17217985003472 Hospital das Clinicas da UFMG	Público	MG	18.292	29.165.255,49	1.594,43
10988301000129 IMIP	Filantróp.	PE	30.905	28.750.358,16	930,28
03276524000106 Santa Casa	Filantróp.	MS	20.555	28.690.149,05	1.395,77
53725560000170 Fundação Adib Jatene FAJ	Público	SP	7.812	28.259.651,78	3.617,47
88630413000796 Hospital São Lucas da PUCRS	Filantróp.	RS	16.137	26.364.687,25	1.633,80
17209891000193 Santa Casa de Belo Horizonte	Filantróp.	MG	22.803	26.362.597,18	1.156,10
00054015000213 HBDF Hospital de Base do Distrito Federal	Público	DF	21.151	25.902.169,55	1.224,63
19843929001344 Hospital João XXIII	Público	MG	16.784	24.961.803,84	1.487,24
06279103000208 Hospital Universitário Huufma	Público	MA	15.145	24.406.902,13	1.611,55
77777001533404 Hospital Santa Casa	Filantróp.	PR	9.823	24.207.837,70	2.464,40
75095679000220 Hospital de Clinicas	Público	PR	19.328	24.122.113,17	1.248,04
77777227885506 Hospital São Jose do Avaí	Filantróp.	RJ	4.858	23.240.791,35	4.784,02
09794975021020 Hospital da Restauração	Público	PE	24.161	23.226.901,22	961,34
48031918001953 Hospital das Clinicas de Botucatu	Público	SP	16.009	22.265.912,83	1.390,84
21575709000195 Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Filantróp.	MG	10.976	21.149.393,55	1.926,88
07954571002239 Hm - Hospital de Messejana	Público	CE	9.542	20.312.454,69	2.128,74
83883306001132 Hospital Santa Isabel	Filantróp.	SC	9.085	20.222.020,26	2.225,87
77777280210496 Hospital Santo Antonio	Filantróp.	BA	21.709	19.621.678,13	903,85
33663683005347 UFRJ Hospital Universitário Clementino	Público	RJ	11.583	19.510.069,89	1.684,37
25437484000161 Hosp. Escola da Univ. Fed. do Triangulo	Público	MG	12.194	19.291.001,82	1.582,01
04169712000190 Hospital Regional João de Freitas	Privado	PR	6.608	19.249.449,39	2.913,05
77777220544096 Hospital Marcio Cunha	Filantróp.	MG	20.732	18.818.074,23	907,68
13937131005372 Hospital Geral Roberto Santos	Público	BA	16.703	18.608.103,26	1.114,06
16692121000181 Hospital Municipal Odilon Bherens	Público	MG	17.468	18.358.849,22	1.051,00
92898550000198 Instituto De Cardiologia	Filantróp.	RS	5.073	18.311.488,97	3.609,60
15153745000249 Hospital Santa Izabel	Filantróp.	BA	8.407	17.783.699,17	2.115,34
77777302111436 Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Filantróp.	CE	21.165	17.536.087,19	828,54
47969134000189 Santa Casa de Misericórdia de Franca	Filantróp.	SP	18.758	17.343.451,99	924,59
15180961000100 Hospital Aristides Maltez	Filantróp.	BA	9.632	16.657.897,68	1.729,43
22669931000110 Santa Casa de Montes Claros	Filantróp.	MG	16.228	16.601.582,06	1.023,02
46020301000269 Hospital E Maternidade Celso Pierro	Filantróp.	SP	17.592	16.562.458,27	941,48
50753755000135 Hospital Amaral Carvalho – Jau	Filantróp.	SP	9.300	16.385.371,92	1.761,87
07954571001429 HGF Hospital Geral de Fortaleza	Público	CE	13.639	16.380.288,85	1.200,99
58198524000119 Santa Casa de Santos	Filantróp.	SP	12.329	16.094.725,00	1.305,44
Outros			10.764.922	6.131.993.481	569,63
Total	-	-	11.739.258	7.617.769.441,99	648,91

Fonte: SIH/SUS

Obs.: Os Hospitais foram ordenados segundo Valor total das AIHs pagas e classificados conforme a natureza do prestador informado no cadastro do SIH/SUS.

Na análise da evolução da assistência médica-hospitalar no Brasil verificamos também a situação da formalização dos contratos¹⁴ em nossa amostra dos 50 maiores hospitais ordenados pelo valor total da produção no SUS em 2007 (Quadro 3). De acordo com a informação contida no CNES observa-se que o primeiro registro da competência inicial dos contratos ocorreu em julho de 2004 no Hospital Santa Marcelina de São Paulo e o mais recente em setembro de 2008 na Santa Casa de Misericórdia de Sobral no estado do Ceará. Identificam-se neste quadro 9 estabelecimentos hospitalares (18%) que não possuem contrato de gestão, destes 5 são filantrópicos e 4 públicos, embora 3 estabelecimentos não apresentem registro da competência inicial, os dados confirmam que eles estão credenciados como estabelecimentos sem geração de crédito na média e/ou alta complexidade, o que significa que estão recebendo parte da produção como pré-pagamento pelos procedimentos do 'pacote' acordado com o gestores do SUS.

Os estabelecimentos que formalizaram o contrato com parte da produção dos procedimentos hospitalares como pré-pagamento, sem geração de crédito na média complexidade, totalizam 20, já os na média e alta complexidade são 10 e 8 sem geração de crédito total, ou seja, os recursos financeiros são recebidos conforme a definição da média da produção dos 12 meses anteriores a contratação dos serviços. Observa-se ainda 2 hospitais filantrópico com Contrato de Gestão e Metas.

Os dados da contratação de serviços nos hospitais de maior faturamento revelam alguns elementos importantes para o debate da regulação na assistência médico-hospitalar no SUS, pois apesar de uma parte pouco significativa percentualmente (18%) dos hospitais não possui formalmente o contrato no Sistema, deste modo, estes funcionam na informalidade, sem instrumentos ou parâmetros de avaliação dos serviços prestados, ou seja, sem regulação.

¹⁴ A contratação de serviços deve ocorrer somente após esgotada a capacidade instalada da rede pública tanto própria, quanto à vinculada a outro nível de governo. A partir de 1993, com a publicação da Portaria MS-GM n. 1.286/93 era definido um teto físico e financeiro através de um pacote de AIHs. Em 2006, mudam-se as regras com estabelecimento de tetos globais vinculados a metas, que foi regulamentado pela Portaria nº 3.277/06 e contido no Plano Operativo elaborado pelos gestores conforme o Pacto pela Saúde 2006.

Quadro 3 - Situação dos contratos nos 50 hospitais com maior faturamento no SUS –Brasil - 2007

Hospital BR (CNPJ)	Nat.	Competência Inicial Contratos	Situação Cadastral no CNES/SIH
HC da FMUSP Hospital das Clínicas	Pub.		Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 05/2005
Hosp. São Joaquim Benef. Portuguesa	Fil.	ago/03	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 08/2003
Santa Casa de São Paulo Hospital Central	Fil.	ago/04	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 08/2004
HC da FMUSP Instituto do Coração Incor	Pub.	set/05	Estab. sem Geração Crd. na Média (09/2005) e Alta (05/2005) Comp. Hosp
Hospital de Base de São Jose do Rio Preto	Fil.	out/05	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 10/2005
Hospital Angelina Caron	Priv.	out/05	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 08/2006
Hosp. das Clínicas Faepa - Ribeirão Preto	Pub.	jun/05	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 07/2005
Hospital São Vicente de Paulo	Fil.		Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 12/2006
Hosp. Santa Marcelina	Fil.	jul/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 07/2004
Irm. Sta. Casa de Miseric. de Porto Alegre	Fil.	ago/07	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 07/2007
Hospital São Paulo Unidade I - UNIFESP	Pub.	set/05	Estab. sem Geração Crd. Total MEC Nacional 06/2007
Hosp. das Cl. da Unicamp de Campinas	Pub.	nov/04	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 11/2004
Hospital de Clínicas de POA	Pub.	jun/07	Estab. sem Geração Crd. Total MEC Nacional 06/2007
Hospital Nossa Senhora da Conceição Sa	Pub.	jan/05	Estab. sem Geração Crd. Total do MS Nacional 07/2008
Hospital Univ. Evangélico. de Curitiba	Fil.	dez/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 11/2005
Hospital de Clínicas de Uberlândia	Pub.	set/05	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. (09/2005) total (06/2007)
Hospital das Clínicas da UFMG	Pub.	jun/07	Estab. sem Geração Crd. Total MEC Nacional 06/2007
IMIP	Fil.	set/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 09/2004
Santa Casa de campo grande	Fil.	nov/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 11/2004
Fundação Adib Jatene FAJ	Pub.	set/05	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex Hosp. Local 09/2005
Hospital São Lucas da PUCRS	Fil.	ago/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 08/2004
Santa Casa de Belo Horizonte	Fil.	set/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 08/2004
HBDF Hosp. de Base do Distrito Federal	Pub.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital João XXIII	Pub.	jul/08	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 04/2008
Hospital Universitário Huufma	Pub.	jun/07	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 12/2004 - sem Ger. Crd. Total-MEC – Nacional 06/2007
Hospital Santa Casa DE CURITIBA	Fil.	out/05	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 11/2005
Hospital de Clínicas DO PARANA	Pub.	dez/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 11/2004 e Total-MEC Nacional em 06/2007
Hospital São Jose do Avaí	Fil.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital da Restauração	Pub.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital das Clínicas de Botucatu	Pub.	set/05	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 09/2005
Sta Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Fil.	dez/07	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 10/2007
Hm - Hospital de Messejana	Pub.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital Santa Isabel	Fil.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital Santo Antonio	Fil.	ago/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 08/2004
UFRJ Hp. Univ. Clementino Fraga Filho	Pub.	dez/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 12/2004 - Estab. sem Geração Crd. Total MEC- Nacional 06/2007
Hosp. da Um.Fed. do Triangulo Mineiro	Pub.	jun/07	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 09/2005 - Estab. sem Geração Crd. Total MEC- Nacional em 06/2007
Hospital Regional João de Freitas	Priv.	jun/07	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 07/2007
Hospital Marcio Cunha	Fil.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital Geral Roberto Santos	Pub.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Hospital Municipal Odilon Bherens	Pub.	jan/08	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 01/2008
Instituto de Cardiologia	Fil.	out/04	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 11/2004
Hospital Santa Izabel	Fil.	mai/05	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 05/2006
Santa Casa de Misericórdia de Sobral	Fil.	set/08	Estab. sem Geração Crd. Total - Exc. FAEC Local 09/2008
Santa Casa de Misericórdia de Franca	Fil.	jan/07	Hosp. Filantrópico c/ Contrato de Gestão e Metas 01/2007
Hospital Aristides Maltez	Fil.		Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 08/2007
Santa Casa de Montes Claros	Fil.	dez/07	Hosp. Filantrópico c/ Contrato de Gestão e Metas 12/2007
Hospital E Maternidade Celso Pierro	Fil.	mai/06	Estab. sem Geração Crd. na Média Complex. Hosp. Local 04/2007
Hospital Amaral Carvalho - Jau	Fil.	jan/07	Estab. sem Geração Crd. na Média e Alta Complex. Hosp. Local 01/2007
HGF Hospital Geral de Fortaleza	Pub.		Estab. não possui Contrato de Gestão
Santa Casa de Santos	Fil.		Estab. não possui Contrato de Gestão

O perfil de internação hospitalar revela-nos que o setor privado conveniado/contratado inicia sua participação no SUS numa condição de complementaridade como a maior parte no número de internações e, conseqüentemente, do valor pago. Com o processo de implementação do SUS, os entes públicos apresentam expressivo crescimento tanto em quantidade de serviços, número de leitos, como no aumento proporcional das internações. Porém observa-se um fenômeno importante para nosso estudo, que é a redução relativa do número de internações, que não é acompanhado pelo valor total. Fato que indica a migração dos prestadores privados para procedimentos com maior custo. Estes são dados que salta aos olhos quando analisamos a evolução das internações no período entre 1990 e 2007.

Outro ponto importante é a participação dos hospitais filantrópico, que parece ocupar o espaço deixado pelo setor privado lucrativo no SUS e também aumenta sua participação quando da redefinição dos critérios para os hospitais universitários, ocorrido em 2003 quando da implantação do CNES.

Por fim, a análise do perfil da assistência médico-hospitalar no SUS sugere que os prestadores privados (com fins lucrativos e filantrópico) selecionam suas modalidades de atendimento em detrimento da necessidade do SUS e parecem ter sido beneficiados com a captação de recursos via assistência médico-hospitalar.

6 O PROCESSO POLÍTICO E A REGULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O objetivo deste capítulo é descrever e analisar o marco regulatório e o movimento dos principais atores que estiveram envolvidos e/ou atuaram na construção do processo de regulação na assistência médico-hospitalar do SUS, no período de 1988 a 2007. Primeiro, são feitas considerações históricas das instituições, em seguida identificados os atores e, posteriormente, são tratadas as legislações mais gerais, portarias e atos normativos específicos buscando correlacionar os atores em movimento a construção do processo de regulação da assistência médico-hospitalar, que será tratado, a luz da teoria dos *interesses estruturais* desenvolvida por Robert Alford (1975), no capítulo seguinte da discussão. Assim, passaremos a identificar os principais grupos de interesses que compõe e transitam pelo Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, como espaços políticos vitais onde atuam os principais atores sociais no processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS.

Inicialmente, para caracterizar os diversos segmentos deste complexo cenário, vamos identificar brevemente elementos históricos, políticos e sociais dos atores e o espaço institucional reservado para a disputa de interesses no setor saúde brasileiro. Em seguida, abordaremos alguns aspectos principais da construção do marco regulatório, onde foram apresentadas propostas e discussões que materializaram os instrumentos normativos que moldaram a assistência médico-hospitalar no SUS em momentos distintos e que assumem novas configurações nos dias mais recentes.

6.1 Identificação e Caracterização dos Atores no Processo de Regulação da Atenção Médico-Hospitalar no SUS

O setor saúde se caracteriza por ser um campo de extrema complexidade e por ser marcado por objetivos, necessidades e interesses distintos, muitas vezes conflitantes, observados na interação entre gestores, prestados de serviços

(públicos e privados), profissionais e os usuários do sistema de saúde. Por sua vez, estes sujeitos se aproximam e se organizam mediante um interesse comum que os agrega como grupos de interesse. Neste estudo, os grupos de interesse serão entendidos como grupos organizados que agem sistematicamente para representar os seus interesses (ALFORD, 1975). Aqueles que, mediante formas múltiplas e variadas, procuram fazer valer seus interesses junto ao poder político. Estes podem ser representados por organizações, instituições, ou ainda, atuar como forças divergentes dentro de uma mesma instituição.

No SUS, temos o Ministério da Saúde na condição de gestor federal do sistema. Esse órgão público foi instituído pela lei 1.920 de 25 de julho de 1953, originário do antigo Ministério da Educação e Saúde, que teve como contexto histórico e político para o seu surgimento as questões relativas à centralização dos serviços de saúde e a progressiva separação entre saúde pública e assistência médica, nas décadas anteriores a implementação do SUS. Em 1990, o processo de reestruturação do atual Ministério da Saúde foi definido a partir da aprovação do SUS, com a edição da Lei Orgânica da Saúde, que orientou a política de assistência médica no Brasil desde então e, principalmente, após a extinção do INAMPS, pela Lei n 8.689 de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993) quando passou a incorporar suas funções.

O Ministério da Saúde é o órgão do Executivo Federal responsável pela condução da política nacional de saúde, representando a autoridade sanitária nacional. Ele atua na formulação e implantação de políticas que envolvem um permanente processo de interação com outros atores governamentais e não-governamentais, seja por meio de canais institucionais – como o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intergestores Tripartite – ou de outras formas de debate e negociação. O MS tem a função de oferecer condições para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população, reduzindo as enfermidades e controlando as doenças. Atualmente, a estrutura central do Ministério da Saúde é composta por cinco secretarias responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de saúde, desse modo, são as executoras das atividades finalísticas do órgão (BRASIL, 2008).

Estabelecendo-se um corte transversal no período estudado (1990¹⁵-2007) verificamos, em quase 20 anos de história do SUS, a passagem de 4 presidentes da República no Brasil, que foram marcadas por certas características gerais de transição e consolidação da democracia no país. Durante este período estiveram à frente da política de saúde 15 Ministros, de origem de atuação política predominantemente do sudeste do país (Quadro 4).

Ministro	Período	UF Atuação Política	Presidente
José Gomes Temporão	16.03.2007 - Atual	RJ	Luiz Inácio Lula da Silva
José Agenor Álvares da Silva	31.03.2006 a 16.03.2007	MG	
José Saraiva Felipe	08.07.2005 a 31.03.2006	MG	
Humberto Sérgio Costa Lima	01.01.2003 a 08.07.2005	PE	2003-2010
Barjas Negri	21.02.2002 a 31.12.2002	SP	Fernando Henrique Cardoso
José Serra	31.03.1998 a 20.2.2002	SP	
Carlos César de Albuquerque	13.12.1996 a 31.03.1998	RS	
José Carlos Seixas	06.11.1996 a 13.12.1996	SP	
Adib Domingos Jatene	01.01.1995 a 06.11.1996	SP	1995-2002
Henrique Antônio Santillo	30.08.1993 a 01.01.1995	SP	Itamar Franco
Saulo Pinto Moreira	19.08.1993 a 30.08.1993	RJ	
Jamil Haddad	08.10.1992 a 18.08.1993	RJ	1993- 1994
Adib Domingos Jatene	12.02.1992 a 02.10.1992	SP	Fernando Collor de Mello
José Goldemberg	24.01.1992 a 12.02.1992	RS	
Alcení Ângelo Guerra	15.03.1990 a 23.01.1992	RS	
			1990-1992

Quadro 4 – Ministros de Estado da Saúde e respectivos Presidentes da República – Brasil – 1990-2007.

Fonte: Brasil (2008).

Na condução da política de saúde o Ministério da Saúde conta ainda com os seguintes órgãos colegiados definidos em lei: o Conselho Nacional de Saúde e o Conselho de Saúde Suplementar. São órgãos permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, e tinha originalmente o papel apenas de instância técnico-consultiva do então Ministério da Educação e Saúde. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e publicação das Leis 8.080/90 e 8.142/90, foi instituído os conselhos e as conferências de saúde como instrumentos do controle social, por meio dos quais deve acontecer a participação dos diversos segmentos da sociedade

¹⁵ Para efeito da análise da ação dos atores envolvidos no processo de regulação da assistência médica-hospitalar tomamos por referência o ano de 1991, período em que se iniciaram as reuniões ordinárias no Conselho Nacional de Saúde, fonte primordial do nosso material empírico.

no acompanhamento e na definição das políticas públicas de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008). A oitava Conferência Nacional de Saúde foi a primeira com representação popular de usuários do sistema de saúde.

Neste sentido, o CNS conquistou o direito de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução e do financiamento da política de saúde na esfera federal, seguindo o estabelecido no parágrafo 2º da Lei nº 8.142/90. Esta legislação complementar prevê a implementação de um processo decisório amplo, incluindo a dos conselhos de saúde nas três esferas de governo, atuando de maneira integrada (COSTA, 1996).

O Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. O Regimento Interno do CNS, em seu Art. 9º, estabelece a periodicidade das reuniões do CNS. Os encontros acontecem onze vezes por ano, sempre na primeira semana do mês, e extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou por requerimento da maioria absoluta dos seus membros (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

A composição do CNS busca manter o equilíbrio dos interesses envolvidos, de forma paritária, ou seja, 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores. Atualmente, é formado por 48 conselheiros titulares (e seus respectivos suplentes), representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS; de entidades de profissionais de saúde (incluída a comunidade científica, entidades de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde); e de entidades e instituições do governo.

O CNS apresenta uma composição pulverizada e institucionalmente inespecífica, do tipo *peak associations*¹⁶, influenciados pelas idéias iniciais da Reforma Sanitária, como uma inovação de política intersetorial e abrangente, conforme é abordado por Costa (1996):

A diversidade de interesses contemplados pela arena setorial ratificou a inalterabilidade do corte distributivo da política e criou saídas para o

¹⁶ Organização de grupos de interesses, dentro de um campo particular da sociedade.

problema de distribuição do poder decisório na arena setorial através da representação não-parlamentar dos Conselhos de Saúde, originados da ampliação do conceito de participação social.” (COSTA, 1996, p.497).

De acordo com o Decreto nº. 9.9438/90, as atribuições e competências do Conselho Nacional de Saúde incluem:

- Deliberar sobre a formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal e os critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado;
- Manifestar-se sobre a Política Nacional de Saúde;
- Decidir sobre os planos estaduais de saúde, quando solicitado pelos Conselhos Estaduais de Saúde; as divergências levantadas pelos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, bem como por órgãos de representação na área da saúde; e o credenciamento de instituições de saúde que se candidatem a realizar pesquisa em seres humanos;
- Opinar sobre a criação de novos cursos superiores na área de saúde, em articulação com o Ministério da Educação e do Desporto;
- Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- Acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos estados, municípios e Distrito Federal;
- Aprovar os critérios e valores para a remuneração dos serviços e os parâmetros de cobertura assistencial;
- Acompanhar e controlar as atividades das instituições privadas de saúde, credenciadas mediante contrato, ajuste ou convênio;
- Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, para a observância de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do país; e
- Propor a convocação e organizar a Conferência Nacional de Saúde, ordinariamente a cada quatro anos e, extraordinariamente, quando o Conselho assim deliberar, de acordo com a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CNS, 1990).

Além da garantia dos princípios democráticos, ressaltados anteriormente, a estrutura da saúde pública no Brasil conta também com atuação das secretarias estaduais e municipais de saúde. Da mesma forma, as políticas de saúde passaram a ser norteadas constitucionalmente pela descentralização, com os estados e municípios assumindo suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, para desenvolver ações específicas e prioritárias de saúde, face a grande extensão e diversidade de realidades local e regional e as desigualdades existentes entre os entes federados no país.

Os gestores estaduais do SUS tem sua representação formalizada no CONASS, fundado em 3 de fevereiro de 1982, como uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, cujo objetivo era tornar o conjunto das Secretarias de

Saúde dos estados e do Distrito Federal mais participante do esforço de reconstrução do setor de saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País. O CONASS, juntamente com outras entidades, participou da formulação da idéia do que se tornou o SUS (BRASIL, 2007c).

O CONASS é considerado um órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, que atua na implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e no desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde. Sua missão é promover o pleno exercício das responsabilidades das Secretarias de Saúde dos estados na política de saúde, junto aos órgãos setoriais federais e municipais; aos Poderes Legislativo e Judiciário; e a outras entidades da sociedade civil (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2008).

Por sua vez, os gestores municipais de saúde têm o registro histórico de sua representação contemporâneo a Constituição de 1988, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) foi criado no bojo da organização e consolidação do SUS, é uma entidade não-governamental, sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2008).

Constituído como ente de mobilização e representação das SMS, o CONASEMS tem como eixo de ação o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, promovendo e incentivando o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde e promovam a equidade e a participação social.

No âmbito nacional a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), criada pela Portaria MS/GM nº 1.180, de 22 de julho de 1991 (BRASIL, 1991), é integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto do CONASS e do CONASEMS. Tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. Tem composição paritária formada por 18 membros, sendo seis indicados pelo MS, seis pelo CONASS e seis pelo CONASEMS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um

representante para cada uma das cinco regiões no país, além dos Presidentes de CONASS e CONASEMS. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT apresenta-se como uma arena de concertação federativa na direção nacional do SUS, ocupando um papel relevante na condução político-institucional do processo de regulação das relações entre os governos no cuidado à saúde da população no Brasil (BRASIL, 2008).

Outro ator que tem uma atuação importante no processo de regulação do SUS é a Frente Parlamentar da Saúde (FPS), que é entidade sem fins lucrativos de natureza política não ideológica e suprapartidária com atuação na Câmara dos Deputados. Foi fundada em março de 1993, teve um período paralisada e foi reinstalada no ano de 2003. No ano de 2006 contava com a participação de 237 deputados e 23 senadores. A atual gestão (2007-2009) tem como presidente o Deputado Rafael Guerra (PSDB-MG) e vice Deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS), mas é composta por uma pluralidade partidária, que inclui representantes da oposição e de apoio ao governo atual do Presidente Luiz Inácio da Silva. Suas principais bandeiras de luta são a regulamentação do dispositivo constitucional da EC 29 e a atualização da Tabela do SUS. A FPS mobiliza deputados, senadores e entidades da sociedade civil vinculadas ao setor (BRASIL, 2007).

Por parte da representação dos profissionais de saúde, identificamos como principal ator a categoria médica, que exerce historicamente um poder de pressão relevante nos assuntos de interesse da categoria, encontrando formas de influenciar a política nacional de Saúde. É considerado um dos pilares do Movimento Social em Saúde, o movimento médico é reconhecido por sua influência na formulação das políticas de saúde. A atuação das principais entidades médicas se dá através do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM).

A representação do setor privado complementar ao SUS, envolve diversas entidades prestadoras de serviços privados na área de saúde¹⁷. Que estão organizadas em: Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação

¹⁷ De acordo com o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde (2007) - Capítulo I, Art. 3º, III - as entidades prestadoras de serviços privados na área de saúde são “aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, e que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e em três Regiões Geográficas do País”.

Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil (CMB); as Entidades dos Prestadores de Serviços de Saúde (EPSS) apresentam-se como um ator de peso na defesa de seus interesses. A CMB, por exemplo, teve participação efetiva na Comissão Temática da Seguridade Social, do Congresso Nacional, onde sua atuação resultou em artigo da Constituição Federal de 1988 na prerrogativa de isenção de cota patronal para instituições filantrópicas (CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS DE MISERICÓRDIA, HOSPITAIS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS, 2004).

Conforme podemos constatar nos dados do SIH/SUS o setor filantrópico¹⁸ detém uma parcela significativa, mais de 50% do número de internações hospitalares do SUS, no CNS é representado pela Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) e a Confederação Nacional da Saúde (CNS)¹⁹, dentre as principais bandeiras defendidas por estas entidades encontram-se a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 e o reajuste da tabela do SUS.

6.2 Análise da Legislação e o Movimento dos Atores na construção do processo de Regulação no SUS

A introdução de ações de natureza regulatória na assistência à saúde foi demarcada pela edição, no âmbito jurídico institucional, das chamadas Leis Orgânicas da Saúde (LOS nº. 8.080 e 8.142, de 1990) e das Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS) que representaram instrumentos de regulação para o processo de descentralização (BRASIL, 1990a, 1990b, 2001). Foram expedidas NOB em

¹⁸ Pela regulamentação vigente, são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEAS), concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão subordinado ao Ministério de Assistência e Promoção Social. Várias condições são exigidas para a concessão do CEAS para os hospitais: oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade hospitalar aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade, variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS

¹⁹ A Confederação Nacional de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos e Serviços, criada em 1994, é uma entidade sindical de terceiro grau, congrega atualmente 8 federações (Fenaess, Fehosul, Feherj, Fehospar, Fehoesc, Fehoesg, Febase e Fehoesp) e 86 sindicatos de saúde em atividade e representa todos os estabelecimentos de serviços de saúde no país.

1991, 1992, 1993 e 1996, Foram também elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002). Mais recentemente estamos sob a égide do Pacto pela Saúde 2006, aprovado pela Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Como podemos observar na figura abaixo, que sintetiza na linha do tempo o marco regulatório do SUS (Figura 3).

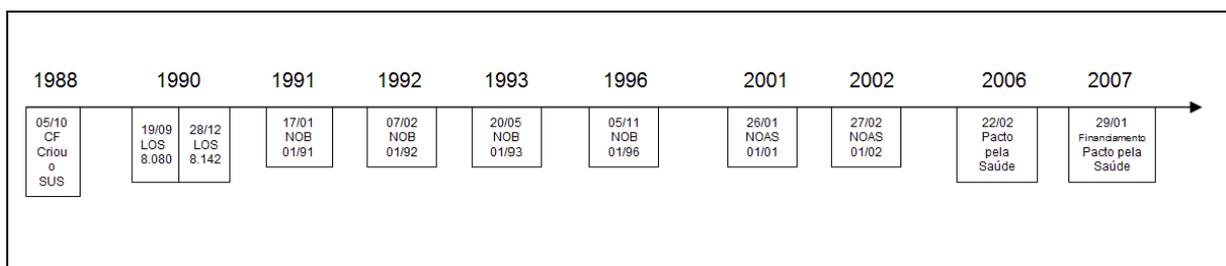


Figura 3– Linha do tempo – marco regulatório do SUS.

