



Governança regional no Sistema Único de Saúde (SUS): *Diagnóstico e propostas de melhoria*

Oscar del Alamo,
oalamo@consorci.org

24 de Novembro, 2014

Conteúdos da apresentação

Bloco 1: Marco geral

- 1. Justificativas da pesquisa
- 2. Objetivos
- 3. Metodologia
- 4. Cronograma de desenvolvimento do projeto
- 5. Observações quanto à investigação
- 6. Descobertas gerais da investigação

Bloco 2: Diagnóstico

- 7. Diagnóstico do processo de regionalização do SUS, sob a ótica da governança

Bloco 3: Recomendações

- 8. Principais recomendações quanto ao processo de regionalização do SUS, sob a ótica da governança



A close-up, black and white photograph of a metal chain, likely a roller chain, showing the intricate details of the links and pins. The lighting creates strong highlights and deep shadows, emphasizing the metallic texture and the complex geometry of the components. A solid red horizontal banner is superimposed across the middle of the image, containing white text.

Bloco 1. Marco geral do projeto

1. Justificativa do componente / investigação



- **Momento para refletir sobre avanços e desafios após 25 anos de SUS**
 - Maturidade de aspectos-chave
- **Decreto 7508:**
 - formalização de aspectos já existentes no SUS
 - municipalização X regionalização
 - novas pautas e instrumentos de gestão
 - fórmulas de estabelecimento de metas e assunção de responsabilidades, mecanismos de relação entre atores ou a institucionalização de instâncias para a tomada de decisões

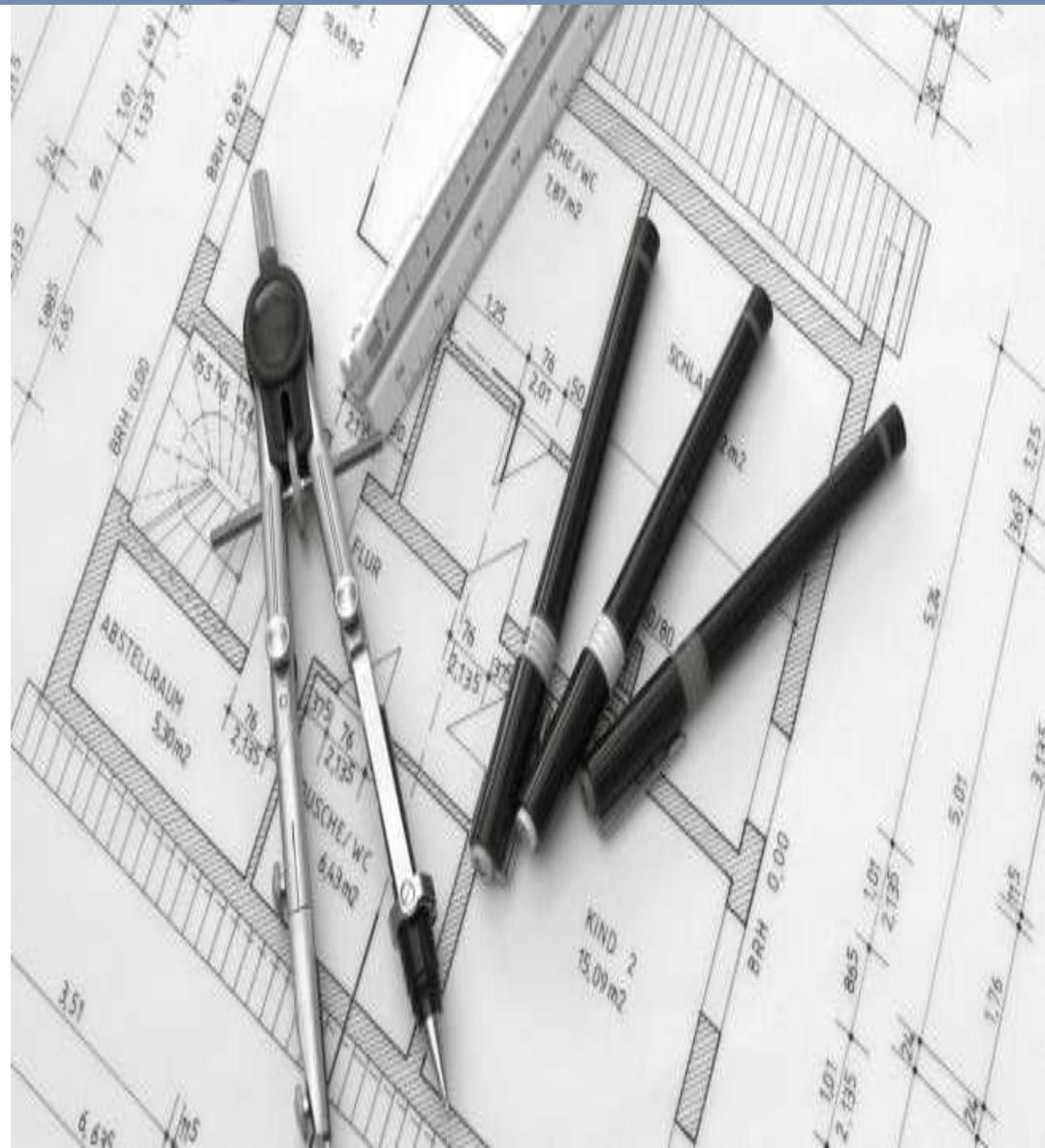
2. Objetivos

- **Objetivo 1: Realizar diagnóstico do processo de regionalização no SUS sob a perspectiva da governança regional**
 - Objetivo 1.1: Detectar fortalezas e fragilidades do processo
 - Objetivo 1.2: Observar mecanismos e ferramentas deste processo

- **Objetivo 2: Recomendar ações de melhoria para solucionar as dificuldades e potencializar as fortalezas detectadas**
 - Objetivo 2.1: Construir cenários de futuro
 - Objetivo 2.2: Fomentar a reflexão a respeito destas dinâmicas e cenários com os atores relevantes do setor
 - Objetivo 2.3: Sugerir ações / dinâmicas aos tomadores de decisões do sistema

3. Metodologia

- Revisão da literatura
- Definição das bases conceituais de governança a serem utilizadas no projeto
- Pesquisa de base qualitativa a partir de entrevistas individuais e grupos focais envolvendo atores estratégicos no âmbito do SUS
 - **Entrevistas individuais (1h30min)**
 - Dirigentes MS, CONASS, CONASEMS e CNS
 - **Grupos focais (3hs)**
 - Diretores MS, assessores de CONASS e CONASEMS (conselheiros CNS, não ocorreu)

