



ano VI, número 21
outubro, novembro e dezembro de 2016
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



CONASS DEBATE

Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

ENTREVISTA

Maria Luisa Vázquez Navarrete fala a respeito da
integração dos serviços de saúde na Espanha

SAÚDE EM FOCO

Secretaria Estadual de São Paulo compartilha
software para organizar demandas judiciais

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
Ano VI | Número 21 | Outubro, Novembro e Dezembro de 2016



CONASS DEBATE

Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

ENTREVISTA

María Luisa Vázquez Navarrete fala a respeito da
integração das redes de saúde em Espanha

SAÚDE EM FOCO

Secretaria Estadual de São Paulo compartilha
software para organizar demandas judiciais

6

consensus entrevista

A professora Maria Luisa Vázquez chefe do Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde, do Consórcio de Saúde e Social de Catalunha fala sobre a experiência da comunidade autônoma da Catalunha na Espanha com a integração dos serviços de saúde

16

matéria de capa

Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde é tema de debate promovido pelo CONASS em Brasília. Evento contou com a participação de secretários de saúde, técnicos e estudiosos que debateram as relações interfederativas e intergovernamentais no SUS

saúde em foco

30 *SES/SP compartilha software para organizar demandas judiciais*

institucional

33 *Comitiva do Ministério da Saúde do Uruguai visita o Brasil para conhecer proposta do CONASS para a Planificação da Atenção à Saúde, por meio da experiência do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte/MG*

opinião

36 *A governança na região de saúde, por Lourdes Lemos Almeida*

42 *curtas*

A temática central desta edição da Revista Consensus é a Governança em Rede, um modelo de gestão colaborativa que pode ser adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo pesquisa recente sobre o tema realizada pelo CONASS, com o apoio da Fundação Dom Cabral (FDC) e da Organização Panamericana de Saúde (Opas).

O sistema de saúde brasileiro é considerado uma prática exitosa de governança de políticas públicas, mesmo atuando em uma realidade plural e marcada por desigualdades regionais importantes. Essa nova prática na gestão denominada governança é considerada mais ampla que aquela denominada governo ou governabilidade, porque sua constituição vai além das instituições públicas, abrangendo mecanismos informais não governamentais e contemplando a participação de atores como a sociedade e organizações diversas, fazendo que os interesses sejam organizados e direcionados a partir de objetivos comuns, negociados entre as partes envolvidas, buscando assegurar o direito ao acesso universal à saúde.

A pesquisa publicada no livro CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde fortalece o conceito de Governança ao constatar a teia de relações entre governo, empresas e atores da sociedade civil. Nesse modelo, destacam-se a natureza colaborativa dos esforços para o atendimento das necessidades humanas, o uso difundido de ferramentas de ação que engajam redes complexas de atores e a necessidade de um estilo diferente de gestão pública, em que se enfatiza a colaboração em vez da hierarquia e do controle.

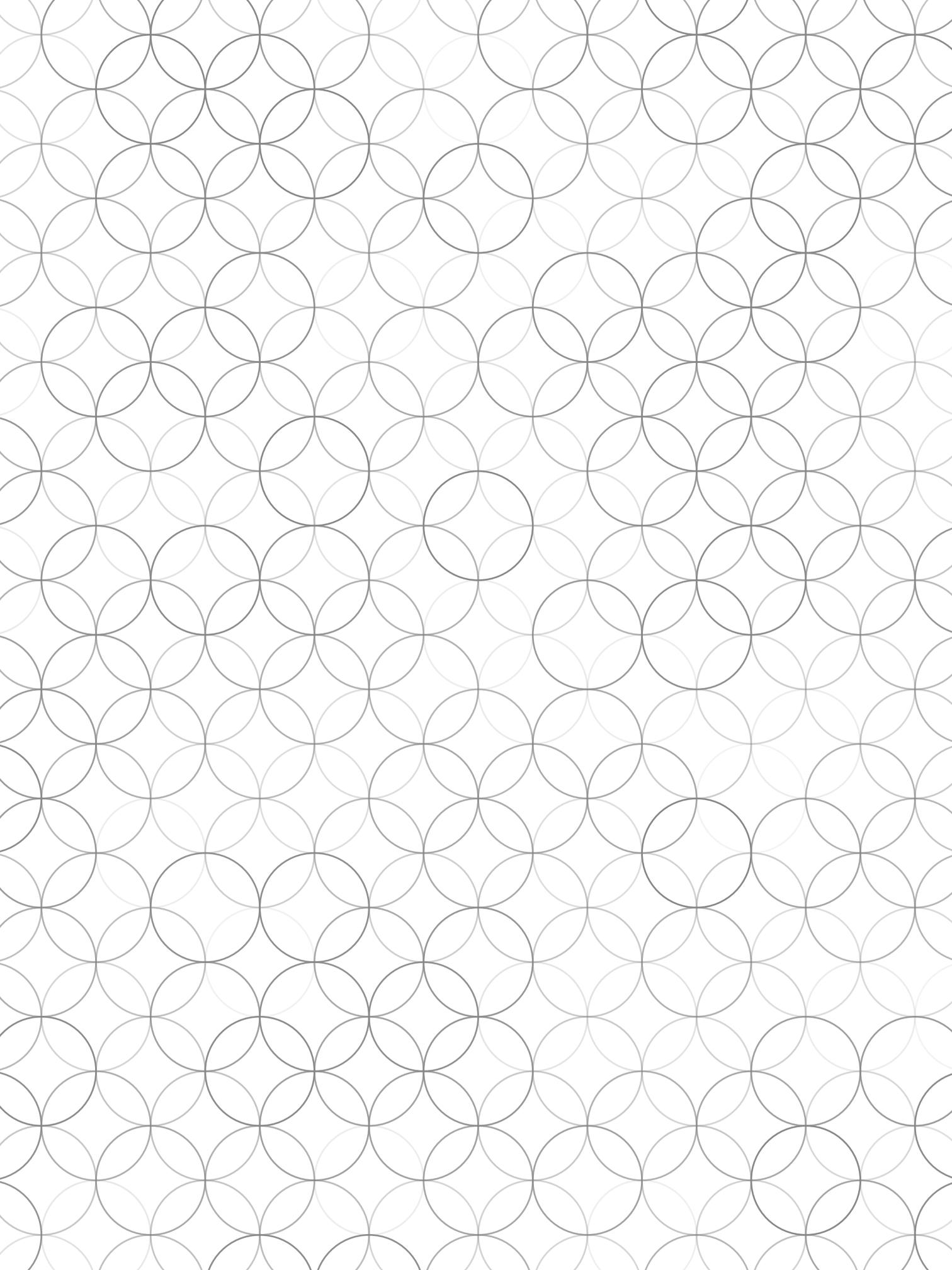
Amplamente debatida durante evento realizado pelo CONASS no dia 23 de novembro, em Brasília, a matéria de capa desta edição da Consensus traz a cobertura do seminário CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, em que gestores, técnicos e estudiosos discutiram a Governança em Rede no debate que também contemplou a Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde e a apresentação da experiência de governança regional da Rede Mãe Paranaense.

A entrevistada desta edição é a professora Maria Luisa Vázquez Navarrete, do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha (CSC), que fala a respeito da integração dos serviços de saúde na comunidade autônoma da Catalunha na Espanha e das principais mudanças a serem adotadas pelos países que optam por um modelo integrado de gestão de saúde.

A seção Saúde em Foco traz as informações a respeito do compartilhamento, pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, do software criado para organizar as demandas judiciais em saúde – o S-Codes. O compartilhamento por cessão de uso é gratuito e sem contraprestação para os demais Entes.

Na seção Institucional, a visita da equipe do Ministério da Saúde do Uruguai ao Centro Estadual de Atenção Especializada localizado no município mineiro de Santo Antonio do Monte, para conhecer de perto a proposta do CONASS para a Planificação da Atenção à Saúde por meio da integração da Atenção Primária à Saúde com a Atenção Especializada.

Boa Leitura!



ENTREVISTA

María Luisa Vázquez Navarrete

A professora Maria Luisa Vázquez, MD, PhD, MSc, é chefe do Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde, do Consórcio de Saúde e Social de Catalunha, e coordenadora do grupo de pesquisa em política de saúde e serviços de saúde. Com o objetivo de contribuir para o fortalecimento dos sistemas de saúde pública, fornecendo evidências para a formulação de políticas, sua investigação centra-se na integração de cuidados e suas implicações no acesso, a coordenação e a qualidade dos cuidados e da equidade no acesso aos serviços de saúde, com especial atenção às populações vulneráveis, como os imigrantes. Esta experiência resultou em um número de publicações científicas, bem como diversas ferramentas para a avaliação e melhoria dos serviços de saúde.



Consensus Dra. Maria Luisa, o que é e o que faz o Consórcio de Saúde e Social da Catalunha?

Maria Luisa Vázquez Navarrete O consórcio é uma entidade pública de base associativa e municipalista que agrupa municípios, entidades públicas e prestadores de serviços de saúde públicos e privados sem fins lucrativos do Sistema Nacional de Saúde da Catalunha, distribuídos em todo o território catalão. Foi criado para prover um foro para o intercâmbio em saúde entre os associados e uma voz conjunta diante do Departamento de Saúde (equivalente a Secretária de Saúde do Estado). Veio auxiliar na modernização e na renovação do sistema de saúde, promovendo uma melhoria na forma de organização e de gerenciamento públicos dos serviços de saúde.

Na Catalunha, temos um Sistema Nacional de Saúde de acesso universal, financiado por impostos, semelhante ao Brasil. No entanto, podemos dizer que, no nosso sistema, praticamente toda a população tem acesso a uma atenção em saúde de qualidade (com algumas exceções e também alguns problemas, que têm se agudizado pelas medidas de ajuste estrutural introduzidas durante a crise econômica). Mesmo com muitas semelhanças entre o sistema de saúde brasileiro e o espanhol, aqui, sem ser perfeito, conseguimos ofertar a atenção em saúde necessária e de qualidade a toda a população e no Brasil, infelizmente, por enquanto isso ainda não acontece.

Consensus A que a senhora atribui esse desempenho?

Maria Luisa Um aspecto muito importante foi a criação do Sistema Nacional de Saúde Espanhol, com a Lei Geral de Saúde, de 1986, de acesso universal, com a integra-

ção do financiamento, em um fundo único, e que passa a ser um financiamento majoritariamente por impostos. A mudança no modelo, a integração e a garantia de financiamento público foi muito importante para a consolidação do sistema de saúde. Ao mesmo tempo, e dentro do processo de descentralização do estado, a Lei cria o marco para a descentralização da gestão dos serviços de saúde que passa às comunidades autônomas [as CCAA mencionadas nesta entrevista são equivalentes aos estados brasileiros]. Esse tem sido um processo muito longo e que vai demorar ainda uns 20 anos para se consolidar. A primeira Comunidade Autônoma a receber a transferência dessa responsabilidade foi a Catalunha, em 1981. Dentro do Sistema de Saúde Catalão, o Consórcio de Saúde e Social da Catalunha é ator importante que agrupa prestadores de serviços de saúde, promovendo o diálogo com o governo da Catalunha e participando da definição de políticas públicas sanitárias.