Com a Constituição foi instituído o SUS como meio de concretizar o direito a saúde. A implantação do SUS foi realizada de forma gradual, começou a ser construída com o processo de redemocratização do país e antes mesmo de sua criação pela Constituição. A 8.^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que contou com expressiva participação da sociedade, significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 1986). As teses defendidas pela 8.^a CNS foram apoiadas pela aliança dos partidos ditos progressistas (PMDB, PSDB, PT, PDT, PCB e PCdoB) no Congresso Nacional e pelos movimentos sindicais e populares, que convergiram para fazer frente aos setores mais conservadores do PMDB, PTB, PDS e PFL, que formaram um bloco no Congresso Constituinte conhecido como o “centrão”, que defendia os interesses do *lobby* organizado pelo setor privado na saúde (COSTA, 2002). O *lobby* do setor privado conveniado esteve presente durante muitos anos na burocracia previdenciária da assistência médica previdenciária do INAMPS, caracterizada pelo clientelismo e trocas de favores, onde era interlocutor único, centralizado, mais facilmente cooptável e mais facilmente comprável pelo setor privado (CORDEIRO, 1992 *apud* PEREIRA, 1996).

A partir de 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) (Decreto nº 94.657/97), ainda comandada pelo INAMPS, foi implantado por convênios entre o Governo Federal e os estados, considerado como “estratégia ponte” para um novo sistema e configurou-se numa alteração significativa

nas orientações do processo decisório até então vigente (PAIM, 1990). Depois, veio a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990), que perdeu seu papel de prestador de serviços, passando a ser um órgão eminentemente controlador e co-financiador do sistema (PEREIRA, 1996); em seguida, para regulamentar a estrutura e o funcionamento do SUS, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Lei nº 8.080²⁰, de 19 de setembro de 1990. E posteriormente, foi lançada a Lei nº 8.142²¹, de 28 de dezembro de 1990, que regulamentou no SUS o controle social, através da participação dos usuários na gestão do serviço. O INAMPS só foi finalmente extinto em 27 de julho de 1993 pela Lei nº 8.689 como já foi mencionado na sessão anterior (BRASIL, 1990a, 1990b, 1993).

Segundo Pereira (1996), o setor privado contratado foi o grande derrotado pela estratégia do SUDS, na medida em que teve de se rearticular no plano estadual, em razão de serem os estados os detentores das cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e responsáveis imediatos pela liberação dos pagamentos, pois estava acostumado às negociações centralizadas no INAMPS. Por outro lado, a estratégia adotada pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Federação Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde (Fenaess) foi de denunciar o precipitado e desorganizado processo de implantação do SUDS como forma de deslegitimá-lo perante a opinião pública. Este setor, por ser dependente dos recursos públicos, torna-se o exemplo paradigmático das políticas distributivas na área de saúde, no sentido de obter uma parcela cada vez maior do orçamento (PEREIRA, 1996). Parece bem claro pela ação organizada desse segmento que se configura um grupo de interesses que representam *interesses estruturais desafiadores ou corporativos*.

Como pode-se apreender, o Movimento de Reforma Sanitária e a 8.^a Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) representaram, simultaneamente, os *Interesses Estruturais Desafiadores e Reprimidos* na história do setor saúde brasileiro; primeiro devido ao longo período de luta contra o regime militar, travado por grupos de interesses da sociedade civil em busca de mecanismos democráticos para as relações políticas e sociais; segundo, pelas condições sanitárias adversas

²⁰ Dispõe sobre as condições, para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

²¹ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

insustentáveis, oriundas da deterioração das condições de vida (baixa esperança de vida, altas taxas de mortalidade infantil e restrição no acesso aos serviços para a proporção significativa da população); terceiro pela necessidade ampliação do conceito e politização da questão da saúde; e, ainda, da participação da sociedade civil organizada na elaboração e acompanhamento da política de saúde.

6.2.1 A Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas de Saúde

De acordo com Santos (1997) na legislação do sistema de saúde, alguns Artigos da CF e da LOS utilizam os termos e expressões *regulamentação*, *elaboração de normas para regular e elaborar normas*, como por exemplo:

CF, art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle [...].

LOS, art. 15. XI - elaboração de normas para regular as atividades [...].

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação de saúde;

Neste sentido, a saúde assume a condição de função pública, a partir de sua definição como sendo de relevância pública, reafirmando as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle, o que torna maior a responsabilidade do Estado.

Na construção da estrutura do sistema nacional de saúde a expressão relevância pública utilizada para qualificar as ações e serviços de saúde (art. 197), pressupõe a saúde como condição do direito à vida e da dignidade da pessoa humana. As competências decorrentes da relevância pública envolvem o exercício de um poder regulador (autoridade e responsabilidade sanitárias), de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e conseqüentemente, de suas agências de prestação de serviços (GOULART, 1991).

O texto constitucional definiu como principais características do SUS: universalidade; gratuidade; equidade, integralidade; organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo, estruturado em uma rede articulada, regionalizada e hierarquizada, exercida, respectivamente, pelo MS, SES e SMS;

com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência; com participação da comunidade; financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa privada de modo complementar (BRASIL, 2002c).

De um modo geral, os serviços públicos devem ser ofertados pela Administração em seus próprios serviços, por intermédio de sua estrutura física e de recursos humanos. A participação complementar da iniciativa privada poderá ocorrer quando a administração pública verificar que os seus serviços são insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população. A iniciativa privada pode atuar na assistência à saúde estando sujeita à regulação, controle e fiscalização do Estado que, por sua vez, deve observar os princípios constitucionais da ordem econômica e social (arts. 170/187). A Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde trazem a previsão da ocorrência da participação complementar ao sistema de saúde, abaixo destacados:

CF art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada [...];
LOS art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.
Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público (BRASIL, 1988, 1990a).

O registro da participação complementar dos serviços privados no texto final da CF de 1988 permitiu a recomposição do setor privado em torno da manutenção dos seus interesses. Observam-se importantes alterações no anteprojeto da Constituinte em dois artigos: 230 e 231 (BRASIL, 1988). No primeiro, a atribuição *exclusiva* do Estado nas ações de assistência à saúde foi substituída pela possibilidade de ação da iniciativa privada, via contratos e convênios; e no segundo, foram incluídos no SUS apenas os serviços públicos, evitando que os serviços privados fossem tratados como concessionários (COHN *apud* PEREIRA, 1996, p. 451). Este aspecto foi considerado como uma vitória da medicina liberal no sistema de saúde brasileiro, do ponto de vista do setor privado. Aqui podemos observar que os grupos de interesses privados que atuaram na Constituinte, demarcando um espaço importante na saúde privada, que representam *Interesses Estruturais Dominantes*, na seguinte lógica: os grupos mais organizados, como os

representantes de hospitais privados com fins lucrativos aprovaram que esse segmento poderia explorar livremente o mercado privado e ofertar serviços de saúde a uma clientela particular com capacidade de pagamento que passou a ser denominada de setor de saúde suplementar. Outro grupo menos estruturado (hospitais filantrópicos e santas casas) poderiam ser incorporados à rede pública, disputando recursos por dentro do sistema público de saúde como o setor de saúde complementar – *Interesses Estruturais Desafiadores*.

Num balanço preliminar do direito à Saúde na Constituição, Costa (1989) identifica que a definição nebulosa, do Art. 199 sobre a participação das instituições privadas no SUS mediante contrato de direito público ou convênio, e a preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, pode proporcionar distorções na prestação dos serviços de saúde. Pois, no “[...] manto de ‘entidades sem fins lucrativos’ estão muitas instituições cuja única finalidade é o lucro. É necessário que a legislação ordinária classifique melhor a natureza desses convênios preferenciais” (COSTA, 1989, p. 100).

A despeito disso, Santos (1997) ressalta que:

As normas gerais estabelecidas na Lei 8.080/90 para a iniciativa privada são muito tímidas, limitando-se à mera repetição de enunciados constitucionais [...] tendo ficado para cada esfera de governo a competência para expedir normas quanto às condições de funcionamento dos serviços privados de assistência à saúde (SANTOS, 1997, p. 261).

Conforme Paulus Jr. e Cordoni Jr. (2006) a regulação infraconstitucional do SUS, objeto de intensa discussão, se completa, em 1990. As Leis 8.080/90 e a 8.142/90 são singularmente relevantes para o novo modelo proposto, considerado uma espécie de estatuto da saúde no Brasil. A primeira sedimenta as orientações constitucionais do SUS. Enquanto a segunda trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. As conferências, instaladas de quatro em quatro anos, têm a participação de vários segmentos sociais; nelas são definidas as diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. A Lei 8.142/90 também define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo,

as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais (PAULUS JR.; CORDONI JR., 2006, p. 17).

6.2.2 As Normas Operacionais Básicas no SUS

Dando conseqüência ao processo de construção do SUS, o Ministério da Saúde adotou as Normas Operacionais Básicas como instrumento tático para regulação do processo de descentralização, quanto a divisão das responsabilidades e da relação entre a União e os estados e municípios e para definição de critérios de repasse de recursos financeiros federais para estados e municípios. Esses aspectos foram considerados fundamentais para a implementação de políticas de abrangência nacional em um país com federalismo em construção e um sistema tributário ainda relativamente centralizado (LEVCOVITZ, 2001).

Santos e Merry (2007), corroboram com esta visão afirmando que:

Todas as NOBs, de forma mais ou menos elaborada, trataram do processo de regulação nos seus vários componentes, notadamente os de controle e avaliação. A principal tentativa sempre foi a de definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório (SANTOS; MERRY, 2007, p. 32).

Segundo Batista (2007) as normas operacionais assumiram um papel de destaque no processo de construção e desenvolvimento do SUS, em cada período de vigência tornaram-se a principal estratégia para a operacionalização da política, corresponderam a uma gestão de governo e expressaram uma concepção específica da política nacional.

Na literatura corrente, vários autores destacam a relevância das normas operacionais na construção da política de saúde no Brasil. Referem-nas como importantes instrumentos infralegais que regulamentam e impulsionaram o processo de descentralização do SUS, além de promoverem a ampliação dos poderes indutor e regulatório por parte do nível federal sobre o processo de descentralização (LEVCOVITZ *et al.*, 2001, LIMA, 1999; SOUZA, 2001).

Nos anos 90, a edição das NOBs ocorreu num período em que houve a implantação do projeto neoliberal no Brasil, e teve como conseqüência importantes

mudanças sociais, econômicas e institucionais. O processo de ajuste estrutural desencadeou uma mudança gradual de atuação do Estado, levando a privatizações de empresas públicas, de corte nos gastos sociais, flexibilização dos direitos trabalhistas e de abertura da economia ao capital externo. O debate nesta década foi marcado pela reforma do Estado no Brasil, tendo como pano de fundo o contexto da globalização financeira da economia e o aprofundamento da crise fiscal (COSTA, 2002).

Neste período, o Brasil entrava na era da economia globalizada, as reformas foram conduzidas sobre o pretexto da estabilização da moeda e da modernização do país. As conseqüências dos ajustes adotados foram sentidas pelo aumento do desemprego, da pobreza e do aprofundamento das desigualdades sociais, momento em que o país reiniciava o processo de redemocratização política, após o período de ditadura militar (ANDERSON, 2003; BORÓN, 2003).

Particularmente, no setor saúde, a década de 90 viveu sob constantes tensões entre duas posições antagônicas: os dos defensores da construção de um sistema público de saúde, e daqueles que defendiam a presença mínima do Estado não apenas na economia, mas também nas áreas sociais como saúde e educação. O movimento de reforma sanitária atuou como uma força contrária a essa orientação sustentando maior participação social e responsabilização do Estado nas ações e serviços de saúde. Os avanços nesta década foram observados pela implementação das medidas que regulamentaram um sistema universal, descentralizado e com controle social. Particularmente, as Normas Operacionais Básicas foram um produto da necessidade de um processo político de pactuação intergestores que, após a publicação da Lei Orgânica da Saúde, criaram condições privilegiadas de negociação para viabilizar a descentralização na construção do SUS (ANDRADE, 2000).

É importante ressaltar que a adoção das NOB não ocorreu de forma imediata nem homogênea em todo território nacional. Devido a heterogeneidade existente entre os municípios brasileiros, podem ser observados diferentes estágios no processo de implantação e implementação do SUS. O caráter processual adotada pelo Ministério da Saúde permitiu adaptações e ajustes das regras em diferentes estágios na implementação desta política. Entretanto, as divergências entre atores sociais e políticos, resistências a transição de um sistema centralizado político, administrativo e financeiramente para uma gestão descentralizada com

responsabilidade compartilhada, foi marcado por avanços e recuos num *continuum* processos na implementação do SUS, conforme é descrito por Viana (2001):

De certa forma, cada Norma criou uma série de contradições que passaram a ser resolvidas pela norma subsequente, numa tentativa ascendente de adequar racionalidade sistêmica, financiamento federativo e modelos de saúde e de assistência regionalizados, no processo de descentralização setorial. São justamente as contradições existentes nesta tríade, em uma conjuntura descentralizante, que conformam, tensionam e desatualizam cada Norma Operacional Básica em operação (VIANA, 2001, p. 305).

6.2.3 A Norma Operacional Básica de 1991

A primeira NOB, emitida em 1991, deu início a uma série de normas editadas no ano seguinte as LOS. Foi elaborada num período de redemocratização do país, que elegeu Fernando Collor como primeiro presidente eleito por voto direto após o Regime Militar. Collor foi eleito com o discurso de modernização do país, seu governo foi marcado pela implementação do Plano Collor²², pela abertura do mercado nacional às importações e pelo início do Programa Nacional de Desestatização, que desencadeou o processo de implantação dos princípios neoliberais, baseados no Consenso de Washington.

A NOB/91 teve como característica básica a transformação dos serviços de natureza pública, tanto estaduais quanto municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, igualando-os àqueles de natureza privada e filantrópica. Mas introduziu, também, o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais de Saúde através de "convênios de municipalização", estimulando a disseminação dos requisitos - Fundo e Conselho Municipais de Saúde - previstos para repasse de recursos financeiros na Lei 8.142/90. A NOB/91²³ atribuiu ao INAMPS o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira. (BRASIL, 1991).

²² O Plano Collor foi o nome dado ao conjunto de reformas econômicas e planos para estabilização que combinava liberação fiscal e financeira com medidas radicais para estabilização da inflação, criados durante a presidência de Collor entre 1990 e 1992.

²³ Implementada pela Resolução INAMPS n.º 258, de 07/01/91; promove o processo de descentralização e reforça o poder municipal, porém estabelece o convênio como mecanismo de articulação e repasse de recursos. Posteriormente retificada e publicada como Resolução n.º. 273/91 (BRASIL, 1991)..

Esta NOB recebeu diversas críticas, conforme Bueno e Merhy (1997). Tais como sua instituição como instrumento regulador no processo de implementação do SUS, já na sua primeira versão apresenta dois importantes retrocessos em relação a limites na regulamentação da Lei nº 8.080 (Art. 35): as diretrizes do financiamento a partir do pagamento por procedimentos e de forma conveniente, e pela transformação dos sistemas estaduais e municipais de saúde em meros prestadores de serviços, que restringe as prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo.

Neste sentido, a prática do pagamento por produção de serviços favoreceu os estados e municípios com melhor situação econômica, pois os tetos financeiros foram estabelecidos a partir da capacidade instalada, da série histórica de produção de serviços e procedimentos de saúde privilegiando as ações individuais de assistência hospitalar em detrimento das ações de saúde coletivas.

Paralelamente neste período iniciavam-se as discussões da política setorial no Conselho Nacional de Saúde, que teve sua primeira Reunião Ordinária (RO) nos dias 25 e 26 de abril de 1991 com a presença do Ministro da Saúde, Alcení Guerra, e dentre outros assuntos, discutiu-se o anteprojeto do regimento interno do CNS e o “Plano Quinquenal – Diretrizes e Prioridades” do governo Collor. Discussões referentes à NOB/91 na pauta do CNS só tiveram início na 8ª RO quando foi tratado da reedição da Resolução nº 273, de 17/07/91, que disciplinava as transferências de Recursos Financeiros, entre outros aspectos, à criação de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) nos diversos níveis de Governo (BRASIL, 1991).

O primeiro registro de discussão sobre regulação ocorreu na pauta da 9ª RO do CNS em dezembro de 1991, onde o representante das Entidades Prestadoras de Serviços na área de Saúde (EPSS) pressionou o CNS argumentando que “os atrasos no pagamento das AIHs pelo INAMPS é a causa da grave situação dos hospitais públicos e privados que está levando à falência do sistema de assistência hospitalar do País”, finaliza a fala com a leitura de uma carta de renúncia a condição de Conselheiro do CNS.

Outro ponto mencionado pelo representante das EPSS foi a necessidade de uma maior discussão no CNS para apreciação de normas de organização e funcionamento do SUS, onde solicita que:

nenhum órgão do Ministério caminhe sozinho elaborando portarias e normas para regulamentar o Sistema Único de Saúde sem uma discussão mais abrangente com os diversos segmentos da sociedade, como o

Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, as Entidades de Profissionais de Saúde, etc. (ATA CNS, 1991).

Nos encaminhamentos desta reunião foi aprovado pelo plenário do CNS proposta do representante das EPSS, por unanimidade, a elaboração de resoluções para disciplinar a edição de normas operacionais pelo INAMPS regulamentando o Sistema Único de Saúde, para que a mesma seja discutida mais amplamente pelas instâncias participantes do SUS e, inclusive, pelo Conselho Nacional de Saúde. Os conselheiros registraram a solicitação da presença do Ministro da Saúde para esclarecer e discutir esses assuntos.

6.2.4 A Norma Operacional Básica de 1992

A segunda edição (NOB-92²⁴) apenas deu continuidade à NOB-91, não representando modificações significativas. Nesta norma, manteve-se o controle e a fiscalização da execução orçamentária pelo INAMPS, estabelecidos na NOB 91. Definiu-se, também, a criação de um Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e conformou-se um novo sistema para as internações, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) que, na verdade, sistematizou o que já vinha sendo feito com as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 1992). Segundo Carvalho (2002), a contribuição de modificação da NOB-91 para 92 foi periférica, restrita à equipe técnica e sofreu resistências ao processo de descentralização. Para Goulart (2001) a NOB 92 é considerada “produto de gabinete”.

As NOBs 01/91 e 01/92 apresentaram mudanças nos critérios de repasse dos recursos federais para as instâncias sub-nacionais de governo, mas foram influenciadas pela cultura centralizadora e práticas do instrumental técnico-operativo utilizado tradicionalmente pelo INAMPS incorporadas no SUS no seu nascedouro fenômeno claro de trajetória de dependência (*path dependence*). Ampliaram o envolvimento municipal na construção do novo sistema de saúde, no entanto acabou

²⁴ Editada pela publicação da Portaria nº. 234, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/ MS, de 07/02/92; normatiza a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS para o ano de 1992. Discorre sobre o planejamento das ações, o financiamento, os sistemas de informação, o controle e avaliação, a auditoria, o processo de municipalização para repasse dos recursos e produtividade e qualidade no SUS (BRASIL, 1992)..

induzindo à lógica de formação de sistemas municipais isolados, impondo limites na constituição do modelo sistêmico do SUS (LEVCOVITZ, 2001).

O repasse de recursos federais para os municípios, devido ao pagamento por produção de serviços, propiciou uma relação direta entre o governo federal e os municípios, fragilizando a papel articulador e negociador do estado, que fora iniciado com o SUDS (ALMEIDA; CASTRO; VIEIRA *et al.*, 1998). Além disso, a relação direta dos entes federal e municipal favorecida pelo estabelecimento de convênio e repasse do pagamento por produção provocou o isolamento dos estados do processo de relacionamento colaborativo e sistêmico preconizado pelo SUS.

Neste período, cabe ressaltar alguns fatos registrados nas Atas das reuniões do CNS. O contexto era de crise financeira da rede pública e privada de assistência à saúde pela defasagem na tabela de procedimentos do SUS e pelo atraso no pagamento aos prestadores de serviços. O Ministro Adib Jatene nesta época adota uma postura de que está empenhado, comprometendo-se para obtenção de recursos financeiros que possibilitasse um reajuste de quarenta por cento para pagamento de atividades hospitalares e percentuais específicos até maiores em relação a alguns serviços especializados. Na 15ª RO do CNS, o Ministro informou ter conseguido “cumprir a promessa de reajustar os pagamentos feitos aos hospitais e serviços contratados e conveniados, procurando acompanhar os índices da inflação, e colocando os pagamentos em dia, sem os atrasos que havia anteriormente.” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Nesta reunião ocorreu também uma intensa discussão onde os representantes do setor privado conveniado/contratado cobraram reajustes pela taxa de inflação retroativa ao ano anterior. Esteve também presente nesta reunião o Presidente do INAMPS que tratou das distorções na distribuição nacional das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e na Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA). No final ficou acertado que seria realizado um estudo junto a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre essas distorções observadas.

Na 20ª RO registram-se algumas discussões preliminares sobre a competência do MS para elaboração de normas mais gerais, considerando a vigência do decreto 2.300/86, que preconizava uma padronização dos contratos e convenio e na opinião de alguns conselheiros era contrária a lei orgânica, art. 18. que diz que é competência do município celebrar convênios com entidades privadas para complementar serviços públicos de saúde. Não havendo entendimento da

matéria foi solicitado parecer técnico de consultor jurídico para outra reunião. Esteve em discussão o instrumento base que regulamentava a NOB/92 quanto ao objeto para controle, avaliação e fiscalização e que subsidiava o MS nas decisões referentes a cronogramas de liberação de recursos financeiros (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Outro registro importante, ocorrido na Ata da 3ª reunião extraordinária do CNS, foi o posicionamento de um representante das entidades de prestadores de serviços privados de saúde informando que foi eleito para “o cargo de Deputado na Câmara Federal e se colocou à disposição do Conselho para tramitar matérias do interesse do setor saúde. Anunciou também a criação da Frente Parlamentar da Saúde, iniciativa que objetiva congrega todos os Deputados e Senadores independentemente de partido” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Particularmente, este fato demonstra a estratégia explícita de atores que atuam na saúde, buscando potencializar benefícios de seus grupos de interesses.

No momento anterior à publicação da nova NOB, institucionalmente foi constituído o Grupo Executivo de Descentralização (GED), composto por distintas áreas e órgãos vinculados ao MS e por representantes do CONASS e CONASEMS. Dentre outras coisas, o GED elaborou o documento “Descentralização das ações de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”, que teve como referência a IX Conferência Nacional de Saúde e serviu de base para a NOB/93 (CARVALHO, 2001). Quanto aos pontos críticos abordados destacam-se os argumentos utilizados para a adoção da série histórica como parâmetro para a prestação de serviço:

a questão da utilização de séries históricas que continuará a serem utilizadas dada à impossibilidade, neste momento, de adotar integralmente os critérios do artigo 35 [LOS 8080]. Neste caso, admite-se começar com a população a ser coberta e com a capacidade de gestão. As correções seriam feitas então a nível das Comissões Bipartites em cada estado. Sobre os requisitos para que os municípios assumam as AIH's, a existência de Conselho Municipal de Saúde ficou presente por ser unânime e também a exigência de conta especial para aqueles municípios que não têm Fundo de Saúde. Em ambos casos a verificação fica a cargo da Comissão Bipartite respectiva. Foram incorporadas ao documento as sugestões sobre a compensação de AIH (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Apesar da LOS 8080 ter sido publicada em setembro de 1990, até este momento não havia sido regulamentado o Art. 35, que deveria estabelecer valores para transferências a Estados, Distrito Federal e Municípios, baseado na combinação de critérios tais como:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Quanto ao artigo nº 35 não se obteve o consenso necessário a respeito dos critérios para repasses de recursos federais para estados e municípios, sendo incorporada a definição de critérios pelas NOBs posteriormente.

6.2.5 A Norma Operacional Básica de 1993

Na seqüência do processo de descentralização para os municípios alcançarem maior potencial de indução foi editada a terceira Norma Operacional Básica (NOB 01/93²⁵), que:

Regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor (BRASIL, 1993).

Em 24 de maio de 1993 é publicado o documento *A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei* (BRASIL, 1993) uma exposição de motivos que compõe a NOB 01/93.

A NOB 01/93 foi elaborada num quadro conjuntural de sucateamento do sistema público e de deterioração das condições de saúde, agravado pela crise enfrentada pelo governo Collor devido às denúncias de corrupção publicadas pela imprensa, que levou ao processo de *impeachment* pelo Congresso, em setembro de 1992, e a sua renúncia (COSTA, 2002). O vice-presidente Itamar Franco assumiu a vaga após um amplo acordo político, onde o novo governo obteve sustentação necessária para se reestruturar. No Ministério da Saúde, permaneceu o Ministro

²⁵ Instituída pela Portaria nº. 545 GM/MS, de 20 de maio de 1993; sistematiza o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS, com diferentes níveis de responsabilidades dos Estados e Municípios e conseqüentemente do próprio Governo Federal (BRASIL, 1993).

Jamil Haddad, apesar das resistências dos grupos conservadores observadas no processo de descentralização, a conjuntura favoreceu a proposição de transformações (CARVALHO, 2001).

Após três anos da edição da Lei Orgânica de saúde é que se verifica a definição dos critérios para o repasse de recursos do governo federal para estados e municípios que foram sistematizados pela NOB 01/93. Entre outras definições, estabeleceram-se três diferentes modalidades de gestão para os municípios: incipiente, parcial e semi-plena, além das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), como foros permanentes de negociação e deliberações. Na condição de gestão semi-plena, forma mais avançada de descentralização do SUS, os municípios assumem o controle da gestão do sistema de saúde, incluindo definição de políticas, execução, acompanhamento, controle e avaliação no âmbito de seus territórios. O mecanismo do repasse fundo a fundo para os municípios habilitados na gestão semiplena foi regulamentado pelo Decreto nº. 1.232/94. Neste período, parte do processo de gestão, inclusive a capacidade regulatória, foi transferida para os gestores estaduais e municipais (SANTOS; MERRY, 2007).

As discussões sobre parâmetros e critérios de remuneração dos serviços privados contratados foram iniciadas na 24ª RO do CNS com apresentação do tema realizada por representantes do MS, após sucessivas reuniões, discutiu-se dentre outras coisas que: o CNS é o fórum adequado para tratar de critérios para a contratualização de serviços; o setor público deve contratar serviços através de licitação pública; o usuário deve ser informado sobre o custo hospitalar pago pelo governo. Por outro lado, foi defendido por parte dos representantes do setor privado a autorização da contratação de médicos fora do corpo clínico; que a fiscalização dos hospitais seja feita por órgão técnico específico; e que os prestadores privados não poderiam ser penalizados por municípios que não tivesse Conselho de Saúde ou que não cumprisse alguma exigência da NOB/93. Com relação à forma de pagamento dos serviços prestados ao SUS, foi defendido pelo representante do MS que deveria “[...] manter a sistemática de pagamento por prestação de serviços enquanto não se acorda sobre o novo mecanismo de sustentação financeira e suporte operacional ao SUS [...]”, embora tivesse a opinião que a compra de serviços por produção seria o modo melhor para o sistema (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Na 28ª RO (set/93) foi emitida a Resolução nº. 071 recomendando ao MS a publicação de portaria que definisse critérios para a contratação de serviços no SUS, conforme as discussões. Seguindo as recomendações do CNS o MS publicou a Portaria MS/GM n. 1.286, em 26 de outubro de 1993 (BRASIL, 1993b). Este foi o primeiro documento oficial que regulamentou a participação complementar no SUS dos serviços privados de assistência à saúde que indicou a formalização mediante contrato administrativo celebrado com o estado ou o município observando as normas para licitações e contratos da Administração Pública.

Devido ao grande número de municípios e à diversidade de realidades locais a descentralização foi ocorrendo de forma gradual, heterogênea, conflituosa e inovadora, porém singularmente diferente da municipalização concebida em 1991. Esta NOB contribuiu de modo significativo ao estabelecer as instancias do SUS (CIT e CIB) que, além de favorecer o diálogo e negociações entre as esferas de governo, contribuiu para impulsionar a construção da pactuação no setor saúde (GUERREIRO, 2009).

Apesar do caráter fortemente municipalista, reconduziu os estados a um papel mais ativo, quando da sua atuação na CIB, onde compartilha com os municípios as responsabilidades na definição de tetos financeiros globais, discute critérios de distribuição dos recursos federais e de transferências automáticas de recursos para os municípios, participando das discussões e condução da política de saúde, sobretudo na tocante a sua regulação. Durante o período de vigência da NOB/93 ocorreram várias discussões no CNS, que trataram direta e indiretamente da regulação da assistência médico-hospitalar no SUS, das quais passaremos a detalhar a seguir.

Na 31ª RO do CNS registram-se algumas discussões a respeito do não repasse de recursos financeiros a estados que estavam afetando o pagamento dos prestadores de serviços no SUS. O representante das Entidades Prestadoras de Serviços Privados (EPSP):

recordou que os prestadores públicos de direito privado tinham um contrato (com o INAMPS) para prestação de serviços, e que os serviços prestados deveriam ser pagos independente de repassar ou não recursos para os Estados que não tinham cumprido as resoluções do Conselho (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

O conselheiro propõe a criação de uma comissão para formular uma proposta de consenso - este expediente tem sido usado pelos representantes das EPSP para resolução em assuntos polêmicos, provavelmente a pressão e o convencimento num grupo com menor número de membros favoreçam a aprovação de matérias de interesses e o parecer da comissão normalmente influencia o voto no plenário do CNS.