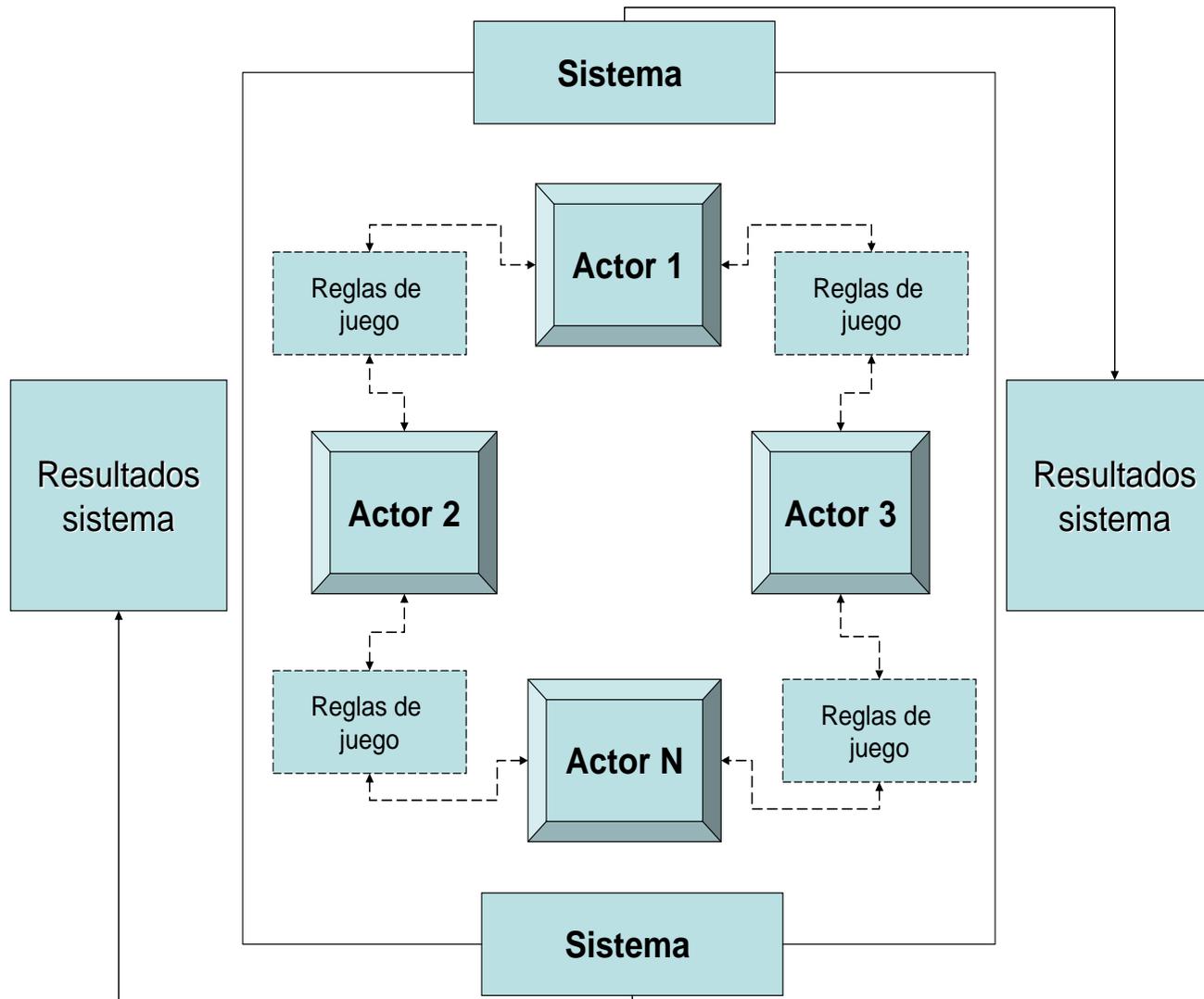


3.1. Metodologia: o conceito de governança (1)

- **Conceito de governança:**

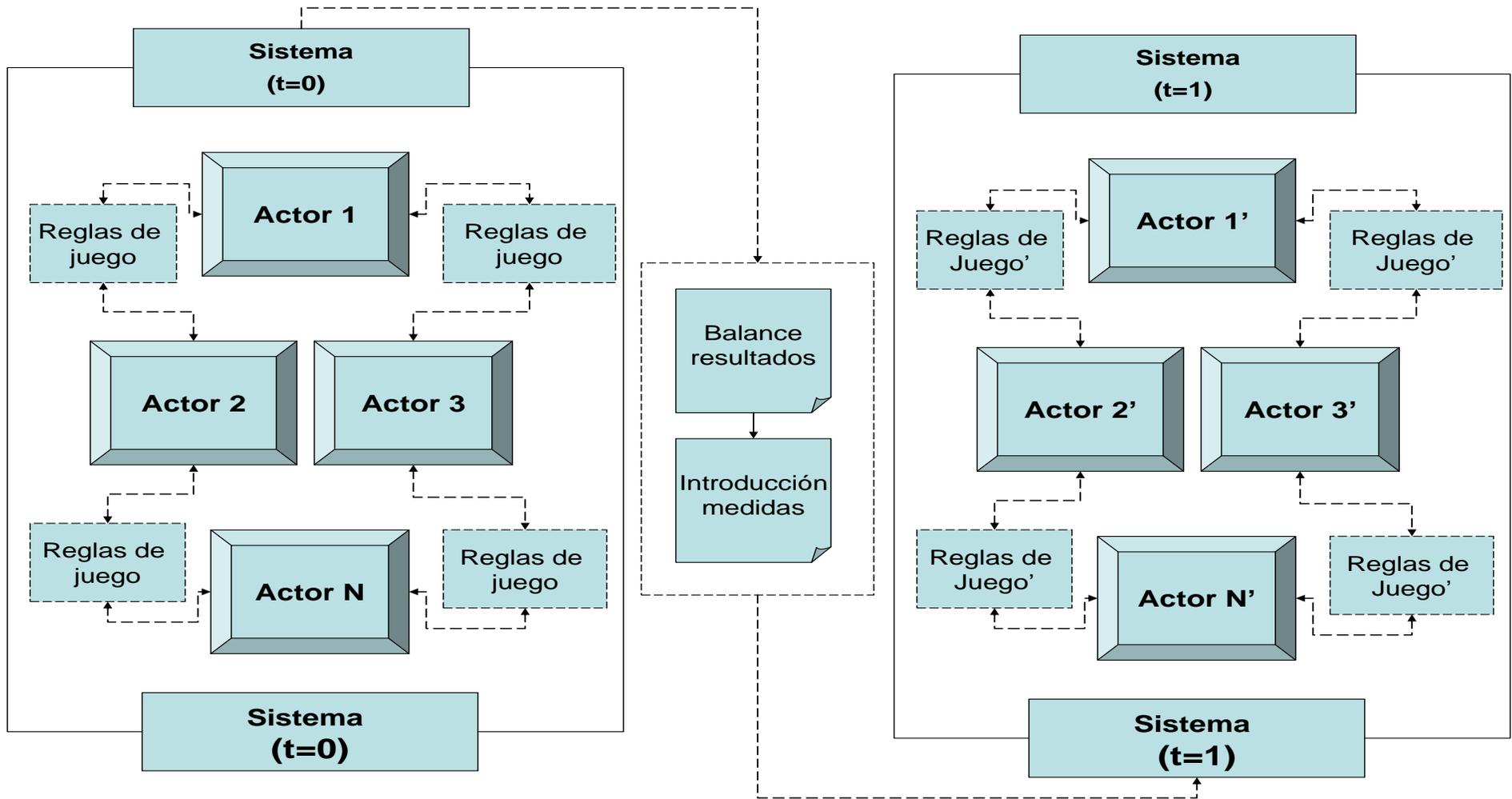
1. mapeamento do conjunto de atores estratégicos do sistema
2. vínculos entre atores (formais: regras de jogo, normatividade; informais)
3. a inter-relação destes atores por meio destes vínculos condiciona a tomada de decisões e, portanto, os resultados do sistema
4. boa governança / governança de qualidade: entendida como a situação na qual a combinação de atores e regras contribui à consecução dos objetivos definidos pelo sistema
5. governança é um processo dinâmico, sujeito a mudanças e alterações
 - a governança, em termos de atores e pautas de relação, não é imutável e pode assimilar processos de reforma / melhoria
 - neste processo de reforma, podem acontecer situações em que os atores responsáveis por determinadas distorções sejam os protagonistas das reformas e linhas de melhoria e vice-versa.

3.1. Metodologia: o conceito de governança (2)



- De acordo com o mencionado, a governança é retratada neste esquema:
- Os resultados de um determinado sistema / malha organizativa dependerão de uma combinação de atores e regras / pautas de inter-relação.
- Esta combinação será mais / menos adequada em função de sua utilidade em relação à consecução dos objetivos propostos.

3.1. Metodologia: o conceito de governança (3)



- A inadequação de resultados deve ser o primeiro passo para a incorporação de linhas de melhoria.
- A partir destas linhas de melhoria, o esquema de governança pode variar em termos de atores e fórmulas de relação

3.2. Metodologia: tópicos norteadores (1)

- **Compreensão e visualização do processo de regionalização:**
 - Objetivos
 - Situação atual
 - Potencialidades e fraquezas
- **Mecanismos de institucionalização do processo:**
 - Decreto 7508 e outras pautas normativas
 - Planejamento e instrumentos de estabelecimento de acordos, pactos e metas (COAP)
 - Mecanismos para a tomada de decisões (Comissões intergestores)
 - Organização de redes de atenção
 - A figura dos consórcios e a regulação do acesso
 - Regulação do acesso
 - Incentivos para a regionalização, potencialidades e fraquezas

3.2. Metodologia: tópicos norteadores (2)

- **Percepção das responsabilidades em saúde (Municípios, Estados e Federação) num contexto de gestão compartilhada:**
 - Marco normativo quanto a deveres e obrigações dos entes federados
 - Financiamento e fluxos econômicos tripartitos
 - Capacidades técnicas (sistema de informação, planejamento regional, programação pactuada de ações e serviços de saúde)
 - Incentivos à cooperação sanitária / Desincentivos – Incentivos perversos
- **Relações entre os diversos atores nas Comissões Intergestores:**
 - Relação entre as instâncias intergestoras: CIR, CIB e CIT
 - Capacidade de influência de uns atores sobre a restantes
 - Influência das relações dos gestores com os demais prestadores no território
 - Mecanismos de negociação ante possíveis desequilíbrios
 - Incentivos / Desincentivos à cooperação
 - Papel desempenhado pelas CIRs

3.2. Metodologia: tópicos norteadores (3)

- **Percepção quanto à incorporação de necessidades de saúde e de gestão no processo de planejamento**
 - Mecanismos de participação social (Conferências de saúde, diálogos com movimentos sociais)
 - Sistemas de informação (quantidade, compatibilidade)
 - Estabelecimento de metas e necessidades reais
 - Monitoramento e avaliação de metas
 - Relação das políticas de saúde com as restantes políticas públicas
- **Percepção das relações entre as instâncias de pacto entre gestores e as instâncias de controle social**
 - Potencialidades e fraquezas
 - Mecanismos de melhoria
- **Perspectivas futuras em relação ao processo de governança**
 - Estabelecimento de cenários
 - Visões, ameaças e potencialidades em próximas etapas do SUS