Consensus O Consórcio de Saúde e Social da Catalunha também tem uma vasta produção científica...

Maria Luisa Sim. Para ser um ator do sistema bem informado, o consórcio criou o Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde, que eu dirijo e onde também trabalha a Dra. Ingrid Vargas, autora nas publicações sobre redes de serviços de saúde. Neste mês de novembro celebramos 20 anos de existência deste serviço, cujo objetivo é gerar e disseminar conhecimento sobre política sanitária e gerenciamento e gestão dos serviços de saúde, a fim de reforçar o posicionamento estratégico dos associados ao CSC e contribuir para o debate dentro do setor sanitário da Catalunha em primeiro lugar, em toda a Espanha depois, e

também internacionalmente. Estamos sempre focando o trabalho em aspectos pouco analisados das políticas que estão sendo discutidas, consideradas e implementadas, buscando pontos de vista qualificados para os debates. Agora, por exemplo, temos em funcionamento projetos de investigação sobre integração da atenção em redes de serviços, um na Catalunha (Coordena-Cat – www.consorci.org) e o outro em seis países da América Latina, incluindo Brasil, (Equity LA II – www.equity-la.eu).

Acesse a produção do Serviço de Estudos e Prospectivas em Políticas de Saúde <http://www.consorci.org/coneixement/catalogue-de-publicacions/cat/835>.

Consensus Voltando ao financiamento da saúde na Catalunha, a senhora pode nos explicar em que contexto se deu a integração do financiamento da saúde e como ele funciona atualmente?

Maria Luisa A partir da lei geral de saúde, passou-se dos diversos fundos (seguridade social e beneficência) a um fundo único. Antes financiado por cotizações, passa agora a ser financiados com impostos, com transferência do orçamento geral central às Comunidades Autônomas, e cada vez mais com maior participação de impostos dessas Comunidades Autônomas. É uma parte do orçamento geral do governo da Catalunha.

Consensus Em que momento ocorreu a integração dos serviços de saúde em rede, quer dizer, ela se deu paralelamente à descentralização dos serviços?

Maria Luisa A organização em redes dos serviços de saúde se dá em diversas etapas e níveis. Em primeiro lugar, sim, ocorreu paralelamente, até porque a construção do Sistema Nacional de Saúde inicia-se, como

Dentro do Sistema de Saúde Catalão, o Consórcio de Saúde e Social da Catalunha é ator importante que agrupa prestadores de serviços de saúde, promovendo o diálogo com o governo da Catalunha e participando da definição de políticas públicas sanitárias

já disse, com a descentralização da gestão das redes públicas de serviços de saúde. Desde os primeiros anos em que se estabeleceram as responsabilidades e competências de saúde, as Comunidades Autônomas começaram a desenhar um modelo de organização de serviços de saúde em redes regionais, subdivididas territorialmente em áreas e zonas básicas de saúde e desenvolvendo ao mesmo tempo a reforma da atenção primária.

A Catalunha era um pouco diferente do resto da Espanha, pois tinha muitos prestadores de serviços de saúde de titularidade diversa, sendo uma parte propriedade da seguridade social (aproximadamente 100% da atenção básica e 30% dos leitos hospitalares) naquele momento e outra, de municípios, além de prestadores privados,

geralmente de ordem religiosa, cooperativas ou mutualidades. A diferença de outras regiões é que o governo da Catalunha decidiu manter a titularidade dos prestadores. Criou o Instituto Catalão de Saúde, como entidade pública responsável pela gestão dos serviços sanitários da antiga seguridade social. O que era propriedade de prefeituras, comarcas ou outros ficou nas mãos dos seus respectivos proprietários, separando as funções de financiamento e compra da prestação de serviços de saúde. Em primeiro lugar, estabeleceu-se uma rede hospitalar de utilização pública, com os prestadores existentes que deviam ser acreditados para

fazer parte da rede. Paralelamente também se iniciou a reforma da atenção primária, construindo equipes de atenção primária integradas em centros de saúde.

Consensus Os prestadores de serviços de saúde podem ser da iniciativa privada?

Maria Luisa Alguns prestadores são privados (como os de ordens religiosas), porém a maioria é sem fins lucrativos. No geral, os privados não representam um componente grande da rede pública de serviços de saúde, exceto na atenção à saúde mental e sociosanitária.

Consensus Como se dá a organização e governança das redes de saúde?

Maria Luisa A máxima autoridade sanitária da rede pública é o Departamento de Saúde de Catalunya, que no Brasil equivale à Secretaria Estadual de Saúde, que é responsável pela direção do sistema, quer dizer, pelo planejamento, pela ordenação, pela autorização e pela inspeção e pelo controle em saúde. Dela depende o Serviço de Saúde Catalão (CatSalut), que é responsável por garantir a atenção sanitária de qualidade à população, mediante o estabelecimento dos contratos com os diversos provedores sanitários que conformam a rede pública, acompanhando, ainda, o desempenho deles.

O Serviço de Saúde Catalão está organizado territorialmente em regiões sanitárias, determinadas por critérios geográficos, socioeconômicos e epidemiológicos e de oferta de serviços. As regiões sanitárias são os órgãos descentralizados de gestão do sistema sanitário público; dispõem dos recursos necessários, atenção primária e especializada, – suficientes e adequados – excetuando o nível mais complexo da atenção que tem um caráter suprarregional. As regiões sani-

A importância da territorialização é para planejar os serviços de acordo com as necessidades da população, a fim de se evitarem duplicações quanto aos recursos oferecidos, custos desnecessários e a garantir uma atenção primária próxima e também, até certo nível de complexidade, acessível geograficamente

tárias estão divididas em setores sanitários que englobam as AGAS, áreas de gestão de saúde, que agrupam áreas básicas de saúde de acordo com critérios de planificação operativa, de coordenação e de análise dos fluxos principais entre atenção primária e a hospitalar básica. Finalmente os prestadores têm seu órgão de governo, que no caso das organizações sanitárias integradas pode ser um único para toda a rede.

Consensus Na região está a autoridade sanitária máxima. Há outro nível de governança do Sistema Nacional de Saúde espanhol?

Maria Luisa São dois níveis de governança. O governo central estabelece a legislação básica, as bases para o acesso ao sistema sanitário (cobertura e carteira de serviços) e a qualidade, faz a coordenação geral dos sistemas de saúde das CCAA, por meio do Conselho Interterritorial de Saúde, as atividades de saúde exterior e legislação sobre produtos farmacêuticos e financiamento suplementar, assim como a formação dos profissionais e a pesquisa.

O Governo de Catalunha, por meio do Departamento de Saúde, é responsável pelas políticas sanitárias e pelo planejamento, pela organização e pela provisão da atenção em saúde e da saúde pública. O orçamento para saúde é determinado pelo governo de Catalunha, embora o governo central estabeleça os mínimos e o financiamento com impostos gerais. Os governos locais (prefeituras) são responsáveis pelo saneamento básico e saúde do meio ambiente.

Consensus Por isso a importância da territorialização?

Maria Luisa A importância da territorialização é para planejar os serviços de acordo

com as necessidades da população, a fim de se evitarem duplicações quanto aos recursos oferecidos, custos desnecessários e a garantir uma atenção primária próxima e também, até certo nível de complexidade, acessível geograficamente. Há preocupação em se oferecer acesso equitativo à atenção necessária. Por isso, é preciso garantir que os recursos sejam alocados efetivamente para dar resposta às necessidades da população de maneira adequada. E, por isso, também é importante que as decisões sobre a constituição e gestão das redes não fiquem em um nível local ou micro, onde não há visão territorial do sistema ou competências técnicas para manter a qualidade e a efetividade da atenção.

Consensus Um dos caminhos percorridos no Brasil rumo à organização dos serviços de saúde em redes são as redes temáticas. Qual a sua opinião a respeito dessas redes?

Maria Luisa A redes temáticas podem proporcionar exemplos de como melhorar a articulação da atenção. Porém, considero que o conceito de redes vai além disso e trata-se de articular um conjunto de serviços capazes de dar resposta à maioria dos problemas de saúde da população, e não numa área ou restrito a um problema de saúde específico. É bom ter experiência e aprender com as redes temáticas, por exemplo, para a atenção materna, mas não acho que essas sejam as redes a promover, porque corre-se o risco de descuidar de outras necessidades em saúde da população. Porém, é importante compreender que é o que faz que essas redes funcionem, seja no nível local ou regional. Provavelmente seja porque exista, além do planejamento, um acordo, programa ou uma ordem do governo. Por isso, tenho dú-

E, por isso, também é importante que as decisões sobre a constituição e gestão das redes não fiquem em um nível local ou micro, onde não há visão territorial do sistema ou competências técnicas para manter a qualidade e a efetividade da atenção

vidas nesse sentido, uma vez que as redes temáticas são muito semelhantes aos antigos programas verticais. Mas ainda é imprescindível refletirmos que a organização de redes não é um objetivo em si mesmo, mas um meio para melhorar o acesso da população à atenção de saúde de qualidade, em todos os níveis de atenção à população – da prevenção, promoção e reabilitação –, de acordo com as suas necessidades.

Consensus O fortalecimento e a ampliação da Atenção Primária à Saúde, na contramão de um modelo hospitalocêntrico hegemônico, pode ser o caminho para a organização dos serviços em rede e integração dos serviços de saúde?

Maria Luisa O fortalecimento é muito importante e necessário, mas não suficiente para a organização em redes, já que as redes devem garantir o acesso ao contínuo da atenção, de acordo com as necessidades da

população. Portanto, acho que é importante trabalhar nos diferentes níveis de complexidade, tanto no fortalecimento da atenção primária, quanto para que esteja acessível para o conjunto da população, como na melhoria da qualidade e capacidade de resolução dos problemas, e também na adaptação e melhoria dos outros níveis de complexidade para poder articular o conjunto. E sempre garantindo o financiamento necessário para realizar essas reformas. Aqui na Espanha, e na Catalunha, temos um sistema praticamente de acesso universal, com base em uma atenção primária para toda a população, porque o governo definiu que seria assim. Além de reorganizar o modelo de atenção, foram alocados os recursos necessários, tanto para a atenção primária como para os outros níveis de complexidade. Mesmo assim, ainda há muito para melhorar no nosso sistema.

Consensus Como vocês lidam com interesses econômicos para que não interfiram na organização e no funcionamento das redes?

Maria Luisa Quando se fala em governança, fala-se em regulação e em direção do sistema de saúde e a única maneira de fazer que os recursos sigam a direção desejada é com uma regulação suficientemente forte, o que infelizmente é difícil. É importante planejamento adequado das redes de serviços de saúde, com regras claras, com controles externos, como também internos, transparência e prestação de contas, ante o sistema e a sociedade. Porém, acho que mesmo assim é difícil para as autoridades públicas manterem o controle dos interesses econômicos.

Consensus Na Catalunha, houve um momento em que foi preciso optar por começar a formar essas redes ou fortalecê-las?