Na 38ª RO do CNS, com a presença do Ministro Henrique Santillo (1993-1995) foi discutido problemas no financiamento que estavam afetando o pagamento dos prestadores de serviços no SUS. O representante das EPSP cobra um posicionamento do Ministro diante deste fato. O Ministro reconheceu a dramaticidade da questão referente a repasse de recursos, que a tabela do SUS é baixa e afirmou que os governos estaduais precisam participar mais ativamente do custeio da Saúde e que os governos municipais têm aumentado a sua contribuição. Informou que o repasse de recursos financeiros aos hospitais foi fruto de acordo com a Frente Parlamentar de Saúde, FENAESS, FBH, CONASS e CONASEMS. Também esteve em discussão as cobranças irregulares de médicos e hospitais a usuários dos serviços credenciados, sendo emitido a Resolução n.º 140/94 que recomendou o descredenciamento de hospitais que cobram diretamente, aos pacientes atendidos pelo SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007)..

Um exemplo que pode ilustrar a prática de centralização das decisões do MS e de não discutir matérias de interesse mais amplos da assistência hospitalar no CNS, ocorreu na 49ª RO quando o representante dos trabalhadores em saúde constatou que a Portaria MS/GM nº 1.692, de 14 de setembro de 1995, que instituiu o Índice de Valorização da Emergência (IV-E)²⁶ que já estava em vigor e “manifestou dizendo ser atribuição do CNS discutir reajuste de procedimentos e que seria importante ser submetido ao Plenário” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). O representante do MS informou que o assunto já teria sido discutido anteriormente no CNS e pela CIT, após algumas discussões a Portaria foi aprovada pelo CNS.

Na 50ª RO foi discutida a possibilidade de reajuste da tabela de procedimentos do SUS, o representante do MS lembrou que a última adequação da

²⁶ O IVH - E foi um Incentivo instituído em 1995, previsto na NOB 01/96. Esse incentivo foi pago aos hospitais que compunha a Rede de Atenção Hospitalar de Urgências/Emergências, preferencialmente os hospitais de ensino, tendo por base um percentual sobre os serviços produzidos e fazia parte do Teto Financeiro da Assistência. Posteriormente foi revogada pela Portaria MS/GM Nº 672 de 3 de junho de 2003, que alterou a sistemática de operacionalização do IVH-E incorporando os valores aos tetos financeiros dos Estados e/ou Municípios.

tabela acontecera em jul./94. O representante do CONASS informou que o assunto estava sendo discutido pela CIT e era necessária a pressão da sociedade e do setor privado conveniado para haver o reajuste. O representante das EPSP lembrou a situação dos hospitais conveniados cujos reajustes que não cobrem a inflação hospitalar, que tem índices próprios e superiores ao oficial. Destacou que na área hospitalar somente 40% do gasto com internações foi pago ao setor privado, representando 18% dos gastos totais da assistência médico-hospitalar, contestando a maximização do setor privado como único responsável pelas distorções e falta de recursos do SUS. Considerou o reajuste linear como a solução mais viável para o presente momento, atualizar a tabela de procedimentos. E propôs constituir uma comissão para apresentar uma proposta alternativa. Após as discussões o CNS aprovou a seguinte proposta:

recomposição diferenciada dos valores dos procedimentos das Tabelas SIA/SIH/SUS e valores dos tetos dos estados e municípios, produzindo no global, efeitos financeiros de 25% sobre o montante mensal a partir de 01/07/95, com impacto global de 40% sobre o montante aprovado pelo CNS, quando da elaboração do orçamento de 1995 e convocação extraordinária da Comissão Intergestores Tripartite, para formular proposta de recomposição diferenciada dos valores da Tabela SIA/SIH/SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

O representante das EPSP em sinal de protesto apresentou por escrito a seguinte declaração de voto:

Voto favorável, atendendo solicitação de voto de confiança por parte do Senhor Secretário Executivo, Doutor José Carlos Seixas. Reservome no direito de pronunciamento final após assistir a reunião da CIT que definirá as diferenciações dos reajustes e análise dos valores das tabelas que vierem a ser submetidas à apreciação do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

O CNS discutiu uma avaliação sobre a NOB/93 (51ª a 53ª RO), elaborada por uma comissão composta por um representante do MS, da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB). O relator foi o representante da CMB, que apresentou análise do funcionamento do SUS, identificando estratégias de privilegiamento da atenção primária em detrimento da assistência hospitalar e processo de descentralização regulado através da NOB/93. Dentre outras coisas destacou:

a necessidade de revisão dos requisitos para gestão municipal, incluindo principalmente a gestão das AIHs; correção das distorções das séries históricas de internações, requisitos e competências das comissões Bipartites; maior presença dos estados na gestão do SUS, compensação de internações entre estados e dentro do próprio estado [...] Destacou a questão da não utilização da epidemiologia no estabelecimento de prioridades. Fez comentários sobre as distorções provocadas por algumas medidas tomadas a nível da Tripartite, sem participação de representações que configurariam o controle social (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Entre as proposições da comissão podemos destacar algumas questões referentes ao processo de regulação no SUS: 1- Extinção das atuais comissões Tripartite e Bipartite; [...] 3- que as resoluções tomadas pelas comissões intergestores sejam encaminhadas aos Conselhos de Saúde para discussão e/ou homologação no prazo de 60 dias; [...] e 8- regularização por contrato ou convênio das relações do SUS com os serviços privados e filantrópicos.

No decorrer do debate observamos algumas falas que expressam a posição ou um diagnóstico da situação por parte dos conselheiros:

- Representantes dos usuários:

Considerou que está havendo um certo esvaziamento do papel e da função dos conselhos de saúde, porém considera inquestionável a existência e a instituição das Bipartites e Tripartites com as devidas correções dos problemas verificados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Ponderou sobre as condições precárias dos hospitais; fraudes médicas; baixa remuneração de honorários médicos; e que o sistema está estimulando a medicina de grupo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

- Representante do gestor federal:

Lembrou que a Tripartite foi constituída para elaboração de propostas e assistir o Ministério da Saúde, com a obrigação de fazer relatórios periódicos de atividades ao CNS. [...] considerava o faturamento uma forma inadequada de controle, pelas distorções já conhecidas. Destacou que a mudança de sistemática de pagamento não prejudicaria a manutenção do sistema de informações. Expôs que a SAS não produziu um texto sobre o papel do controle social para esta versão da NOB, por considerar que ele seria melhor produzido pelos que representam e atuam diretamente neste segmento. Propôs a criação de um grupo de trabalho, constituído por conselheiros para elaborar o texto sobre o tema e intercambiando com a equipe da SAS, incorporá-lo na versão da NOB em discussão (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

- Representante CONASEMS:

explanou sobre a existência recente do SUS, que herdou sistemáticas e distorções de décadas da prestação de serviços de saúde [...] os prestadores públicos além de prestadores são gestores e os prestadores privados são prestadores contratados complementarmente pelo gestor, conforme regulado em lei (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

- Representante dos Prestadores privados conveniados:

temas importantes e decisivos estão sendo discutidos e tratados em instâncias diferentes dos Conselhos de Saúde. [...] distorções provocadas por algumas medidas tomadas no nível da Tripartite, sem participação de representações que configurariam o controle social [...] Apontou a necessidade do controle social na gestão do sistema, tanto sobre o manejo político, quanto sobre o administrativo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Privilegiamento da atenção primária em detrimento da assistência hospitalar [...] Chamou a atenção para que fosse evitado o retrocesso à perda da qualidade no sistema com a redução linear das internações. [...] Considerou difícil o controle de distorções exemplificando o superfaturamento de AVEIANM²⁷, sem a modificação da atual sistemática de repasse de recursos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

No final das discussões foi indicada a necessidade de mais estudos sobre as críticas da NOB/93 para a construção da nova NOB e a necessidade de acompanhamento do processo pelo CNS. O registro destes fatos nos remete a algumas questões da participação dos diferentes grupos de interesses que atuam no CNS, primeiro a forte presença da representação do setor privado conveniado assumindo a relatoria da comissão, propondo a extinção da Tripartite e Bipartite, que são fóruns que não tem uma influência mais direta; segundo a identificação do papel secundário do CNS na condução da política ou, como foi explicitado pela representação dos usuários: “esvaziamento do papel e da função dos conselhos de saúde”; e a posição do gestor federal de reafirmar o papel da comissão tratar da sistemática de pagamento dos serviços prestados que reforçam a tendência da série histórica como referencia para definir necessidades no SUS, do pagamento por produção de serviços e o controle e avaliação das AIHs, tratado como sinônimo de regulação da assistência médico-hospitalar, que se mostram insuficientes como mecanismos de regulação em Saúde.

Foi discutido também neste período alterações no Decreto n.º 1.651/95 que regulamentou o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pelo artigo 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Vale ressaltar que o Decreto já tinha sido publicado

²⁷ Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunização e Atos Não Médicos (AVEIANM).

pelo MS em 29 de setembro de 1995, mas só esteve na pauta do CNS na 57ª RO (jul./96), portanto anterior a discussão no CNS. Dentre as principais alterações, foi definido que a União só deverá intervir diretamente no Município após ter acionado o Estado e se configure a insuficiência de sua ação, ou em casos de ação conjunta com o nível estadual; e, que os Conselhos deveriam “determinar” auditorias e não “recomendar” como consta no texto. Neste sentido, o plenário se posiciona reforçando o processo de descentralização e o papel do CNS no processo de auditoria do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

A NOB/94 foi uma proposta que surgiu para complementar a NOB/93, porém:

[...] nunca saiu do papel na realidade. [...] Esse anteprojeto foi discutido pela equipe técnica do Ministério da Saúde, na Comissão Intergestores Tripartite. Quando chegou no Ministério da Fazenda [...] para discussão do aporte de recursos, o projeto não foi aprovado (CARVALHO, 2002, p. 103-104).

6.2.6 A Norma Operacional Básica de 1996

A quarta edição foi a NOB 01/96²⁸, publicada pela Portaria n.º 2.203 de 6/11/96, teve por objetivo favorecer o desenvolvimento da função de gestor pleno do sistema da atenção à saúde para poder público municipal e redefiniu as responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União (BRASIL, 1996). Segundo Santos e Merry (2007) o principal avanço da NOB 96 consistiu na inclusão de mais de quatro mil municípios na gestão de algum nível (básica ou do sistema), trazendo a questão da regulação para a agenda dos municípios.

A NOB 01/96 foi gestada no primeiro governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-1999), Adib Domingos Jatene (1995-1996) assumiu, pela segunda vez, o Ministério da Saúde²⁹. Este governo deu prioridade às ações de estabilização da moeda, controle da inflação e dos gastos públicos, conseqüentemente, ocorreu a redução dos investimentos estatais na área social.

²⁸ Instituída pela Portaria n.º 1.742 GM/MS, de 30 de agosto de 1996; redefine e promove as condições para o pleno exercício do poder público municipal e do Distrito Federal na função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com as novas responsabilidades para Estados, Distrito Federal e União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

²⁹ O médico Adib Jatene havia sido Ministro também durante o governo Collor, entre fevereiro e setembro de 1992.

Neste período verificou-se acirramento das relações entre as equipes da saúde e econômica do governo, pelos sucessivos contingenciamentos dos recursos do orçamento da saúde.

Neste cenário de restrições orçamentárias, a busca por mais recursos para garantir a implementação do SUS fez o Ministro Jatene defender a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)³⁰. As discussões em torno da garantia do financiamento para o setor tornou-se polêmico, pois para alguns analistas a proposição da CPMF era um pretexto para o aumento de receita e não para a saúde, protelando a solução definitiva de fontes seguras para o financiamento do setor saúde (CARVALHO, 2002).

Nesta ocasião o Ministro Jatene protagonizou um mal estar no governo pelo confronto direto com a equipe econômica e foi acusado, inclusive pelo Presidente Cardoso, de ser o porta-voz dos interesses dos donos de hospitais privados e representantes das Santas Casas de Misericórdias, que associavam a criação do imposto ao reajuste dos preços dos serviços prestados ao SUS. Dentre outras coisas, foi atribuído a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) o fato de pressionar o governo através da recomendação aos estabelecimentos de saúde conveniados/contratados que abandonassem o SUS, devido aos constantes atrasos nos repasses das verbas (COSTA, 2002).

Por outro lado, o debate em torno do tema revelou a precariedade e insegurança do financiamento da saúde, considerando que entre sucessivas prorrogações e reedições o problema não foi solucionado. Além disso, os recursos da CPMF nunca foram integralmente aplicados na saúde (MENDES; MARQUES, 2006), o que reforçou a idéia do uso da saúde como pretexto para aumentar a arrecadação e manter o superávit primário.

O governo Cardoso condicionou a liberação de mais recursos para o SUS ao corte de verbas em ações de saúde preventiva. No entanto, do montante liberado para o Ministério da Saúde “Quase a totalidade dos recursos destinou-se ao pagamento de hospitais conveniados ao SUS e ainda uma pequena parte ao abatimento da dívida contraída pelo ministério da Saúde junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT)” (COSTA, 2002).

³⁰ A CPMF foi aprovada pela Lei nº. 9.311 de 22 de outubro de 1996, que regulamentou o recolhimento da alíquota de 0,20% pelo período previsto de 13 meses. Porém, quando o imposto entrou em vigor em janeiro de 1997, Adib Jatene já não estava mais no comando do Ministério da Saúde devido a falta de apoio do Presidente da República.

Com a saída de Jatene, assumiu o MS José Carlos Seixas por pouco mais de um mês, e em seguida Carlos Albuquerque (1996-1998) esteve à frente da pasta no período da publicação da NOB/96. Dentre algumas medidas, encaminhou projeto à Câmara dos Deputados visando à regulamentação dos planos e seguros privados, que obrigava as empresas o ressarcimento ao SUS pelo atendimento feito aos seus clientes e a criação de um fundo a partir da taxação das empresas privadas de seguro saúde para financiar com esses recursos os tratamentos de alto custo. Devido às críticas feitas pelo mercado privado de saúde, inconsistências e falta de apoio político o projeto não foi adiante (COSTA, 2002).

Nas discussões travadas no CNS, verificamos mais uma vez que a relatoria da comissão de apreciação da NOB 01/96 ficou a cargo do representante dos prestadores privados conveniados (CMB), que tratou do conteúdo geral do documento e o processo de avanço da municipalização e descentralização do SUS. Entre as questões levantadas, o relator sugeriu que na organização do acesso ao SUS, o usuário precisaria ser identificado, disciplinando o consumo de bens e serviços. Posição que enfatiza a Regulação em saúde associada ao controle de acesso ou da regulação assistencial. O representante dos usuários enfatiza o critério epidemiológico para o planejamento das ações. Foi sugerido que a NOB fosse votada após a 10ª Conferência Nacional de Saúde³¹, a qual poderia trazer uma série de subsídios novos e melhoramentos para a mesma. Nas reuniões do CNS que se sucederam, registrou-se a presença do Presidente Cardoso, de deputados da Frente Parlamentar da Saúde (FPS) e do Ministro Bresser Pereira.

Na ocasião em que esteve no CNS o Presidente Cardoso fez um pronunciamento bastante significativo, onde deixou transparecer as intenções da política de governo no processo de implementação da NOB/96, afirmando que:

Posso lhes dizer, quando fui Ministro da Fazenda, nós gastávamos com o sistema hospitalar 350 milhões de dólares. Hoje gastamos 650 milhões. Não sei se a população notou a diferença, ou seja, não basta recurso e não basta dobrar, como dobramos, os recursos. A respeito do que, se diga, dobramos. Recursos efetivos para o sistema hospitalar. É preciso que haja uma destinação mais adequada desses recursos e não serei eu a julgar,

³¹ A 10ª CNS foi realizada nos dias 2 a 6 de setembro de 1996 em Brasília e teve como tema: "SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida", o principal assunto abordado foi a questão da construção de modelo de atenção à saúde. Entre outras diretrizes, sugeriu o enquadramento dos Municípios na gestão plena, conforme a NOB nº 01/96, para agilizar o repasse integral de recursos financeiros Fundo a Fundo de Saúde, aumentar a autonomia no planejamento das ações.

nem seremos nós de Brasília a julgar. Ou se cria um sistema com capilaridade, ou nós vamos, aqui, estiolar em discussões que vão ser sempre as mesmas, mais verbas no Orçamento. E essa verba não vai chegar a quem precisa, e sabe Deus por que descaminhos passarão essas verbas, sem que eu, com isso, queira acusar este ou aquele, porque na verdade, é, um sistema que tem que ser mudado. [...]é prioritária a reconstituição de um sistema público de saúde dos hospitais universitários, dos hospitais públicos e das Santas Casas em que há tanta dificuldade, muitas vezes, para que nós possamos efetivamente, ter uma estrutura que garanta os atendimentos aqueles que não têm recurso (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Esta afirmação deixa clara a posição do governo em relação à proposição da focalização na política de saúde, ou seja, os interesses estruturais dominantes na política neoliberal convergem no sentido da redução do Estado, dos investimentos nas áreas sociais e pela eficiência dos gastos no setor saúde, priorizando o atendimento da população de baixa renda em detrimento da assistência integral a todos.

Na 63ª RO foram discutidas as fontes de financiamento para a saúde - análise da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 169 (EC 29) e análise da reforma fiscal e tributária – estiveram presentes nesta os deputados nesta os deputados Eduardo Jorge (PT), Darcísio Perondi (PMDB), Tuga Angerami (PSDB), Jandira Feghali (PCdoB) e Mussa Demis (PFL) e o presidente do IPEA, Fernando Rezende. Inicialmente, o Deputado Eduardo Jorge fez uma retrospectiva histórica falando das conquistas do setor, afirmou que a PEC 169 era uma reivindicação justa para a área da saúde e que a definição de fontes de financiamento era uma tarefa de todos - Congresso, CNS e sociedade. Das diversas questões apresentadas, destacamos a fala da Deputada Jandira Feghali, que faz uma avaliação crítica da atuação do governo no setor:

A conseqüência objetiva da asfixia financeira não é a má intenção do gestor. Ele tem que ter saída e a saída objetiva que tem encontrado é a seleção da clientela, é a quebra da universalidade, que é um direito constitucional. O SUS começa a fazer uma contratação de serviços de baixíssima qualidade para atender à população, enquanto os que podem pagar não têm atendimento integral porque boa parte dos planos privados não atende a todas as doenças e estabelece uma série de condições. Então se volta para a máxima de medicina de pobre para os pobres, assistência de rico para os ricos, e uma margem enorme da sociedade, que não é só dos carentes, mas da classe média também, fica jogada numa absoluta indigência sem ter onde buscar assistência à sua saúde (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Esta posição suscitou resposta do representante dos prestadores privados conveniados e demarca também a posição e intenções junto ao SUS:

Santas Casas [...] farão 500 anos de existência em 98. E que sempre atenderam às classes D e, recebendo subvenções das classes A e B. Disse, ainda, que construíram ao longo do tempo um grande patrimônio, sobretudo de recursos humanos e profissionais, como também de instalações e de equipamentos. Saliu que as Santas Casas *'não irão para o cadafalso, como se leva gado para o abatedouro'* Disse que as Santas Casas sempre preferiram os convênios com o setor público do que com o setor privado, *'pois os primeiros viabilizam a execução dos nossos ideais mais elevados e o cumprimento de nossa missão constitucional'*. [...] Ressaltou que, embora o discurso do Presidente da República e do Ministro tem sido em favor das Santas Casas, a prática tem mostrado o oposto. *'Estamos sendo obrigados a incluir um custo de 5% a 10% de nossa planilha mensal, que é o financiamento daquilo que o Governo nos deve. Para isso, deixamos de cuidar de nossos equipamentos, deixamos de renovar o nosso pessoal. Quero dizer que estamos estudando alternativas para atender as classes C e D em um regime de seguro-saúde, que pretendemos ser algo muito barato. Essa é a clientela do SUS que, na prática, tem tido negado o seu atendimento. Não é uma opção a que as Santas Casas vêm com entusiasmo. É uma alternativa para não se jogar no lixo toda essa história, todo esse patrimônio. Deixamos de ser tratados como parceiros pelo Governo. Parceiro é aquele que a gente salva quando está em perigo. Parceiro é aquele que a gente aporta recursos necessários. E isso não tem sido feito já de há muito tempo'*. Comunicou que, se até dezembro de 97, as Santas Casas não forem tratadas como parceiros do SUS, o conjunto dessas entidades, *'não por rebeldia, mas por necessidade'*, haveria de começar a se afastar do SUS, *'porque essa parceria está sendo uma condenação à morte'* (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007, grifo nosso).

Na sucessão de debates foram feitas várias críticas ao governo Cardoso, pelo atraso na votação dos recursos para a área da saúde, apontando como causa as idas e vindas do Poder Executivo com relação às suas próprias propostas. Foi ressaltado que se não fosse criada a alternativa da CPMF seria extremamente difícil atravessar a fase crítica porque passa o setor saúde. Finalmente, os parlamentares reafirmaram o compromisso de que o Congresso vai estar do lado do setor para superar a crise e se colocaram à disposição do CNS para continuar discutindo o tema do financiamento da saúde.

O CNS discutiu na 64ª RO a reforma do Estado e suas relações com a área de saúde com a presença do Ministro Bresser Pereira do MARE (Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado). O Ministro apresentou o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, uma proposta de reforma administrativa abrangente para o país, que pressupõe a administração gerencial, onde o governo

define com clareza as atividades exclusivas do Estado, as não exclusivas e a produção de bens e serviços para o mercado. Enfatizou que:

Considerando as atividades exclusivas do Estado, há uma área denominada 'núcleo estratégico, onde são identificadas as funções de política e de financiamento do estado social', logo, toda a política de saúde e todo o financiamento de saúde fazem parte das atividades exclusivas do Estado, explicando que os serviços sociais e científicos não exclusivos ou competitivos são atividades e serviços que o Estado realiza, mas que o setor privado e o setor público não estatal também podem realizar. [...] enfatizou que na administração pública gerencial, além do controle por resultado, existem outras duas formas de controle que são fundamentais: o controle social e a criação de quase mercado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Nos debates destacamos a intervenção do representante dos prestadores privados conveniados (Federação Nacional de Saúde Suplementar – Fenasaúde) que questiona sobre o princípio de complementaridade da iniciativa privada no setor saúde, o Ministro esclarece que:

[...] há duas questões a respeito das seguradoras; a primeira, que deveria dar cobertura total a seus associados e, em sendo assim o custo seria muito alto; a segunda, cobertura parcial e, nesse caso, deveriam ter uma regulamentação clara relacionada com os procedimentos que não atenderiam, tornando-os de conhecimento público e naquilo que se comprometessem a cobrir, necessitando o associado de atendimento e procurando o SUS, este deveria ser ressarcido de acordo com a tabela de procedimentos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Outro ponto abordado foi a proposta das Organizações Sociais, definidas como propriedade pública não-estatal, que funcionaria com contrato de gestão; teriam objetivos, receberiam orçamento delimitado, teriam liberdade para estabelecerem salários, contratarem e demitirem funcionários não estáveis e seriam controladas via Tribunal de Contas. Na área de saúde funcionaria num sistema competitivo e descentralizado. No final, foi proposta a formação de uma Comissão com a responsabilidade de aprofundar a discussão sobre a reforma na saúde e estabelecer contato com o MARE.

Como instrumento de regulação do SUS, a NOB/96, reafirmou os princípios constitucionais e incluiu as orientações operacionais para redefinição dos papéis de cada esfera de governo, que continha as condições de gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema para os municípios e avançada e plena do sistema para os estados. Implantou novas formas de financiamento ampliando as transferências

fundo-a-fundo a todos os municípios habilitados para as ações básicas, e introduziu na gestão do SUS a Programação Pactuada Integrada (PPI), resgatando o processo de planejamento integrado entre as instituições do sistema. Diferentemente dos critérios de financiamento da NOB anterior, criam-se novos sub-tetos de recursos, tais como: o Piso da Atenção Básica (PAB), a Fração da Assistência Especializada (FAE), Teto Financeiro para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), o incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), dentre outros, favorecendo, ainda, mudanças no modelo de atenção à saúde no Brasil.

A PPI é considerada um instrumento importante no processo de pactuação da atenção a saúde, por pressupor uma elaboração ascendente, com base no município, e que envolve o estabelecimento de metas, recursos, tetos financeiros e orçamentários, busca a integralidade das ações, a partir dos critérios definidos nas CIB e CIT respeitando a autonomia de cada gestor. A programação busca analisar a situação de saúde para estimar as necessidades da população para se definir prioridades da política de saúde local. Em seguida, são estabelecidos fluxos assistenciais através da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, respeitando os limites técnicos dos estados e municípios. Então, são definidos limites financeiros de cada município, com as parcelas correspondentes para a assistência a população residente e às referências encaminhadas por outros municípios (GUERREIRO, 2009).

Até então, a PPI apresentava-se restrita à área de assistência quando no final de 1999 foi publicada pelo MS a Portaria nº 1.399, que incluiu neste cenário as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), conforme uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), mais adiante denominada de PPI da Vigilância em Saúde (PPI-VS) (BRASIL, 1999). A competência das três esferas de governo na área de ECD, junto com o estabelecimento de uma sistemática de financiamento e de definição de critérios para a certificação de estados e municípios complementaram a finalidade desta Portaria em regulamentar a NOB 01/96. Assim, o gestor municipal passou a ter maior responsabilidade em prover aos seus municípios a atenção à saúde por eles requerida, com a devida cooperação técnica e financeira da União e dos estados, caracterizando um processo de transformação do modelo até então vigente, no qual

se desloca poder - gestão, atribuições e decisões - para o nível mais local do Sistema.

Entretanto, a PPI não se consolidou como processo consistente e estruturante do modelo de atenção na vigência da NOB/96, tendo sido retomada posteriormente no conjunto de proposições para a regionalização dos serviços desencadeada pela NOAS 01/ 2001, que deu seqüência às medidas regulatórias no processo de descentralização do SUS (CARVALHO, 2001; UGA et al., 2003).

Na NOB 96 ficou definido que os gestores Federal e Estaduais deveriam ser promotores da harmonização, modernização e integração do SUS, nas dimensões nacional e estadual, respectivamente. Essa tarefa acontecia, especialmente, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no âmbito nacional. O desempenho dos papéis que cabem aos gestores concretiza-se mediante um conjunto de responsabilidades sanitárias, que estão detalhadas na NOB, caracterizando um novo modelo que é a responsabilização de cada gestor, de cada instância de governo.

Os elementos definidos para as condições de gestão configuram, assim, instrumento favorecedor na implantação de um novo modelo de atenção à saúde, até então centrado na doença. Nesse sentido, destaca-se a atenção integral, vez que o modelo abarca o conjunto das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse é um diferencial entre a NOB 96 e as anteriores, cujo foco era a assistência.

Embora, identifiquem-se avanços pela adoção da NOB/96, Baptista (2003) ao analisar a política de saúde no período pós-constituinte, dentre outras coisas, questiona a forma de utilização da PPI, considerando a definição de tetos máximos para cada estado, por limitar o investimento necessário a saúde de cada localidade, fato que segundo a autora reproduz “uma lógica perversa de alocar recursos escassos”. Afirma ainda, que essa lógica não favorece nem o pacto nem a integração entre gestores, pois a negociação sendo feita sobre tetos máximos distorce a lógica da solidariedade ou cooperação preconizada pela norma.

Esta constatação evidenciada pela autora impõe aos gestores um *continuum* desafio de realizar pactos para o estabelecimento de uma rede colaborativa entre as três esferas governamentais, conforme preconizado pela normatização do SUS, onde o diálogo e o entendimento passam pela repartição de recursos e de

responsabilidade solidária na garantia dos preceitos do acesso universal em diferentes níveis de complexidade para o cidadão usuário do sistema.

Apesar de ter sido publicada em 1996 a sua implementação efetiva só teve início em 1998. No período entre 1997 a 1998, o MS publicou uma série de portarias promovendo alterações significativas no conteúdo original desta NOB, particularmente no que se refere às formas e aos instrumentos de financiamento específicos nela previstos. Levcovitz (2001) afirma que a NOB SUS 01/96 nunca foi integralmente implementada em seu modelo inicial.

Neste período, assumiu o MS o economista e senador José Serra (PSDB-SP) – o ministro com maior tempo de permanência na gestão federal do SUS. Entrou em cena um nome forte do partido governista para dotar o Ministério de força política com vistas à sucessão de Fernando Henrique Cardoso à Presidência da República. A gestão de Serra (1998-2002) defrontou-se com questões do ajuste fiscal, acordos do governo federal com o Fundo Monetário Internacional (FMI) e demonstração de força diante do mercado pelo embate com os preços praticados pela indústria farmacêutica, com a introdução dos medicamentos genéricos e criação da ANVISA; outro ponto foi a aprovação no Congresso e Senado, com apoio do CONASEMS e CNS, da “PEC da saúde”³² e ainda, pela regulamentação dos planos de saúde (Lei nº. 9.656/98), após a criação de um órgão regulador para o setor privado, a ANS (COSTA, 2002).