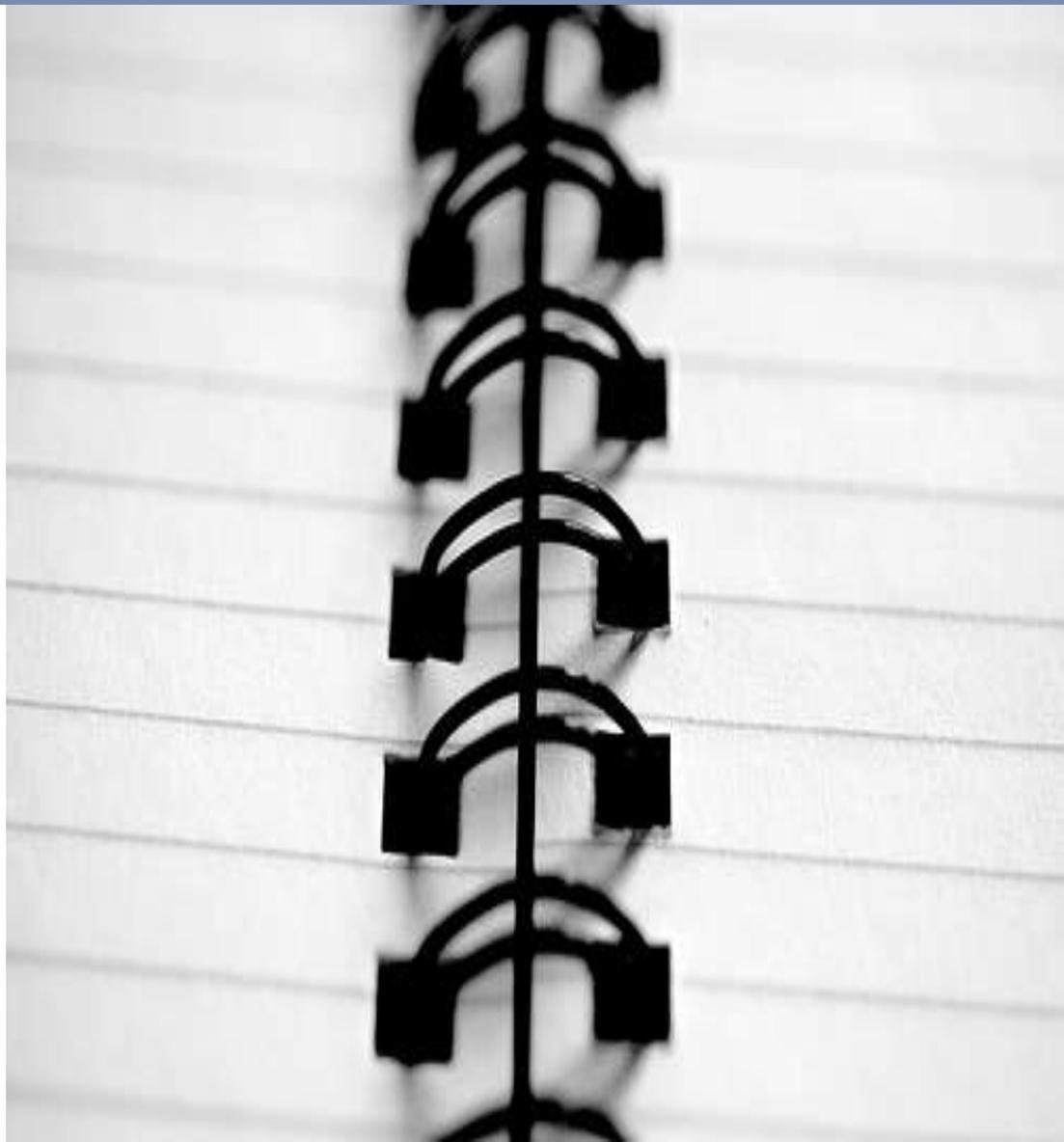
4. Cronograma de desenvolvimento do projeto

- **Março – Agosto ‘13: preparação preliminar do componente:**
 - Enfoque metodológico
 - Formulação estratégica
 - Reflexão sobre ferramentas de implementação
- **Setembro – Outubro ‘13: consenso conceitual e ferramentas de trabalho:**
 - Desenvolvimento e aceitação do marco conceitual do componente
 - Formulação definitiva de ferramentas de implementação (guia e *focus groups*)
 - Sensibilização sobre o projeto a atores relevantes do setor
- **Outubro – Novembro ‘13: implementação:**
 - Aplicação do guia de entrevista
 - Realização de *focus groups*
- **Dezembro ‘13: Análise e processamento de dados**
 - Análise resultados derivados de entrevistas e *focus groups*
 - Formulação de conclusões e possíveis recomendações de atuação



5. Observações quanto à investigação

- Não foi possível a participação de todos os atores convidados devido à restrição de suas agendas.
- Os conteúdos desta apresentação recolhem os pontos mais relevantes e diretrizes de reforma mais significativas mencionados nas entrevistas / grupos focais.
- Os conteúdos deste documento não refletem necessariamente a visão ou a opinião da empresa consultora nem do departamento coordenador da pesquisa.
- Este trabalho busca fomentar o debate a respeito da governança no SUS e de possíveis linhas de atuação.



6. Descobertas gerais da investigação

- **Quanto aos problemas:**
 - em geral, os entrevistados possuem um conhecimento seguro (diagnóstico) dos PROBLEMAS do sistema único de saúde sob a perspectiva da governança;
 - existe um alinhamento significativo, ou seja, opiniões similares quanto à detecção de problemas e distorções.
- **Quanto às linhas de melhoria e recomendações de atuação:**
 - os atores / agentes entrevistados apresentaram sugestões e possíveis iniciativas;
 - entretanto, a convergência de opiniões não é tão acentuada.
- **Dessa forma, é salutar desenvolver a capacidade propositiva e o alinhamento das linhas de ação, apesar das complexidades inerentes a este processo.**





Bloco 2. Diagnóstico: o processo de regionalização no SUS desde um prisma de governança:

...As dificuldades da tradicional estratégia de futuro...

7.1. Observações gerais

- **Nova etapa da regionalização?**
 - processo de regionalização está institucionalizado no SUS
 - processo gradual de descentralização, mas em velocidades diversas
 - descentralização não foi acompanhada da capacidade nem dos recursos para assumir as responsabilidades que implicava
 - autonomia municipal demonstra limitações: esgotamento da municipalização?
 - dinâmica de municipalização não foi sujeita a um planejamento rigoroso
- **Particularidades geográficas e sociodemográficas do Brasil:**
 - poucos municípios com capacidade de resolução de problemas de saúde
 - efeitos perversos: excesso de demanda nos municípios com as melhores redes e, conseqüentemente, emprego de recursos significativo para atender a cidadãos provenientes de outras localizações.
 - padrão de integralidade que o SUS propõe ainda não foi plenamente delimitado.

7.2. Compendio executivo de descobertas do diagnóstico (1)

À margem das observações gerais apontadas e a modo de compilação orientativa, a tarefa de diagnóstico, entre outros aspectos, permitiu desvelar que:

- 1. A situação do SUS, tanto a nível de governança regional como de outros aspectos, deve ter em conta as particularidades e especificidades internas.
- 2. Em boa parte, as fraquezas que, em termos de governança, prejudica o SUS devem ao fato de que se desenharam e foram despregado processos com uma visão homogênea que choca com as diferenças internas que caracterizam o país.
- 3. Esta dinâmica foi transladada ao processo de regionalização que, como consequência destas disparidades, apresenta balanços diferentes em função do marco geográfico de referência.
- 4. Mesmo assim, pode fazer-se referência, de modo geral, a que o processo se viu obstaculizado, à margem da disponibilidade de maiores recursos e capacidades, pela ausência de uma compreensiva / Visão homogênea do mesmo.
- 5. Em parte uma de suas bases norteadoras, o Decreto 7508, tem estado sujeita a diversas interpretações que têm implicado a estratégias contraditórias motivadas pelas leituras diferentes que se produziram do mesmo, bem como pela ambiguidade com a qual se incorporaram algumas de suas peças chave.

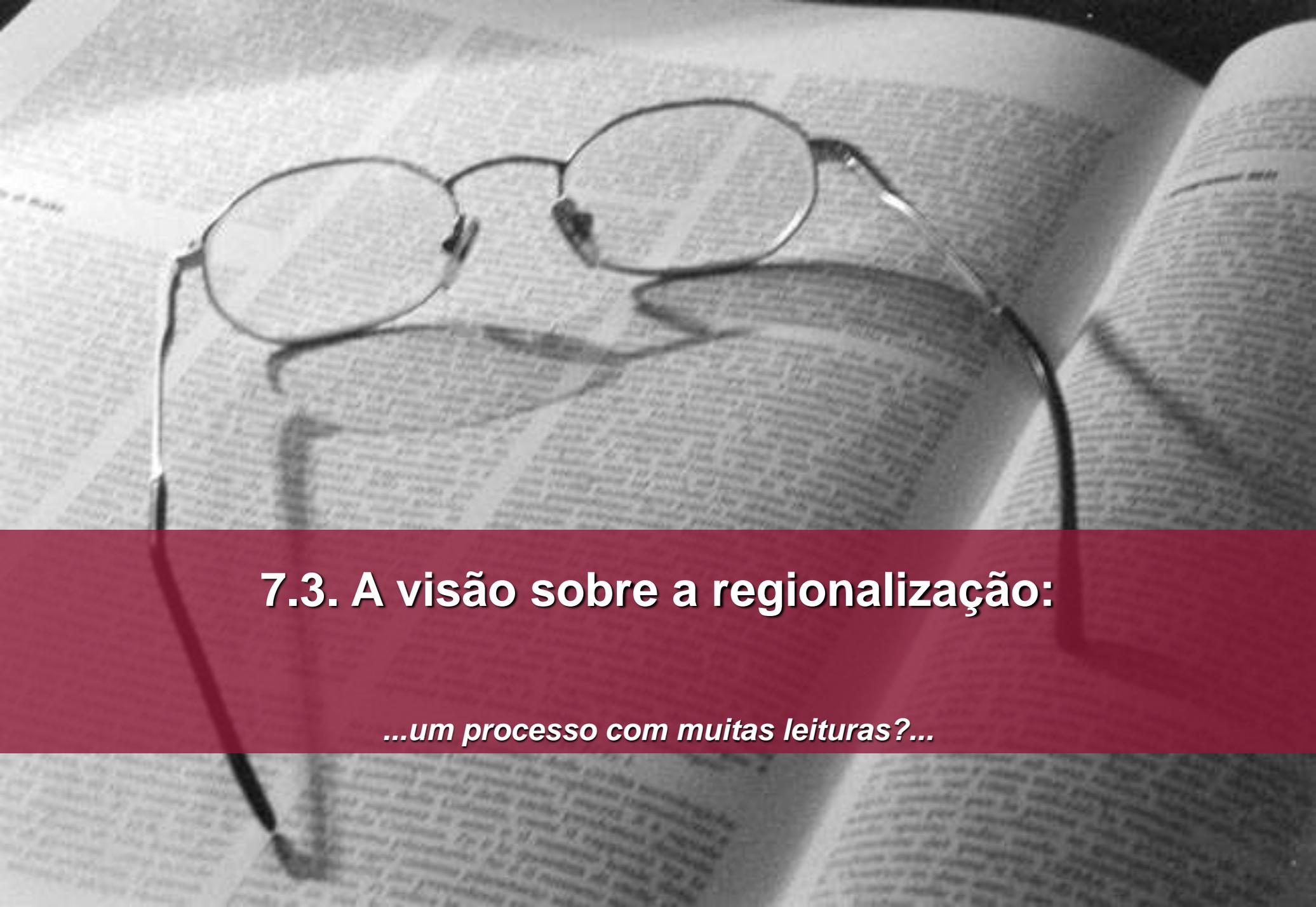
7.2. Compendio executivo de descobertas do diagnóstico (2)