Maria Luisa O Sistema Nacional de Saúde, desde a sua definição, está planejado para se organizar em redes territoriais, adotando um modelo baseado na atenção primária, que é coordenadora da atenção ao longo do contínuo assistencial, com planejamento de acordo com os territórios e suas populações. Este modelo tem sido desenvolvido ao longo do tempo, com diversas reformas e resultados. Mas há necessidade de fortalecer as redes? Mais do que as redes, o que está na discussão política é a melhora da coordenação/articulação e integração da atenção, possivelmente por diversos motivos. A prestação de serviços de saúde está planejada em redes, mas não necessariamente se tem logrado trabalhar de maneira suficientemente articulada entre os provedores de um território e entre níveis de complexidade, por ter um sistema de pagamento por linhas assistenciais (primária, hospitalar) que não favorece a colaboração, como também por estruturas organizativas pouco orgânicas que limitam a comunicação e a colaboração entre profissionais, pela insuficiente definição ou diferente interpretação dos papéis dos diferentes níveis assistenciais, e possivelmente, pela persistência de culturas diferentes, mas também porque estão mudando as necessidades de atenção da população. Além disso, na Catalunha, o SISCAT está formado por prestadores de serviços de saúde, com titularidades distintas e, mesmo com o sistema organizado territorialmente, há diferentes prestadores de serviços de saúde de distinta titularidade dentro de um mesmo território, e às vezes com duplicações de recursos. Isso deu lugar a diversas experiências de gerenciamento conjunto dos diferentes provedores de saúde de diferentes níveis de complexidade (atenção bá-

sica, hospital, socioassistencial), no nível territorial, mediante fusões, estabelecimento de convênios, acordos ou modelos dentro do território.

Portanto, inicialmente, planeja-se a prestação de serviços de saúde no território para que seja adequada às necessidades da população. Depois, define-se o modelo de atenção à saúde, olhando mais atentamente para a integração clínica. Isso quer dizer que os profissionais responsáveis pela atenção e pelos cuidados em saúde trabalham articuladamente entre os distintos níveis de complexidade.

Consensus Para manter essa roda girando é feito algum tipo de acompanhamento? Ou seja, um controle para saber se é preciso integrar ou remanejar prestadores?

Maria Luisa Na verdade, é fundamental que haja esse controle. São as autoridades



Quando se fala em governança, fala-se em regulação e em direção do sistema de saúde e a única maneira de fazer que os recursos sigam a direção desejada é com uma regulação suficientemente forte, o que infelizmente é difícil

sanitárias (Departamento de Saúde), por meio de diversos departamentos, entidades (Serviço de Saúde Catalão) e instâncias os encarregados de acompanhar e avaliar o desempenho desses serviços, tanto no que concerne ao processo, quanto aos resultados. Assim, fazem que os dados sejam públicos. Também há áreas de melhoria. Entre as entidades que realizam o acompanhamento e a avaliação dos serviços e resultados, está a Agência de Qualidade e Avaliação Sanitária da Catalunha, que abrange um Observatório do sistema de saúde, com resultados por centros. A central de balanços, por exemplo, é o instrumento do CatSalut para acompanhar os resultados econômicos e financeiros dos prestadores. Lembrando que, na Espanha, a gestão do Sistema Nacional de Saúde ocorre nas Comunidades Autônomas, o que no Brasil equivale aos estados, portanto, essa supervisão está no âmbito das Comunidades Autônomas.

Consensus Aqui no Brasil temos os conselhos de saúde, em todos os níveis de gestão do SUS, garantindo a participação da sociedade nas políticas públicas de saúde, muitas vezes indicando as necessidades de determinados setores da população. Na Espanha há alguma instância similar inserida nas redes integradas de atenção à saúde?

Maria Luisa A nossa lei catalã de ordenação sanitária (LLOSC, 1990) também contempla a participação social, com conselhos de saúde nos diferentes níveis do sistema e até os provedores de saúde, em que estão representados o governo autonômico, os conselhos comarcais, prefeituras, organizações empresariais, usuários, de profissionais

e provedores de serviços. Porém o papel está pouco desenvolvido e a participação acontece mais por meio de representantes políticos, como também por meio de ações populares como manifestações, abaixo-assinados etc. O governo atual criou uma secretaria de participação que deve promover esta participação.

Consensus Pelos estudos que você e outros pesquisadores desenvolveram, nos quais analisam a situação de saúde na América Latina, quais seriam as mudanças que os países que optam pelo modelo das redes integradas de saúde teriam de promover?

Maria Luisa Podemos considerar três níveis para a formação das redes – o **macro**, que é o financiamento suficiente e equitativo do sistema de saúde, para garantir um recurso humano suficiente e adequadamente formado e a eliminação da intermediação de seguradoras (para evitar a fragmentação), uma carteira de serviços ampla e uma autoridade sanitária forte, que possa definir a política de redes e garantir a implementação e, portanto, a organização em redes dos serviços de saúde; o **médio**, que é a organização da rede, de forma a facilitar o trabalho conjunto entre os prestadores de serviços (incluindo a forma de organização da atenção e as condições de trabalho os profissionais), que deveria ser responsabilidade dos órgãos de gerenciamento e governo da rede; e o **micro**, que é o envolvimento dos profissionais de saúde para o trabalho articulado entre níveis de complexidade ao longo dos processos de atenção.

Consensus Pelos estudos, é possível apontar quais os principais desafios para

a formação, organização e governança das redes?

Maria Luisa No nível macro, o planejamento e a organização das redes em um nível de decisão adequado, a garantia do financiamento suficiente, a introdução de mecanismos que realmente favoreçam a coordenação entre provedores de saúde, incluindo condições de trabalho adequadas e a vontade política. É importante também que haja um processo de acompanhamento e avaliação contínua das redes.

Consensus Ainda de acordo com os estudos, quais são as barreiras para a coordenação desses serviços integrados em sistemas descentralizados?

Maria Luisa Uma barreira importante é que a configuração das redes esteja baseada na negociação e que seja um nível de governo local o responsável, o que pode, por um lado, não ter a capacidade técnica para desenvolver as atividades necessárias para articular as redes ou também pode articular uma rede que não tenha tamanho de população e prestadores suficientes para que o desenho da rede seja o adequado. Também esse nível é mais suscetível a interferência políticas partidárias.

Outras barreiras são a insuficiente definição de responsabilidades no planejamento e organização das redes entre os diferentes níveis de governo, deixando importantes aspectos sem desenvolver ou a insuficiente definição das normas para a implementação das redes e a introdução de mecanismos de pagamento aos prestadores que, em lugar de favorecer a colaboração, favorecem a competência. O financiamento é insuficiente e não permite ofertar os serviços

No caso de sistemas nacionais de saúde descentralizados, como no Brasil, o caminho é fazer que os prestadores de serviços públicos de saúde trabalhem conjuntamente e de maneira eficiente, visando promover uma atenção à saúde de acordo com a necessidade do paciente

necessários, contratar pessoal adequadamente formado e em condições de trabalho adequada, assim como introduzir ou melhorar os mecanismos para a articulação da atenção.

No caso de sistemas nacionais de saúde descentralizados, como no Brasil, o caminho é fazer que os prestadores de serviços públicos de saúde trabalhem conjuntamente e de maneira eficiente, visando promover uma atenção à saúde de acordo com a necessidade do paciente. Isso requer planejamento cuidadoso e avaliação constante, além da garantia dos recursos e dos direitos das pessoas à atenção à saúde. ■

Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

ADRIANE CRUZ E TATIANA ROSA

As relações interfederativas e intergovernamentais são o alicerce do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente com a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Caracterizadas por diversos processos decisórios compartilhados, essas relações requerem equilíbrio e cooperação, já que lidam com questões muitas vezes conflituosas e competitivas.

É nessa conjuntura que surge nova prática na gestão denominada governança, considerada pelos estudiosos como mais ampla do que aquelas denominadas governo ou governabilidade. Isso porque sua constituição vai além das instituições públicas, abrangendo mecanismos informais não governamentais e contemplando a participação de atores como a sociedade e organizações diversas, fazendo que os interesses sejam organizados e direcionados a partir de objetivos comuns, negociados entre as partes envolvidas, a fim de assegurar o direito ao acesso universal à saúde.

Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro precisa implantar uma prática exitosa de governança de políticas públicas, mesmo atuando em uma realidade plural e marcada por desigualdades regionais importantes.

Sendo assim, estratégias e instrumentos de coordenação assumem papel de destaque, conforme demonstra pesquisa recente realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com o apoio da Fun-

dação Dom Cabral (FDC) e da Organização Panamericana de Saúde (Opas), que aponta para a governança em rede como modelo de gestão colaborativa que pode ser adotado no SUS. A pesquisa foi apresentada durante o sétimo seminário CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde, no dia 23 de novembro, em Brasília. O evento reuniu mais de 100 pessoas, entre secretários de saúde, técnicos e estudiosos que assistiram às palestras e participaram do debate com os expositores.

A ênfase nas relações colaborativas

A exposição da professora e pesquisadora da FDC, Rosiléia Milagres, abordou o contexto das estratégias colaborativas no mundo contemporâneo, os arranjos das redes colaborativas e a governança colaborativa – seus antecedentes, estruturas, contratos e processos. Ela também apresentou um modelo de organização e de trabalho para essas redes.

As opções por estratégias colaborativas não são recentes no âmbito da iniciativa privada, porém é mais recente observar o Estado se articulando em redes para trazer respostas a questões da sociedade ou para entregar bens e serviços públicos, conforme explicou Milagres. “Nesse aspecto, a opção por estratégias colaborativas tem a ver com a percepção do Estado e dos agentes que se envolvem com



Assista a integra
do CONASS
Debate
goo.gl/E9UQgA



Baixe o livro
CONASS
Debate –
Governança
Regional das
Redes de
Atenção à
Saúde
goo.gl/OW1OS8



essas redes de que eles são interdependentes. O que existe hoje no contexto dos países e da sociedade são problemas muito complexos e dinâmicos, que se alteram rapidamente e são vistos por lentes distintas que têm de responder a necessidades muito específicas de grupos da sociedade. Esses grupos, por sua vez, possuem inúmeras formas e mecanismos de se apresentarem, inclusive com representação direta, ou seja, são muitas vezes trabalhando e articulando em cima de uma mesma questão e demandando soluções muito específicas”, esclareceu.

A pesquisadora argumentou que nenhum agente, nem mesmo o Estado, uma ONG ou uma empresa privada, sozinhos, têm recursos e competências necessárias para trazer solução para os problemas da população. Por isso, faz-se necessária a interpretação desses problemas e a articulação com demais atores, para que muitos recursos sejam colocados conjuntamente, a fim de apresentar uma solução à sociedade, em uma rede em que todos os envolvidos possam opinar e se comprometer com a entrega dessa solução.

É diante desse contexto que surge a necessidade das redes, que se faz a opção por estratégias colaborativas, levando o Estado a estabelecer relações com outros atores. No entanto, essa composição não é fácil, tendo em vista que o trabalho em rede pressupõe uma estrutura formada por muitos atores, com inúmeras expectativas, entendimentos e perspectivas. “Não é uma relação fácil tendo em vista que os instrumentos, a hierarquia e os comandos variam muito nas organizações”, alertou Rosiléia.