Após a implementação da Norma Operacional Básica (NOB/96) alguns problemas foram detectados na consolidação do sistema: por um lado, a insuficiência de mecanismos de referência intermunicipal para a garantia de acesso a serviços assistenciais; por outro, a insuficiência de diagnósticos analíticos sobre o funcionamento dos sistemas estaduais e municipais, capazes de guiar a implantação de estratégias, cooperação técnica e decisões de investimento. A fragmentação do financiamento prejudicou a integralidade da atenção à saúde e apesar das mudanças significativas de caráter normativo permanece a remuneração por produção de serviços apresentada nos Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e Hospitalares (SIH-SUS) (CARVALHO, 2001).

³² Projeto de Emenda Constitucional (PEC) para o aumento dos recursos para o SUS, apresentado no Congresso pelo Deputado Federal Eduardo Jorge (PT-SP). O “PEC da saúde” seria para vinculação obrigatória de recursos aos orçamentos federal, dos estados e dos municípios à saúde pública.

Neste mesmo período em paralelo, iniciaram-se as discussões no CNS (76ª RO, mai/98) sobre a crise dos hospitais universitários no SUS, tendo como questões as distorções regionais da oferta-demanda; a inserção no SUS, os repasses de recursos financeiros e a captação extra-orçamentária. Dentre as justificativas apresentadas encontram-se dois fatores: 1) a remuneração dos serviços prestados estaria distante da realidade e 2) a remuneração para as internações não seriam suficientes para cobrir os gastos com pacientes internados. Para aprofundar este assunto foram realizadas algumas oficinas de trabalho sobre a inserção dos Hospitais Universitários e de Ensino no SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Após 15 meses de trabalho foram definidos mecanismos e metas para aplicação do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS)³³, sendo repassado na forma "fundo a fundo", cuja aplicação deverá ser acompanhada e avaliada mediante o cumprimento das metas do Hospital Universitário e de Ensino. Os hospitais universitários deverão participar das instâncias colegiadas e funcionar como serviços de referência de complexidade secundária e terciária na implementação da PPI.

Merecem destaque as discussões ocorridas na 94ª RO do CNS quando da análise do relatório do TCU sobre o SUS e o CNS. O relatório aponta problemas no exercício do controle social, identificando que:

c) a autonomia do Conselho Nacional de Saúde é prejudicada pela não-homologação de resoluções aprovadas e pela demora na adoção dessas providências pelo Ministro da Saúde; d) a atuação do Conselho não tem ocorrido de forma plena, principalmente no que se refere aos aspectos de planejamento, execução financeira e integração com os demais órgãos de controle. Essa situação demonstra que os canais de participação comunitária ainda encontram-se em processo de consolidação, o qual somente irá se completar quando os conselhos tiverem a sua importância reconhecida pelos gestores em todas as instâncias do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Nas discussões realizadas sobre o relatório do TCU alguns conselheiros questionaram a legitimidade e validade das críticas apresentadas no relatório. No entanto, foi deliberada a formação de um grupo de trabalho para aprofundar a análise do relatório e encaminhar a questão, no que compete ao CNS. Este fato

³³ Cria incentivos exclusivamente para os Hospitais Universitários, adicionais sobre receita das internações de 25% para os HU que possuam Curso de Medicina e Residência Médica. E adicionais de 50% para os HU que, além dos quesitos acima, acolham pelo menos um Curso de Pós-Graduação "Strictu Senso" (Mestrado ou Doutorado), e estejam integrados a algum SIPAC (Sistema Integrado de Procedimentos de Alta Complexidade) do MS, como centro de referência nacional.

corroborar com o que já observamos anteriormente, que o papel do CNS parece fraco ou, em última análise, secundário no processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS.

Outro ponto que pode ilustrar a fragilidade do processo de regulação no SUS verifica-se na 96ª RO, quando foram relatadas pelo representante do CONASEMS algumas dificuldades de realização de auditoria no SUS:

O SUS deparara-se com grandes dificuldades na questão da fiscalização dos prestadores de serviços, existentes em um hospital filantrópico de Teresina-PI, o qual atende às populações dos Estados de Tocantins, Pará e Maranhão, na área de oncologia (alta complexidade) e recebe do SUS a receita de aproximadamente um milhão de reais/mês, possuindo sistema de terceirização de serviços, além de ter grande prestígio político junto à área de comunicação. Fora instalada auditoria naquele hospital, em vista à comprovação de fraudes em exames oncológicos e de procedimentos não realizados e, após concluída a auditoria, fora constatada a modificação de documentos, tentando regularizar uma situação comprovadamente irregular. [...] instalada uma Auditoria Tripartite composta por membros do Ministério da Saúde, do Estado e do Município [...] fora concedida uma liminar, por parte da justiça estadual, abrindo a possibilidade de anular a auditoria realizada. Frente a isso, fora iniciado recurso, por orientação do Ministério Público, junto à Advocacia Geral da União, que declinara de intervir nesse processo tendo em vista o advogado daquela instituição ser, também, Advogado Geral da União. Concluindo, o Conselheiro declarou que a intenção era transferir o processo para a Justiça Federal, fórum indicado para a tomada de decisão, considerando-se as pressões que incidem sob o caso. O Conselheiro sugeriu, então, que o Conselho manifestasse sua preocupação ao Ministro da Saúde, ao Ministério Público da União, ao Tribunal de Contas da União e à Advocacia Geral da União (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Neste caso o CNS designou uma Comissão para acompanhar o processo e emitiu ofício para os órgãos competentes. Aqui observamos um fato grave que demonstra a atuação de grupos de interesses por dentro do aparelho do Estado (judiciário) para favorecer hospitais conveniados na captação de recursos públicos. Isso nos sugere que os *interesses estruturais desafiadores* - presença e ampliação do setor privado “complementar” no SUS - estão caracterizados pela captura do processo de regulação na assistência médico-hospitalar.

A partir de 2000, o Ministério da Saúde formalizou a separação entre auditoria e as ações de controle e avaliação, por intermédio de alguns decretos. Nas novas definições de competências coube ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) o controle dos recursos repassados aos estados, municípios e Distrito Federal e o exame analítico, a verificação “in loco” e pericial da regularidade dos procedimentos executados. Enquanto que ao controle e avaliação caberia o monitoramento

contínuo das ações e serviços desenvolvido no âmbito do SUS (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

De acordo com Baptista (2007) o aumento expressivo do quantitativo de portarias da saúde, cujo objetivo era regular a organização do sistema e a assistência à saúde, tiveram grande participação da Secretaria de Assistência Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) e se deu em função da definição de um conjunto de novas regras e diretrizes substituindo aquelas pactuadas na NOB-96. Para a autora,

na regulamentação do sistema, o Ministério da Saúde fortaleceu e definiu regras prioritariamente para a área da assistência à saúde e reforçou uma lógica segmentada e fragmentada do processo decisório, dificultando a construção de uma política de saúde integral e articulada entre a assistência e as vigilâncias (BAPTISTA, 2007, p. 621).

No bojo das discussões sobre a nova norma operacional foram tratadas no CNS propostas para alteração de parâmetros de cobertura assistencial no SUS. Na Portaria MPAS nº 3.046/82³⁴ (BRASIL, 1982), até então vigente, alguns procedimentos foram calculados com base na população, enquanto outros se derivaram de um procedimento ou ato profissional. Esta portaria foi muito usada no planejamento em Saúde, apesar de ser relativamente antiga (1982). Os parâmetros não eram tão adequados, considerando que não levavam em conta diferenças regionais ou aspectos epidemiológicos. Provavelmente, dentre outras razões, acabava beneficiando os hospitais conveniados que se organizavam para ofertar serviços de saúde de seu próprio interesse, pois a capacidade instalada e de produção assistencial de municípios e estados era levada em conta na definição de necessidades em saúde. Neste sentido, constituiu-se um grupo de trabalho, que após 11 meses de discussão foram aprovadas as diretrizes do CNS para parâmetros assistenciais de saúde que redundou na publicação da Portaria nº 1.101/02 (BRASIL, 2002). Apesar de ser mais adequada que anterior a esta portaria funciona

³⁴ Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) editada em 20 de julho de 1982, com o título: "Parâmetros para planejamento assistencial a serem utilizados no INAMPS" Estabelece os parâmetros para credenciamentos, contratos e convênios na área de Assistência Médica da Previdência Social. Por intermédio desta portaria, admitindo-se que todas as unidades obtiveram taxa de ocupação igual a 80% e tempos médios de permanência iguais a 6,5 dias (Clínica Médica), 5,8 dias (Clínica Cirúrgica), 3,7 dias (Clínica Obstétrica) e 36,5 dias (Clínica Psiquiátrica), o número de internações oferecido por clínica era calculado através dos seguintes valores: *Clínica Médica*: 45 internações/leitos/ano; *Clínica Cirúrgica*: 50 internações/leitos/ano; *Clínica Obstétrica*: 80 internações/leitos/ano; *Clínica Psiquiátrica*: 8 internações/leitos/ano.

apenas como um indicativo do MS e não como ato normativo, algo que por mais bem intencionado enfraquece o processo de regulação da assistência médica-hospitalar.

Outro ponto que merece destaque são as discussões sobre a extinção do Código 7³⁵ da Tabela do SUS. Esta é uma modalidade de pagamento direto ao profissional médico ou odontólogo que prestam serviço nos hospitais conveniados ao SUS, forma de pagamento que perdura desde a antiga medicina previdenciária e permite, por exemplo, que médicos realizem cirurgias e partos e recebam o pagamento diretamente em sua conta bancária. É uma típica situação instalada no funcionamento do SUS, herança do INAMPS, que favorece ao médico/odontólogo a realizar trabalho em diversas unidades hospitalares como autônomo e ajuda a reforçar o ‘monopólio médico’. Para ilustrar, podemos citar o tratamento de casos menos complexos feitos por médicos (vínculo público) nas emergências dos hospitais públicos e a “seleção” casos mais “rentáveis” referenciados para serem tratados em hospitais conveniados, onde estes (vínculo privado) poderiam receber pagamento adicional por produção, além de questões éticas há também, nestes casos, problemas de vínculo trabalhistas com o SUS. Por outro lado, temos o credenciamento destes serviços, onde “constam” vários especialistas no cadastro do SIH, no entanto, algumas Santas Casas mesmo “dispondo” de anestesista e obstetra 24h, por exemplo, só realiza convenientemente parto em horário comercial.

Por se tratar de assunto polêmico as discussões sobre a forma de remuneração de serviços profissionais alternativa ao Código 7 fizeram parte da pauta de diversas RO do CNS e CIT desde jul/02, sendo considerado pelo CONASEMS um “buraco negro do SUS” (Ata CIT, mar./2004). Após muita

³⁵ O Ministério da Previdência e Assistência Social, através do Instituto Nacional de Previdência Social/Secretaria de Assistência Médica, emitiu a Ordem de Serviço nº. SAM- 032.1 de 24 de março de 1976, que aprovou o Projeto do Sistema Nacional de Controle de Contas e Pagamentos de Contas Hospitalares, onde constava o código tipo 7 para designar o pagamento de autônomo credenciado pelo INPS. Com a implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social SAMHPS (Portaria nº. MPAS – 3.062, de 23.08.82 e Resolução INAMPS nº4/83, de 18 de maio de 1983) do INAMPS a denominação de vinculação do Código Tipo 7 foi alterada de “Autônomo Credenciado pelo INPS” para “Profissional Autônomo”. Com a criação do SUS o credenciamento dos profissionais autônomos Tipo 7 passaram a ser feitas em meio magnético pelo Gestor estadual ou municipal e pago pelo MS, sendo regulamentado pela Portaria MS/SAS nº. 157, de 30 de agosto de 1996. A partir de 2004, todos os profissionais do país que atuavam nos estabelecimentos de saúde foram registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclusive os denominados Tipo 7: “profissional autônomo com cessão de crédito” O hospital conveniado que integra a rede SUS, indica o CPF do profissional autônomo nas AIHS, permitindo que o Gestor conheça o valor devido a cada profissional separadamente do valor do hospital, podendo realizar o depósito diretamente na conta bancária do profissional informada no CNES (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004).

controvérsia entre o CONASSEMS e o MS, por não haver concordância entre prazos e amparo legal, as medidas regulamentadoras ganharam forma mais consistente a partir da publicação da portaria MS/SAS nº. 158/04³⁶, que alterou a denominação do tipo 07 para profissionais autônomos com cessão de crédito, extinguindo na prática o código 7 - os profissionais são vinculados aos hospitais aos quais prestam serviço e não ao Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde. Os hospitais devem recolher obrigatoriamente as contribuições previdenciárias a título patronal e profissionais sem vínculo empregatício recolhem-nas como autônomo. A insatisfação com a extinção do “código 7” resultou numa forte mobilização das entidades médicas (CÓDIGO 7..., 2007a; EM FOCO..., 2005; I ENCM..., 2008) e prestadores (FEMIPA..., 2005), e que em 2007, ainda existiam várias liminares judiciais que garantiam o pagamento nesta modalidade na tabela do SUS (CÓDIGO 7..., 2007b).

6.2.7 A Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde - NOAS 01/01 e NOAS 01/02

Com o intuito de aperfeiçoar e consolidar o processo de descentralização no SUS, o MS através da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), promoveu debates e negociações junto ao CONASS e CONASEMS, no âmbito da CIT e CNS, redundando em janeiro de 2001 na edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/01) e, posteriormente, em 2002, esta norma passou por algumas reformulações, que originaram a NOAS 01/02 (BRASIL, 2001, 2002a).

O contexto de implantação destas normas foi no segundo mandato do presidente Cardoso (1999-2003), onde José Serra continuou no posto de Ministro da Saúde. Este período foi marcado pela continuidade do projeto do governo num sentido de manutenção da estabilidade macroeconômica que condicionou a agenda

³⁶ A Portaria MS/SAS nº. 158/04 foi editada em 06/05/2004 e incluiu no SIH o “tipo 45” para “profissionais autônomos sem cessão de crédito”, cujo CPF deveria ser informado na AIHS, sendo o crédito relativo aos serviços profissionais calculados em separado, mas computado no CNPJ do estabelecimento de saúde e depositado na conta do hospital com o qual o profissional tem relação de trabalho.

política para o ajuste fiscal. No setor saúde, continuam-se os embates para o avanço da descentralização das ações e serviços de saúde.

A NOAS 01/01³⁷ foi editada para fazer frente a esses problemas, mas teve uma curta existência, pois apresentou problemas operacionais relacionados ao comando único e fragilidades na efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Segundo o texto da norma, diante desta realidade e com objetivo de dirimir a fragmentação das ações da assistência à saúde, dando-lhe unicidade no país, porém com a flexibilidade necessária, o Ministério da Saúde aprovou nas instâncias de deliberação do SUS a NOAS SUS 01/01, que, contudo, manteve as propostas centrais da norma anterior (BRASIL, 2001).

Esta norma propôs que estados e municípios organizassem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência, buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população. A premissa básica para esta reorganização pautava-se na coerência entre planejamento, programação e alocação dos recursos. Para garantir essa coerência, foram definidos instrumentos de gestão que forneçam informações atualizadas e acuradas sobre a estrutura da rede assistencial e sobre os serviços demandados pela população (BRASIL, 2002).

A NOAS-SUS 01/2002³⁸ definiu os mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contra-referência e introduziu o conceito de “regulação assistencial”, a “regulação do acesso às urgências, consultas, etc.”. Estabeleceu o fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS; avaliação da qualidade dos serviços produzidos; satisfação do usuário; resultados e impactos sobre a saúde da população, bem como a exigência, aos estados e municípios, de elaborar os Planos de Controle, Regulação e Avaliação (BRASIL, 2002a).

Como parte dessas estratégias integradas, a NOAS 01/02 estabeleceu parâmetros para a Regulação da Assistência à Saúde cujos objetivos seriam regular oferta de serviços, ordenar a demanda e o fluxo de pacientes na rede assistencial, e

³⁷ Publicada pela Portaria nº. 95 GM/MS, de 26 de janeiro de 2001; amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios.

³⁸ Publicada pela Portaria nº. 373 GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002; atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS 01/2001, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS 01/2002.

a sua operacionalização visava o atendimento adequado das necessidades populacionais, em face de melhor alternativa assistencial disponível mais próxima dos pacientes (BRASIL, 2001b).

O Ministério da Saúde partiu de dois argumentos básicos para reforçar a necessidade de regular a assistência à saúde no SUS. Inicialmente, a existência de problemas disfuncionais em torno da descentralização dos serviços de saúde no processo de municipalização do SUS. Segundo, a persistência da compra/oferta de serviços pelo governo determinada historicamente pelo interesse dos prestadores dos serviços de saúde (GURGEL JÚNIOR *et al.*, 2005).

Neste sentido, constatou que o processo de descentralização intenso das ações de saúde, colocado em prática pela municipalização do SUS desde o final da década de 80, fragmentou a política de saúde e tornou mais complexa a sua execução, face às dificuldades do ponto de vista da universalidade e da equidade (BRASIL, 2001b).

Para Mendes (2003) o principal problema da NOAS SUS 01/02 consistiu no seu foco, dirigido para a gestão da oferta, no que reproduz o erro de concepção das normas operacionais anteriores. Entretanto, a frágil regulação da assistência à saúde observada historicamente e, conseqüentemente, a oferta e distribuição espacial de serviços tendo por base as relações de mercado deixou o processo de organização da rede bastante anárquica. A oferta de serviços no SUS continuou a se basear na série histórica de procedimentos realizados e contratados pela previdência pública, com forte interferência política, onde a prestação de serviços foi definida pelos ofertantes, dentro da lógica do mercado cativo, criado durante décadas anteriores a implementação do SUS. No contexto da medicina previdenciária a prioridade era dada pelo mercado para a realização de procedimentos mais rentáveis, que se localizavam onde existe maior número de clientes consumidores com a carteira do INAMPS.

Esta lógica foi transferida para a rede própria estatal, que passou a funcionar com base nesses mesmos princípios, a partir da década de noventa com a NOB/91. Essa rede passou a se comportar da mesma forma que uma organização da rede privada complementar, como se estivesse na condição de prestadores de serviços ao Estado, remunerados por produção dentro da tabela de procedimentos do INAMPS. O seu financiamento também se baseava dentro da lógica de produção de serviços, catalogados no SIA e SIH/SUS. Sistemas inspirados na lógica *inampsiana*

que atuava junto aos prestadores privados contratados pela previdenciária social, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados.

Esta forma de “regulação” gera inúmeras distorções, como o excesso de oferta, alta concentração de serviços e superposição de ações, onde notadamente, já existe mercado consumidor com maior potencial em cidades maiores e nas regiões mais desenvolvidas. Por outro lado, cria gargalos estruturais para algumas necessidades assistenciais importantes que apresentam baixa rentabilidade, resultando em filas e listas de esperas inaceitáveis (GURGEL JÚNIOR *et al.*, 2005).

Na implementação da NOAS, o Ministério da Saúde disseminou um conceito mais restrito de regulação, como sinônimo da regulação do acesso dos usuários à assistência à saúde. Isto é particularmente expresso na Portaria SAS nº. 423/2002³⁹ (BRASIL, 2002). Esta imprecisão conceitual desvia o foco da regulação do sistema no sentido de responder as necessidades com a oferta adequada para a regulação acessibilidade ambulatorial (marcação de consultas) e hospitalar (central de vagas) com base na oferta já existente nos SUS. A NOAS 01/02 estabelece uma política de regulação voltada para aspectos muito operacionais de busca de leitos, consultas e procedimentos diagnósticos na assistência a saúde do SUS. Na prática isso se concretizou pela instalação e o manejo de instrumentos tecnológicos de controle de fluxo realizado pela equipe de regulação dessas instituições, através de centrais de regulação de leitos, consultas e exames.

De uma maneira contundente Carvalho (2002, p. 225) critica o enfoque inadequado da regulação retratada pela NOAS:

No item 40 - Introduz-se a questão da regulação num enfoque que, a meu ver é reducionista e errôneo. A função de regulação do estado na área da saúde, exercida pelas três esferas de governo, é muito mais que a aceção tomada em alguns lugares como “regulação da oferta de serviços” criando-se centrais reguladoras envolvidas na oferta e demanda de serviços de urgência, pré hospitalares, hospitalares, leitos, consultas e outros. Esta é uma visão reducionista ruim. Regular, dentro do SUS, é muito mais que tudo isto e deve envolver todo o SUS. A NOAS poderia melhorar e aprofundar esta regulação. As atuais centrais de regulação estão tendo funções muito mais próximas como uma central de vagas, encaminhamentos etc. segundo normas e rotinas. Pouco. A regulação deve ser de todo o sistema e uma das fatias, bem pequena, aliás, diante da enormidade das ações do SUS, é a de regular a oferta de serviços! Não podemos queimar uma palavra genérica, para, pomposamente, limitar sua

³⁹ Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS.

compreensão utilizando-a apenas para denominação de uma parte: CENTRAL DE REGULAÇÃO! A Central de Regulação, se alguma divisão administrativa-funcional assim devesse ser chamada, só poderia referir-se a todo o processo de regulação do SUS incluindo-se aí a regulação administrativa, a de serviços, a de epidemiologia, a de sanitária, de exercício profissional, de ética etc. etc.

Assim, a NOAS apresentou problemas operacionais como o foco dirigido para equacionar a demanda organizado as filas dentro dos computadores sem uma oferta garantida e adequada, gerou uma normatização complexa, estabeleceu fluxos complicados de pessoas e dos recursos financeiros, consolidando a responsabilização difusa e que dificultou o acesso. Esta norma vinculou a habilitação dos municípios à existência física dos equipamentos de saúde em seu território, reproduzindo erros e disfunções que impediram o cumprir de seus objetivos, semelhante das normas operacionais anteriores.

Dentre outras questões apontadas pela NOAS 01/02, foi a necessidade de corrigir a incipiente articulação do sistema de saúde, quanto a necessidade de redefinição de papéis institucionais, a delimitação de níveis de competências e complexidade da rede e o estabelecimento dos fluxos e contra-fluxos da demanda, assim como um padrão nacional de assistência à saúde. Entretanto, essa norma aprofundou o princípio da responsabilização sanitária compartilhada ao propor a transferência de mais recursos e responsabilidades de gestão para os estados e ao manter mecanismos de transferência de recursos e de responsabilidades de gestão de um município a outro. A questão do comando único das unidades hospitalares também foi outro tema que a NOAS tentou evoluir mais permaneceu confuso e ambíguo.

6.2.8 A NOAS e a Crise nos Hospitais

A situação de crise nos hospitais foi um assunto que dominou boa parte da pauta das RO da CIT e CNS no período de vigência da NOAS. Nos debates ocorridos no CNS em relação à crise dos hospitais conveniados ao SUS os representantes dos prestadores privados (FBH) alegavam que em decorrência do pagamento da tabela SUS os hospitais estavam “endividados e caminhando para a

falência”; o representante das entidades médicas (CFM) argumenta que os gestores tratavam a questão como um “faz-de-conta” e deveria ser algo prioritário; por sua vez, o representante do MS reconhecia a gravidade do problema, mas que “não se devia olhar apenas pelo problema assistencial ou de remuneração [...] houve também um excesso de terceirização no sistema hospitalar” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Na CIT também ocorreu concordância sobre a necessidade de ajudar os hospitais filantrópicos em regime de parceria com o poder público.

Neste sentido, o MS publicou a Portaria GM/MS nº 604, de 24 de abril de 2001, criando o Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS⁴⁰, buscando um novo modelo de gerenciamento solidário das ações e serviços de saúde no SUS e após novas discussões publicou a Portaria nº 1.413/GM em 30 de agosto de 2001 – INTEGRASUS II, da mesma forma, para receber o incentivo, os hospitais filantrópicos deveriam cumprir requisitos mínimos, entre os quais o de firmar um contrato de metas com a Secretaria Estadual de Saúde. No processo de discussão o Integrasus foi ainda alterado pelas Portarias nº. 878/02 e nº. 198/04. Dentre as críticas recebidas na CIT destacamos alguns trechos que retratam a posição dos gestores municipais e estaduais:

- CONASEMS:

Critica a existência de ‘caixinhas’ de repasse para cada ação específica, mas não se avança para um novo modelo. No que diz respeito ao Integrasus, o problema destacado refere-se à ao repasse direto dos recursos do incentivo do Ministério da Saúde aos hospitais filantrópicos (2.600 no Brasil), minimizando o papel do município na gestão integrada do sistema e do atendimento nestes hospitais, que cumprem um papel importante no SUS, uma vez que os recursos financeiros não integram o repasse fundo a fundo. [...] quando o município tenta pactuar o atendimento nos hospitais filantrópicos, a crise financeira destas unidades emerge como problema, sem que se coloque sobre a mesa os recursos federais repassados diretamente [...] a falta de transparência não se relaciona apenas aos recursos federais repassados a estas unidades, mas à própria gestão destas unidades. Assim, propôs como alternativa a construção de regimes de co-gestão nestas unidades, com um Conselho Gestor submetido ao controle social, uma vez que, como ente público não estatal que tem 95% do financiamento via SUS, é quase uma obrigação ser mais transparente, a exemplo do que vem ocorrendo com o conjunto do sistema. [...] citou o fato de várias destas unidades estarem sob intervenção e a dificuldade enfrentada por vários secretários municipais quando estas

⁴⁰ O INTEGRASUS refere-se a um incentivo a ser pago adicionalmente ao faturamento das entidades, destinado exclusivamente aos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos. O total definido não deveria exceder 30% do valor pago ao hospital a título de faturamento por serviços prestados ao SUS na assistência hospitalar, sendo calculado em função da média dos pagamentos realizados nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à concessão do Incentivo e estabelecidos requisitos mínimos para o repasse dos recursos.

entram em crise, já que isso impacta diretamente a assistência prestada à comunidade (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

- CONASS:

a questão merece uma discussão maior, focada no modelo de remuneração por doença, que faz o hospital não investir na melhoria da saúde da população, já que sem doentes ele “quebra”. [...] Este debate leva à discussão relativa aos hospitais públicos, que seguem o modelo dos filantrópicos no que diz respeito ao modelo de assistência, gastando cada vez mais sem que isso traga impacto nos indicadores de saúde. [...] alertou para o fato de que não é simples a fixação de metas em contratos de gestão para futura cobrança. Experiências já realizadas neste sentido, com contratos não sendo cumpridos, demonstraram que recursos adicionais e fixação de metas não substituem, sozinhos, o pagamento por produção. A forma de se alterar o atual modelo precisa ser muito debatida, com criação de mecanismos de controle social como elemento novo do futuro modelo” (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

Para reforçar nossa hipótese de estudo extraímos um trecho da discussão sobre o documento “O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: Avanços, Desafios e Reafirmação de Rumos” (BRASIL, 2002), onde se verifica um posicionamento do representante das EPSP que explicita a defesa da atuação e ampliação dos serviços complementares privados no SUS:

Colocou dúvida em relação ao fato da iniciativa privada ser complementar ao SUS tendo em vista que o prestador privado e o profissional de saúde, que não fossem da estrutura pública, não foram considerados no documento. Levantou que 65% das internações e 80% das hemodíalises no Brasil eram feitas no setor privado e, nesse sentido, declarou que o mesmo representava uma grande sustentação para o SUS. Falou da importância de não se considerar a cultura do modelo ‘*hospitalocêntrico*’ na formulação do documento. Embora, na sua opinião, estivesse muito bem formulado e fundamentado, poderia induzir os governantes a “*matar*” o setor privado por inanição e sugeriu reflexão a esse respeito, considerando que a aversão à iniciativa privada deveria acabar em definitivo (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Estes aspectos mencionados demonstram que apesar das críticas e discordâncias, os hospitais filantrópicos gozam de certos privilégios na escolha do modelo de prestação de serviços no SUS, com modalidades distintas de financiamento principalmente da esfera federal, pela atuação desses grupos de interesses no CNS e junto ao MS. São favorecidas pelo “discurso” ou apelo da filantropia, defasagem da tabela SUS e conseqüente da “crise crônica” nestes hospitais, fatos que justificam em parte a precária qualidade da prestação de serviços e enfraquece o processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS.

Ainda nesta linha de argumento o Presidente do CNS, mais recentemente, faz críticas a postura do setor privado contratado e revela questão importante em entrevista concedida a Agência Brasil: “Determinados setores de saúde contratados pelo SUS é que determinam os valores que querem receber, à revelia da tabela do SUS. Essa história de dizer que a tabela é ruim não passa de falácia”. Afirma também, que na prática se observa que os setores contratados é que, sob a lógica capitalista, exigem os valores que querem. “Se continuarmos dependentes, reféns do setor privado contratado, sempre teremos dificuldades de financiamento, porque é impossível financiar saúde na lógica capitalista” (BATISTA JÚNIOR, 2007).