- 6. Uma dessas peças foi o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que tem tido um desenvolvimento muito localizado no país.
- 7. À margem da distorções apontadas, o avanço do processo de regionalização e a implantação do COAP, viu-se limitada por deficiências nos instrumentos e ferramentas básicas que devem reger o sistema como é o caso do processo de planejamento e avaliação de resultados.
- 8. Um problema que se acentua no nível municipal e que se perpetua devido a dinâmicas como a proliferação de normas e pautas que regem o sistema, gerando elevados níveis de ambiguidade bem como custos de transação que incidem sobre a eficiência do sistema.
- 9. Assim mesmo, a institucionalidade que deve acompanhar ao processo de regionalização é ainda incipiente e carece de meios e respaldos necessários para poder exercer as funções que lhes são atribuídas.
- 10. De maneira transversal, o sistema não só padece da falta de disponibilidade de recursos mas também dos problemas para gerenciá-los. Isto não somente se deve a uma questão de capacidade senão também da complexidade de circuitos e fluxo de recursos.

7.2. Compendio executivo de descobertas do diagnóstico (3)

- 11. Também transversalmente, a inércia de mudanças que provocam os ciclos políticos tem motivado que os avanços conseguidos não tenham podido ser mais intensos. Neste sentido, a mudança política tem provocado interrupções em políticas e iniciativas setoriais e inclusive seu desaparecimento .
- 12. Em boa parte, a origem das distorções atuais encontra-se nas bases do sistema e em aspectos como a indeterminação de papéis e funções entre atores, a complexidade que entranham alguns processos bem como seu entendimento ou os incentivos perversos que, neste contexto se acabam gerando.



A black and white photograph of a pair of round-rimmed glasses resting on an open book. The book's pages are filled with text, and the glasses are positioned centrally, casting a shadow on the pages below. The background is dark, making the book and glasses stand out.

7.3. A visão sobre a regionalização:

...um processo com muitas leituras?...

7.3. Um processo incompreendido?

- **Falta de entendimento sobre o processo e seus envolvimento:**
 - Não há um entendimento homogêneo do processo de regionalização:
 - entender o que realmente é e como deve ser constituída uma região é fundamental.
 - em alguns casos, o Decreto 7508 gera desentendimentos
 - Pouca clareza sobre o cronograma de implantação vinculado ao processo de regionalização.
 - “Regiões Artificiais” (questões administrativas / regulamentos / política) X “Regiões Reais” (fluxos historicamente estabelecidos ou quotidianos)
 - Necessidade de visão intersetorial.
- **Processo condicionado por duas vertentes: Política/estratégica e organizativa**
 - Não ocorrem simultaneamente
 - Política não tem contribuído suficientemente para consolidar vertente organizativa



7.4. Gestão e política no SUS:

...a separação de dois aspectos emparelhados...

A dialética entre a gestão e a política

- **Mudanças políticas provocam:**
 - Elevada rotação de pessoal
 - Descontinuidade no assentamento de políticas - “ruptura de pactos”.
 - Dificuldades para prestar contas ante pessoas que já não se encontram no sistema.
- **A importância do “político”:**
 - Em alguns casos, o exercício de funções políticas e baixa correlação com níveis de conhecimento em gestão em saúde.
 - Ciclos políticos não coincidem com técnicos (requer tempo de amadurecimento).
- **Relação entre gestores de partidos diferentes:**
 - Escassa tradição de negociação entre gestores de partidos diferentes
- **Hiperinflação normativa e carga burocrática e administrativa**



7.5. O desenvolvimento do COAP:

...uma ferramenta frágil...

7.5.1. O Decreto 7508

- formaliza e enfatiza o que já existia previamente no marco normativo
- concede “estabilidade” jurídico – normativo
- não tem capacidade operativa
- tem outras lacunas normativas
 - por exemplo, falta de precisão quanto ao padrão de integralidade
 - situa âmbitos essenciais como optativos
- introduz COAP como mecanismo de responsabilidade entre os entes participantes do processo



7.5.2. O COAP

- **O COAP é visualizado como uma evolução do Pacto de 2006, com metas e indicadores mas que, em essência, não deixa de ser somente um pacto.**
- **Propôs-se um modelo único para todos que, ao que parece, não satisfaz as particularidades dos diversos territórios do país:**
 - iniciativa federal e que não emerge das “bases” do sistema.
- **Ainda existem dúvidas sobre aspectos essenciais do mesmo:**
 - Desconhece-se a que atores corresponde cumprir com as metas especificadas no contrato.
 - Metas / indicadores, em alguns casos, fazem parte do processo de monitoramento rotineiro de programas ou do planejamento estratégico do Ministério; podem não estar correlacionados com a realidade territorial; alguns indicadores relevantes (para gestão e consecução de metas) são somente opcionais e não obrigatórios
 - Sujeito a “interpretações”; não tem “força” necessária para gerar obrigações.
- **Fator de êxito das experiências existentes:**
 - vontade / iniciativa política e a relação do Estado com os municípios do território.
 - “timing” político influenciou e influirá o desenvolvimento e a implantação do contrato

7.5.3. Implantação do COAP

- **Experiências existentes:**
 - são dispares com processos e peculiaridades próprias
 - dificuldades em municípios e Estados para conseguir uma maior adesão ao processo
- **Percepção quanto à presença de incentivos perversos ligados ao processo:**
 - Obter maiores recursos sem uma maior articulação entre atores e níveis
 - No entanto, não existe evidência de que isto tenha ocorrido nos Estados nos quais o COAP foi desenvolvido
- **Deveria ter sido o ponto final do processo mas, em muitos casos, situou-se ao princípio:**
 - O COAP, por si só, não gera governança; contribui a sua melhoria.
 - Sem outras iniciativas vinculadas, só terá um efeito limitado e, possivelmente, efêmero
 - Desenvolvimento afetado pelas debilidades históricas que se arrastam desde o início do sistema



7.5.4. O Decreto 7508 e o COAP

- **O COAP não é a solução a todos** os problemas;
- o COAP **vai precisar de operadores com capacidade para gerenciar recursos, desenvolver ações e monitorá-las, entre outros aspectos.**
- a **evidência disponível não resulta suficientemente sólida para mostrar que o COAP tenha sido uma ferramenta que gere eficiências significativas** nos lugares nos quais foi implantado nem que possa gerar em outras localizações.





7.6. Planejamento e conhecimento:

...da formalidade à utilidade...

7.6.1. Ferramentas: planejamento, uso e processamento de informação

- Os instrumentos e ferramentas do SUS não podem ser um fim em si mesmos
 - Na prática, é o que está acontecendo
 - Situação contribui com
 - excesso de normas regras e pautas
 - excessiva carga administrativa do sistema.
 - Sistema gera incentivos perversos que “premeiam” a disponibilidade dos Planos em lugar da sua elaboração
- Os planos de Saúde municipais apresentam sérias fraquezas:
 - Diagnóstico errado de necessidades: não refletem realidade que deveriam compreender
 - Consequente má alocação de recursos econômicos: satisfaz necessidades inexistentes e falta de recursos para responder necessidades reais
 - Um efeito “contágio” no que se refere a efeitos sobre o resto do sistema (“planejamento ascendente”).
 - Planejamento acaba sendo “descendente” e desconexo
 - plano nacional não está vinculado aos estaduais
 - Planos estaduais não estão vinculados aos municipais
- Disponibilidade e uso da informação:
 - Em diversos territórios, não se dispõem de meios e capacidades para recompilar informação.
 - Quando se dispõem deles, em diversas ocasiões não se processa e quando se processa, não se realiza em relação aos autênticos objetivos e necessidades de saúde
 - Multiplicidade de sistemas de informação e a escassa interoperabilidade entre eles.
 - A informação disponível não é confiável.