A importância desse debate é central. Entender como os agentes se organizam para produzir de maneira colaborativa não apenas bens, mas também valores públicos, é o início do processo de construção de respostas para os problemas vividos pelas sociedades contemporâ-

neas. A orquestração de soluções para os desastres naturais, para o empobrecimento da população, para o cuidado e promoção da saúde, para a promoção de educação, para o combate à corrupção da sociedade e seus representantes desafiam a competência de cada um dos atores envolvidos nos problemas a serem resolvidos.

Trecho do livro CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

Formação e organização das redes

Mas afinal, o que é uma rede de colaboração? Pode-se dizer que se trata de uma rede formada por instituições diferentes e interdependentes, que se percebem dependentes ao constatar que não possuem todos os recursos necessários para a solução de determinado problema. O que a torna diferente de outro arranjo é o objetivo convergente e a busca pelo alcance desse objetivo por meio da colaboração. “Esse arranjo, portanto, vai exigir um tipo de estrutura de governança



Professora Rosiléia Milagres destacou os principais fatores para a formação e o sucesso de uma rede de governança colaborativa

diferente. Por isso, tentamos desenhar um modelo que nos ajudaria a entender essa estrutura e a forma de organizar a rede”, esclareceu Rosiléia Milagres.

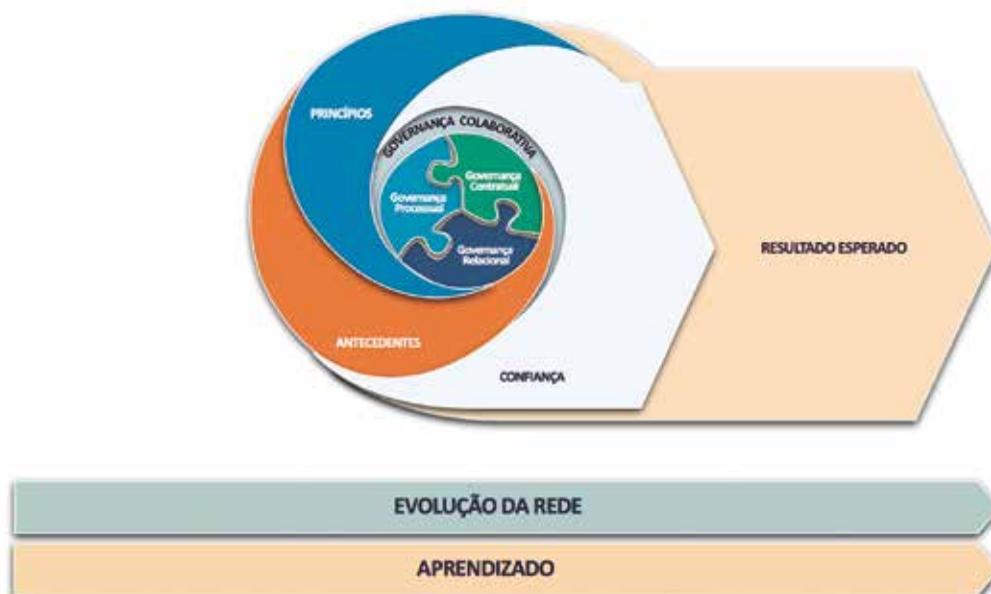
O modelo foi formulado a partir da avaliação de literaturas nacionais e internacionais no intuito de melhorar a compreensão de como as organizações trabalham em redes e como governam os arranjos colaborativos de que essas redes necessitam. Milagres ponderou, no entanto, que todo modelo, para se tornar acessível, parte da simplificação. “Seria uma grande ambição tentar trazer para dentro de um modelo tudo o que existe na realidade de qualquer governança, por isso precisamos entender que o modelo tem limitações necessárias para se tornar inteligível”. Ainda segundo a pesquisadora, outra limitação comum de um modelo que objetiva trabalhar a governança em rede e as relações com o setor público é de que ele precisa ser aplicado para que haja, de fato, um referencial a partir do conhecimento acumulado com a prática. “É preciso ver o que realmente funciona, em

que condição, antes de afirmarmos que se trata do modelo final. Aliás, conhecimento nunca é final, pois está sempre em produção e construção”, enfatizou.

Estrutura de governança

No modelo apresentado, a professora destacou os principais fatores para a formação e o sucesso de uma rede de governança colaborativa. Um deles é a importância dos antecedentes das organizações que pretendem formar a rede, que abrangem o contexto em que se dá a formação das redes (aspectos políticos, socioeconômicos e tecnológicos), além de questões relacionadas às histórias pregressas das organizações (familiaridade entre elas, lideranças, conflitos, confiança prévia e interdependência). Além disso, os princípios dessas organizações também devem ser considerados (consciência de autonomia, objetivos convergentes, interdependência e percepção de reciprocidade). “O cuidado com esses aspectos é imprescindível”.

Modelo analítico sobre governança colaborativa



Fonte: Elaboração de Rosiléia Milagres, Samuel A. G. da Silva e Otávio Rezende.

dível para que as redes colaborativas sejam bem-sucedidas, pois eles influenciam tanto a decisão de se formar ou não a rede quanto a sua estrutura de governança. Quanto menor a confiança entre as organizações, por exemplo, maior a necessidade de usar um dos instrumentos que compõem o modelo de governança que são os contratos”, ressaltou Rosiléia Milagres.

A governança colaborativa da rede, no modelo apresentado, é composta por três aspectos: o contratual, o processual e o relacional. A **governança contratual** é formada pelos contratos e estrutura de coordenação, ou seja, é a parte formal da relação, em que vão estar estabelecidas normas, cláusulas e regras, divisão de papéis e dos produtos. Ela vai depender dos antecedentes citados anteriormente e de como as organizações se relacionam para determinar seus contratos. “Já trabalhei com redes cujo grau de detalhamento dos contratos é extremamente grande. E também com redes nas quais os arranjos colaborativos e os contratos eram extremamente informais, inclusive com as redes funcionando já há algum tempo até que os contratos fossem assinados pelo departamento jurídico. O que leva a essas opções são as histórias pregressas e o quão familiarizados os atores estão com essas estruturas colaborativas”, explicou Milagres.

Enquanto o contrato é o cérebro da governança colaborativa, a **governança processual** é o coração. “É o que dá ritmo e pulsação à rede, que toca a operação no dia a dia e, por isso, é formada por instrumentos, rotinas, processos, coordenação, tomada de decisão, resolução de conflitos, divulgação de informações etc.”. A **governança relacional**, por sua vez, é a ambiência da colaboração. “É a alma da governança, em que está a identidade da rede, os contratos psicológicos, a visão coletiva, o sentimento de justiça, pertencimento e acolhimento, ou seja, a criação de ambiente para compartilhamento de recursos, informações e conhecimento”.



Resultados

Segundo os especialistas, a literatura voltada para questões de negócios mostra que as redes são profícuas e dão resultados positivos. O mesmo não se aplica à literatura voltada para a área pública, que ainda carece de muitos exemplos para validar o sucesso das redes. “A rede não é uma opção que caiba em qualquer problema. Ela é muito específica e em algumas situações vai trazer melhores resultados que em outras”, ponderou Rosiléia Milagres.

Trabalhar em rede é mais difícil no setor público, que tem estruturas mais formalizadas, burocratizadas e hierarquizadas, além de lidar com questões políticas e seus interesses diversos, conforme elucidou a pesquisadora. “Esse conjunto de elementos aumenta a complexidade das redes, por isso, liderá-las no setor público não é para qualquer um. Exige competência e muita capacidade de liderança”.

A professora destaca ainda que é primordial que a rede alcance resultados e que por isso é importante entender que a dinâmica das redes muda ao longo do tempo, levando à alteração da sua estrutura de governança. “A medida que tenho mais confiança, menos contratos vão ser necessários. A medida que tenho mais processos azeitados e mais ins-

.....
Mais de 100 pessoas, entre secretários de saúde, técnicos e estudiosos acompanharam o debate promovido pelo CONASS



A participação de todos os atores relevantes na rede foi um dos princípios de uma boa governança, segundo o professor Eugênio Vilaça Mendes

trumentos formalizados, eles também vão evoluindo e, muitas vezes, não dão conta da mudança da rede, que é uma estrutura em mutação. Entender esse movimento e estar apto a mudar essa estrutura de governança é um desafio da rede”, reiterou.

A questão do aprendizado, insistiu a pesquisadora, também é fundamental, pois trata-se de área nova na qual poucos países têm experiências consolidadas. “O fato é que há muito o que aprender em relação a como fazer que essas redes efetivamente operem e tragam resultados esperados, o que, na minha opinião, não invalida a opção pelas redes. Pelo contrário, acho que ela é, sem dúvida, opção importante para tratar os problemas complexos e é muito importante que se dedique a essa realidade, optando por redes colaborativas, acumulando e registrando o conhecimento adquirido para que sirva de experiência e aprendizado na construção de soluções melhores para a sociedade”, concluiu.

Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

O professor Eugênio Vilaça Mendes iniciou sua fala enfatizando que a governança em rede é totalmente diferente da governança hierárquica que se dá por meio de sistemas de comando e de controle, e da governança de mercado, que se faz por meio de sistemas de preço. Segundo o conceito elaborado por Vilaça, “a governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo único, de composição pluri-institucional, que opera os processos de formulação e decisão estratégica que organizam e coordenam a interação entre seus atores, as regras do jogo e os valores e princípios, de forma a gerar excedente cooperativo, a aumentar a interdependência e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita”.

Ele apresentou as características e os princípios de uma boa governança das redes de atenção à saúde, apontando aspectos como a transparência e a prestação de contas; a participação de atores relevantes e a co-

laboração e interdependência entre eles; os objetivos e as ações alinhados à missão das organizações e coordenados entre si; ter a visão e missão compartilhadas; a liderança efetiva; e o conhecimento das necessidades da população e a gestão da saúde da população. “Destacando que a população de uma rede não é a mesma do IBGE, mas a que está vinculada às equipes de Atenção Primária à Saúde, que desempenha papel fundamental de coordenação dos fluxos de pessoas, produtos e informações ao longo da rede”, explicou.