Nas reuniões do CNS verificamos também debates que questionaram o seu próprio papel na construção da política de saúde, no processo de regulação do SUS, ou seja, o respeito às funções essenciais definidas constitucionalmente de controle social na regulação do setor saúde. Destacamos alguns pontos que demonstram fragilidades e desrespeitos na relação com o MS e a CIT. Por exemplo, a publicação das Portarias nºs 251/01 e 77/02⁴¹ pelo gestor federal não receberam, por parte do CNS, o tratamento preconizado pela Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90, em seu Art. 26⁴². Baseado neste fato o representante das EPSP informou que a FBH obteve liminares suspendendo estas portarias e alertou para “análise das responsabilidades e competências como Conselheiros do CNS, tendo em vista que havia inúmeras portarias que tratavam de remuneração, alteração de tabela que não eram submetidas à apreciação do CNS” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

O Artigo 26 fez parte da pauta de muitas RO do CNS, sendo discutido pela Comissão de Coordenação do CNS (CCG/CNS), a interpretação do MS e da CCG dada a expressão “critérios e valores” teriam muito a ver com a atribuição legal do CNS que era atuar na formulação de diretrizes e estratégias e no controle da execução e não o estudo de Portarias separadamente, embora muitos conselheiros defendessem que todos os valores de remuneração dos serviços teriam de ser aprovados pelo CNS. Após vários meses de debates e manobras de postergação⁴³ o

⁴¹ Estas portarias versam sobre a remuneração e classificação dos hospitais psiquiátricos no SUS.

⁴² Dispõe sobre a fixação de valores, critérios e parâmetros para pagamento do Setor Privado Complementar ao Sistema Público de Saúde. Nesse sentido, qualquer pagamento de tabelas, fixação de critérios ou coberturas de assistência social deveria de ter aprovação do Conselho Nacional de Saúde, caso contrário poderia ser considerado ato nulo, considerando que a Lei não foi cumprida.

⁴³ Conforme relata um representante do gestor federal: “com base em sua experiência no Conselho, declarou que sempre imperara a regra de que o pedido de vistas seria analisado e votado na reunião seguinte, porque, do contrário, corria-se o risco de ter o adiamento de matéria o ano inteiro caso doze Conselheiros pedissem vistas em meses diferentes.” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Plenário deliberou com ajuda da CIT acerca das diretrizes para formulação de Modalidades de Remuneração dos Serviços de Saúde e de “Créditos e Valores” referidos no artigo 26 da Lei n.º 8.080/90. Dentre outras coisas as diretrizes referiram-se tanto aos serviços executados pelos prestadores privados conveniados e contratados pelo SUS, como pelos prestadores públicos. Elas definiram a recuperação dos objetivos iniciais dos Fundos de Saúde e sua autonomia, além das características dos repasses na lógica do SUS. Definiram também os critérios e valores para a remuneração dos serviços e a transparência da execução orçamentária e política de alocação dos recursos aos Conselhos de Saúde. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Embora tenha sido definido pelo CNS registram ainda em outros momentos a centralização do MS e da CIT, com publicações de portarias e regulamentações das unidades hospitalares. Por outro lado, o CNS cobrou uniformidade das informações e maior transparência das decisões da CIT, sendo acordado que a partir de setembro de 2002, uma síntese da reunião mensal da CIT passaria a ser enviada ao CNS.

O processo de definição da regulação do setor hospitalar ocorreu em vários momentos distintos. Conforme o marco regulatório já descrito cabe ressaltar algumas questões que fizeram parte das discussões e posicionamento dos grupos de interesses nas RO do CNS. Em 2004, o Ministro da Saúde referindo-se aos hospitais de pequeno porte, como hospitais públicos e filantrópicos em pequenas cidades justificam que a sobrevivência destes foi ameaçada pela atuação do PSF reduzindo a necessidade de utilização do hospital e pela defasagem dos valores pagos pelos procedimentos. Assim reconhece que: “esses hospitais procuram criar, de forma artificial, uma complexidade que não cabe pelo papel que desempenham no sistema e induzem a realização de determinados procedimentos que são melhores remunerados.” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). Neste sentido, propõe novas modalidades de financiamento global com a participação das três esferas de governo, a partir da implantação do Programa Reforma da Política Nacional de Atenção Hospitalar, que consistia em uma das prioridades do Ministério da Saúde, englobando a Proposta de Organização e Financiamento para os Hospitais de Pequeno Porte, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS e a Reestruturação dos Hospitais de Ensino. A

propósito da crise assistencial dos hospitais de ensino, o representante do gestor federal afirma que:

A crise assistencial dos Hospitais Universitários estava subordinada à autonomia médica e aos interesses corporativos, com precariedade das condições de trabalho, falta de motivação e de integração com os demais níveis de atenção do sistema de saúde e com a rede do SUS, excessiva especialização e uso de tecnologias (integralidade), inadequação do perfil do pessoal formado para o SUS, produção de conhecimentos desfocada das necessidades e rebatimento da crise para o ensino (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Apesar das mudanças políticas exigidas pelo processo de reforma sanitária, os mecanismos de regulação pactuados não foram capazes de mudar os padrões e as características gerais da assistência hospitalar no SUS, conforme verificamos no perfil hospitalar tratado anteriormente. A série histórica da oferta de serviços e a lógica de controle e avaliação quantitativa estabelecidas pela assistência previdenciária do extinto INAMPS foram reproduzidas, mesmo diante de profundas mudanças no arcabouço jurídico-legal e alterações incrementais no processo normativo, com a conseqüente transformação da estrutura e dinâmica das macro-relações de poder do SUS, dadas, sobretudo pela descentralização.

Conforme Mendes (2003) as normas operacionais foram influenciadas pelo lugar hegemônico do Ministério da Saúde, *locus* institucional da assistência à saúde. Desde a primeira, a NOB 01/91, até a NOAS 01/02, e teve como objeto a assistência à saúde e não por acaso sofreram influências, respectivamente, do INAMPS e da Secretaria de Assistência à Saúde. Para Baptista (2007) o gestor federal inaugurou e fortaleceu práticas democráticas de negociação e pactuação nas normas operacionais da saúde junto a gestores estaduais e municipais quanto a definição das regras para a regulamentação do sistema. No entanto, um conjunto expressivo de regras para o sistema foi aprovado sem o conhecimento e a discussão desses mesmos segmentos, denunciando uma condução ainda concentradora de poder.

Vários autores analisam a NOAS sob diversos ângulos e reconhecem que houve “avanços”, principalmente no que se refere aos mecanismos de negociação, participação e cooperação entre as esferas de governo (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; QUEIROZ, 2004; SOLLA, 2006; SOUZA, 2001). Por outro lado, as críticas são feitas ao “espírito recentralizador”, que foi iniciado com a NOB/96 e teve continuidade nesta norma. Esta tendência é observada por Carvalho (2001), que

provocou discussões a respeito do processo burocrático que envolve a divisão de poder e de recursos entre o MS, estados e municípios. Particularmente, Paim e Teixeira (2007) afirmam que este movimento recentralizador trouxe o fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde, que foi “temporariamente interrompido” com a mudança de governo em 2003. Verifica-se um debate em torno da opção “excessivamente normativa adotada nos anos 90, que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006, os autores consideram-nos como um “novo instrumento de política que pretende instruir um processo de negociação permanente entre os gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias” (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1822).

6.2.9 O Pacto pela Saúde 2006

Atualmente, estamos sob a vigência do Pacto pela Saúde⁴⁴ instituído pelo Ministério da Saúde em 2006, através da Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006, que teve a participação de atores fundamentais para a legitimação da política de saúde e alimenta a esperança de concretização dos princípios constitucionais, porém já enfrenta resistências históricas pelo sub-financiamento do SUS (SANTOS, 2008).

O Pacto pela Saúde estabeleceu, em seu conteúdo, três componentes que promovem transformações e fortalecem o SUS. São eles: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Estabelece também a nova forma de transferência de recursos entre o Fundo Nacional de Saúde e os fundos estaduais e municipais de saúde serão feitas em cinco blocos de financiamento (Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS) além de definir as responsabilidades sanitárias de cada ente federado (União, estados e municípios), contribuindo para fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS (BRASIL, 2006).

⁴⁴ Aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Com a nova modalidade de transferência de recursos, os gestores de saúde passam a ter maior autonomia na aplicação de recursos, a partir do plano de saúde estabelecido e aprovado pelo conselho municipal ou estadual. Isso significa, por exemplo, que dentro do bloco de recursos de Atenção Básica, o gestor terá autonomia para destinar recursos para as ações estabelecidas de acordo com a necessidade local.

O pacto extingue o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB/96 e na NOAS/02. A novidade também fica a cargo do bloco Gestão do SUS, que contribui com o processo de qualificação de gestão ampliando a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades da população. Ele foi criado para proporcionar condições ao gestor de elaborar políticas e ações estratégicas. Para receber recursos por meio do bloco de Gestão do SUS, o município e o estado devem aderir ao Pacto pela Saúde e assinar o Termo de Compromisso de Gestão (TCG).

O TCG estabelece as metas e compromissos sanitários prioritários pactuados pelos gestores do SUS, que englobam a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias, como dengue e hanseníase, e a redução da mortalidade por câncer de colo de útero e da mama. Outras metas estabelecidas visam à implantação da política nacional de saúde do idoso, à elaboração e implantação de uma política nacional de promoção da saúde e ao fortalecimento da atenção básica à saúde, tendo como principal mecanismo a estratégia de saúde da família (PSF) (BRASIL, 2006b).

A proposição de pactos no âmbito do SUS estimulou processos de negociação e pactuação intergestores na saúde, que se iniciou de forma fragmentada e setorializada: Pacto da Atenção Básica, Pacto da Assistência e Pacto da Vigilância. Embora estes pactos tenham contribuído para cumprir com o papel de mobilização e articulação das ações de saúde, este processo tem sido implantado de forma bastante diversa em âmbito nacional (BRASIL, 2003). Parece ser uma prática corrente a postura de municípios e estados frente à pactuação de metas e indicadores, motivados, principalmente, pelo estímulo do recebimento de recursos financeiros em detrimento de mecanismos de compromissos com o cumprimento efetivo das ações e metas pactuadas. O pacto sem dúvida é uma nova forma de estabelecer uma regulação da assistência a saúde na atual conjuntura do SUS, sobretudo no que diz respeito aos incentivos para prestação de serviços.

Entretanto, observa-se que os pactos são conduzidos de modo cartorial, visando o cumprimento de ritos de habilitação, preconizados pela legislação para o recebimento de verbas adicionais. Num estudo apresentado por Medina, Aquino e Carvalho (2000) sobre a implementação do Pacto da Atenção Básica, ressaltam-se potencialidades para estabelecer uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS, onde são apresentados matizes que mesclam as características de dois pólos, denominados de "burocrático" e "dinamizador". Estas tipologias enfatizam os aspectos relacionados ao processo de pactuação em lugar daqueles relacionados aos critérios, indicadores e desempenho dos municípios e estados. Para os autores o grande desafio posto é fazer a transição do pólo burocrático para o dinamizador.

Dentre outras questões o estabelecimento destes pactos serviu de estímulo para formulação de novos pactos no SUS, por exemplo, o MS lançou em março de 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Assim, a prática fragmentada foi ocupando o cenário da política de saúde, em que cada área técnica conduzia seu pacto de forma isolada, nas três esferas de governo, sem promover uma articulação intra-institucional. No entanto, estes fatos desencadearam, contraditoriamente, a necessidade da unificação dos pactos (GUERREIRO, 2009).

Após a posse do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2006), sendo Humberto Costa o Ministro da Saúde, as discussões sobre a realização de um único pacto ganharam fôlego. Este novo contexto trouxe a esperança de mudanças na condução da política neoliberal e de um Estado mais comprometido com os princípios constitucionais do SUS, conforme os ideais defendidos pela reforma sanitária brasileira.

Neste sentido, são apresentadas mudanças nas estratégias que vinham sendo adotadas pelo MS de estimular a tomada de decisões baseadas em incentivos financeiros nos estados e municípios. Com a aprovação do Pacto pela Saúde 2006, pela CIT e pelo CNS, promoveu-se a unificação dos pactos existentes buscando induzir o compromisso político entre os gestores. Num trabalho recente Paim e Teixeira (2007) analisa a problemática da "institucionalidade" do SUS, destacando alguns pontos críticos, onde afirmam que:

Esse movimento pode ser interpretado de vários ângulos. Do ponto de vista político mais geral, essa reorientação pode ser atribuída à existência de concepções distintas acerca da forma de exercício do poder nos atores que

compõem as diversas forças políticas em cena no processo de construção do SUS, as quais se expressam nos discursos e nas decisões adotadas pelos dirigentes das instituições gestoras nos diversos níveis. A alternância de poder, ou seja, a mudança dos dirigentes que ocuparam cargos na “era FHC”, para os que assumiram o comando do MS no governo Lula, explica, em parte, a crítica à opção “normativa” e a adoção de uma perspectiva política pretensamente mais democrática.

As discussões envolvendo a unificação foram iniciadas três anos antes e envolveu técnicos do MS, os gestores na CIT e os diversos atores no CNS. Esse movimento parece ter favorecido o diálogo e a articulação entre os gestores, que além de reforçar na gestão pública a busca por resultados, dava um sentido de responsabilidade solidária no SUS, onde todos os gestores são considerados plenos de suas responsabilidades.

No processo de revisão normativa do SUS tratada na CIT como “uma parafernália de normas” foi proposto uma releitura da história regulatória do SUS desde as NOBs até a NOAS, conforme as diretrizes apontadas pela 12ª Conferência Nacional de Saúde, que reconhece que há um distanciamento entre a norma e a realidade (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008). A proposta Pacto de Gestão esteve em discussão na CIT através da oficina de trabalho Agenda do Pacto de Gestão desde ago/04, a proposta do gestor federal era construir uma nova institucionalidade para o SUS, com a perspectiva inicial de ser implantado em janeiro de 2005. O debate na tripartite abordou a necessidade de reforçar os princípios organizativos do SUS. Nas reuniões da CIT foi discutindo a revisão do processo de regulação da gestão descentralizada do SUS, visando a estabelecer uma normativa nacional menos complexa, mais flexível e baseada em regras gerais, capaz de consolidar a descentralização do sistema na perspectiva da solidariedade, da cooperação e da autonomia entre os entes federados (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

Em relação à responsabilidade sanitária consta que “deve ser definido no processo de regulação qual é a responsabilidade do município que encaminha (autorização, solicitação, agendamento, acompanhamento...), de acordo com a programação pactuada e com os protocolos estabelecidos nos processos regulatórios.” No ponto da regionalização solidária consta a microregulação “Mecanismos de Regulação Regional à Garantia do Acesso e Integralidade da Atenção - Os mecanismos de regulação a serem compartilhados em âmbito regional deverão constituir-se em estratégias fundamentais para a garantia do acesso

equânime e o cuidado integral da atenção à saúde” (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

No período de elaboração do Pacto da Saúde nas RO do CNS destacamos o posicionamento de alguns atores em relação à regulação dos prestadores de serviços. O representante das EPSP “parabenizou os responsáveis pela formulação do Pacto, entretanto, lamentou a exclusão dos prestadores de serviço da discussão do documento. [...] solicitou que, para definição dos contratos, fossem considerados os parâmetros da Lei que preserva o equilíbrio econômico-financeiro do contrato [...] lamentou o radicalismo insistente contra a iniciativa privada na área da saúde, que prestava assistência à saúde quanto o setor público não podia cumprir esse papel” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

O representante do MS:

Ressaltou que os prestadores de serviços não participaram desse processo por se tratar de pactuação entre os gestores do SUS [...] Ainda salientou que o Ministério reconhecia que a forma de remuneração era insuficiente e seria necessário definir mecanismos para superar a forma de financiamento das unidades hospitalares, visto que não havia recursos disponíveis para reajustar os valores dos procedimentos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Já a representante dos usuários:

Ressaltou que, apesar de socialista, entendia ser necessária atenção ao setor de prestadores de serviço, pois não haveria melhoria do SUS se os prestadores não fossem pensados como partícipes do sistema. Nessa linha, enfatizou a necessidade de rever as tabelas para pagamentos dos conveniados para que os usuários do SUS tivessem acesso aos serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Nas discussões iniciais do Pacto pela Saúde observa-se a fragmentação das proposições normativas e ainda uma imprecisão conceitual na aplicação do termo regulação assistencial quando é atribuído ao ente municipal a tarefa de controle e avaliação e acompanhamento da prestação de serviços dos hospitais conveniados, diferente da função precípua do Estado requerida no setor saúde quanto à definição de parâmetros assistenciais para se estabelecer a quantidade e qualidade dos serviços adequados a garantia dos preceitos constitucionais. Quanto à postura dos atores verifica-se que o representante das EPSP adota um discurso de que as entidades privadas foram excluídas das discussões centrais do Pacto, reforça o

argumento da lógica de mercado no setor saúde cobrando o equilíbrio econômico-financeiro na prestação de serviço e da imprescindibilidade dos prestadores conveniados para o SUS. Recebe apoio do representante dos usuários e concordância do representante do MS em relação à insuficiência de recursos financeiros, ficando de fora assuntos centrais como as distorções na oferta e avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Em 2005, a regulação no setor saúde passou a ganhar mais atenção na CIT e no CNS quando do aprofundamento dos debates sobre o Pacto pela Saúde, onde foi lançada a política nacional de regulação no SUS. As discussões realizadas foram no sentido de articular e integrar as ações de Contratação, Controle, Regulação Assistencial e de Avaliação da Atenção à Saúde. Neste sentido, distinguem-se aí as funções centrais da regulação em saúde. Embora se verifique ainda algumas distorções em relação aos critérios de financiamento para média e alta complexidade, quanto a defesa do CONASEMS pela:

Relevância de se considerar a capacidade instalada de cada estado, uma vez que estes recursos remuneram serviços produzidos, lembrando também que pela maior disponibilidade de serviços, estados como São Paulo recebem pacientes de outras localidades e, por isso, devem ter um per capita maior (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

Ao invés de reforçar a idéia de dotar pelo menos os estados de capacidade de atendimento em todos os níveis de complexidade.

Outro ponto que vale destacar foi a posição adotada pela CIT com relação a Política Nacional de Atenção Oncológica (SAS/MS) que ilustra a tentativa de enfraquecer o processo de regulação em função da ampliação da oferta de serviços:

O CONASS reforçou esta proposta de maior racionalidade na gestão da alta complexidade para que se evite, por exemplo, o fechamento de serviços necessários. Houve consenso entre os gestores que as dificuldades relativas aos serviços especializados se apresentam e reapresentam recorrentemente e precisam ser equacionadas com urgência [...] Os desafios que enfrentam os gestores do SUS para conciliar ampliação de acesso e qualidade do atendimento na gestão do sistema, tema amplamente debatido pelo CONASS e CONASEMS, em virtude da avaliação de que exigências técnicas excessivamente rigorosas para o credenciamento de serviços, muitas vezes inviabilizam a implementação de uma política e concorrem para mais restrições no acesso. Vários depoimentos de gestores estaduais evidenciaram as dificuldades de se adotar parâmetros técnicos muito rigorosos para regular a abertura e funcionamento dos serviços, diante da conhecida carência de profissionais especializados em varias regiões e dos limites para atrair e manter estes profissionais, geralmente concentrados nos grandes centros urbanos, em

áreas do interior do país (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

Por sua vez, o presidente do CONASEMS avaliou que a atuação do gestor federal do SUS na normatização da ação pública setorial necessita trabalhar dentro da perspectiva de conduzir a transição necessária “entre o Brasil real e o Brasil ideal”, buscando a convergência entre os dois. Segundo ele, “a elaboração das normas deve sempre considerar os diferentes contextos e situações sanitárias e buscar regular os processos necessários na perspectiva de conduzir a transição necessária até a situação desejada, cabendo ao nível central monitorar a qualidade dos serviços, reforçar a articulação entre os gestores e intervir quando necessário” (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

Embora possa ser compreensivo o argumento político de que as normas são rígidas, dificulta o credenciamento, a ampliação da oferta de serviços e ser motivo para flexibilizar as regras estabelecidas, porém, do ponto de vista técnico esta atitude reforça a fragilidade do processo de regulação na assistência médico-hospitalar no SUS, que parece já tão debilitada historicamente.

A portaria nº 399/06 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 estrutura a Política Nacional de Regulação que teve por objetivos garantir o cumprimento dos princípios do SUS, qualificar os fluxos de assistência e fortalecer as diretrizes de regionalização da atenção à saúde, está dividida em quatro eixos: implantação e implementação de complexos reguladores; implantação descentralizada de sistemas informatizados e regulação; instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS; e, capacitação e educação continuada das equipes gestoras estaduais e municipais (BRASIL, 2006b)

Um dos assuntos divergentes tratado na construção da política nacional de regulação foi o que definia como uma das metas do Pacto de Gestão, o prazo de um ano para a contratualização de todos os prestadores de serviços do SUS, em virtude da revogação da Portaria GM nº 358, de 02 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2006), que instituía diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. O MS alterou a redação da Portaria da Política de Regulação colocando um artigo genérico para tratar da contratação, sem deixar de mencioná-lo considerando que sem contrato não há institucionalização dos processos de regulação.

Segundo a proposta de republicação apresentada, quando toda a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde for utilizada e quando a necessidade de complementar sua rede for comprovada e justificada o gestor poderá complementar a oferta com serviços privados de assistência a saúde. A participação complementar seria formalizada por meio de contrato ou convenio celebrado entre o Poder Público e a entidade privada, observando as normas para licitações e contratações e os contratos da administração pública. Os ajustes entre o Poder Público e o setor privado serão realizados por meio do Plano Operativo do Pacto 2006, que deveria conter elementos que demonstrem a utilização de capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição de oferta e fluxos de serviços e pactuação de metas. Os municípios, estados e Distrito Federal deverão adotar ainda instrumentos de controle e avaliação dos serviços contratados visando garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade. De acordo com o documento apresentado, foi estabelecido o prazo de um ano para cumprimento das novas regras.

O MS também sofreu pressão por ações desencadeadas pela Controladoria-Geral da União (CGU) – Federação de Controle, questionamentos do Tribunal de Contas da União (TCU) e ações do Ministério Público (MP), além do processo de auditorias do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) que apontou a remuneração de serviços, sem contrato. Foi observado ainda que não existia obrigatoriedade do preenchimento deste campo no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A propósito desta portaria os Conselheiros de Saúde promoveram um amplo debate, quanto aos posicionamentos destacamos a fala do representante das EPSP onde afirma que:

Regulação do processo de contratação vinha sendo feita pelos contratantes e não pelos contratados (prestadores de serviço). Além disso, ressaltou que os contratados não tinham domínio sobre os valores pagos pelos contratantes, o que causava dificuldade na relação contratado/contratante, dificultando o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nessa linha, sugeriu ao Plenário que, antes de tratar sobre a contratação, fosse feito debate sobre os valores praticados pela tabela do SUS, na perspectiva de garantir o equilíbrio econômico do sistema de saúde complementar e a prestação de serviços (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

Já o representante dos usuários “sugeriu que o CNS recomendasse ao Ministério da Saúde a suspensão dos seus efeitos, possibilitando a promoção de debate sobre as bases para regulamentação do pagamento da iniciativa privada,

filantrópica e conveniadas ao SUS” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007). No pronunciamento feito pelo Ministro da Saúde este fez questão de responder alguns argumentos usados pelos Conselheiros:

Em relação à tabela, é um equívoco achar que está congelada. Ela não está congelada. Eu tenho um estudo da Média e Alta Complexidade que mostra uma série de procedimentos que tiveram, inclusive, aumento muito alto. De 2003 a 2006, foi R\$ 1,3 bilhão somente de correção de tabela. Considerar que possamos dar um aumento linear a todos os procedimentos é impossível. Não há como fazer isso. O que estamos fazendo são políticas para melhorar, seja a política de incentivo à contratualização, por exemplo, nos casos dos Hospitais Universitários e das Casas de Misericórdia, procurando corrigir alguns procedimentos específicos. [...] Além disso, enfatizou que o Pacto definia Responsabilidades Sanitárias gerais e específicas para estados, municípios, DF e União. Nesse ponto, disse que, a partir da Política de Regulação, todos os gestores com processos de gestão teriam a função de regulação (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

A esse propósito podemos constatar na análise do perfil hospitalar que houve aumento significativo na tabela do SUS, principalmente quando olhamos os dados por especialidades médicas e procedimentos mais complexos entre 2003 e 2007.

No final, após a inclusão de algumas sugestões, a portaria foi aprovada, por unanimidade. O que chama a atenção neste caso é que mesmo com a indicação das instâncias regulamentadoras do poder do Estado (CGU, TCU e MP) o Ministério da Saúde resistiu ou permitiu que a regulamentação deste assunto fosse protelada em torno de 13 anos, pois esse processo de regulamentação dos contratos começou em 1993 com a Portaria MS/GM nº. 1.286 (BRASIL, 1993b). Provavelmente a atuação de grupos de interesses contribuiu para essa situação, que é reforçado pelo discurso do representante das EPSP, quando coloca a necessidade de participação das EPSP no fórum dos gestores, acusa o gestor federal pela limitação dos resultados do processo de regulação da assistência e ainda tenta desviar a discussão para o âmbito dos valores praticados pela tabela do SUS. A postura do representante dos usuários também contribui para o retardo das definições desta política, enquanto que o movimento do gestor federal explicita um contra-senso, pois mesmo o MS constatando a situação de ausência formal de contrato com os prestadores, irregularidades, etc., desde 2003, houve um aumento significativo dos investimentos no setor, que contraditoriamente deveria estar sob o rigor e a legalidade do processo de regulação da assistência médico-hospitalar do SUS.

O debate sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência a saúde configura-se como um dos temas relevantes do processo de regulação da assistência médico-hospitalar no âmbito do SUS. De acordo com a legislação sanitária brasileira esta participação de forma complementar dos serviços privados de assistência deverá ocorrer quando for utilizada a capacidade instalada dos serviços públicos de saúde e, para a complementaridade dos serviços com instituições privadas, os seguintes instrumentos serão utilizados: convênio para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos e contrato administrativo com empresas privadas de fins lucrativos (CF/88, art. 199; LOS 8.080/90, art. 16, inciso XIV). Apesar de várias normatizações publicadas sobre o assunto o Ministério da Saúde constata que:

A Portaria 1.286/93, que dispõe sobre as cláusulas que devem estar explícitas nos contratos de prestação de serviços ao SUS não vem sendo cumprida pelas esferas sub-nacionais até então (2004). Apenas 13% dos prestadores possuem algum tipo de contrato” (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

A partir deste diagnóstico o MS passa a discutir este problema nas reuniões da CIT e CNS e apresenta a Portarias nº. 1.083/05, que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Dentre outras medidas, propõe a constituição de Grupo de Trabalho (GT) formado por 3 representantes do MS, 2 das EPSP, CONASS e CONASEMS, com a finalidade de apresentar proposta de regulamentação do processo de contratualização e de modelo de alocação dos recursos. Ficaram de fora do GT representantes dos usuários e trabalhadores, que depois de muitos questionamentos o CNS decidiu incluí-los através da Portaria nº. 1.116/05. As discussões do MS e GT estiveram inseridas no contexto das propostas de Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro e culminou na publicação da Portaria nº 1.721/05⁴⁵ (BRASIL, 2005), que destinou R\$ 200 milhões a título de Incentivo a Contratualização. Neste sentido, o

⁴⁵ Portaria GM nº 1.721 de 21 de setembro de 2005, que instituiu o programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS.

programa foi definido por meio das seguintes portarias: 635/05⁴⁶; 552/06⁴⁷ e 3.123/06⁴⁸.

Em 2007, a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS), juntamente com a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), elaboraram o “Manual dos Convênios 2007”, com a finalidade de orientar gestores públicos e privados quanto às normas e procedimentos necessários à captação e correta aplicação de recursos públicos federais, por meio da celebração de convênios, visando a atender aos programas e projetos na área de serviços e ações públicas de saúde. No processo de contratualização, cabe ao gestor compor a comissão de acompanhamento do convênio (caráter local), acompanhar a execução do convênio (custos, cumprimento de metas e avaliação da qualidade da atenção à saúde); e, estabelecer mecanismos de regulação (oferta e demanda) (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

Podemos verificar neste caso que os gestores não desenvolveram a capacidade suficiente para a formalização contratual de serviços privados de saúde, postergando por cerca de 14 anos (1993-2006) para adotarem medidas mais explícitas e rigorosas em relação ao processo de contratação dos serviços “complementares”. O fato de 87% dos prestadores privados estarem sem contrato formal no SUS é grave, além da ilegalidade por receberem recursos públicos como pagamento, o que é vedado pela lei brasileira. Talvez esta situação possa justificar o fato do setor público torna-se prisioneiro da oferta dos prestadores privados. Todavia, mesmo formalizado o contrato não se garante a prestação adequada se a definição do tipo ou a qualidade dos serviços não forem fundamentadas em necessidades reais dos cidadãos e pela lógica da demanda necessária para complementar a rede pública.

Outro ponto importante que está no bojo das discussões do Pacto pela Saúde é a garantia do financiamento permanente da saúde a partir da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29)⁴⁹, que vincula percentuais de

⁴⁶Portaria SAS nº 635 de 10 de novembro de 2005, que regulamenta do processo de contratualização.