7.6.1. Ferramentas: planejamento, uso e processamento de informação (2)

- **Perpetuado círculo vicioso:**

- Falta recursos (humanos e econômicos) e meios necessários para planejar
- Desenho do sistema exige processo de planejamento para canalizar recursos e fomentar relações entre atores
- Necessidades mau planejadas recebem recursos que não são os necessários nem para enfrenta-las nem para solucionar seus mecanismos de detecção

- **Fragilidade regional:**

- Fraquezas municipais, a nível de ferramentas e instrumentos
- Territórios com maior oferta estão sobrecarregados (incentivos perversos) por demanda proveniente de zonas periféricas
- Indefinição do papel do Estado em muitas ocasiões
- Carece-se de modalidades e instrumentos que determinem em que âmbitos os recursos devem ser localizados, aplicá-los e gerenciá-los na esfera regional



7.7. A gestão econômica do sistema:

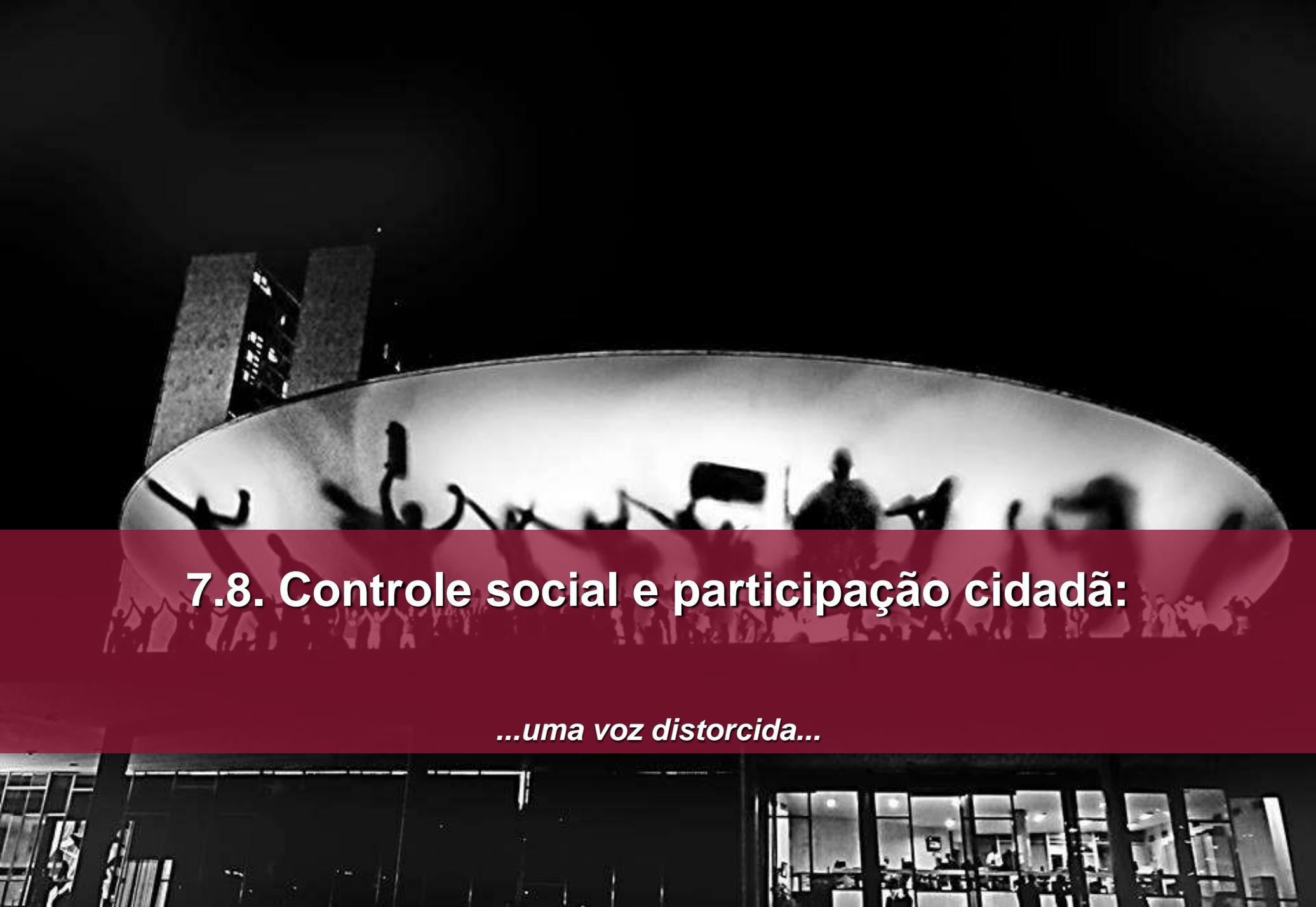
...mais recursos, mas com maior eficiência...

7.6 Gestão econômico – financeira (1)

- **Existência de vários “blocos” vinculados ao financiamento**
 - gera elevados custos de transação, confusão e desconcerto quanto ao seu manuseio e quanto aos fluxos dos recursos.
- **Desequilíbrio na relação entre os três níveis do sistema devido à disponibilidade de recursos econômicos díspares**
 - Não favorece os municípios, que acabam sendo dependentes dos outros níveis
 - O princípio de solidariedade e cooperação entre municípios e territórios circundantes vê-se diminuída por questões como a econômica (os municípios com melhor dotação de oferta de recursos podem ser vistos congestionados por excesso de demanda estrangeira e, com isso, prejudicar a disponibilidade de serviços e qualidade dos mesmos ofertada a seus cidadãos).
 - Nota-se que, enquanto municípios e estados assumiram gastos setoriais, o Ministério da Saúde ficou isento desta dinâmica

7.6. Gestão econômico – financeira (2)

- O mesmo tratamento econômico para situações diferentes não soluciona os problemas existentes.
 - Por exemplo: dispor de mesmos per capita para situações heterogêneas não equilibra as diferenças regionais
- Ainda prevalece a lógica “vertical” quanto ao financiamento do SUS (com base à oferta e a produção de serviços)
- Necessidade de incrementar o nível de investimentos ante um crescimento populacional acentuado (usuários do SUS):
 - Afirma-se, repetidamente, que o SUS está subfinanciado, apesar de reconhecerem os avanços.
 - Quando há investimento, o modelo proposto não é considerado plenamente satisfatório nem para as diversas realidades do país nem para a heterogeneidade das necessidades
 - por exemplo, no caso das UPAs: têm custos elevados, sua distribuição não é ótima e se carece de pessoal necessário para seu correto funcionamento.
- Problemas de execução do financiamento disponível devido a fatores como:
 - ausência de conhecimento da realidade, ferramentas de apoio às decisões frágeis, escasso envolvimento dos atores...



7.8. Controle social e participação cidadã:

...uma voz distorcida...

7.8. Conselhos de Saúde e mecanismos de participação cidadã (1)

- **A dinâmica dos Conselhos de Saúde está sujeita a várias distorções:**
 - Interesses de grupo e corporativismo no funcionamento interno dos Conselhos de Saúde.
 - Ocupam espaço destinado aos cidadãos, impedindo que a opinião e inquietudes dos cidadãos se vejam corretamente refletidos.
 - Em várias ocasiões, os conselheiros têm desconhecimento dos assuntos tratados (carecem de informação, não foram capacitados adequadamente sobre seus deveres e funções)
- **Em geral, os meios dos quais os Conselhos de Saúde dispõem são limitados:**
 - A infraestrutura não é adequada para o desenvolvimento de suas funções
 - Carecem de recursos econômicos para compensar a tarefa não remunerada de conselheiro (pagamento de deslocamento, ausência do lugar de trabalho habitual...)
- **Os Conselhos acabam sendo empregados para legitimar mais do que para participar ou discutir propostas, visões e diretrizes de gestores e profissionais.**
 - Produziu-se uma progressiva burocratização dos Conselhos de Saúde
- **Em geral, diversas instâncias do sistema (CIBs, CIT...) não são permeáveis ao controle social**

7.8. Conselhos de Saúde e mecanismos de participação cidadã (2)

- Da perspectiva regional, ainda não existe um padrão estabelecido que permita incorporar os processos de participação social.
- Entretanto, há propostas para o estabelecimento de Conselhos e foros regionais.
- A dinâmica / estratégia de comunicação, sensibilização e apropriação do SUS é frágil:
 - Significativo desconhecimento da população quanto às instâncias dos Conselhos de Saúde, suas atribuições e funcionamento..