Vilaça também falou dos componentes da governança das redes de atenção à saúde e detalhou os seus atores estratégicos e as suas regras, constituídas por um arcabouço normativo que inclui os procedimentos que regulam o funcionamento e os processos decisórios dessas redes, incluindo a legislação (leis, de-

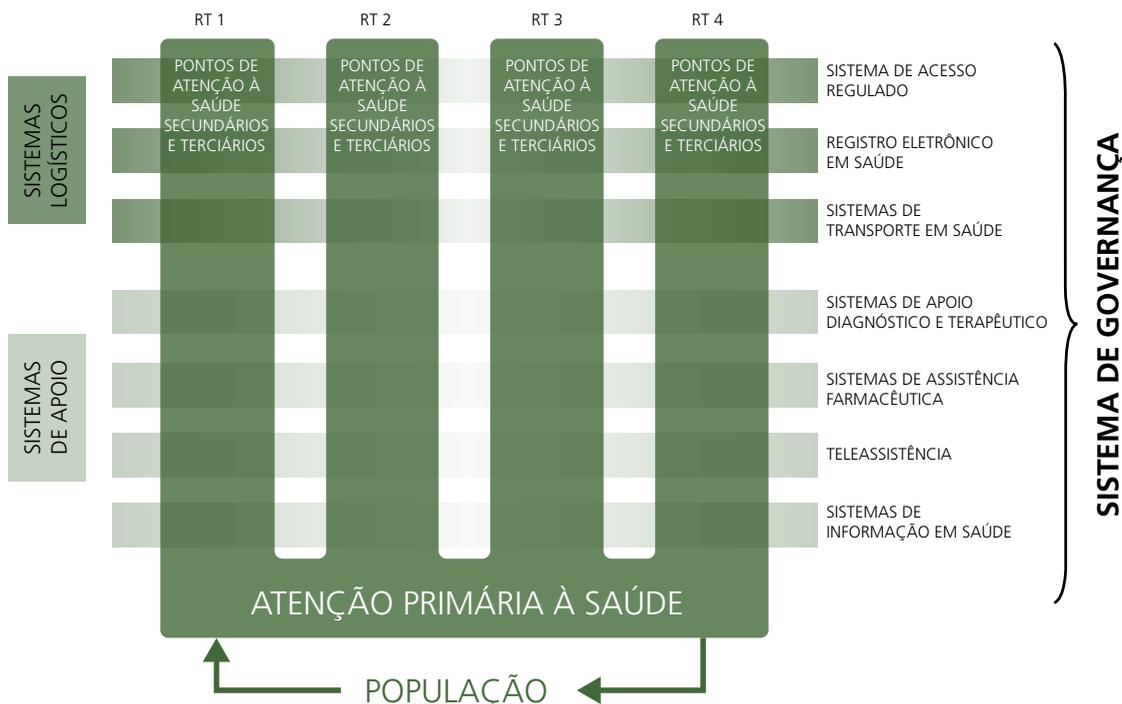
cretos, portarias, deliberações e outros instrumentos jurídicos formais), além das Diretrizes Clínicas Baseadas em Evidência e de outros instrumentos informais.

As dimensões da estrutura de governança

A estrutura de governança deve ser analisada em quatro dimensões principais, de acordo com os estudos do professor Eugênio Vilaça: a dimensão territorial; a dimensão do sistema institucional; a dimensão do sistema gerencial; e a dimensão do sistema de financiamento.

Na dimensão territorial, que corresponde às regiões de saúde, existem dois tipos de regionalização, sendo uma delas a político-administrativa, que advém da forma como

Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



RT: Rede Temática 1, 2, 3...n.

Fonte: MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.



Da esquerda para a direita: Eugênio Vilaça, Rosiléia Milagres e Márcia Huçulak

as secretarias estaduais desconcentram-se do espaço estadual por meio de regionais de saúde, e a regionalização sanitária, baseada na população e nos fluxos reais da assistência. “Na dimensão territorial temos problemas oriundos da regionalização real que temos no Brasil – uma regionalização político-administrativa das secretarias estaduais de saúde não necessariamente coerente com uma regionalização baseada em fluxos sanitários”, afirma.

Para Vilaça, os âmbitos das regiões de saúde (estado, municípios, micro e macro regiões) precisam ser questionados tendo em vista que o espaço macrorregional é fundamental na organização regional da governança de redes considerando a distribuição regional dos equipamentos de saúde. O professor também ressaltou que uma rede regionalizada deve conciliar economia de escala, associada à qualidade, e acesso. “Certos equipamentos na rede, como a Atenção Primária à Saúde (APS), vão ser descentralizados para a proximidade da residência das pessoas. Outros, por sua vez, como da atenção secundária, serão centralizados em polos microrregionais ou macrorregionais, levando em conta a base populacional da região. Esse é o princípio da suficiência, que diz que uma rede só se completa na macrorregião porque é onde estão presentes todos os equipamentos, da atenção

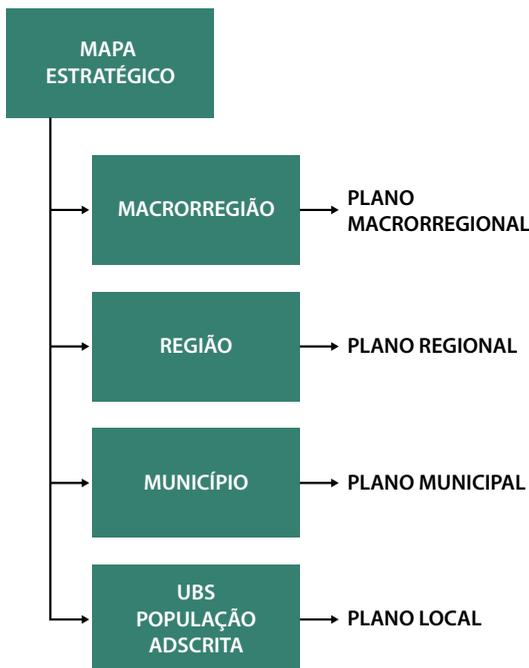
primária, secundária e terciária. A macrorregião, a única que permite a gestão regional completa de uma rede”, explicou.

Em relação à dimensão do sistema institucional, Vilaça explicou que as Comissões Intergestores são um mecanismo virtuoso do SUS para a governança de redes, apesar de consideradas burocráticas. Ele argumenta que não é preciso abandonar as comissões, mesmo que elas tenham problemas, e que substituí-las no desenho da hierarquia por autarquias regionais ou outro mecanismo significa uma “completa loucura” e o fim da estrutura de redes. “A comissões, CIT, CIB estadual, regional e municipal, formam uma estrutura completa. Substituí-las por estruturas hierárquicas em que uns mandam e outros obedecem é incompatível com a governança em redes”, alertou. Para ele, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) são estruturas consolidadas, com forte grau de institucionalização e que envolve atores estaduais e municipais com mecanismos de decisão por pactuação que fortalece a interdependência, a colaboração e a formação de consenso. “Isso é a rede. Decisões por consenso são fortemente coerentes com a ideia de rede colaborativa que se baseia em confiança entre os diversos atores”, reforçou.

Por outro lado, o professor apontou debilidades das comissões, como a exclusão de atores relevantes, especialmente os prestadores de serviço, recebendo pactos definidos por gestores sem uma discussão prévia. “Isso é uma fonte enorme de conflito, que vimos com a apresentação da professora Rosiléia que é inerente à rede, mas que deve ser atenuado para que a ela seja governável”, destacou. Além disso, os colegiados, as câmaras técnicas e a dinâmica clássica de reuniões periódicas, pactuações e discussão de portarias não é suficiente para garantir uma boa governança. Ainda segundo Eugênio, a maior debilidade é que não há um sistema gerencial

permanente que permita programar, executar, monitorar e avaliar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no seu conjunto. “Além do mais, a discussão é excessivamente centrada no tema do financiamento das redes. Conheço estados em que, quando não há uma portaria com mais dinheiro, não precisa fazer reunião de CIB. Portanto, é preciso superar isso e fazer um instrumento efetivo de governança e de aumento de colaboração”. Vilaça reafirma que o espaço fundamental é o da governança macrorregional e dá como exemplo a experiência do Paraná (leia mais nas próximas páginas), para a qual o estado que optou por não ter CIBs macrorregionais, criando Comitê Executivo em cada macrorregião que atua sob a delegação da CIB estadual. “Esse comitê traz grande inovação, pois, além dos gestores

A dinâmica de elaboração do plano regional integrado



Fonte: Mendes EV. **A governança regional das redes de atenção à saúde no SUS**. Brasília, CONASS, 2016.

estaduais e municipais, conta com a presença dos prestadores, o que é fundamental para a diminuição dos conflitos”, explicou.

A dimensão do sistema gerencial trata do processo, da elaboração do Plano Diretor de Regionalização, que, de acordo com Vilaça, deve ser revisto. “Uma das funções do comitê que acabei de mencionar é elaborar um Plano Integrado Regional de Atenção, que deve ser construído a partir oficinas locais feitas em cada unidade básica que se juntam em um plano microrregional, resultando em um plano macrorregional de saúde em que todos os objetivos e resultados estão definidos. Essa é a dinâmica da elaboração de um plano”, ressaltou.

Ele argumentou que as regiões de saúde, como são atualmente, não dão conta da governança porque não foram feitas com essa lógica. “O plano objetiva criar uma regionalização baseada em fluxos sanitários, redes regionais econômicas e sociais, fluxos viários, de atenção à saúde e com parâmetros de escala e acesso que mencionei anteriormente”. A rede começa com a população cadastrada e vinculada a uma equipe de APS e os territórios sanitários começam com aquela microárea de cada agente, depois se compõem em um território de abrangência de cada unidade básica de saúde, depois em um território municipal, depois em um microrregional até chegar ao território macrorregional onde, insisto, a rede se completa.

A apresentação de Vilaça contemplou ainda o sistema de contratualização, os sistemas de financiamento das redes de atenção à saúde de atenção à saúde, e o alinhamento do sistema de pagamento dos serviços de saúde.

A governança da Rede Mãe Paranaense

A experiência do Paraná com a Rede Mãe Paranaense foi apresentada durante o seminário pela coordenadora da rede, Márcia Hu-



çulak, que falou sobre a governança das Redes de Atenção à Saúde no estado. Ela observou que uma característica da governança em redes é o reconhecimento da existência de fragmentação e complexidade, principalmente no setor saúde. Segundo ela, toda a mudança no perfil epidemiológico e sanitário da população brasileira, aliada ao envelhecimento e à mudança de estilo de vida das pessoas, trazem grande complexidade e exigem dos gestores respostas a essas mudanças. “Surge a necessidade de promover arranjos não hierárquicos e aí entra a discussão de governança porque não há hierarquia, não há subordinação e aí está o cerne da questão, uma vez que nós não estamos habituados a isso”, disse.

A organização do sistema de Atenção à Saúde no Paraná, de acordo com Huçulak, foi trabalhada a partir da territorialização. “Temos 2.674 equipes de Atenção Primária à Saúde que trabalham nos 399 municípios a questão do território. Se não trabalharmos com esse perfil da população brasileira, sem territorializá-la, não teremos resultados. Se

quisermos ter melhores resultados temos de estabelecer esse vínculo com a equipe e a população”, alertou.

Sobre a governança da rede materno-infantil do estado – a Rede Mãe Paranaense –, ela explicou ter sido criado um comitê executivo macrorregional que, além das secretarias estadual e municipais de saúde, conta também com a presença dos prestadores de serviços, por serem eles, segundo Huçulak, “peças fundamentais de um processo de organização da Atenção à Saúde”. Além disso, há a presença de um representante do segmento dos usuários no Conselho Estadual de Saúde que pertence ou tem vinculação com aquela macrorregião.