⁴⁷ Portaria SAS nº 552, de 24 de julho de 2006, que prorroga até 28 de fevereiro de 2007, o prazo definido para entrega dos contratos referentes ao processo de contratualização.

⁴⁸ Portaria GM nº 3123, de 7 de dezembro de 2006, que homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

⁴⁹ A EC 29 de 13 de setembro de 2000, define o percentual mínimo de investimentos que União, estados e municípios são obrigados a investir em Saúde. Para os estados, a emenda estabeleceu valor de 12% da receita corrente bruta; para os municípios, de 15%. O percentual referente à União

arrecadação da União, estados e municípios para os gastos no setor saúde. A Frente Parlamentar da Saúde teve uma participação importante na regulamentação da EC 29, sendo considerada uma das maiores lutas empreendidas por uma entidade suprapartidária ocorrida no Congresso Nacional. A definição de despesas em saúde teve as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e reafirmadas nas últimas Conferências Nacionais de Saúde. A FPS mobilizou deputados, senadores e entidades da sociedade civil a lutarem pelo cumprimento da EC 29, que vincula os recursos da saúde ao PIB. No entanto, o percentual para a saúde de 10% da receita corrente bruta da União não foi aprovado, descaracterizando a proposta original (REGULAMENTAÇÃO..., 2007).

Os entraves deste processo têm gerado polêmica quanto à composição dos gastos diretos com saúde. Observam-se diversos artifícios e manobras de estados e municípios para que sejam atingidos os percentuais mínimos exigidos com gastos na área da saúde. Por exemplo, entra na conta dos gestores gastos com merenda escolar, saneamento, habitação, coleta de lixo não hospitalar, etc. Todos estes itens possuem uma associação direta ou indireta com o conceito ampliado de saúde, porém reduzem os recursos para aplicação na assistência, já estabelecidos há muito tempo pela Lei 8080/90.

6.2.10 As Mudanças no Pacto pela Saúde

Neste período ocorreram mudanças no governo Lula, com a saída do Ministro Humberto Costa e entrada do Ministro Saraiva Felipe, o debate do Pacto continuou junto à CIT e uma proposta foi aprovada ao final da gestão de Saraiva Felipe no Ministério da Saúde, que durou menos de nove meses, sendo publicada pelas Portarias nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699/GM, de 30 de março de

ficou para ser definido até 2004, mas sem regulamentação, o governo ficou desobrigado a investir um percentual fixo na área. Em 2000, durante o governo FHC, a emenda não estabelecia o que era gasto em saúde e determinava que o investimento da União deveria ser fixado por meio de lei complementar, que só foi aprovada no dia 31 de outubro de 2007, após sete anos. O Projeto, além de definir o que são ações específicas de saúde e fechar as brechas para desvios de recursos do setor, muda a forma de correção do orçamento da saúde de PIB Nominal, para 10% das receitas correntes brutas. No âmbito do CNS foi editada a resolução nº. 322, de 08 de maio de 2003, que aprova as diretrizes acerca da aplicação da EC 29.

2006 (BRASIL, 2006b, 2006c). De acordo com Solla (2006), ocorreram cinco mudanças importantes com a adoção destas portarias pelos seguintes aspectos:

Substituir o processo de habilitação pela formalização de termos de compromisso de gestão; apontar a regionalização solidária como eixo da descentralização; aprovar proposta de integração de várias formas de repasse de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento; cobrar a explicitação dos recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual; e unificar os processos de pactuação de indicadores a partir de 2007 (SOLLA, 2006:343).

As mudanças também continuaram ocorrendo no MS, com a entrada do Ministro Agenor Álvares, entre 2006 e 2007 e a chegada do atual Ministro José Gomes Temporão. Em janeiro de 2007, foi editada a Portaria GM/MS nº. 91, que regulamentou a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece quais os indicadores a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal no Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2007). Esta portaria instituiu o processo único de pactuação, reunindo no Pacto Pela Saúde o Pacto da Atenção Básica e o Pacto de Indicadores da Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS).

O Pacto pela Saúde modificou através da Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), as formas de transferência dos recursos federais para estados e municípios, passando a ser integradas em cinco grandes blocos de financiamento (Atenção, Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS). A regulamentação destas modalidades de transferência de recursos pressupõe que os gestores de saúde terão maior autonomia, por exemplo, que dentro do bloco de recursos de Atenção Básica, o gestor terá autonomia para destinar recursos para as ações estabelecidas de acordo com a necessidade local.

Neste Pacto foram definidas dentre outras coisas a proposta da Política Nacional de Regulação, aprovada pela CIT, em abril de 2007. Os princípios norteadores pressupõem a regulação estatal em saúde sobre a produção de bens e serviços que vá ao encontro aos fundamentos públicos; do direito à saúde dos indivíduos e da coletividade. As ações da Política estão organizadas nas seguintes dimensões: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência. Particularmente, as ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a

auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária (MENDONÇA; REIS; MORAES, 2006).

A regulação dos prestadores de serviços deve ser exercida preferencialmente pelo município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o TCG do Pacto e os seguintes princípios (BRASIL, 2006):

- da descentralização, municipalização e comando único;
- da busca da escala adequada e da qualidade;
- considerar a complexidade da rede de serviços locais;
- considerar a efetiva capacidade de regulação;
- considerar o desenho da rede estadual da assistência;
- a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

Com relação à contratualização dos serviços a Portaria nº 3.277 de 22 de dezembro de 2006 dispõe:

[...]

Art. 3º A participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio celebrado entre o poder público e a entidade privada, observadas as normas de direito público e o disposto nesta Portaria.

Parágrafo único. Para a complementaridade de serviços com instituições privadas serão utilizados os seguintes instrumentos:

I convênio, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços/promoção da saúde à população; e

II - contrato administrativo, quando o objeto do contrato for mera compra de serviços (BRASIL, 2006d).

As bases legais para formalização de contratos e convênios são as Leis n. 8.666⁵⁰, de 21 de junho de 1993, n. 9.648⁵¹, de 27 de maio de 1998 e a Instrução Normativa – STN 01/97⁵². A Lei n. 8.666 institui as normas para licitação e contratos da administração pública e traz, no seu artigo 55, as cláusulas necessárias para compor qualquer contrato firmado entre o gestor público da saúde e os prestadores de serviços de saúde. A Lei n. 9.648, de 27 de maio de 1998, altera dispositivos da Lei n. 8.666, incluindo a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo

⁵⁰ Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.

⁵¹ Altera dispositivos das Leis nº 3.890-A, de 25 de abril de 1961, nº 8.666, de 21 de junho de 1993, nº 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, nº 9.074, de 7 de julho de 1995, nº 9.427, de 26 de dezembro de 1996.

⁵² Instrução Normativa STN nº 01, de 15 de janeiro de 1997 - Celebração de Convênios - DOU de 31.1.97. Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou a realização de eventos e dá outras providências.

para as atividades contempladas no contrato de gestão. No caso dos convênios, a Instrução Normativa – STN 01/97 formaliza este instrumento de transferência de recursos públicos, que tem como partícipe órgão da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista e que estejam gerindo recursos dos orçamentos da União, visando à execução de programas de trabalho, projeto/atividade ou evento de interesse recíproco, em regime de mútua cooperação (BRASIL, 1997).

Outro instrumento importante para o desempenho das funções de regulação da assistência foi a criação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), determinado pelas Portarias GM/MS n. 1.890, de 18 de dezembro de 1997, e SAS/MS n. 33, de 24 de março de 1998, e normatizado pela portaria SAS/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000. O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. O CNES proporciona o suporte para operacionalizar os sistemas de informações em saúde favorecendo o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades (BRASIL, 2007b).

A contratação de serviços de saúde no SUS apresenta-se deficitária, por um lado, pelos limites de uma prática que não incorpora o planejamento e nem a avaliação como elementos para definição das reais necessidades da população, desconhecendo-se muitas vezes quais serviços, e em que quantidade são necessários à complementação da oferta de ações e serviços pela rede pública. Por outro lado, verificam-se muitos prestadores de serviços sem contratos formais com o gestor e acordos de prestação de serviços onde a oferta condiciona a contratação (MATOS; POMPEU, 2003).

A ausência da formalização contratual fere um dos princípios do direito administrativo. Segundo dados do Ministério da Saúde em 2005, de um total de 44.194 estabelecimentos privados existentes no país, cerca de 89% prestam algum tipo de serviço ao SUS, sendo que, destes, apenas 12,4% dos estabelecimentos possuíam contratos formalizados (BRASIL, 2005).

A atual Política Nacional de Regulação identifica essa problemática e busca através de vários mecanismos legais a pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador.

Passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização) (BRASIL, 2007).

Neste sentido, foram editadas portarias com vistas a disciplinar a contratualização e organização de todos os prestadores de serviço de saúde com o contrato regular e a informação da sua publicação. Em paralelo, em 2004, a Portaria interministerial nº. 1.006 lançou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, que orientam o gestor para a realização do processo de certificação e formalização dos contratos com os hospitais de ensino (BRASIL, 2004) (Mais adiante, a Portaria MS/GM nº. 1.702, criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde para os demais hospitais de ensino. E ainda instituiu a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte pela Portaria ministerial GM n. 1.044, a qual estabelece os critérios de adesão para os hospitais e municípios, para estimular a organização da rede de atenção no nível microrregional, visando a qualificação do acesso aos serviços de saúde e a indução do processo de descentralização (BRASIL, 2004).

Em 2005, a Portaria GM n. 1.721, criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde⁵³. Já em 2006, o Ministério da Saúde, por meio da portaria GM n. 172, homologou o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e os respectivos recursos financeiros, correspondentes a 40% do Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC) e após a assinatura do contrato, a entidade receberá os recursos relativos aos 60% do IAC. Posteriormente, a portaria GM/MS n. 3.123/06, define um modelo para elaboração do Plano Operativo contido nas exigências da portaria anterior, para especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como os indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2007).

As mudanças na gestão política da descentralização proposta pelo Pacto de Saúde residem em dois aspectos; primeiro, na incorporação da questão federativa, pelo reconhecimento da diversidade e da autonomia local na eleição de prioridades, descentralização das decisões quanto alocação dos recursos nas regiões, financiamento tripartite; segundo, na maior responsabilização da sociedade e dos governos sub-nacionais pelas decisões políticas no seu território e no âmbito

⁵³ São considerados hospitais filantrópicos os hospitais privados sem fins lucrativos certificados como Entidade de Fins Filantrópicos de acordo com o decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998.

regional (valorização da participação social, das CIBs, maior confiança no desempenho municipal, mais transparência na alocação de recursos federais, descentralização do planejamento da regionalização).

Os desafios colocados aos gestores do SUS parecem situar-se nos limites e alcances para se efetivar os acordos entre as três esferas de gestão, propostos pelo Pacto de Saúde. Diante das mudanças requeridas e das expectativas suscitadas pela adoção do “novo” marco regulatório do SUS, fazem-nos questionar: Será que a proposta de inovar os processos de gestão visando eficiência e qualidade trará resultados satisfatórios para o SUS? A política de regulação implementada mais recentemente tem consistência para gerar mudanças efetivas na assistência médico-hospitalar para a população brasileira?

De um modo geral, decorridos quase duas décadas, o cenário de implantação da descentralização da saúde no Brasil e, conseqüentemente, o processo de regulação da assistência médico-hospitalar, tem sido marcado pela influência de iniquidades estruturais, seja pela heterogeneidade geográfica e demográfica (dimensões continentais e população numerosa, irregularmente distribuída); pela heterogeneidade socioeconômica (traços particulares decorrente da expressiva concentração de renda e revela-se nos indicadores de disparidades regionais e individuais); até a organização política federativa (grande diversidade na capacidade de estruturação administrativa, de arrecadação fiscal, clientelismo, protecionismo e corrupção) repercutem em todos os setores do país e guarda estreita relação com o perfil sanitário e de acesso da população aos serviços, que estão associados aos interesses estruturais da saúde em nosso país.

Todo esse emaranhado e complexo processo tem sido agravado e desvirtuado pelos interesses estruturais presentes no SUS, que como vimos, OS Interesses Desafiadores que impõem a lógica de mercado cativo na oferta de serviços condicionando a demanda do usuário. A oferta de serviços no SUS é definida de acordo com interesse do prestador, tendo ainda hoje a produção histórica de serviços como um dos parâmetros fundamentais para equacionamento de necessidades em saúde (herança marcante da cultura *inampsiiana*); pela ausência, fragilidade ou modalidade cartorial assumida pelos contratos dos prestadores de serviços particulares privados ao SUS. Por outro lado os *interesses dominantes* do mercado suplementar de saúde demonstrados claramente pelo sucateamento da rede pública e mesmo com os incentivos governamentais existentes para o setor

privado prestador de serviços, as famosas “caixinhas”, não se observa melhorias significativas na assistência médico-hospitalar; e finalmente, pela atuação do CNS que expressa o predomínio dos acordos entre os grupos de interesses e a autolimitação na formulação de demandas, ou seja, que caracterizam historicamente os *interesses estruturais reprimidos* da reforma sanitária brasileira.

7 DISCUSSÃO

7.1 Interesses estruturais na Assistência Médico-Hospitalar do SUS

7.1.1 Aspectos gerais da Regulação em Saúde

O debate sobre a intervenção do Estado na economia tem sido classicamente conduzido em função da presença das falhas de mercado e notadamente tem por finalidade a limitação dos graus de liberdade dos agentes econômicos, que caso contrário o processo tende a ser fragilizado e pode beneficiar o agente regulado (FIANI, 2004; CASTRO, 2002; BUSSE, 2001; FLEURY, 1994).

No setor saúde, por razões já apresentadas, o mercado é considerado imperfeito (risco moral, seleção adversa, assimetria de informações), restringindo os cuidados de saúde aos consumidores com capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam. Este é um fator relevante para países como o Brasil que só mais recentemente, a partir de 1988, passou a assumir a saúde como um bem público, um direito de cidadania, pois um enorme contingente de sua população vive abaixo da linha de pobreza e sofrem as conseqüências perversas das enormes disparidades e iniquidades de sua estrutura sócio-político-econômica. Se não fosse a intervenção do Estado certamente esses fatores condenariam muitos cidadãos a morte por desassistência.

A saúde é um tema complexo que guarda muitas especificidades, desde a sua conceituação que vai muito além da simples idéia baseada na ausência de doença, até a associação de fatores que se conjugam e interferem diretamente na qualidade de vida, razão de ser das políticas públicas. Por outro lado, é um 'produto' de difícil mensuração, em que os indivíduos não intencionam consumir e na maioria das vezes tornam-se vulneráveis quando adoecem, por não terem capacidade de escolha do tipo ou momento em que vão necessitar destes produtos ou serviços. Estes são pressupostos classicamente vem justificando e torna necessária a atuação mais vigorosa do Estado na regulação do setor saúde.

Na montagem e reformas dos sistemas nacionais de saúde, ao redor do mundo, tem crescido a demanda por regulação (WALSHE, 2003) – responsabilidade crescente do Estado, em qualquer fase de seu desenvolvimento – e, a inclusão e ampliação do acesso as ações e serviços de saúde na agenda política, gerando a necessidade de pactos e redefinição do papel dos segmentos público e privado na assistência à saúde.

A escolha de teorias de nível intermediário (*meso-level*) a partir do entendimento das categorias instituições políticas e atores sociais – neoinstitucionalismo histórico (Immergut 1992; 1996) - para analisar o processo de regulação da assistência médico-hospitalar do SUS permitiu identificar e tomar como referência o espaço de disputa da política de saúde – CNS e CIT. Como também permitiu o acompanhamento do comportamento dos principais atores que atuam neste cenário destacado, possibilitando o entendimento da dinâmica e da complexidade deste processo. Por sua vez, a teoria de Alford (1975) complementa nossa compreensão ao identificar e, ao organizar este olhar para os interesses estrategicamente estruturados na dimensão institucional do sistema de saúde brasileiro.

7.2 Modelo assistencial médico-hospitalar e os Interesses Estruturais nos anos 90

No período anterior a conformação do atual sistema de saúde brasileiro, observa-se um modelo sanitário onde a assistência a saúde estava associada à previdência social, institucionalizada através do INAMPS. A crise sanitária decorrente do esgotamento do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1993) com práticas médicas excludentes e ineficazes, tiveram como consequência o aumento dos custos, a baixa esperança de vida, elevadas taxas de mortalidade infantil e limitado acesso a serviços para uma significativa proporção da população. Essa situação é muito parecida com àquela retratada por Alford (1975) na década de 60 em Nova Iorque, daí a utilidade das suas categorias no atual estágio de reforma sanitária brasileira e na implementação do SUS.

A complexidade e agravamento deste quadro, tendo como pano de fundo uma profunda crise econômica coincidente com um processo de transição democrática, geraram a necessidade de alteração da configuração do sistema de saúde brasileiro. Neste período, surgem novos sujeitos sociais, defensores de uma ideologia solidária, que se organizaram para restabelecer a democracia e Reforma Sanitária no Brasil, com vistas à universalização do acesso a saúde. Estes grupos de interesses no contexto da história das políticas de saúde no Brasil passa a ser categorizado por esse estudo como os *interesses estruturais reprimidos*, pois se articula em torno de um processo de Reforma Sanitária que propõe mudanças estruturais na sociedade brasileira, visando justiça social e redistribuição com a universalização do acesso a saúde.

A Constituição cidadã de 1988 consolida jurídica e institucionalmente as diretrizes do Movimento da Reforma Sanitária, e apresenta um conceito abrangente de saúde, representando um marco fundamental, um divisor de águas de um modelo de seguro social ('Inampiano') para a seguridade social, com a criação do Sistema Único de Saúde. O direito universal à saúde assegurado pelo texto constitucional representou um grande avanço, na medida em que provoca uma ruptura com o modelo corporativo de benefícios e assistência médica, ao eliminar a contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde. Neste processo aparecem grupos bastante articulados e organizados para defender os interesses do seguimento dos prestadores de serviços conveniados com o SUS, que tentam sobreviver vendendo serviços de assistência ao Estado Brasileiro, através do SUS, neste estudo esses grupos foram caracterizados como interesses estruturais desafiadores.

Por outro lado, a expansão da universalização do sistema de saúde veio acompanhada de vários obstáculos e dentre eles os mecanismos financiamento insuficientes, gerando especialmente uma visível queda de qualidade dos serviços públicos, o que acabou por "expulsar" usuários provenientes de segmentos das camadas médias e do operariado mais qualificado.

Nos anos 90, com a reforma do aparelho administrativo do Estado, que redefiniu o seu papel de regulador, ampliando os direitos sociais e promovendo a competitividade, segundo a visão de que o espaço público é mais amplo do que o estatal, favoreceu o surgimento e a expansão do setor privado. O governo federal fomentou, em diferentes ocasiões anteriores ao SUS, o surgimento e a expansão do

setor privado, prestador de serviços de saúde, quer seja pela contratação das emergentes empresas médicas, quer seja pela abertura de linhas de financiamento subsidiados voltados ao seu crescimento de sua estrutura (MEDICI, 2003).

De acordo com Pereira (2004) como conseqüência das próprias fragilidades das políticas inclusivas e universalistas de saúde é que se desenvolve e se consolida a saúde suplementar, ou seja, as falhas de governo consolidam o setor privado de saúde suplementar. Assim, os prestadores privados de serviços médico-hospitalares mais organizados migraram na sua estratégia, com os recursos gerenciais e a estrutura de atendimento para os consumidores privados, individuais e empresariais (FARIAS; MELAMED, 2003). A expansão da Saúde Suplementar nas últimas décadas foi significativa (MALTA, 2004), estima-se que em 2007 cerca de 37 milhões de brasileiros estavam cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondeu a 20% da população do país (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).

Os *Interesses Estruturais Dominantes* representados pelos grupos que atuam no mercado de saúde suplementar para prestarem atendimento a consumidores privados, individuais e empresariais e suas ações contrárias ao sistema público ao longo desse processo, promoveram a saída dos prestadores privados organizados e o afastamento da classe média que favoreceu o sucateamento do SUS e o crescimento deste complexo pólo de serviços médicos privados.

A denominada universalização excludente (FAVARET FILHO; OLIVEIRA, 1990) é um fenômeno complexo observado no sistema público de saúde brasileiro porque acarreta, por um lado, uma incorporação crescente das classes mais despossuídas, e por outro, a expulsão de grupos sociais de maior renda para o sistema privado de assistência médica supletiva. Neste trabalho esses grupos são identificados e categorizados como *interesses dominantes* ligados a mercado privado com fins lucrativos. Esses interesses estão associados a uma resistência velada ao SUS, contrários aos *interesses estruturais reprimidos*.

7.3 Fragilidade do papel regulador do CNS e o processo de captura da regulação na Assistência Médico-Hospitalar no SUS

As evidências empíricas encontradas neste estudo mostram uma série de entraves quanto ao cumprimento dos princípios constitucionais e critérios estabelecidos pela Lei Orgânica de Saúde nº. 8.080, onde o financiamento deveria ser implementado de acordo com o art. 35. Neste artigo, se define com precisão os critérios e a forma de aplicação e redistribuição de recurso no SUS. Assim como, no corpo desta lei ficam claras as formas de contratação e pagamento de serviços terceirizados quando necessários, complementarmente; o gerenciamento completo da rede; planejamento, controle e avaliação, com cumprimento dos requisitos legais do sistema. A forma de financiamento do SUS que ainda é, após mais de vinte anos de promulgação da constituição, objeto de disputa política central - nos espaços onde os interesses estruturais se expressam - para sua regulamentação definitiva do fluxo estável de recursos fundo-a-fundo. A Emenda Constitucional nº. 29 que se arrasta há anos no Legislativo e é deliberadamente desrespeitado pelo Executivo, quando se usa de artifícios para 'compor' a prestação de contas dos gastos com saúde, é uma evidencia clara desse processo de disputa dos grupos de interesse estruturados na saúde.

Considerando a diversidade de grupos de interesses que transitam no SUS, em espaços institucionais de disputa, como o Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, onde se dá a regulação do SUS, observa-se nitidamente que o processo de regulação no SUS tem forte participação dos agentes regulados. Esses grupos tracionam benefícios para os *interesses estruturais desafiadores*, dentro de uma lógica em que se opera o processo de regulação da assistência a saúde no CNS e CIT. Sendo assim, parece que esta situação fruto de efeitos não antecipados pela Reforma Sanitária, como afirma PEREIRA, (1996), se desenvolve num espaço favorecido e legitimado por um cenário de participação democrática.

A regulação da assistência à saúde no SUS sofre grande influência da atuação dos grupos de interesses do setor privado conveniado. Neste caso particular, a captura regulatória, que é um conceito associado à falhas observadas nas agências reguladoras independentes que regulam favorecendo a indústria

regulada (STIGLER,1971;KAY & VICKERS,1988; FIANI, 2004) também se observa no SUS. No modelo tripartite adotado no SUS ocorre o mesmo fenômeno de captura pelos regulados dos espaços institucionais destinados a regulação. Conforme podemos constatar na atuação dos representantes dos diversos segmentos que atuam em nome do setor público de direito privado defendendo seus interesses no CNS. Esse fenômeno pode ser comprovado pela ambigüidade e fragilidades encontradas em evidências documentos da regulação da assistência no SUS.

Assim sendo, a universalização excludente em parte pode ser justificada pela frágil capacidade de regulação do Conselho Nacional de Saúde que ajuda a desviar a implementação do SUS de suas bases constitucionais para o interesse dos prestadores de serviço que tem uma relação comercial com o SUS. A análise de conteúdo das atas do CNS revela que, o CNS não assume plenamente o seu papel atribuído constitucionalmente e que estava sendo preterido das discussões centrais da política de saúde. Neste período, o Ministério da Saúde adota um papel centralizador, atribuindo uma agenda secundária as discussões do CNS. Esta postura do MS apóia o *interesse estrutural desafiador* e impõe dificuldades para repartir o poder na formulação e condução da política setorial, contrariando em certa medida os interesses da reforma sanitária recentemente implantada, mais especificamente os *interesses estruturais reprimidos* da reforma.

Outro fator relevante é o inegável o avanço conquistado pelo processo de descentralização das ações e serviços de saúde para a assistência médico-hospitalar no SUS. Entretanto, algumas questões como a perda de escala, decorrente da municipalização autárquica e da manutenção de hospitais de baixa complexidade para a prestação de serviços privados conveniados com menos de 50 leitos e sem resolutividade não se sustenta no mundo real. Apenas com o suporte de grupos de interesse atuando dentro do estado faz com que essas organizações sobrevivam.

Esses hospitais foram credenciados há décadas e submetidos à lógica da produção da medicina previdenciária que determinou o número de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) para cobrir seus custos, que independente da sua eficiência e qualidade dos serviços prestados tem sido mantidos com suporte do Ministério da Saúde as suas ações. A ausência de uma política de regulação efetiva no SUS explicita problemas como presença de leitos em excesso e a falta de vagas para diversas modalidades de tratamento, fulcro da necessidade de regulação do

sistema no que se refere à adequação da oferta à demanda, e, conseqüentemente, à questão da resolutividade e racionalidade, destorcendo a prestação da assistência a saúde para o interesse do prestador.

Para reforçar nossa linha de argumentação tomamos como referência a assistência médica prestada no período anterior ao SUS que era garantida aos segurados contribuintes do INAMPS pela compra de serviços privados contratados e credenciados pagos por procedimentos realizados. Os dados eram contabilizados em sistemas de informação hospitalar e ambulatorial criados inicialmente para fins de apuração dos custos e pagamento de prestadores de serviço.

O modelo de regulação centrava-se no controle dos gastos, apoiado num burocrático conjunto de regras e fluxos, que passou a direcionar o tipo de assistência prestada pela rede credenciada para uma lógica de produção de atos isolados e de maior custo. O padrão de relação mercantil produtivista caracterizou a assistência no Brasil para aquela população segurada. Estes aspectos podem ser relacionados a interesses estruturais, interesses esses que são servidos pela lógica do funcionamento das instituições do SUS na atualidade. Neste caso esse processo era determinado pela atuação dos grupos de interesses do setor privado conveniado a previdência pública anterior ao SUS. Outro ponto importante observado é a resistência ou os obstáculos oferecidos pelos *interesses estruturais dominantes*, contrários a reforma sanitária brasileira, que eram representados por este segmento no interior do próprio INAMPS que migraram para a saúde suplementar.

A lógica da compra de serviços dos prestadores conveniados foi transferida para o SUS e inclusive estendida a sua rede própria estatal, que passou a funcionar com base nesses mesmos princípios com a NOB/91. Neste período, toda a rede pública estatal passou a se comportar da mesma forma que as organizações da rede privada credenciada, como se estivesse na condição de prestadores de serviços, remunerados pela tabela de procedimentos do INAMPS ao governo federal. O financiamento do sistema seguiu a lógica de produção de serviços, catalogados a partir de então no SIA e SIH, baseados na lista de procedimentos médicos do tipo *Disease Related Groups* (DRG).

Esses procedimentos racionalizadores, outrora aplicados aos prestadores privados contratados pelo sistema previdenciário, buscavam controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados e foram adotados pelos gestores do SUS desde 1990, havendo poucas mudanças desde então nas

micro-relações e nos procedimentos padrões da compra de serviços por dentro do processo de municipalização do SUS. Podemos associar estes fatos aos *interesses dominantes e desafiadores* que dão suporte a compra da produção de serviços hospitalares e os mecanismos de controle e avaliação burocratizados como foram traduzidos como sinônimos de regulação da assistência - *microregulação*, ou seja, reduz-se a esfera operacional a capacidade de regular o sistema. A microregulação no SUS também sugere contornos de um processo histórico de trajetória de dependência (*path dependence*).

Neste sentido, a prática do pagamento por produção de serviços favoreceu os estados e municípios com melhor situação econômica, pois os tetos financeiros foram estabelecidos a partir da capacidade instalada, privilegiando as ações individuais de assistência hospitalar em detrimento das ações de saúde reguladas para suprir necessidades centradas nos usuários do sistema. Esta lógica prevalece e apresenta-se como um processo fortemente induzido pelo *interesse estrutural desafiador* no processo de regulação da assistência médico hospitalar do SUS.

O setor credenciado, tanto no INAMPS quanto no SUS, atua para canalizar recursos para essa rede independente da necessidade e demanda real, ou seja, a oferta cristalizada passou a determinar a demanda. Podemos verificar isto na atuação dos representantes das EPSS no CNS e na postura adotada por alguns Ministros da Saúde na condução da política de saúde, junto ao CNS e CIT, incorporado na figura de Adib Jatene nos governos Collor e Cardoso.