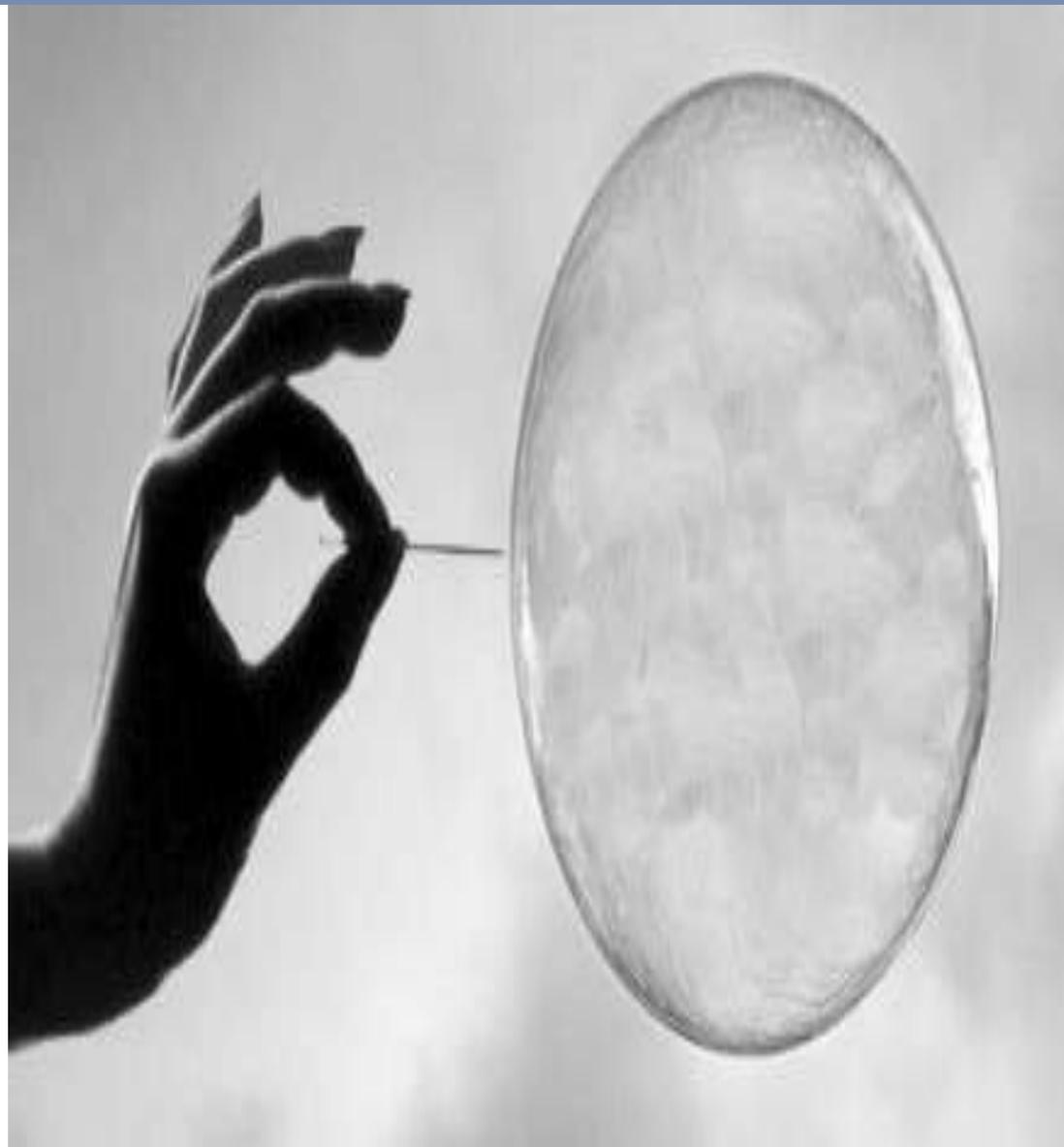


7.9. Institucionalização e regras de jogo:

...a senda do excesso normativo...

7.9. Normas e institucionalização (1)

- Em geral, o SUS padece por ter uma estrutura arcaica e de “arranjos” frágeis há mais de vinte anos...
- Produziu-se uma “robotização” / “automação” dos processos
 - Processos converteram-se em fins e não em meios
- Relação entre os entes federados
 - fragilidade do papel e atribuições do Estado no país
 - continuar trabalhando para delimitar as responsabilidades municipais em um contexto em que, progressivamente, a região deve assumir protagonismo.



7.9. Normas e institucionalização (2)

- **Fragilidade das CIRs; faltam aspectos essenciais para seu funcionamento como:**
 - Ausência de câmeras técnicas.
 - Baixa disponibilidade de pessoal tecnicamente qualificado
 - Cargos com responsabilidade política mas com escassa experiência no entendimento do âmbito da saúde.
 - Em geral, as CIRs carecem da “autoridade” regional necessária para levar adiante o processo e gerir os recursos do SUS neste nível.
- **Uma porcentagem elevada das pautas da CIR, responde a diretrizes provenientes da CIB e a CIT**
 - em geral, as agendas destes espaços não são centradas nos problemas de saúde da região. Possuem caráter mais burocrático, provenientes de outros âmbitos.
 - as pautas não são resultados derivados de processos como o planejamento regional
 - a capacidade das CIRs (bem como as das CIBs) diminui na medida em que devem assumir responsabilidades que não lhes correspondem e que lhes são definidas em outras instâncias

A hand holding a glowing lightbulb against a dark background. The lightbulb is the central focus, with its filament clearly visible and emitting a bright light. The background is a gradient of dark grey to black. A semi-transparent red banner is overlaid across the middle of the image, containing white text.

Bloco 3. Algumas recomendações e linhas de melhoria:

...o SUS como política de Estado, não de governo...

8.1. Recomendações e linhas de melhoria (gerais) (1)

- **As melhorias não podem depender, unicamente, de uma maior disponibilidade de recursos (humanos, tecnológicos e financeiros):**
 - Deve-se perseguir a eficiência do sistema e, para isso, é preciso melhoras na gestão, em todos os sentidos.
 - Os instrumentos do sistema devem permitir melhoras em termos de gestão.
- **Estratégias de abordagem de problemas, não podem ser as mesmas para todos os territórios devido às características próprias já mencionadas.**
 - O Ministério de Saúde não pode seguir interpretando unicamente o país, em alguns aspectos, como uma realidade homogênea.
 - São precisas políticas específicas com enfoque regional
- **Problemas multidimensionais em sua maioria**
- **A abordagem da saúde deve ser intersetorial:**
 - Pensar em saúde não significa refletir de um modo isolado.
 - É preciso envolver o resto dos setores que influenciam no campo da saúde e que, em grande parte, desconhecem seus desafios, potencialidades e processos.
 - A construção do processo deve ser sanitária e não meramente administrativa.

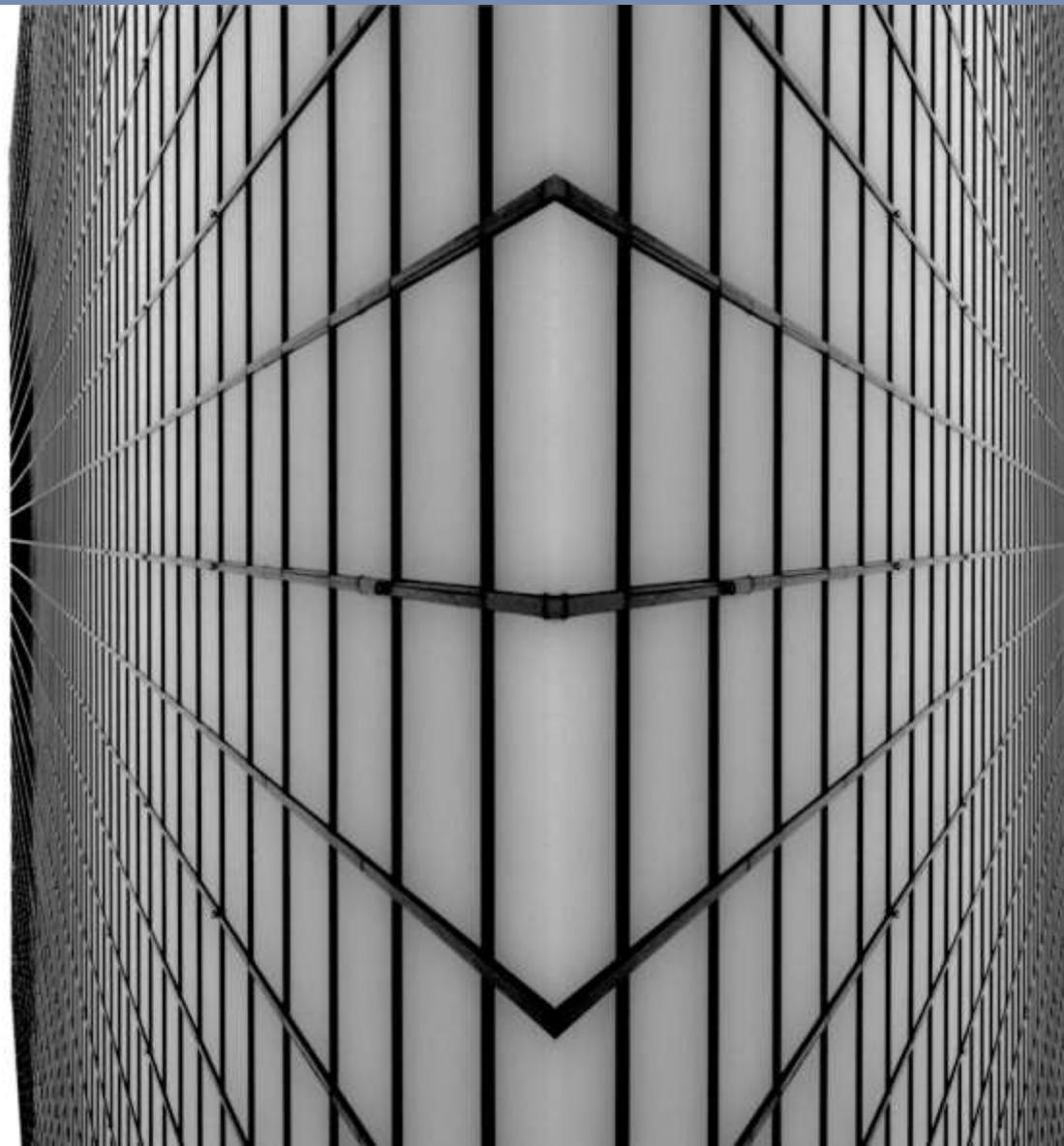
8.1. Recomendações e linhas de melhoria (gerais) (2)