A coordenadora explicou ainda que o comitê, subordinado à CIB, é temático por rede de atenção e composto por critério de conhecimento específico sobre a rede temática. “Mais do que ter neste fórum o diretor do hospital, nos interessava ter também o chefe e a enfermeira coordenadora da obstetrícia, bem como a enfermeira que coordena a APS, no município. É com eles que queremos discutir o pro-

Matriz dos Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense

Nível de Atenção	Pontos de Atenção			Território Sanitário
Atenção Terciária	Hospital/ Maternidade de Alto Risco	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica Especializada	Macrorregião de Saúde
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica	
Atenção Secundária	Hospital/ Maternidade de Risco Intermediário	Ambulatorial Centro Mãe Paranaense (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde
			“UTI Pediátrica UTI/UCI Neonatal”	
	Hospital / Maternidade de Risco Habitual			
Atenção Primária	Núcleo de Apoio à Saúde ad Família - NASF			Município
	Unidade Básica de Saúde (UBS)/ Unidade de Atenção Primária Saúde da Família (UAPSF)			Micro-Área
	Domicílio (ACS)			Área de abrangência

Fonte: Apresentação Márcia Huçulak.

cesso porque muitas vezes as redes também impactam nessas relações”, afirmou.

Marcia Huçulak falou ainda sobre a metodologia utilizada na Rede Mãe Paranaense, que consiste no método chamado *Balanced Scorecard* (BSC). “Aquilo que não se mede não se gerencia, conforme apontam os professores Eugênio Vilaça e Rosiléia Milagres. Desde o início da rede, desenhamos o mapa estratégico e usamos a metodologia BSC, que alinha os objetivos estratégicos em quatro perspectivas de análise que são sociedade, processo, gestão e financiamento”. E ressaltou que a vantagem de utilizar essa metodologia consiste no alinhamento dos objetivos, tanto de resultado, quanto de processo, com o que é mensurado no dia a dia.

Em relação aos incentivos financeiros, a coordenadora explicou que a rede não trabalha com o pagamento por procedimentos. “Criamos incentivo para os municípios organizarem a Atenção Primária à Saúde e realizarem a estratificação de risco das gestantes e crianças e a vinculação. Quanto aos prestadores, temos o incentivo da vinculação do parto e da atenção adequada às nossas gestantes e crianças”.

Sobre a missão da Rede Mãe Paranaense, Marcia Huçulak destacou que o objetivo é garantir acesso e atenção à saúde, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade. Com isso, pretende-se reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir o funcionamento da rede em todo o estado. E citou dois pilares basilares que contribuiriam para a redução da morte materno-infantil no Paraná: a estratificação de risco e a vinculação para o ambulatório especializado ou/e para hospital.

Entre os resultados já obtidos com a Rede Mãe Paranaense, ela citou a redução de 39% na mortalidade materna e 16% na mortalidade infantil em relação ao ano de 2010; a realização de sete ou mais consultas no pré-natal e puer-



pério por 82% das gestantes e a vinculação de 83% das gestantes ao hospital conforme risco gestacional. “No entanto, alguns desafios ainda estão postos, como a redução da taxa de cesárea no Paraná, a implantação dos Centro Mãe nas regiões onde ainda não foi implantado, a implantação da residência em enfermagem obstétrica e do Protocolo de Qualificação dos pontos da Rede Mãe Paranaense”.

Ela afirmou ser imprescindível que se faça governança no SUS. “Temos de nos aproximar de quem executa a ação. É fundamental estabelecer uma relação com os prestadores de serviços até porque eles também nos fizeram rever vários processos que, na nossa visão de gestor, achávamos o mais adequado. Isso fez com que nos motivássemos e mudássemos enquanto secretaria. E o mais importante: sempre em busca de alcançarmos nossos objetivos comuns”, finalizou.

Debate entre convidados

Logo após as exposições, foi realizado um debate no qual três convidados representaram a União, os estados e os municípios. Para Marco Franco, do Ministério da Saúde, é importan-

.....
O reconhecimento da existência de fragmentação e complexidade foi uma das características da governança em redes, apontada por Márcia Huçulak



Foram convidados para o debate com os expositores os presidentes do Conasems e do CONASS, Mauro Junqueira e João Gabbardo Reis, respectivamente e o assessor do Ministério da Saúde, Marco Franco

te rever questões no processo de organização do próprio SUS. “O ciclo de planejamento que culminou com a produção do atual Plano Nacional de Saúde não foi um processo ascendente como determina todas as leis do SUS e a própria Constituição Federal (CF) de 1988”. Segundo ele, o processo de planejamento está mais vinculado à questão orçamentária do que à questão de intervenção sanitária. “Estamos propondo uma rediscussão desses ciclos de planejamento do SUS para fazer de fato com que ele seja ascendente desde a microárea, como disse o professor Vilaça, até à construção do Plano Nacional de Saúde”, explicou.

Outro aspecto considerado relevante pelo assessor do ministério diz respeito à questão da regionalização e da região de saúde. Para ele, foi construído dentro do SUS um conceito de região em saúde onde o estado é o responsável pela elaboração do processo de regionalização baseado em três dimensões: o processo de planejamento, de organização dos serviços e da função social da ação planejada.

Franco afirmou ainda que grande parte das 438 Regiões de Saúde já organizadas no SUS são exclusivamente voltadas à APS, criando espaços alternativos em que cada estado constrói uma maneira diferente de incorporar o que está na Constituição Federal – que o SUS é uma rede hierarquizada de ações e serviços regionalizados. E questionou. “De fato, qual é o objetivo do processo de regionalização que fizemos? Nós o alcançamos? Se eu penso em um processo regionalizado para qualificar a questão da governança e da gestão, então é importante que aquilo que entendemos como região e como processo de regionalização deem conta disso”, advertiu.

Sobre o caráter cooperativo das redes, ele observou que esta é uma lógica complicada no setor público, uma vez que o resultado implica em cidadania, diferentemente do setor privado que espera como resultados o lucro. “No setor público, cada um se arvora a ser o responsável pela construção da cida-

danía e cada posição partidária tem ideias distintas a esse respeito”.

E ressaltou que a Federação, por si, impede o processo de hierarquização na organização da rede. Segundo ele, a organização federativa do SUS impele que se construa esse processo de maneira pactuada. “A gente sempre fez uma crítica que a Márcia Huçulak faz com muita clareza, de que os gestores sempre organizam a rede partindo do pressuposto de que ela está constituída, mas o fazem sem conversar com os demais atores que a compõem”.

Por fim, o assessor afirmou que o Ministério da Saúde está em um processo intenso de discussão da questão de regionalização e de região de saúde a fim de garantir um processo que, de fato promova a gestão e a governança em redes. “Essas sugestões estão postas no âmbito da CIT e do Conselho Nacional de Saúde e a nossa proposta é fazer de fato com que a região seja competente, suficiente para fazer a gestão daqueles recursos que a ela são destinados”, concluiu Franco.

Já o presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Mauro Junqueira, indagou como é possível fazer governança considerando a escassez de recursos e a falta de regularidade em seus repasses. Ele afirmou que não basta ser um bom gestor e ter vontade política se não há a contrapartida do financiamento e advertiu que o mínimo que se espera é que os estados e governo federal mantenham a regularidade nos repasse, pois, a situação já é difícil com a escassez dos recursos e sem regularidade a tendência é piorar.

Junqueira assegurou ainda ser fundamental o apoio técnico da União e dos estados no fortalecimento da gestão municipal do SUS. “Trabalhar regionalmente, fortalecendo a Região de Saúde, vai possibilitar que municípios se ajudem nesse processo de construção do sistema”, destacou.

O presidente do Conasems parabenizou a experiência da Rede Mãe Paranaense e o envolvimento dos prestadores de serviços nas discussões e pactuações das políticas e destacou a necessidade do fortalecimento das Comissões Intergestores Regionais, Intergestores Bipartites e Intergestores Tripartite, pois, segundo ele, é por meio delas que o SUS poderá ser efetivado.

Ele concluiu chamando a atenção para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. “Se não atuarmos fortemente no fortalecimento da APS e não cobrarmos dela a resolutividade como nós entendemos que deva ter, os recursos nunca serão suficientes”.

Já para o presidente do CONASS, secretário de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, João Gabbardo dos Reis, é difícil manter características e definições de relações colaborativas e de reciprocidade entre os gestores com o sistema de financiamento utilizado no SUS. Para ele, o mecanismo de distribuição de recursos com os municípios por meio da gestão plena não ajuda a manter o caráter colaborativo e de interdependência proposto pelas redes.

Em relação à necessidade de revisão da lógica de pagamento por serviços prestados, Gabbardo lembrou que desde que o sistema entrou em vigor, em 1981, não houve nenhuma alternativa mais adequada de pagamento. E citou o exemplo do seu estado. “No Rio Grande do Sul, todos os hospitais que passaram a não receber por serviços prestados reduziram dramaticamente os serviços, estou falando de serviços contratados e não públicos, obviamente”. Segundo destacou, o problema não está no pagamento por serviços prestados, mas na incapacidade de regular esses serviços. “Se tivermos condição de classificação de risco, se conseguirmos definir prioridade, identificar quem atender efetivamente, se tivermos o controle sobre os leitos desses hospitais na regulação e se



encaminharmos os pacientes para que sejam atendidos, não tenho nenhum receio em pagar por produção de serviços”, concluiu o presidente do CONASS.

O seminário contemplou questões importantes para o SUS, principalmente no que diz respeito à gestão do sistema, como afirmou o vice-presidente do CONASS na região Sul, secretário de Estado da Saúde do Paraná, Michelle Caputo Neto. “São discussões como

esta que nos dão condições de fazer o que precisa ser feito. Muito se falou sobre o problema do financiamento, mas acredito ser necessário investir muito na capacidade de gestão”. Segun-

do Caputo Neto, todo o conteúdo apresentado durante o evento mostrou que é possível proporcionar ações positivas mesmo com a atual realidade. “Quando nos apropriamos do saber, do conhecimento setorial e da prática local, podemos fazer mais, mesmo com pouco, o que não me exime de continuar lutando por mais recursos”, ressaltou.

O secretário adjunto de Estado de São Paulo, Wilson Pollara, observou um aspecto mencionado pelo professor Eugênio Vilaça durante a sua apresentação. “A economia de escala tem estreita relação com a qualidade, e isso nunca aconteceu”, e mencionou a municipalização da saúde que, segundo afirmou, foi cruel para o país. “É uma tarefa impossível delegar a um município de 20 mil habitantes a responsabilidade por toda a saúde daquele local”.

Já para o vice-presidente do CONASS na região Sudeste, secretário de Estado da Saúde do Espírito Santo, Ricardo Oliveira, o debate apontou a necessidade de se ter uma agenda de eficiência para o SUS. “Este seminário iniciou a discussão sobre as redes, mas o debate abrangeu também outros temas que dizem respeito à eficiência”, disse, referindo-se à reorganização de escala e também à regionalização e ao financiamento. ■



PROGRAMA DE APOIO ÀS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Assessoramento técnico, apresentação de experiências
e incentivo às boas práticas na saúde pública

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) tem trabalhado em seu Planejamento Operacional com foco nas propostas do Seminário para Construção de Consensos, realizado em julho de 2015. Nesse evento, foram identificadas diversas propostas que visam ações de apoio do conselho junto às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) em diversas áreas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Na assembleia do CONASS realizada em 24 de fevereiro de 2016, a temática da Eficiência na Gestão do SUS foi o cerne dos debates realizados pelos secretários estaduais de saúde. Com base nessas propostas, foi definido o Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde, cujo conteúdo tem foco na eficiência e na organização de serviços por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela Atenção Primária à Saúde (APS).