A fala do atual presidente do CNS, que atribui ao setor complementar à definição de 'regras' onde a oferta condiciona a demanda na assistência médico-hospitalar no SUS, reforça a idéia de que os *interesses estruturais desafiadores* estão presentes nesta arena institucional e favorecem os prestadores particulares conveniados a serem bem sucedidos na captação de recursos na assistência médico-hospitalar. Isto se observa tanto do ponto de vista da posição que ocupa em número de leitos e internações dentro do sistema - mais da metade da oferta de serviços que coloca em questão a sua complementaridade ao SUS – quanto condicionam à oferta de serviços mais "lucrativos" a demanda dos usuário/sistema, independente das reais necessidades da população. Além dos incentivos financeiros mencionados, não podemos esquecer que grande parte destas instituições gozam de benefícios fiscais concedido legalmente pela condição de filantropia.

Observam-se também outros fatos que apontam uma nítida atuação de diversos grupos de interesses no setor saúde, que ilustra a posição dos *interesses estruturais dominantes*, quer seja pelo interesse dos grupos da área econômica do governo Cardoso que, no interior do Estado, trabalhavam numa vertente neoliberal de ajuste fiscal e restrição orçamentária para as áreas sociais, e conseqüentemente para o SUS conforme discute Elias (1997), Mansur (2001), Mendonça (2004), Reis *et al.* (2007). Quer seja, pelas transferências de encargos no processo de municipalização da saúde em curso, como apontam Texeira (1991), Fleury *et al.* (1997), Vianna (2000), sem a garantia de fontes de recursos financeiros consistentes ou estabelecer fontes estáveis para o financiamento da saúde pública, aspectos discutidos por alguns autores como Piola (2001) e Costa (2002) que quebraram as bases de sustentação do SUS.

A política setorial de responsabilidade sanitária descentralizada (*interesses estruturais desafiadores e reprimidos*) que foi desencadeada pela implantação do SUS, traz consigo muitos desafios. Tanto pela diversidade de problemas político-administrativos oriundos da esfera municipal, tais como a limitação da rede assistencial e da capacidade de alocação de recursos financeira que são permeados pelo acirramento de interesses na disputa local (SILVA, 2001; VIANA, 2001; TREVISAN, 2007) como pela sua baixa capacidade regulatória.

Como também aponta Dain (2004), neste período, o Ministro da Saúde aparece como representante dos 'interesses privados', pois apesar de justa a reivindicação de garantir mais recursos para a saúde, favoreceu o setor privado conveniado na disputa pela enorme fatia de recursos financeiros na prestação de serviços que parece ter contribuído para os (des)caminhos da assistência médica-hospitalar no SUS (FARIAS *et al.*, 2009).

Observamos ainda a presença de deputados da Frente Parlamentar da Saúde presentes na arena do CNS apresentando posição crítica em relação ao governo Cardoso, onde é retratado de forma caricata o Estado mínimo proposto pelo governo neste período, ao qual podemos interpretar como *interesses estruturais dominantes* no setor saúde, que funcionam numa lógica de mercado, ofertando serviços com suporte da renúncia fiscal para os que tem poder aquisitivo e o governo se desresponsabiliza pela saúde dos "despossuídos".

Por outro lado, observa-se também a posição do representante das EPSS que explicita os interesses das entidades filantrópicas, apelando para o histórico da

beneficência religiosa e que assim justifica a busca ou captação de recursos públicos devido a “falhas do governo”. A sobrevivência destas entidades através do mercado de assistência, via setor suplementar, para as classes C e D - indivíduos carentes e pouco exigentes é fortemente defendida dentro do processo de regulação investigado no SUS.

7.4 Avanços e descompassos no processo de regulação do SUS

Apesar das mudanças políticas exigidas pelo processo de reforma sanitária, os mecanismos de regulação pactuados não foram capazes de mudar os padrões e as características gerais da assistência no SUS. A série histórica da oferta de serviços e a lógica de controle e avaliação quantitativos estabelecidos pela assistência previdenciária do extinto INAMPS foram reproduzidas, mesmo diante de profundas mudanças no arcabouço jurídico-legal e alterações incrementais no processo normativo. A NOB 96 estabeleceu tetos financeiros globais para os municípios e passou a definir novos papéis aos entes sub-nacionais, sobretudo com destinação de recursos para atividades não-assistenciais, tais como ações de vigilância, porém, na prestação de serviços de assistência, a lógica Inampiana se perpetuou até nossos dias mantendo a forma de pagamento por produção incorporada no teto da assistência.

Neste sentido, a manutenção da prestação de serviços, que apresenta forte descompasso com o poder de resolutividade e necessidades da população, simplesmente reproduzindo a série histórica de autorizações de internação hospitalar, é uma evidência da fragilidade do processo regulatório. Esses achados de pesquisa apontam que as faturas apresentadas pelos prestadores ao órgão previdenciário que centralizava essas funções, após o processo de municipalização, foram simplesmente transferidas para o gestor municipal autorizar, reforçando o descaminho na assistência médico-hospitalar no SUS quando toma-se como referencia os marcos legais do SUS.

A NOAS 01/02 propôs mecanismos de controle, regulação e avaliação no sentido da reorganização da assistência em cada nível do governo. Popularizou o termo regulação entre os gestores, contudo sua imprecisão conceitual permitiu a

redução do termo a questões relacionadas ao controle do acesso de usuário as ações e serviços do SUS. Embora Mendes (2007) discuta que o principal problema da NOAS SUS 01/02 consistiu no seu foco, dirigido para a gestão da oferta e, portanto, reproduzindo o erro de concepção das NOBs anteriores, analisando em profundidade o texto, com olhar para a regulação explícita inserida na norma, verifica-se que apenas essa argumentação não é suficiente para compreender a manutenção dos problemas no SUS. A NOAS está fundamentada na necessidade de reconfigurar o sistema de base municipal para uma nova base loco-regional e isto enfrenta forte resistência diante da concepção municipalista prevalente, sobretudo quando é proposta a retomada do papel de condução da organização da assistência reguladas pelas secretarias estaduais no processo de regionalização. A construção de um sistema funcional impõe novas relações e certamente tem conseqüências para a provisão de serviços de saúde, ainda fortemente baseados no extinto mercado previdenciário. Esse é o verdadeiro problema que se arrasta há décadas no Brasil e que fez a NOAS e seu processo confuso de regulação algo de difícil condução.

A NOAS poderia de fato atacar os problemas advindos da frágil regulação da assistência à saúde e conseqüentemente da oferta e distribuição de serviços que tem por base a persistência das relações do mercado previdenciário no SUS. Pois, a oferta de serviços no Brasil se baseia na série histórica de procedimentos realizados e contratados pela previdência pública, com forte interferência política, na qual a prestação de serviços foi definida pelos ofertantes dentro da lógica do mercado cativo, criado nas décadas anteriores à implementação do SUS. No contexto da medicina previdenciária, a prioridade era dada pelo mercado para a realização de procedimentos mais rentáveis, em serviços onde existia, logicamente, maior número de clientes consumidores com vínculos formais de trabalho.

Os *interesses estruturais desafiadores* presentes na assistência médico-hospitalar foram reforçados com a edição da NOAS, que mesmo diagnosticando o problema, o gestor federal, após 14 anos de vigência do SUS (1988-2002) propõe medidas fragmentadas; modalidade de pagamentos parciais; controle, avaliação e regulação baseados em acompanhamento das AIH e protocolos médicos definidos pelas Centrais de Regulação, mas que não modifica significativamente o modelo de contratualização e da regulação da assistência médico-hospitalar.

Esta realidade gerou inúmeras distorções, como o excesso de oferta, alta concentração de serviços e superposição de prestadores e ações, onde notadamente já existia mercado consumidor com maior potencial em cidades maiores e nas regiões mais desenvolvidas, conforme podemos constatar na evolução do perfil da assistência médico hospitalar no SUS. Também criou gargalos estruturais para algumas necessidades assistenciais importantes mal remuneradas ou que apresentam baixa rentabilidade, resultando em filas e listas de espera inaceitáveis.

7.5 Fragmentação e fragilidade no processo de regulação

A baixa capacidade de regular a ação desses agentes privados, no processo de reforma estrutural é um problema prioritário na agenda dos gestores em todos os países que garantem o direito universal e permitem a participação crescente do setor privado na provisão dos serviços de assistência. O Brasil apresenta inúmeras contradições quando se observam os marcos regulatórios legais pactuados e a implementação do sistema.

Alguns estudos (SANTOS & MEHRY, 2007; MATOS & POMPEU, 2003; CASTRO, 2002); atribuem características de um “modo *cartorial*” na implantação do SUS, isto reflete no processo de regulação da assistência médico-hospitalar. Neste estudo constatamos algumas ocorrências deste fenômeno (a) nas modalidades de contratação dos prestadores de serviços, (b) no tipo de procedimento realizados e (c) na vinculação do profissional médico a estes serviços (Tipo 7).

A ausência de contrato formal de parte dos prestadores de serviços privados conveniados/contratados ao SUS é um fenômeno que salta aos olhos, estudo desenvolvido por Matos & Pompeu (2003) sobre a contratação de prestadores privados de serviço de saúde sugere que apenas 13,11% da rede privada vinculada ao SUS têm sua situação contratual formalizada. Em nosso estudo encontramos uma situação oposta, onde apenas 18% não possuíam contrato formal. Vale ressaltar, porém esse dado corresponde apenas à amostra dos 50 hospitais com maior faturamento no SUS. Embora pareça pequena esta proporção estamos tratando de situações ilegais e/ou irregulares que envolvem milhões de recursos

públicos despendidos anualmente e que deveriam estar sob o rigor e a legalidade do processo de regulação da assistência médico-hospitalar. Além disso, estes aspectos têm causado prejuízos e gastos não focalizados nas prioridades assistenciais em bases epidemiológicas consistentes.

A fragmentação dos instrumentos normativos, através da publicação parcial das portarias sobre a regulação dos serviços/contratos com incentivos financeiros para os prestadores formalizasse os contratos ocorreu em 2004, retardou o controle dos serviços e procedimentos contratados conforme a necessidade mais apropriada por parte dos gestores, ou seja, até então prevalecia à lógica da oferta condicionando a demanda.

Apesar da definição de critérios para a organização e formalização de contrato de gestão e metas para os estabelecimentos hospitalares definidos pelas portarias nº.: 1.702/04 (Hospitais Filantrópicos de Ensino), 1.044/04 (Hospitais de Pequeno Porte), 852/05 (Hospitais Psiquiátricos), 1.721/05 (Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos - PRCHF) e da PT/SAS nº. 635/2005 (Regulamento Técnico do PRCHF), observa-se que dentre os critérios adotados o parâmetro da produção dos últimos 12 meses foram levados em consideração para a definição dos contratos, reforçando as distorções ou, contraditoriamente, formalizado a lógica da demanda condicionar à oferta de serviços a população. Apesar das normas vigentes, a contração da rede prestadora de serviços apresenta falha, é limitada e ainda não assumida plenamente pelas esferas de governo.

No caso do Código 7, verificamos uma complexidade de fatores que geraram muitos entraves, adiamentos e indefinições no enfrentamento deste problema no âmbito do CNS e CIT. Os *interesses estruturais desafiadores* presentes no SUS, tais como: monopólio médico, lógica de mercado no setor público de saúde, ampliação da participação e captação de recursos públicos pelo setor conveniado privado complementar ao SUS via assistência médico-hospitalar, foram confrontados com os *interesses estruturais reprimidos*.

Assim a crise observada e a questão da eficiência nos gastos públicos, a municipalização da saúde, o vínculo e remuneração de RH no SUS, só para citar alguns exemplos, persistem como grandes obstáculos para os *interesses estruturais reprimidos*. A regulação adequada dos profissionais e prestadores particulares privados conveniados na assistência médico-hospitalar no SUS, a oferta de serviços

em quantidade e qualidade conforme os princípios de cidadania estabelecidos na CF de 1988 são questões ainda hoje em processos de disputa nas arenas institucionais.

O código 7 é considerado um problema sem solução definitiva, tendo em vista o limite temporal definidos para a análise dos instrumentos normativos realizada por este estudo, que foi de 1988 a 2007. Apesar das definições de várias portarias desde 2003 que obrigam os prestadores conveniados/contratados a fazerem o pagamento de médicos e dentistas como profissionais autônomos vinculados a estas unidades, liminares concedidas pelo judiciário, mantêm o pagamento do Ministério da Saúde diretamente na conta destes profissionais.

Os instrumentos de regulação têm se mostrado ambíguos, frágeis e confusos de pouca valia na prática da avaliação dos serviços no SUS, isso se dá em consequência da forte atuação dos grupos de interesses dos prestadores privados conveniados nas arenas de decisão, caracterizando um processo de captura regulatória, conforme os achados deste estudo.

A publicação da Portaria MS nº. 3.277/2006 institui novas diretrizes para a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS. Como um pressuposto da nova política de regulação na reformulação da normatização do setor e da exigência de contratação dos prestadores estipulada na Portaria MS nº. 399/2006 do Pacto pela Saúde as diretrizes tornaram-se imperiosas.

Atualmente, criam-se novas expectativas devido à publicação desse Pacto, processo de ampla discussão que redefiniu as responsabilidades sanitárias dos gestores do SUS e estabeleceu novas diretrizes para a gestão do sistema. Mais recentemente, com a definição da Política Nacional de Regulação em 2006, o MS vem disseminando mais “um novo conceito” de regulação estatal sobre o setor saúde: “entendida como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas”. Apesar dos avanços legais e normativos, no mundo real pouca coisa mudou, persistindo os problemas identificados desde a NOAS/2001, que se tornam ainda mais ambíguos devido a esse esvaziamento conceitual e pela baixa capacidade operacional na efetivação dos pactos.

Com a vigência atual do Pacto pela Saúde, modifica-se a forma de remuneração do sistema com a adoção de 5 blocos de financiamento e modalidade de pagamento dos serviços hospitalares por pacotes de serviços de atenção básica, média e alta complexidade. A atuação dos grupos de interesses dos prestadores

privados no SUS - situação observada neste estudo como de captura no processo de regulação da assistência médico-hospitalar - torna vulnerável o cumprimento destas regras na prestação de serviços, a partir dos procedimentos hospitalares de atenção básica remunerada por meio do componente fixo, e a assistência de média complexidade orçamentados, que estão dispostos em dois componentes, um fixo, relacionado às metas físicas e outro variável conforme o cumprimento de metas de qualidade da atenção e gestão. A definição de pacotes assistenciais para a contratação sem o devido controle pode agravar a situação de assistência e qualidade de serviços prestados aos usuários do SUS. A incipiência, fragilidade e fragmentação dos mecanismos regulatórios verificados ao longo da história do SUS também podem comprometer a qualidade e, conseqüentemente, a confiabilidade dos dados registrados no SIH, hoje ferramenta importante de análise do SUS.

7.6 A questão da complementaridade do setor conveniado/ contratado ao SUS

Outro fenômeno importante observado no processo de implementação do SUS é a enorme participação do setor privado complementar, isto fica evidente quando analisamos a evolução do perfil das internações hospitalares no SUS entre 1990 a 2007, onde constatamos que apesar do crescimento significativo do setor público, tanto no número de leitos, quanto nas internações; e da proporcional redução quantitativa da produção dos hospitais conveniados, paradoxalmente o setor complementar permanece com o mesmo patamar em relação ao valor pago das internações.

Demonstra-se ainda que os hospitais conveniados (prestadores privados com fins lucrativos e filantrópicos) sempre se mantiveram num patamar acima dos hospitais públicos estatais, seja no quantitativo total das internações e acentuadamente em relação ao total pago. Ou seja, a análise revela que além da falsa complementaridade do setor privado/conveniado, que nasce e permanece suplantando os hospitais públicos, houve uma migração destes para a realização de procedimentos com o custo médio mais elevado, principalmente nos hospitais filantrópicos que são duplamente favorecidas, pelo aumento do valor médio das internações e pelos benefícios fiscais. Isto confirma parte da nossa hipótese de que

os interesses representados pelo setor conveniado/contratado ao SUS atuaram na assistência médico-hospitalar favorecendo este setor e maximizando seus benefícios na rede de assistência à saúde do SUS.

Os resultados da Pesquisa da AMS (2005), com relação à internação, mostram que a maioria expressiva das unidades privadas com internação atende ao SUS, e estas dentro do sistema representam mais de 2/3 do total de internações hospitalares. Apesar da Constituição de 1988 assegurar aos cidadãos o direito à saúde e ao acesso universal e equânime às ações e serviços para sua promoção e recuperação, contraditoriamente, cresce progressivamente as queixas em relação a limites de acesso, à qualidade e às carências nos serviços de saúde, principalmente na média e alta complexidade, ocupadas majoritariamente pelo setor privado complementar. Isso faz crer que a flexibilidade advinda da contratação de organizações não-governamentais, filantrópicas, privadas e/ou de qualquer outra natureza, carece de forte componente regulador para o alcance da missão do sistema.

Apesar dos hospitais filantrópicos terem reconhecida importância e participação fundamental no SUS, padecem de crises determinadas por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial, à gestão e ao processo de inserção no sistema loco-regional de saúde, como descreve a Portaria GM/MS nº. 1.721/2005 que cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Entretanto, vale ressaltar que a trajetória sinalizada para a modernização dos hospitais públicos, tais como as flexibilizações nas contratações, nas compras e nas aquisições de insumos, etc. já fazem parte da realidade destas instituições e mesmo assim demonstra grande incapacidade na condução gerencial necessitando por vezes do socorro governamental.

A relação entre a oferta da assistência médico-hospitalar pública e privada conveniada é, porém, muito mais complexa. Do lado dos provedores privados, o que se observa é uma diversidade de relações de credenciamento. Um mesmo estabelecimento pode, por exemplo, ser conveniado ao SUS, credenciado a uma ou mais operadoras do setor suplementar e utilizado por indivíduos e famílias de forma privada. Acrescente-se a isto, a judicialização do acesso a procedimentos assistenciais de médio e alto custo, que aprofundam a iniquidade e insustentabilidade do sistema.

Por outro lado, os dados sugerem que, na prática, os serviços são utilizados primordialmente por pessoas pobres e que nos hospitais públicos só estão disponíveis em sua maioria os serviços de baixa complexidade e qualidade, enquanto que os filantrópicos e privados parece ter sido favorecidos na alocação de recursos do SUS.

O perfil das internações hospitalares no SUS suscita discussões sobre a complementaridade dos prestadores privados com fins lucrativos e filantrópicos. Os achados deste estudo corroboram com questionamentos feitos por alguns autores como Costa (1989) e Carvalho (2001) sobre a ‘nebulosa’ participação complementar e regulação do setor conveniado. A aparente abertura para a contratação terceirizada representou a descaracterização do caráter público-estatal de parte do SUS, ainda que a LOS 8.080 permita a complementaridade do privado, configurando-se como uma forte atuação do *interesse estrutural desafiador* na implementação do SUS.

Podemos verificar que esta complementaridade não se dá nem na quantidade ou no montante pago aos prestadores conveniados/contratados. Pois se os serviços de saúde público-estatal são prioritários na definição do marco regulatório do SUS estes não deveriam ser a maior parte? Além disso, as evidências do perfil de internações sugerem que os serviços mais especializados e complexos estão concentrados no eixo sul-sudeste e nas principais capitais do país – neste caso os serviços privados conveniados/contratados não deveriam complementar a rede SUS interiorizando a assistência?

Crítérios tais como o epidemiológico referido na LOS 8.080 (art. 7) desde 1990 e demográfico (NOB 01/96) inserido para a elaboração dos pactos (PPI) e repartição de recursos desde 1996, ainda não se configuram como referência concreta para a definição de necessidades em saúde no país. Conforme constatamos nos relatos das atas da CIT e CNS, pelo lapso de tempo decorrido entre as sucessivas protelações e imprecisões para a regulamentação do art. 35 da LOS 8.080, que não é base para nenhum processo de pactuação do SUS desde sua implementação.

Por outro lado, não é estranho que a sucessão de portarias, desde 1993 até 2007, que regulamenta os critérios de necessidades assistenciais levam sempre em conta a capacidade instalada e a série histórica dos serviços apesar de todas as críticas. Mesmo diante evolução normativa do SUS e questiona-se: Por que a

capacidade instalada dos serviços contratados ainda condiciona e determina os critérios de definição de necessidades nas portarias mais recentes do Ministério da Saúde?

As respostas para tantos questionamentos no processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS residem na complexidade de implementação de uma das maiores políticas sociais já desenvolvidas no Brasil. Este estudo não intenciona dar respostas a todos estas questões, até pelo alcance do nosso método aplicado no âmbito institucional do sistema nacional de saúde. No entanto, certamente parte das explicações para este fenômeno encontra-se nos *interesses estruturais* que dominam as arenas decisórias (CIT e CNS) e que limitam e tencionam a política de saúde para o cumprimento dos princípios doutrinários (*interesses estruturais desafiadores e reprimidos*) inscritos no texto Constitucional. Neste tópico, torna-se premente a implementação de instrumentos que possibilitem precisar, com a maior exatidão possível, a necessidade complementar à rede pública.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação é uma função precípua do Estado que no setor saúde apresenta-se como um fenômeno amplo e complexo. Este estudo analisou as características do processo de regulação no Sistema Único de Saúde e suas implicações para a prestação de serviços na assistência médico-hospitalar entre 1990 a 2007.

A pesquisa atingiu seus objetivos na medida em que identificou, a partir da elaboração de um esquema analítico referenciado pela dimensão do neoinstitucionalismo histórico e dos interesses estruturais, que o processo de regulação da assistência médico-hospitalar no SUS encontra-se capturado pelos grupos de interesses do setor conveniado/contratado, componente da rede complementar do sistema público brasileiro, mantendo e tracionando benefícios seletivos por dentro do seu processo de implementação do SUS.

O modelo regulatório adotado no SUS é burocrático do tipo estatal normativo, universalista e escalonado, com vários órgãos públicos envolvidos neste processo (Ministério da Saúde, Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores, além das funções do legislativo e judiciário). Também se verifica a presença do modelo de regulação por agência (ANVISA, ANS).

As evidências encontradas na análise do marco regulatório de base jurídico legal, pelo movimento dos principais atores que atuam no espaço de disputa da política de saúde – CNS e CIT - associado ao que foi verificado no perfil das interações internação nos ajudaram a comprovar a hipótese desse estudo de que fortes interesses representados pelo setor conveniado/contratado ao SUS atuaram na assistência médico-hospitalar produzindo uma regulação capturada e fragmentada, que favoreceram este setor maximizando seus benefícios

A concessão feita pela Constituição Federal de 1988 ao setor privado (com fins lucrativos e filantrópicos) em participar de forma complementar ao SUS fez com que esse *interesse estrutural desafiador* contribuísse para o enfraquecimento do papel regulador do Conselho Nacional de Saúde ocupando-se estrategicamente desse espaço e mantendo seus privilégios históricos como ocorreu na medicina previdenciária no antigo INAMPS. Neste sentido, a regulação da assistência à saúde no SUS é algo incipiente e ainda insatisfatório para os padrões exigidos atualmente pela sociedade em termos de oferta, acesso e qualidade da assistência prestada.

A implantação do SUS trouxe um aumento significativo da demanda, com a inclusão de segmentos antes excluídos. Em quase 20 anos de história do SUS, o setor conveniado desenvolveu-se em um extraordinário contexto institucional de incipiente regulação, com incentivos fiscais e ausência de barreiras para o credenciamento, aspectos que representam os interesses estruturais dominantes no sistema de saúde brasileiro. Grande parte desse setor foi incorporado automaticamente pelos compromissos assumidos e herdados dos grupos de interesses históricos que povoaram o INAMPS e a medicina previdenciária. Esse nítido descompasso é fruto dos efeitos das disputas dos atores sociais presentes na arena do setor saúde - espaço democrático - com participação plural e legitimada pelos preceitos constitucionais.

Cabe aos atores interessados em garantir o caminho da saúde para todos, inscrito na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde, como um direito de cidadania, tracionar o movimento no rumo à outra direção, mantendo vivos os princípios e diretrizes do SUS – *interesses estruturais reprimidos*. Para a qualificação do processo regulatório é preciso trabalhar com a concepção ampla de regulação de todo o sistema, no qual diversas ferramentas de gestão têm o potencial de ajudar a equacionar, coordenar e melhorar a assistência.

Este cenário sugere que os grupos de interesses do setor privado complementar que atuam no SUS parece ter sido bem sucedidos na captação de recursos financeiros públicos e na ampliação de seu espaço político e na rede de serviços de assistência hospitalar. Os mecanismos de regulação são frágeis, insuficientes e tímidos, como já ressaltado em estudos recentes sobre as políticas de saúde no Brasil.

Apesar de um amplo marco regulatório e o aprimoramento da conceituação e das medidas adotadas na assistência médico-hospitalar estas não foram suficientes para alterar significativamente o padrão cartorial do controle e avaliação, na adoção de parâmetros de necessidades, no perfil das internações hospitalares no SUS. Observa-se a ausência de uma política de regulação mais consistente no período estudado.

O corpo teórico e metodológico de análise de políticas adotado neste estudo composto por um esquema analítico com base no neoinstitucionalismo histórico e nos interesses estrategicamente estruturados contribuíram para ampliar o entendimento e o debate acerca do complexo processo de implementação do SUS,

além de mostra-se como potencial instrumento para futuros estudos que busquem a identificação de aspectos na realidade político institucional do setor saúde.

A finalização desse estudo torna-se relevante pelas considerações e referências a respeito da regulação da assistência médico-hospitalar que ainda são muito incipientes e escassas na literatura nacional. Outro ponto identificado é pela difusão por parte do gestor federal em alguns períodos de documentos que associam a regulação do acesso, controle e avaliação aos serviços de saúde como sinônimo de regulação da assistência à saúde. A situação chega até mesmo ao desconhecimento ou a imprecisões pelo uso coloquial do termo regulação por profissionais e gestores do SUS. Assim, este estudo cumpre mais um propósito em trazer fundamentos para ampliar as reflexões na condução do processo político institucional da política de saúde no país.

O movimento da rede hospitalar privada no SUS merece uma análise mais aprofundada devido à dinâmica das transformações que vêm ocorrendo. A regulação, contratualização e oferta de serviços hospitalares, numa lógica de mero cumprimento burocrático, levaram e mantiveram (in) conseqüentes pulverizações de recursos públicos e, de fato, reforçam os (des) caminhos da implementação do SUS e o quadro que se observa na assistência médico hospitalar no Brasil, com desperdício de recursos e o uso de instrumentos desconexos de regulação, com fortes indícios de captura pelas evidências apresentadas neste estudo.

Como desdobramento surge uma gama de possibilidade de pesquisas que tenham a regulação como objeto. Sugere-se o desenvolvimento de investigações que tenham como foco a análise de instrumentos mais precisos para a definição de critérios para necessidade de assistência médico-hospitalar e que possibilitem precisar a condição de complementaridade da rede público-estatal.

Finalmente, pretendemos como desdobramento deste estudo criar uma linha de pesquisa junto ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, instituição ao qual estamos vinculados, para que ajude a aprofundar as questões ora levantadas e que permitam uma aproximação maior e recente do processo de regulação em saúde exercido por municípios e estados, e poder atender a demandas dos gestores do SUS, numa tentativa de aproximar a reflexão acadêmica da prática sanitária exercida no Brasil.

REFERÊNCIAS

- I ENCM marca momento histórico para a classe médica. **Jornal de medicina**, Brasília, DF, n. 170, p. 6-8, mar./abr. 2008. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/JORNAL/Jornais2008/Mar-Abr/pag6-8.html>>. Acesso em: 07 março 2009.
- ALFORD, R. 1975. **Health Care Politics**. Chicago: University of Chicago Press.
- ALMEIDA, S.E. CASTRO, C.G.J. VIEIRA, C.A.L. Distritos Sanitários: Concepção e Organização. São Paulo: IDS/FSP. Serie Saúde e Cidadania, vol. 1.1998.
- ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R. J. S. and MARTINS Jr., T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. Rev Panam Salud Publica [online]. 2000, v. 8, n. 1-2, pp. 85-91. ISSN 1020-4989.
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp#>. Acesso em: 19.10.08.
- ARAUJO JR., JLC. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system**. Leeds: University of Leeds, Nuffield Institute for Health. Tese de doutorado, 289 p. 2000.
- ARAUJO JR., José Luiz C. de; MACIEL FILHO, Rômulo. **Developing an operational framework for health policy analysis**. Rev. bras. saúde matern. infant., Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, set./dez. 2001.
- ARENDT, H. **O que é política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- AYRES, I., BRAITHWAITE, J. **Responsive regulation: transcending the deregulation debate**. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- BAGGOTT, R. **Health and Health Care in Britain**. London: Macmillan. 1998.
- BAPTISTA, T. W. F. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):615-626, mar, 2007.
- BARATA, L. R. B., TANAKA, O. Y. e MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, mar. 2004, vol.13, n.1, p.15-24.
- BARBOSA, Z. Curso de Regulação. Rio de Janeiro, 2002. Material didático do I Curso de Regulação da Saúde para médicos reguladores do Centro de Informações em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/Centraisregulacao/biblioteca.shtml>. Acesso em: 12 mar 2004.
- BARDACH, Eugene. **Los Ocho Pasos para el Análisis de Políticas Públicas**. México: Centro de Documentación y Docencia Económicas, 1998.
- BARROS, M.E.; PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. **Política de Saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília: Ipea, 1996. (Texto para Discussão, n.401).
- BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINI, G. **Sistema Político**. In: Dicionário de Política. Brasília: Ed. Universidade de Brasília. 1983.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. Dicionário de política. 11. Ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998.