- **Mudança de mentalidade e visão** por parte de todos os atores envolvidos no processo:
 - Saúde como política de Estado e não de Governo
 - Definição de “mínimos” essenciais; não podem variar em relação à conjuntura, prioridades ou circunstâncias momentâneas
- **Refletir sobre SUS e seus fundamentos básicos:**
 - Revisar as bases conceituais do Sistema
 - Potencializar o processo de reforma em saúde
 - Repensar processos de trabalho no interior do Sistema
 - Modernizar processos de gestão
- **Atenuar aspectos da hiperinflação administrativa do SUS e os custos de transação que gera.**
- **Avaliar marco legal sanitário:**
 - Avaliar arranjo organizacional disposto
 - É preciso atualizar, reduzir e simplificar o marco normativo que rege o sistema
 - É necessário deter a “fúria normativa”



8.1. Recomendações e linhas de melhoria (gerais) (3)

- Isso supõe a assunção de responsabilidades
- Isso supõe a assunção de supervisão e controle
- Isso supõe manter uma atitude centrada na eficácia mas também na eficiência quanto a alcance de objetivos e manejo de recursos



8.2. Compilação executiva de linhas de reforma (1)

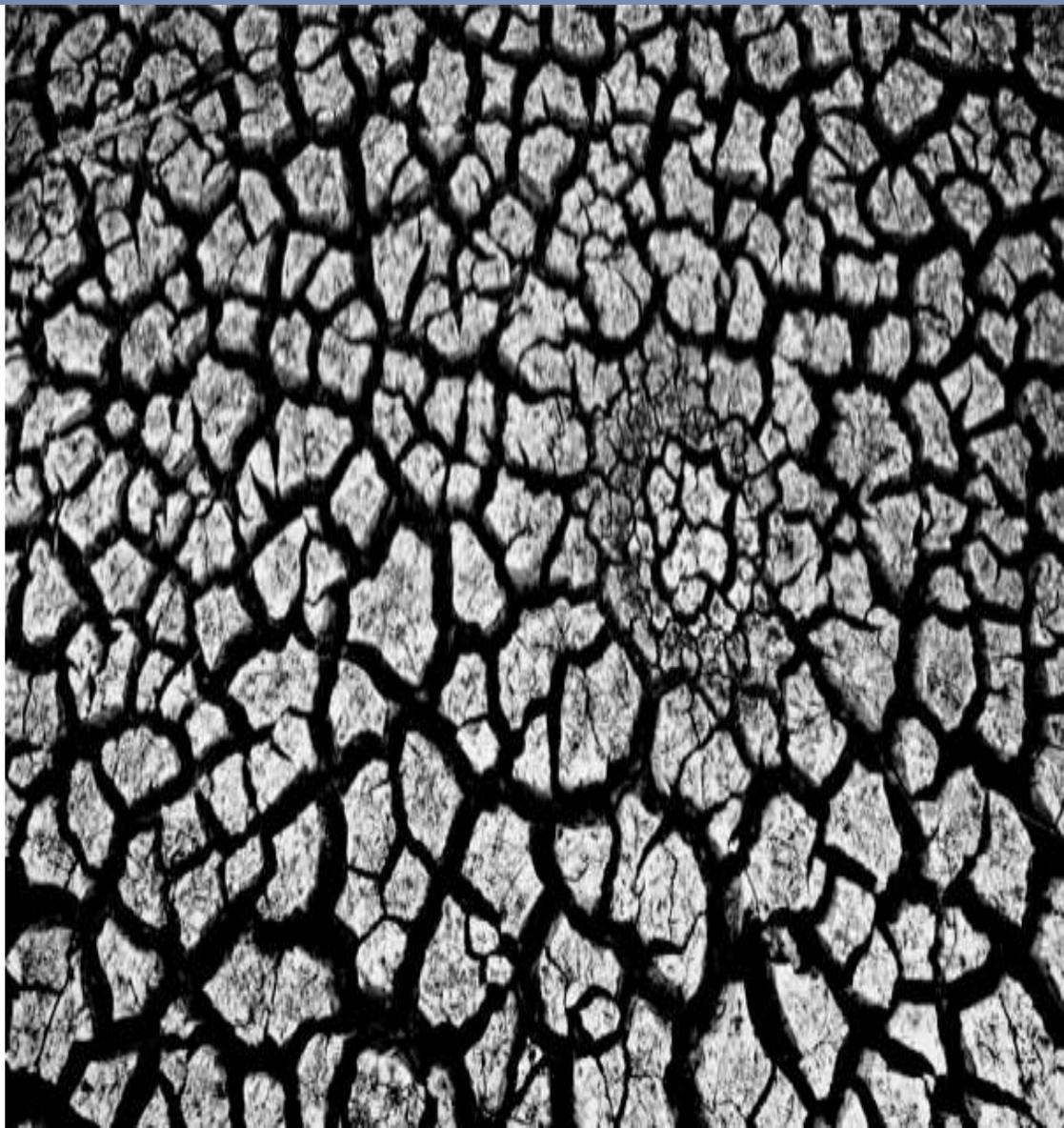
- **1. Intensificar relação entre Estados e Municípios** quanto ao processo de regionalização, clarificando as funções tanto dos primeiros como dos segundos
- **2. Profissionalizar gestão do SUS:** detectar vias e pautas que permitam reduzir os efeitos nocivos que as mudanças e a alternância política têm sobre o sistema.
- **3. Aumentar recursos disponíveis:** deve ser acompanhada de maior eficiência e de fórmulas que permitam esclarecer e simplificar os circuitos financeiros do sistema e gerar soluções flexíveis às particularidades territoriais.
- **4. A responsabilidade da gestão de recursos, em uma ótica regional, pode recair sobre “arranjos organizativos” (consórcios, fundações)** que permitam uma maior agilidade bem como um vínculo de proximidade entre estados e municípios.
- **5. COAP pode ser uma ferramenta valiosa para estruturar os compromissos, metas e responsabilidades do sistema.** Valorizar o incremento de esforços para promover seu potencial.

8.2. Compilação executiva de linhas de reforma (2)

- **6. Continuar aprimoramento de processos de planejamento**, por meio de melhoria na capacitação e na dotação de recursos, que pode ser potencializado através da profissionalização da gestão.
- **7. Avançar, conjuntamente, governança, modelo de atenção e modelo de gestão**, pois a governança regional, e por fim a sistêmica, não atingirá níveis de qualidade sem um modelo de atenção definido e fortalecido e sem uma gestão sólida das redes de saúde no território.
- **8. Considerar novos arranjos normativos que respaldem o processo**. Por exemplo, Lei de Responsabilidade Sanitária que estipule responsabilidades e limites à margem de atuação de gestores, a favor de uma boa gestão do sistema.
- **9. “Simplificar” as normas do sistema**, que geram incentivos perversos e elevados custos de transação, travando a eficiência do sistema.
- **10. Disponibilizar os meios necessários para o exercício do controle social e a participação cidadã em todos os níveis**
- **11. Revisar as fundações do sistema (pacto federativo)**.

8.3. O enfoque regional desde o município e o Estado

- O processo de regionalização deve prosseguir e intensificar-se já que, caso contrário, os municípios chegariam / se manteriam em suas limitações atuais.
- Isso não deve fazer esquecer que a saúde “ocorre / se operativiza” nos municípios e não no Estado ou no nível federal.
- A disponibilidade de redes de saúde integradas vai requerer vários elementos – planejamento municipal e regional fortalecidos, modelo de gestão...; entre eles: dispor de uma atenção básica sólida e resolutiva, de responsabilidade municipal.
- Isso vai requerer, ao mesmo tempo, resolver os problemas de acesso e manejo deste acesso (regulação) que sejam capazes de atuar sobre as diversas realidades do país (recursos, densidade populacional, etc.) e articular os diversos municípios.



8.3. O enfoque regional desde o município e o Estado (2)

- Isso também vai exigir um esforço focado a obter uma maior precisão quanto ao papel do Estado no processo de regionalização.
- O papel do Estado não pode ser desvinculado do papel e das funções que devem ser assumidas desde o município; entre as propostas:
 - Que o Estado coordena , dirija e lidere o processo de regionalização, a conformação de redes...
 - Com o apoio dos Estados, os municípios devem identificar oferta, necessidades e estabelecer projeções quanto a saúde, entre outros aspectos...
- Esta articulação deve ser focada, definitivamente, sob um enfoque cooperativo e não competitivo; tanto municípios como Estados devem abandonar sua “lógica particular” e trabalhar conjuntamente para que as regiões sejam “reais” (outorguem equidade, acesso, universalidade) e não só um constructo burocrático
- Neste sentido, o Estado deve respaldar o labor municipal em uma situação na que, muitos deles, estão nos limites de sua capacidade

8.4. Recomendações e linhas de melhoria; políticas e de profissionalização (1)

- Um dos mecanismos para dar estabilidade ao SUS é reduzir a elevada rotação através da profissionalização da gestão:
 - Uma profissionalização que não pode ir desassociada de um programa formativo vinculado aos aspectos de gestão do SUS
 - Assim mesmo, devem ser promovidas estratégias de sensibilização quanto à gestão do SUS (cargos políticos...na medida em que, muitas vezes, não dispõem de capacidade técnica para tomar decisões relevantes para o sistema)
 - Em geral, deve-se procurar mecanismos que permitam “despolitizar” ao SUS e evitar que possa ser convertido em um mecanismo de contenda eleitoral.
 - Desde o âmbito regional, uma opção pode ser dispor de uma instância, instrumentada legalmente, para velar pela estabilidade que, no setor, possa ser visto alterada pelas mudanças políticas.