O programa abrange a elaboração de conteúdos técnicos e de metodologias e a realização de atividades voltadas à melhoria da eficiência das SES. As áreas temáticas são: Reestruturação Gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde; Atenção Hospitalar; Atenção Ambulatorial Especializada; Gestão e Governança Regional; Atenção Primária à Saúde; Assistência Farmacêutica; e Regulação.

Saiba mais em
www.conass.org.br



SES/SP COMPARTILHA SOFTWARE PARA ORGANIZAR DEMANDAS JUDICIAIS

TATIANA ROSA

A troca de experiências em serviços de saúde é uma prática positiva para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao disseminar conhecimentos acerca de experimentos bem-sucedidos, permitimos que outros profissionais se apropriem de metodologias que possibilitem ter resultados positivos, o que, para um sistema tão complexo e caro quanto o SUS, é algo importante e que pode otimizar serviços. Para estados e municípios, essa troca, além de positiva, é importante para ajudar na busca por soluções de problemas complexos que permeiam a área da saúde pública no Brasil.

Pensando em colaborar com outros estados e também com municípios que sofrem com o problema da judicialização em saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) oferece gratuitamente um *software* que organiza as demandas judiciais em saúde, o S-Codes.

Em conversa com a equipe da revista Consensus, a coordenadora da área de demandas judiciais em saúde da SES/SP, Paula Suê, explicou que o sistema foi criado em 2005 para fins de cumprimento da ordem judicial. Segundo ela, o então secretário de saúde entendia que a judicialização estava crescendo no estado e que as demandas eram distribuídas na pasta pela competência da coordenadoria. “As demandas de serviços iam para a área de Regulação; as demandas de produtos iam para o setor de medicamentos, cada um em sua coordenadoria. Não havia uma visão estratégica da judicialização, então era preci-

so entender como a judicialização poderia revelar uma potencial insuficiência do SUS. Foi mais ou menos nesse sentido que foi criado o sistema”, disse.

Já o secretário adjunto de Estado da Saúde Wilson Pollara esclareceu que, com o problema da judicialização, a SES/SP tentou fazer um estudo para saber de onde surgiam as demandas, se elas estavam concentradas em apenas uma cidade ou escritório de advocacia específico ou, ainda, se havia algum remédio que era mais solicitado. “Para termos essas informações de maneira mais fácil, criou-se esse *software*, o que foi muito bom para nós, porque permitiu, por exemplo, a criação do setor de solicitação administrativa, em que esses pedidos podem, agora, ser solicitados antes mesmo de se ter a judicialização.”

O sistema S-Codes e o compartilhamento gratuito

Chamado de S-Codes o sistema traz no nome a sigla da Coordenação ao qual está vinculado: a Coordenação de Demandas Estratégicas do SUS, uma coordenação em que a equipe de técnicos das SES é vinculada ao gabinete do secretário.

A coordenadora Paula Suê fez questão de ressaltar que o *software* foi criado com recursos humanos da própria secretaria e está em constante evolução, o que, complementou Pollara, não o torna propriedade da SES, daí a ideia do compartilhamento.

Suê chamou a atenção para a evolução por que o sistema passou desde o seu embrião até os dias atuais. “No início, esse sistema vivia apenas ao cumprimento das ordens judiciais. De lá para cá o incrementamos e hoje ele traz, com muito refinamento, o perfil da judicialização em São Paulo, tanto no perfil da demanda, quanto no perfil do produto, o custeio e o impacto administrativo que essas demandas judiciais geram”, observou.

A coordenadora destacou ainda a importância de que a judicialização seja encarada como um problema de Estado e não apenas um problema da Saúde. “O sistema traz, além dos dados da judicialização, informações de impacto da administração, tanto em recursos humanos, quanto em recursos financeiros, porque a judicialização em saúde não está prevista no orçamento da pasta da Saúde. Embora seja tema de saúde, ela deveria ser tratada como um problema de Estado, e isso é importante dizer”.

Suê ressaltou que, com o sistema, é possível identificar o mau uso da judicialização, no qual quadrilhas especializadas que têm profissionais da área da saúde e do Direito fazem mau uso da judicialização para enriquecimento próprio. “Nós já identificamos custeio de pós-pesquisa clínica, já vimos que um advogado só demanda um produto, ou um médico que tem uma especialidade prescreve só um produto de outra especialidade, então só o cruzamento em um banco de dados rigoroso, rico de informações, é que permite o avanço nessa suspeita para uma investigação real”, disse ela.

O sistema segundo ela, é de fácil manuseio, modular e segue a linha de processamento da demanda, passando pela etapa do recebimento, em seguida pelo reconhecimento da ordem judicial, depois o cadastramento do objeto da ação, seguida pela solicitação de compra e, por fim, do recibo.

Módulos S-CODES

Protocolo

Módulo inicial do S-CODES utilizado para cadastramento de dados da demanda e informações pessoais do autor/paciente.

Módulo utilizado para cadastramento das informações do processo judicial.

Processual

Técnico

Módulo onde são registradas as informações técnicas relacionadas a patologia, local de tratamento, prescrição médica, relatórios etc.

Módulo para registro dos itens pleiteados via judicial ou administrativa e respectiva Unidade Dispensadora onde a demanda será atendida.

Atendimento

Dispensação

Módulo utilizado para gerar recibos de entrega e consultar recibos gerados e respectivas datas de dispensação.

Módulo onde fica registrado automaticamente todo o histórico da demanda, possibilitando consultar qualquer tipo de alteração registrada.

Histórico

Prontuário (em desenvolvimento)

Módulo facilita a visualização dos dados de maneira resumida do prontuário da demanda.

Ainda nesse trâmite do processamento da ordem judicial são imputadas outras informações, como, por exemplo, se há cobrança judicial, se houve suspensão da ordem judicial, se o estoque está baixo ou não, se precisa de reposição, o quanto a SES está sendo onerada pelo descumprimento etc. “Ele (o *software*) gerencia em completo a demanda judicial, além de alertar o gestor quanto à possibilidade de haver medidas administrativas, não para conter essa judicialização, mas para reconhecer alguma falha no SUS, ou seja, serve também para trazer indicadores de gestão”, disse ela.

Em relação ao compartilhamento, a coordenadora explicou que, na gestão do secretário de Estado da Saúde de São Paulo David Uip, foi cedido o compartilhamento por cessão de uso, gratuitamente e sem contraprestação para os demais Entes. “Já temos alguns estados interessados. O Acre foi o primeiro a já implementar recentemente o sistema. Em Santa Catarina, o município de Joinville está em tratativa conosco assim como os estados do Espírito Santo, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Maranhão, Goiás, Pará. Essa oferta às demais secretarias aconteceu por meio do CONASS, durante a assembleia do Conselho”, afirmou.

Suê explicou, ainda, que cada secretaria que optar por utilizar o *software* tem autorização para aperfeiçoar sistema, o que, nesse caso, exige uma contraprestação, caso haja determinada inovação, a fim de criar uma rede de melhorias para o sistema.

Acre é o primeiro a implementar o S-Codes

Com o apoio do CONASS, a secretaria de Estado da Saúde do Acre foi a primeira a implementar o sistema oferecido pela SES/SP, conforme contou o secretário adjunto de Atenção à Saúde Ráicri Barros.

Ele conta que tomou conhecimento do sistema de São Paulo e também do sistema de

outros estados por meio da Câmara Técnica de Direito Sanitário do CONASS quando ainda era diretor jurídico da SES/AC. “Após a avaliação e apresentação fizemos uma discussão interna e, no retorno à secretaria, entendemos que seria mais apropriado e mais ajustado às nossas necessidades o sistema de São Paulo”, observou Barros.

A partir de então, segundo ele, iniciaram-se as tratativas com a secretaria de saúde de São Paulo chegando até a elaboração de um termo de cooperação que foi submetido à Secretaria de Estado da Saúde do Acre. “Nós fizemos uma análise, mostramos para o gestor a necessidade e mostramos como as informações de São Paulo, com o cruzamento de informações, representou grande avanço de gestão. Foi então que o estado viu uma ferramenta totalmente operacional, estratégica e decidiu adotar como política da SES”.

Outro aspecto positivo apontado por Barros diz respeito à interação com outras áreas da secretaria. “Cumprimos a data com a cessão do S-Codes juntamente com outras atividades em que foi possível conhecermos práticas de gestão de São Paulo e ter contato com as áreas de assistência farmacêutica, com a área de Vigilância em Saúde. Então essa oportunidade abriu portas com a SES/SP e, como gestores do SUS que somos, temos de nos unir e fazer que as ferramentas se integrem”, destacou.

Barros disse ainda que a SES/AC está ajustando algumas funcionalidades do sistema para que a Procuradoria-Geral do Estado passe a atuar dentro do sistema também, a fim de atender a uma necessidade da secretaria, principalmente em relação à otimização de prazos. “Nossa perspectiva é que em breve o sistema esteja validado para utilização. A partir daí é quando poderemos ter realmente a informação estratégica e o que ele vem apresentando de melhoria para a organização especialmente das demandas judiciais”, concluiu. ■

EXPERIÊNCIA DE SANTO ANTÔNIO DO MONTE CHAMA A ATENÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO URUGUAI

TATIANA ROSA

No dia 21 de novembro, a equipe do CONASS – composta pelo secretário executivo, Jurandi Frutuoso, e pelos assessores técnicos Fernando Cupertino e Maria José Evangelista – e o secretário adjunto de Estado da Saúde de São Paulo, Wilson Pollara, receberam, na sede da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), uma Comitiva do Ministério da Saúde do Uruguai.

O objetivo do encontro na secretaria foi apresentar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a proposta do CONASS para a Planificação da Atenção à Saúde, que também está sendo realizada em São Paulo com base na experiência do Laboratório de Inovação na Atenção às Condições Crônicas em Santo Antônio do Monte/MG e, a partir daí, formar parcerias entre os países.

Após o encontro em São Paulo, a comitiva do Uruguai seguiu para o município mineiro, onde conheceu, na prática, como se dá a articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Secundária.

A representante do Ministério da Saúde do Uruguai, Nuria Silva Santana, falou sobre a experiência. Segundo ela, a visita ao Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE) superou as expectativas do grupo. “Foi interessante ver como se integram na prática os níveis de atenção nesses locais de trabalho”, afirmou.

Ela também destacou a organização do trabalho e o comprometimento de toda a equipe com o paciente e também toda a atenção que é dada às doenças crônicas, principalmente no que se refere não apenas às patologias em si, mas também à problemática que



as enfermidades crônicas podem determinar no grupo familiar. “Foi muito didática essa experiência e aprendemos muito com ela. Essa visita nos possibilitou aprender como se dá toda a integração dos serviços na formação de uma rede”, concluiu.