BOBBIO, N. et al. **Dicionário de política**. 4. Ed. Brasília, DF: Ed. UNB, 1992.

BOURDON, R. & BOURRICAUD, F. **Instituições**. Dicionário Crítico de Sociologia. São Paulo: Ed. Ática. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF. 10-12 de Outubro de 1986.

BRASIL. Constituição Federal, 1988.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990a.

BRASIL. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990b.

BRASIL. Resolução INAMPS 273, de 17 de Julho de 1991. Reedição da Norma Operacional Básica/SUS no. 01/91. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93. Brasília, 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 1286, de 26 de outubro de 1993. Diário Oficial Da União. Brasília, 1993b.

BRASIL. Instrução Normativa STN Nº 01 de 15 de Janeiro de 1997, publicada no DOU de 31 de Janeiro de 1997.

BRASIL. Lei nº 9.656. Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2 jun. 1998.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1999.

BRASIL. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2000. Seção Extra.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Brasília, 2001. (NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. CNS: O Desenvolvimento do SUS: Avanços, Desafios e Reafirmação dos seus Princípios e Diretrizes. Brasília: MS; 2002. [Série B, Textos Básicos de Saúde MS].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, Regulação e Avaliação**. 2001. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas>>. Acessado em 12/09/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro nº 373 de 27-02-2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002. Diário Oficial Da União. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria nº 423, de 09 de Julho de 2002. Diário Oficial Da União. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 3 (2): 221-224, abr. / jun., 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.702, 17 ago. 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.703, 17 ago. 2004. Destina recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.721, 21 set. 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 172, 26 jan. 2006. Homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS. D.O.U. nº 20 de 27 de janeiro de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 399 de 22/02/2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Brasília-DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 3.123, 07 dez. 2006. Homologa o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. D.O.U. n. 235 dez. 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 172, 26 jan. 2006. Homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS. D.O.U. nº 20 de 27 de jan. 2006. 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos/** Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Ano 1, mar. 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS –DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acessado em 01/03/2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS 25 anos – Brasília: CONASS, 2007c. 156p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 14.12.08.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28601. Acesso em: 19.12.09.

BRESSER PEREIRA, **A Reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle** / Luiz Carlos Bresser Pereira. Brasília: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977, pp. 159-198. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais. 5ª ed., Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 225 p., 1991.

BUENO W.S. & MERHY E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na Seqüência da 10a Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96. 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. (acessado em 10.10.08).

BUSSE R. **Regulation in health care: a basic introduction**. Madrid: European Observatory on Health Care Systems, 2001.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. 2. ed. SÃO PAULO: CIÊNCIA TECNOLOGIA E HUMANISMO -HUCITEC, 1994. v. 1. 238 p.

CANOTILHO, J. J. G. *Direito constitucional e teoria da constituição*. 4. ed. Coimbra: Almedina, 1998.

CARNOY, M. **Estado e Teoria Política**. 3.ed. Campinas: Papirus, 339 p., 1990.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, v. 6, n. 2, pp. 435-444.

CARVALHO, G. A. Financiamento Federal Para a Saúde — 1988-2001. Tese de Doutorado, apresentada ao departamento de saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do Grau e Doutor em Saúde Pública. SP, 2002. 363p.

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

CHO, H. J. Traditional Medicine, Professional Monopoly and Structural Interests: A Korean Case, *Social Science & Medicine* 50:123. 2000.

CIT - Comissão Intergestores Tripartite. Ata das Reuniões da CIT. Disponível em: http://189.28.128.100/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28654. Acesso em: 09.08.08.

CMB - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas. Revista CMB 40 anos. 2003. 40p. Disponível em: <http://www.cmb.org.br/saladeimprensa/cmb40anos.pdf>. Acessado em 10.01.2009.

CÓDIGO 7: recebimento de honorários pelo SUS, JAMB, São Paulo, ano 48, n. 1346, p. 22, jan./fev. 2007a. Disponível em:

<http://www.amb.org.br/teste/imprensa/jamb/jamb_2007_jan_fev.pdf>. Acesso em: 07 março 2009.

CÓDIGO 7. *Expresso fax sindical*, Juiz de Fora, n. 17, ago. 2007b. Disponível em: <http://sindmedicos.org.br/fax/2007/FAX_SINDICAL_017.pdf>. Acesso em: 07 março 2009.

COLEBATCH, H. **Policy**. Open University Press, 2nd edition 2002.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Sistema único de Saúde. Disponível em: www.conasems.org.br. Acesso em 18.11.08.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Código 7: profissional tipo 07 no sistema de informação hospitalar/SIH. Notas Técnicas 44/04 de 30 de dezembro de 2004. Disponível em: www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2044-04.pdf. Acesso em 07.01.08.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários. Coleção Progestores – Legislação do SUS/Brasil. 2006a.

CONASS.Coleção Progestores – Política Nacional de Regulação/Brasil. Notas Técnicas 11 – 2006b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Sistema único de Saúde. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br. Acesso em 18.11.08.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE- CNS. Atas das Reuniões do Conselho. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/atas/atas_08.htm. Acesso em: 10.09.07.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F. e DENIS, J.L.P. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: HARTZ, Z.M.A. (org.), Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 29-47, 1997.

COSTA, N. R. **Direito à saúde na Constituição**: um primeiro balanço. Cad. Saúde Pública. Jan./Mar. 1989. vol. 5. nº.1. p.98-104. ISSN 0102-311X.

COSTA, N. R. Inovação política, distributivismo e crise na política de saúde nos anos 80 e 90. Dados, 39 (3):479-511. 1996.

COSTA, R. C. R. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Rev. Sociol. Polit. [online]. 2002, n.18, pp. 49-71.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2007, v. 12, suppl. [cited 2009-05-08], pp. 1851-1864. FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário eletrônico Aurélio da língua portuguesa. Versão 5. 11ª ed. Curitiba: Positivo Informática Ltda., 2004.

DONALDSON, C. & GERARD, K. **Economics of health care financing**: the visible hand. London: McMillan Press, 2ª ed. 2005.

DROR, Y. Design for policy sciences. New York, 1971.

DUNN, W. N. **Public policy analysis: an introduction**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 388 p., 1981.

DUCKETT, S. J. Structural Interests and Australian Health Policy. *Social Science and Medicine* 18:959. 1984.

DYE, T.R. **The policy analysis**. Alabama: The University of Alabama Press, 1976.

EDELMAN, M. **Politics as symbolic action**. New York: Free Press. 1971.

ELIAS, P. E. Políticas de Saúde. Reforma ou contra-reforma: algumas reflexões sobre as políticas de saúde no Brasil. In: Manual Conceitual do Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Universidade de Brasília. Faculdade de Direito da Unb. Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Unb/CEAM, p. 82-104. 1997. Disponível em: www.saudepublica.bvs.br/itd/legis/curso/pdf/a08.pdf. Acesso em: 25.03.09.

EM FOCO o atual sistema de pagamento das entidades filantrópicas. Jornal do CREMESP, São Paulo, n. 219, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=587>>. Acesso em: 07 março 2009.

EXPRESSO FAX SINDICAL. CÓDIGO 7. Sindicato dos Médicos de Juiz de Fora e da Zona da Mata de Minas Gerais, Expresso Fax Sindical nº. 17 -Juiz de Fora, 8 de agosto de 2007 http://sindmedicos.org.br/fax/2007/FAX_SINDICAL_017.pdf

FARIAS, L. O. & MELAMED, C. **Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil**. Ciênc saúde col. 2003, vol. 8, no. 2.

FARIAS, S.F.; COSTA, A.M.; GURGEL JÚNIOR, G.D.; BRITO, R.L.; RABÉLO, R.B. **A regulação no setor público de saúde no Brasil**: Os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. Ciênc Saúde Col. 2009. [on line] Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3424

FAVERET FILHO, P. & OLIVEIRA, P. J. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. Dados, 2: 257-283. 1990.

FEMIPA luta contra a extinção do Código 7 do Sistema de Informações Hospitalares. **Boletim FEMIPA**, Curitiba, ano 4, n. 16, p. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.femipa.org.br/boletim/16.pdf> >.

FIANI, R. **Afinal, a quais interesses serve a regulação?** Economia e Sociedade, Campinas, v. 13, n. 2 (23), p. 81-105, jul./dez. 2004.

FLEURY, S. A natureza do Estado capitalista e das políticas públicas. In: _____. **Estado sem cidadãos**: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 11-57, 1994.

FLEURY, S. CARVALHO, A. I. MANOTAS, N. BLOCH, R. NEVARES, S. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. Revista de Administração Pública (RAP), vol. 31, nº 5, set./dez. 1997.

FLEURY, S. Saúde e democracia no Brasil: valor público e capital institucional no Sistema Único de Saúde - Panel "Valor público y capital institucional" In: XI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Ciudad de Guatemala, 7 - 10 Nov. 2006.

FREY, K. **Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil**. Planejamento e Políticas Públicas, 2000. 21: 211-259.

- GAMA, A. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. Tese de mestrado. Rio de Janeiro. ENSP, Fiocruz, 2003.
- GIDDENS, A. **Para Além da esquerda e da Direita: O futuro da Política Radical**. São Paulo: UNESP, 1996. 299 p.
- GIDDENS, A. & PIERSON, C. Conversas com Anthony Giddens – **O Sentido da Modernidade**. Rio de Janeiro: Ed. FGV. 2000.
- GIL, A. G. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4.ed. São Paulo: Atlas,. 207 p., 1994.
- GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- GOULART, F. A. A. Distritalização e Responsabilidade Sanitária. Brasília, 1991.
- GOULART, F. A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (2): 292-300. 2001.
- GUERREIRO, J.V. A informação na política dos pactos no SUS/Jória Viana Guerreiro. Tese doutorado. CPqAM/FIOCRUZ. Recife. s.n; 2009. 155 p.
- GURGEL JÚNIOR, G. D. **O Hospital das Clínicas da UFPE no contexto da Reforma do Estado Brasileiro: uma análise do Programa de Renovação Organizacional**. Recife, 1999. 150 p. Dissertação (Mestrado) – PPGA/UFPE.
- GURGEL JUNIOR, G. D. FARIAS, S. F. BRITO, R. L. RABÊLO, R. B. **Complexo regulador de assistência à saúde: um instrumento de gestão a serviço da cidadania**. Relatório de Pesquisa. Fundação de Amparo a Ciência e Tecnologia de Pernambuco – FACEPE. 2005.
- HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1987.
- HALL. P. A. & TAYLOR, R. C. R. 1996. Political science and the three new institutionalisms. *Polit. Stud.* 44:936-57.
- HAM, Christopher; HILL Michael. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres, 1993.
- HAM, C. J. *Health Policy in Britain*. 5th ed. London: Palgrave Macmillan. 2004.
- HARRISON, S. HUNTER, D. J. POLLITT, C. J. *The Dynamics of British Health Policy*. London: Unwin Hyman. 1990.
- HARRISON S, AHMAD, W. I. U. 'Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025', *Sociology* 34:129-46, 2000.
- HARRISON, S. Alford's 'Structural interests' in health care. University of Manchester - NPCRDC. Manchester-UK, mimeo. 2008.
- HECLO, H. **Review article: policy analysis**. *British Journal of Political Science*. 1972.
- HEYWOOD, A. **Politics**. London: Macmillan. 1997.
- IBANHES, Lauro Cesar et al . **Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*., Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Mar 2007.

IBGE, Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2005. Departamento de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: 2006. 162p.

IBGE. **Estimativas_Projecoes_Populacao_2006**. Disponível: <http://www.ibge.org.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>>. Acessado em 03.04.2007.

IBGE. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/comentarios.pdf>. Acessado em 16/03/2007.

IMMERGUT, E.M. **Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe**, Cambridge University Press. 1992.

IMMERGUT, E. M. **As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 30 (11):139-165. 1996.

INOJOSA, R. M. **Avaliação e controle no SUS: mudam-se as práticas? Cadernos FUNDAP**. Ano 10, n. 19, p. 88-97, jan./abr. 1996.

LABRA, M. E. **Análise de Políticas Públicas, Modos de Policy Making e Intermediação de Interesses**. PHYSIS Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 131-166, 1999.

LABRA, M. E. 2000b. Política, Processo Decisório e Informação. Elementos para a Reflexão. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, mimeo. 2000.

LANSKI, S. **Regulação da Assistência**. Material didático do I Curso de Regulação da Saúde para médicos reguladores do CISA/SES, Rio de Janeiro, 2002.

LASSWELL, H. **The policy orientation**. In D. Lerner and H. Lasswell (eds.). The Policy Sciences. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LERNER, D. and Lasswell, H. (eds.). **The Policy Sciences**. Stanford: Stanford University Press, 1951.

LEVCOVITZ, E. LIMA, L. D. MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001.

LINDBLOM, C. **O Processo de Decisão Política**. Brasília: Ed. UnB. 1981.

MACHADO, C. V. Regulação da política nacional de saúde: estratégias e tendências. In: NEGRI, B.; VIANA, A. L. d'A. (orgs.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio: o passo a passo de uma reforma que alarga o desenvolvimento e estreita a desigualdade social**. São Paulo: Sobravime; Cealag, p. 505-526, 2002a.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Regulação Assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Revista Política Social**, p. 6-11, fev-abr. 2002b.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, Jun. 2004.

MANSUR M. C. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências década de 1990. Tese de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2001.

MATOS, C. A. & POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol. 8, no. , pp. 629-643. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200023&lng=pt&nrm=iso >. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232003000200023.

MAURANO, A. **A redefinição do papel do Estado e a introdução de novas figuras jurídicas no Direito brasileiro** . Jus Navigandi, Teresina, ano 9, n. 531, 20 dez. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6073>>. Acesso em: 15 abr. 2007.

MÉDICI, A.C. Evolução da estrutura do sistema de saúde. 2003. Disponível em: <http://www2.mre.gov.br/cdBrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/index.htm>. Acesso em: 07.02.09.

MEDINA MG, AQUINO R, CARVALHO ALB. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Div Saúde Debate* 2000; (21): 15-28.

MELO, M. A. *Governance e a Reforma do Estado: O Paradigma Agente-Principal*". *Revista do Serviço Público*, 47(1), janeiro 1996.

MENDES, E. V. (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MENDES, E. V. O sistema único de saúde: um processo social em construção. In: SANTANA, J.P. de & CASTRO, J.L. de. *Capacitação de recursos humanos de saúde: Ministério da Saúde/Organização Pan- American da Saúde/UFRN-NESC*, 1999.

MENDES, E. V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/2002. Versão preliminar do documento, destinada pelo autor a submeter-se a comentários, produzida em 24/10/2002. [acessado 2007 Mar 16]. Disponível em <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>.

MORAES, I. H. S. de. **O desafio de construir a rede de centrais de regulação em saúde no Estado do Rio de Janeiro**. Material didático do I Curso de Regulação da Saúde para médicos reguladores do CISA/SES, Rio de Janeiro, 2002.

MENDES, E, V, Reflexões Sobre a NOAS SUS 01/02. 2003. Disponível em: www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc. Acesso em 07/11/07.

MENDES, A. MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND Jr, M.; CARVALHO, Y. M. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec;Fiocruz, 2006. p. 259-293.

MENDONÇA, C. S. REIS, A. T. MORAES, J. C. (orgs.). *A política regulação do Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 2006.

MENDONÇA, L. M. N. LATINI, R. M. A Influência do Projeto Neoliberal na Implementação do Sistema Único de Saúde: Análises e Reflexões. In: Giselle Rôças; Luiza Rodrigues de Oliveira; Patrícia Silva Ferreira. (Org.). Cadernos de Ensino de Ciências - Promoção de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2004, v. 1, p. 111-121.

MINAYO, M. C. S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, Jul./Set., 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 269 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FIOCRUZ. ENSP. Boletim Legislativo Federal. Observatório de Conjuntura da Política de Saúde. nº 1, fevereiro de 2007. Disponível em: <http://micro011.ensp.fiocruz.br/conjuntura/files/Boletim%20Legislativo%20Federal%20-%20Fevereiro%202007.pdf>. Acesso em: 19.12.09.

MULLER, B. Instituições regulatórias. Brasília: UNB, 2003. (mimeo)

NORONHA, J. C. de.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

NORTH, N. 'Alford re-visited: the professional monopolisers, corporate rationalisers, community and markets' *Policy and Politics* 23(2): 115-25. 1995.

NORTH, N. & PECKHAM, S. **Analysing Structural Interests in Primary Care Groups**. *Social Policy and Administration* 35:426-40, 2001.

OGUS, A. I. Regulation: legal form and economic theory, Hart Publishing, Oxford, 2004. 250p.

OLIVEIRA, F. J. F. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) no contexto da Norma de Assistência à Saúde (NOAS) e o Conselho Nacional de Saúde: Uma discussão sobre a gestão do SUS. Dissertação Mestrado. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro; s.n; 2004. 155 p.

OLSON, M. The logic of collective action. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1965.

PAIM, J. S. 1990. A democratização da Saúde e o SUDS: O caso da Bahia. *Saúde e Debate*, Londrina-PR, n. 27: 5-11.

PAIM, J. S. Saúde Política e Reforma Sanitária. 1. ed. Salvador: ISC-CEPS, 2002. v. 1. 447 p.

PAIM, J. S. e TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, supl., pp. 1819-1829.

PAULUS Jr. A. & CORDONI Jr. L. Políticas públicas de saúde no Brasil. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006. www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acessado em 28.08.08.

PEREIRA, C. A Política Pública como Caixa de Pandora: Organização de Interesses, Processo Decisório e Efeitos Perversos na Reforma Sanitária Brasileira - 1985-1989. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, 1996.p.

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor de saúde suplementar: contextualização e perspectivas. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, ANS. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar em 2003. Rio de Janeiro, 2004. p. 93-120.

PIOLA, S.F. BIASOTO Jr, NEGRI, G. B. Di Giovanni, G. Radiografia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

QUEIROZ, L. F. N. A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS. Rev. Res Pvblica. Brasília. n. 4, jun-2004. p 9-36.

RADIS. Comunicação em Saúde. Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 - Sanitaristas de “ressaca”. Rio de Janeiro, nº. 64 • Dezembro de 2007. p. 16-17.

RADIS. Comunicação em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, nº 72, agosto de 2008.

REDE BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO EM EMERGÊNCIAS - RBCE. **Para que não nos esqueçamos da atenção integral às urgências e da regulação equitativa no atual processo de regionalização do SUS.** Vitória-ES, 2001. (MIMEO.) [Documento distribuído durante o Congresso do CONASEMS].

RIBEIRO J.M. **Regulação e contratualização no setor saúde.** In: Negri B, Di Giovanni G, organizadores. Brasil: radiografia da saúde. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2001. p. 409-43

REHEM, R. Os hospitais e a nova realidade. Ciênc. saúde coletiva [online]. v. 12, n. 4. 2007.

REIS, C. N. PINHEIRO, L. RIBEIRO, L. OLIVEIRA, M. Ajuste Fiscal e Gastos Sociais no Brasil: a estabilidade em detrimento da equidade a partir das influências do FMI e Banco Mundial. Revista OIDLES. Vol. 1, n. 2, dez. 2007. Disponível em www.eumed.net/rev/oidles/02/Reis.htm. Acesso em 08.03.09.

SANTOS, L. O Poder Regulamentador do Estado sobre as Ações e os Serviços de Saúde. In: Saúde e democracia: a luta do CEBES/Sonia Fleury (org.). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SANTOS, F. P. dos; MERHY. E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão, Interface (Botucatu). Botucatu. v. 10. n. 19. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-2832006000100003 &lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 Mar 2008. doi: 10.1590/S1414-3283200600010 0003.

SANTOS, N. R. Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações (versão março 2008), Disponível em [http://www.cebes.org.br/anexos/Encruzilhada%20nos%20Rumos%20do%20SUS_considerações\(versão%20março%202008\).pdf](http://www.cebes.org.br/anexos/Encruzilhada%20nos%20Rumos%20do%20SUS_considerações(versão%20março%202008).pdf). Acesso em 30/03/08.

SANTOS, N. R. dos. Regulação da oferta de serviços de saúde: desafios inadiáveis. **Saúde em Debate.** n. 47, p. 19-22, jun. 1995.

SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho.** [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 126 p.

- STEINMO, S. THELEN, K.A. **Structuring Politics**. Historical Institutionalism in Comparative Analysis. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.
- SCHRADER, F. A. T. *et al.* Implantação das Centrais de Regulação. In: MATO GROSSO. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Regionalização da Saúde em Mato Grosso**: em busca da integralidade da atenção. / Júlio Strubing Müller Neto (Org.). Cuiabá: Secretaria Estadual de Saúde, p. 204-213, 2002.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**. n. 47, p. 28-35, jun. 1995.
- SILVA, P. L. B. (coord. geral). **Modelo de avaliação de programas sociais prioritários**. Campinas: Nepp/Unicamp, mimeo, 129 p, 1999. Programa de apoio à gestão social no Brasil/sub-componente: desenho e implantação de estratégia de avaliação. Relatório final.
- SILVA, S. F. Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas. Tese doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública. São Paulo. s.n; 2001. 288 p.
- STIGLER, G. J. A teoria da regulação econômica. In: MATTOS, P. (Coord.) Regulação econômica e democracia: o debate norte-americano. São Paulo: Ed. 34, 2004. p. 23-48.
- STIGLITZ, J. E. The Economics role of the State. Oxford: Basil Blackwell, 1989. 178p.
- SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2001, v. 6, n. 2, pp. 451-455.
- SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o "Pacto de Gestão". Revista Baiana de Saúde Pública, v. 30, p. 332-348, 2006.
- TEIXEIRA, S.F. (org) **Reforma Sanitária** - em busca de uma teoria. S. Paulo: Cortez/Abrasco, 1989.
- TEIXEIRA, C. F. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. Saúde em debate 33: 27-32, dezembro de 1991.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Athas, p. 116-175, 1987.
- UGÁ, M. A. A problemática do financiamento do SUS. Saúde em Debate, 48:16-18. 1995.
- UGA, M. A.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M. e VIANNA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciênc. saúde coletiva [online]. 2003, vol.8, n.2, pp. 417-437.
- ULRICH, W. **Public Policy Analysis**. In: The Informed Student Guide to Management Science, ed. by H.G. Daellenbach and R.L. Flood, London: Thomson Learning, 2002, pp. 213-215.
- VIANA, A. L. d' Á. . Descentralização: uma política (ainda) em debate. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6(2), p. 302-306, 2001.
- VIANNA, S. M. Revisitando a distribuição de encargos na saúde entre as esferas de governo (mimeo). 2000. Disponível em: www.ppge.ufrgs.br/ats/disciplinas/11/vianna-2000.pdf. Acesso em: 18.03.09.

VICKERS, J. & YAROW, G. Un análisis Económico de La Privatización. México, D.f.: Fondo de Cultura Económica, 1991.

WALSHE, K. **Regulating Healthcare**: a prescription for improvement? Maidenhead: Open University Press, 262 p., 2003.

WILLIAMSON, C. Alford's theoretical political framework and its application to interests in health care now British Journal of General Practice. 2008 Jul;58(552):512-6.

WILDAVSKY, A. Speaking truth to power: the art and craft of policy analysis. Boston, 1979.

WILSON, R. **An introduction of Policy analysis**. Austin, EUA: Universidade do Texas, mimeo, 15 p., 2001. Ementa de disciplina (discussion notes).

APÊNDICES

**Apêndice A – Quadros das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do
CNS no período de 1991 a 2007.**

Mês	Ano																
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
Jan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	138 ^a	150 ^a	-	169 ^a
Fev	-	10 ^a	21 ^a	32 ^a	-	52 ^a	62 ^a	73 ^a	-	94 ^a	105 ^a	116 ^a	127 ^a	139 ^a	151 ^a	162 ^a	170 ^a
Mar	-	11 ^a	22 ^a	33 ^a	-	53 ^a	63	74 ^a	84 ^a	95 ^a	106 ^a	117 ^a	128 ^a	140 ^a	152 ^a	163 ^a	171 ^a
Abr	01 ^a	12 ^a	23 ^a	34 ^a	43 ^a	54 ^a	64 ^a	75 ^a	85 ^a	96 ^a	107 ^a	118 ^a	129 ^a	141 ^a	153 ^a	164 ^a	172 ^a
Mai	02 ^a	13 ^a	24 ^a	35 ^a	44 ^a	55 ^a	65 ^a	76 ^a	86 ^a	97 ^a	108 ^a	119 ^a	130 ^a	142 ^a	154 ^a	165 ^a	173 ^a
Jun	03 ^a	14 ^a	25 ^a 26 ^a	36 ^a	45 ^a	56 ^a	66 ^a	77 ^a	87 ^a	98 ^a	109 ^a	120 ^a	131 ^a	143 ^a	155 ^a	166 ^a	174 ^a
Jul	04 ^a	15 ^a	-	37 ^a	46 ^a	57 ^a	67 ^a	78 ^a	88 ^a	99 ^a	110 ^a	121 ^a	132 ^a	144 ^a	156 ^a	167 ^a	175 ^a
Ago	05 ^a	16 ^a	27 ^a	38 ^a	47 ^a	58 ^a	68 ^a	79 ^a	89 ^a	100 ^a	111 ^a	122 ^a	133 ^a	145 ^a	157 ^a	168 ^a	176 ^a
Set	-	17 ^a	28 ^a	39 ^a	48 ^a	-	69 ^a	80 ^a	90 ^a	101 ^a	112 ^a	123 ^a	134 ^a	146 ^a	158 ^a	-	177 ^a
Out	06 ^a 07 ^a	18 ^a	29 ^a	40 ^a	49 ^a	59 ^a	70 ^a	81 ^a	91 ^a	102 ^a	113 ^a	124 ^a	135 ^a	147 ^a	159 ^a	-	178 ^a
Nov	08 ^a	19 ^a	30 ^a	41 ^a	50 ^a	60 ^a	71 ^a	82 ^a	92 ^a	103 ^a	114 ^a	125 ^a	136 ^a	148 ^a	160 ^a	-	179 ^a
Dez	09 ^a	20 ^a	31 ^a	42 ^a	51 ^a	61 ^a	72 ^a	83 ^a	93 ^a	104 ^a	115 ^a	126 ^a	137 ^a	149 ^a	161 ^a	-	180 ^a
Total (180)	09	11	11	11	09	10	11	11	10	11	11	11	11	12	12	07	12

Quadro 1 - Reuniões Ordinárias do CNS no período de 1991 a 2007.

Fonte: Atas do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

☐ Reunião Ordinária (180)

■ Reunião com citação/discussão sobre Regulação (90)

Mês	Ano																
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07
Jan	-	-	03 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fev	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21 ^a	-	-	-	-	-
Mar	-	-	-	-	-	9 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34 ^a
Abr	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16 ^a	-	24 ^a	-	-	-	-
Mai	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25 ^a	-	-	32 ^a	-
Jun	-	-	-	-	-	10 ^a	14 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jul	-	02 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	17 ^a	-	26 ^a	-	-	-	-
Ago	-	-	-	-	7 ^a	11 ^a 12 ^a	15 ^a	-	-	-	18 ^a 20 ^a	-	27 ^a	-	-	-	35 ^a
Set	-	-	-	-	8 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33 ^a	-
Out	01 ^a	-	04 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	22 ^a	-	29 ^a	-	33 ^a Cont.	-
Nov	-	-	-	-	-	13 ^a	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33 Cont.	-
Dez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23 ^a	28 ^a	-	-	-	-
Total (26)	01	01	02	-	02	05	02	-	-	-	04	03	05	01	-	02	-

Quadro 2 - Reuniões Extraordinárias do CNS no período de 1991 a 2007

Fonte: Atas do CNS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2007).

☐ Reunião Extraordinária (26)

■ Reunião com citação/discussão sobre Regulação (1)

Apêndice B - Quadro das Reuniões da CIT – 2000 a 2007.

Mês	Ano/ Dia das Reuniões Ordinárias							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Janeiro	-	-	-	-	-	-	26	-
Fevereiro	17	15	21	20	12	17	16	08
Março	23	15	21	20	18	17	23 30 Extra	22
Abril	13	26	18	-	15	28	27	26
Maiο	18	17	16	22	20	11	25	24
Junho	15	21	13	26	17	30	-	21
Julho	20	19	18	24	15	-	27	-
Agosto	10	16	15	28 Extra	19	18	23	30
Setembro	21	27	19	25	-	15	-	27
Outubro	19	18	17	23	21	20	26	25
Novembro	29	22	21	20	-	17	23	22
Dezembro	15	13	12	-	09	15	14	13
Total de Reuniões (82)	11	11	11	09	09	10	11	10

Quadro 3 - Reuniões da CIT – 2000 a 2007.

Fonte: Atas da CIT (COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE, 2008).

□ Houve Reunião (82)

■ Houve citação/discussão sobre Regulação (50)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)