8.4. De gestão econômica e financeira do sistema I (2)

- Para que o SUS se converta em uma política de Estado, *strictu sensu*, se necessita um conjunto de recursos estáveis que não estejam sujeitos a vaivéns conjunturais.
- A garantia destes recursos não pode supor desvincular de uma gestão eficiente dos recursos.
- Desde uma ótica econômica, uma melhor gestão permite, junto ao possível incremento de recursos, tirar partido do volume de “recurso ocioso”, que, atualmente, o SUS tem.



8.4. De gestão econômica e financeira do sistema II (3)

- Os consórcios intermunicipais (e outras fórmulas – Fundações... – baseadas em arranjos infraconstitucionais) podem ser convertidos, ao interior das regiões, em alternativas sólidas para a gestão eficaz e eficiente do sistema e para avançar na provisão de serviços:
 - Como possibilidade, estas fórmulas poderiam ser incluídas no COAP como um apartado vinculado à obtenção de financiamento e a assunção de responsabilidades
 - Podem ser constituídos, ao mesmo tempo, como mecanismos através dos quais canalizar recursos para as regiões e suas instituições (CIRs)
- No terreno econômico, deve ser compatibilizada a compensação de recursos com a autonomia (e a conseguinte responsabilidade) na despesa.
- Em geral e ante as fraquezas do processo de financiamento burocrático, deve ser avançado para a instauração de “novos formatos” e aproveitando as possibilidades e ferramentas das quais o próprio SUS dispõe:
 - A diversidade do país deve ter um reflexo na abordagem econômica e financeira do SUS.
 - A diferentes situações, devem gerar mecanismos que permitam passar da teoria à praxis
- Tudo isso em um marco de simplificação dos “arranjos financeiros” (por exemplo, passando de “blocos” de financiamento a um único “bloco” e com autonomia para seu manuseio).

8.4. De gestão econômica e financeira do sistema III (4)

- Desde a ótica financeira, bem como nas restantes abordadas nesta investigação, requer-se de políticas econômicas com um enfoque regional específico :
 - De acordo às fraquezas mencionadas, a pauta para solucionar os problemas de localização e uso de recursos municipais, deve ser regional; neste aspecto, deve ser intensificado o processo de discussão e operativização de ações.
- **Conquanto é verdadeiro que se padece de fraquezas quanto a capacidade financeira e de gestão, o SUS dispõe de um modelo e pode ser que ainda seja cedo para estabelecer valorações, tal e como se expressa desde alguns setores**



8.4. Ferramentas: o desenvolvimento do COAP I (5)

- **Para isso, apesar do mencionado, o COAP pode ser uma ferramenta de grande importância**
 - O COAP vai precisar de ciclos políticos para “amadurecer” e consolidar-se; onde teve lugar, o processo tem ocorrido com “uma velocidade” que não pode ser a mesma em todos os lugares do país.
 - A capacidade e vontade política vão ser essenciais para sua posta em marcha. .
 - Junto ao indicado, vai ser necessário analisar a experiência daqueles Estados que têm posto em marcha os COAP e determinar pontos fortes e frágeis, extraíndo lições aprendidas que possam ser de utilidade para o resto do país.
 - Devem gerar estratégias de “aproximação” destas experiências a outros Estados (políticas de sensibilização...)
 - O sistema precisa de racionalidade em seu funcionamento e o COAP é uma ferramenta que pode contribuir para isso.
 - No entanto e na medida em que o COAP arrasta parte das fraquezas históricas do SUS, e que já se manifestaram em etapas anteriores de desdobramento do sistema (NOAs...), para aumentar seu efeito requererá melhoras em outros âmbitos do sistema.
 - Deste modo, devem considerar as lições aprendidas em outras etapas de desenvolvimento do sistema e nas que experimentaram dificuldades.
 - Junto ao mencionado, o COAP não deve ser um modelo idêntico a implantar nos diferentes territórios; deverá ser adaptado às realidades e necessidades locais para ser efetivo.

8.4. Ferramentas: Planejamento e necessidades de saúde II (6)

- **O processo de planejamento deve contar com uma perspectiva regional e uma visão de rede e estar dotado dos recursos necessários para que esta seja rigorosa:**
 - À margem dos recursos necessários (tecnológico e econômicos), é necessário investir na capacidade do recurso humano (profissionalizando a gestão em saúde ou fomentando a geração de capacidades entre estamentos não profissionais).
- **Deve estabelecer-se um circuito contínuo e rigoroso de planejamento, execução e avaliação:**
 - Isso implica fortalecer os vínculos e a conexão entre os relatórios de gestão e os planos de saúde
- **Existem iniciativas destacadas de capacitação a gestores e pessoal técnico que devem ser intensificado e podem servir de referência para âmbitos territoriais que ainda não as implementaram.**
- **Uma das alternativas, neste cenário, passa por construir uma “agenda regional” com os prefeitos apropriados, frente ao planejamento de necessidades, em particular.**
- **Em geral e para todo o país, estes aspectos incidem na necessidade de aprofundar no debate sobre o modelo de desenvolvimento regional.**
- **Assim mesmo, melhorar o entendimento das diretrizes que procedem do Ministério da Saúde e que, em diversas ocasiões, resultam confusas e sem indicadores claros para a implantação e o seguimento. Assim mesmo, o Ministério deve incidir em seu papel de ente reitor, condutor e simplificador do processo de reforma.**

8.4. Modelo de atenção, gestão e regulação (7)

- **A governança do sistema não pode ser separado do processo de fortalecimento do modelo de atenção e de o modelo de gestão:**
 - As dificuldades em ditos modelos ainda não se percebem como problemas que afetam o funcionamento e a dinâmica de o sistema
 - Deve ser estabelecida uma transição desde um modelo baseado na oferta a um baseado na demanda / necessidades de saúde e que, frente às estratégias curativas / reativa, se base na implementação de estratégias preventivas
 - A dimensão da região deve ir aparelhada à capacidade para construir e pôr em marcha redes de atenção
- **O desenho e a posta em marcha de redes de atenção, em nenhum caso pode ser desvinculado das melhoras em termos de regulação:**
 - Sem regulação de acesso, será extremamente complexo conseguir maiores níveis de eficácia e eficiência quanto ao uso de recursos dos que dispõe o sistema.
 - Para fomentar uma melhor regulação, se requer transparência, disseminação da informação e integração de conhecimento disponível; para isso é necessário aprofundar na melhoria da coletiva, processamento e disseminação da informação vinculada à cada âmbito territorial.
 - Assim mesmo, isso suporá fortalecer os vínculos com a “rede privada” existente no país.

8.4. Modelo de atenção, gestão e regulação (8)

- Desde uma perspectiva que abarca também o âmbito econômico, uma **“Lei de Responsabilidade Sanitária”** poderia implicar maior responsabilidade quanto ao manejo eficiente de recursos e uma atenção de qualidade. Ao respeito:

- Esta Lei pode implicar efeitos que se visualizam como positivos para a consolidação e desenvolvimento do sistema e a profissionalização da gestão como provocar a inelegibilidade de cargos por conduta irresponsável.
- Propor sanções de caráter econômico por condutas como a mencionada – como poderia ser a suspensão de recursos – pode ter um efeito adverso e penalizar ainda mais aos âmbitos territoriais receptores das mesmas; há que valorizar bem seu efeito.
- Visualiza-se como uma iniciativa primordial para o avanço do SUS mesmo que não será suficiente para compensar / equilibrar todos os problemas associados ao COAP



8.4. Conselhos de Saúde e participação cidadã (9)

- Devem ser tomadas em consideração as propostas existentes quanto ao fomento da participação cidadã e os conselhos de saúde em espaços / âmbitos de caráter regional
- Simultaneamente, devem ser promovidas as condições para que os Conselhos de Saúde possam levar a cabo as funções que lhes correspondem: dispor de sede, infraestrutura, capacidade de funcionamento...



9. Cenários de futuro (1)

MANTER O STATU QUO

- **Sem a revisão do pacto federativo, a situação do sistema seguirá sendo a mesma.**
- **Risco: a sobrevivência do pacto federativo, tal e como se conhece atualmente e sem os ajustes apropriados, vai seguir gerando e intensificando os problemas.**
- **Neste cenário, não se promoveriam mudanças; a dinâmica do sistema estaria sujeita à tendência inercial atual.**
- **Isso implica continuar avançando com o processo de regionalização e seguir procurando mecanismos para seu operativização.**



9. Cenários de futuro (2)

PROMOVER A REFORMA DO SUS

- **O SUS, constitui-se em um momento determinado e com umas características determinadas que, em alguns casos, não se adequa à realidade atual.**
- **Neste sentido, o SUS encontra-se em uma encruzilhada e precisa readequar-se para reduzir o nível de incerteza quanto a seu presente e seu futuro.**
- **As reformas podem ser de: médio alcance, grande alcance ou simultaneando umas com as outras.**



Cenários de futuro (3)

- **A reforma parcial arraiga em introduzir arranjos naqueles âmbitos nos que se detectaram algumas deficiências / distorções que têm afetado o SUS e que podem tratar de ser emendadas sem tentar alterar as bases do pacto federativo**
- **As reformas de grande alcance, implicariam na revisão e a alteração do pacto federativo e, sob este marco, empreender uma série de reformas paralelas / simultâneas / encadeadas nos âmbitos sobre os que se fez referência anteriormente:**
 - Estas reformas, de grande alcance, acabariam desembocando em alterações para todos os âmbitos geográficos do país na medida que supõem alterar as bases do sistema
- **Isso implica determinar para onde o SUS deve avançar , para tanto:**
 - É fundamental esclarecer as funções e responsabilidades de atores e níveis do sistema