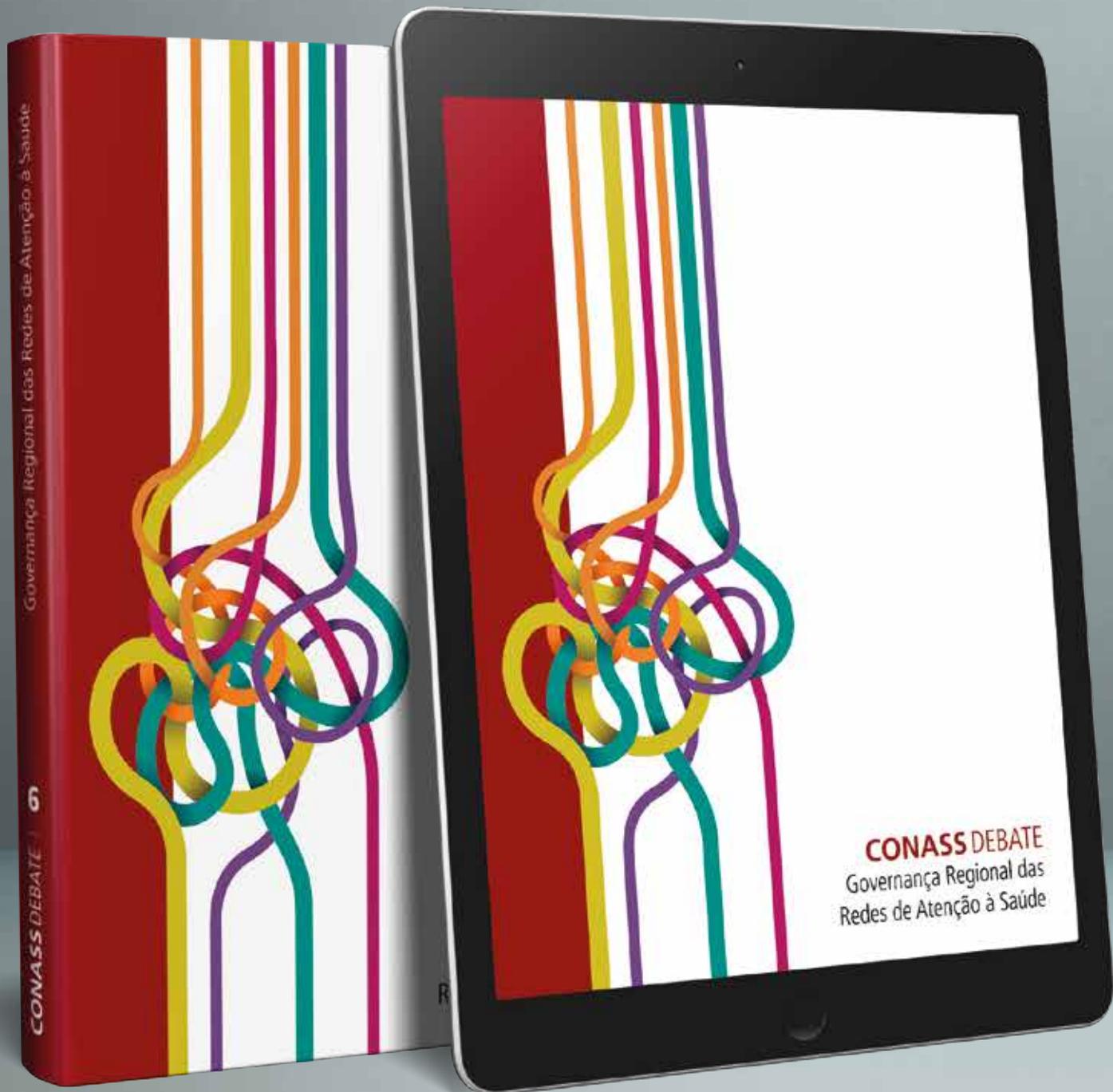
A superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Ana Paula Medrado, disse que são muito importantes oportunidades como essa que propiciam que outros países conheçam experiências do SUS: “É muito importante essa troca de ideias, principalmente quando vislumbramos possibilidades futuras de parcerias.”

Maria José Evangelista, coordenadora do Núcleo de Atenção Primária à Saúde do CONASS, esteve com a delegação nos dias em que visitaram Santo Antônio do Monte.

Segundo ela, a equipe uruguaia ficou impressionada com o que viu. “Nós visitamos uma Unidade Básica de Saúde, simples, pequena, mas onde os processos de trabalho funcionam muito bem. Em seguida visitamos uma Unidade de Atenção Especializada. Eles gostaram bastante.”

Maria José comentou que, além da atenção dada ao usuário, a limpeza das unidades, a organização, os equipamentos em ordem e a satisfação dos profissionais que ali trabalham chamaram a atenção da comitiva uruguaia.

Como encaminhamento, a coordenadora explica que a delegação se comprometeu a fazer uma avaliação quando retornassem ao Uruguai para, então, posteriormente, entrarem em contato com o CONASS para uma possível cooperação entre os países. ■



Disponível em



PDF



ePUB

LANÇAMENTO

CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde

O livro aborda o tema governança a partir de diferentes análises com o objetivo de contribuir com o debate em três capítulos com textos de Eugênio Vilaça Mendes; Rosileia Milagres, Samuel A. G. da Silva e Otávio Rezende; e Márcia Cecília Huçulak.

Os temas desenvolvidos nos três capítulos serviram de base para as apresentações nas mesas da 7ª edição do CONASS Debate, evento realizado em Brasília no dia 23 de novembro de 2016, reunindo os secretários estaduais de saúde, equipes técnicas dos estados e autoridades do Ministério da Saúde.

www.conass.org.br/biblioteca

QR Code



A governança na região de saúde

LOURDES LEMOS ALMEIDA

Mestre em Saúde Coletiva, Gerente do Núcleo de Gestão e Planejamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pela conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada e deve ser organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A regionalização das ações e dos serviços de saúde é uma diretriz para a instituição do SUS expressa na Constituição Federal e está essencialmente vinculada à organização federativa brasileira e às suas expressões no âmbito sanitário.

Um dos princípios do federalismo é a união de Estados autônomos formando um sistema nacional comum. As tensões do federalismo contemporâneo, situadas basicamente entre a exigência da atuação uniformizada e harmônica de todos os entes federados e o pluralismo federal, são resolvidas em boa parte por meio da colaboração e atuação conjunta das diversas instâncias federais. A cooperação se faz necessária para que as crescentes necessidades de homogeneização não resultem na centralização. A virtude da cooperação é a de buscar resultados unitários e uniformizadores sem esva-

ziar os poderes e competências dos entes federados em relação à União, mas ressaltando a sua complementaridade.^{1,2}

A definição constitucional das competências comuns dos entes federados aponta para as decisões partilhadas e para o planejamento/financiamento comuns das políticas públicas, ou seja, aponta para a conjugação de esforços na prestação dos serviços públicos. As decisões partilhadas dependem da cooperação que possibilita a gestão conjunta de interesses e serviços.³ Os arranjos cooperativos estão particularmente vocacionados à prossecução dos dissensos razoáveis⁴ ou das soluções discursivamente validadas e à transposição das assimetrias regionais.⁵

Portanto, a composição do Estado Federativo brasileiro aumenta a importância da institucionalização das relações intergovernamentais. Nesse contexto, onde a autonomia é permanentemente negociada, o processo de consolidação de referenciais institucionais, que balizem as relações intergovernamentais, torna-se particularmente relevante porque permite estabilizar essas relações.

O estudo das relações intergovernamentais tem despertado o interesse de vários

autores que as definem como “uma tentativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais”⁶ e “um importante contingente de atividade ou interações que têm lugar entre unidades de governo de todo o tipo e nível dentro do sistema federal”.⁷

Conforme Wright (1997), as relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo podem ser definidas em três tipos clássicos: a) autoridade coordenada, com grande autonomia e independência entre as esferas de governo, mas com uma necessidade de coordenação conjunta; b) autoridade igual (ou superposta), com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo; c) autoridade dominante (ou inclusa), com assimetrias na distribuição do poder institucional e com uma clara relação hierárquica entre as esferas de governo.⁸

A regionalização no SUS

A Constituição Federal (CF), nos seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, as diretrizes e as competências do SUS, mas não aborda especificamente o papel de cada

esfera de governo no SUS. Maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal –, é apresentado na Lei n. 8.080, de 19/9/1990, que estabelece, no artigo 15, as atribuições comuns das três esferas de governo de forma bastante genérica, além de abranger vários campos de atuação. Nos artigos 16 a 19 são definidas as competências de cada gestor do SUS, ou seja, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios.⁹

Além disso, no art. 198 a CF estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral; e participação da comunidade. O art. 7º da Lei n. 8.080/1990, que trata dos princípios do SUS, refere-se à descentralização, mas também remete à regionalização, à conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos dos três entes na prestação dos serviços à população.¹⁰

No contexto da regionalização, as relações intergovernamentais devem ser analisadas como um dos componentes de uma

nova prática na gestão, denominada governança, considerada um fenômeno mais amplo que governo ou que governabilidade, pois, além das instituições públicas, ela é constituída também por mecanismos informais que não são governamentais, o que permite que outros atores como a sociedade e as organizações envolvidas participem desse processo em que interesses, embora muitas vezes divergentes, podem ser organizados e direcionados segundo objetivos comuns, negociados, de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde.

A relevância da governança no SUS

O termo governança pode ser definido a partir de diferentes áreas de conhecimento, como, por exemplo, nas relações internacionais, quando se refere a grupos e comunidades transnacionais auto-organizadas que transitam entre o mercado e o Estado, ou nos estudos sobre desenvolvimento, principalmente em trabalhos realizados pelo Banco Mundial, em que se usa o termo “boa governança”, que significa eficiência do gasto público combinado à implementação de reformas que regulam o setor privado, o aumento da transparência e o *accountability*, além da expansão nos investimentos direcionados para saúde, educação e proteção social. Na economia, a governança compreende as variadas instituições criadas pela sociedade para governar as transações econômicas, reduzir seus custos e aumentar suas possibilidades de ocorrência. As instituições privadas, por outro lado, promovem a governança corporativa, que é um sistema que governa e monitora as organizações no que se refere às práticas e formas de relacionamento entre proprietários, conselho de administração, diretoria e órgãos de controle.

O Decreto n. 7.508/2011 menciona a região de saúde como o espaço que tem a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde, o qual será referência para as transferências entre os entes. Além disso, a Rede de Atenção à Saúde, em que se inicia e se completa a integralidade da assistência, será organizada na região de saúde.¹¹

Nesse processo de organização do atendimento ao usuário na região de saúde, há forte interdependência federativa – nos procedimentos de formulação e implementação de políticas, na organização e gestão de redes de atenção à saúde –, sendo que as estratégias e os instrumentos de coordenação intergovernamental assumem papel de destaque na regionalização.¹² As relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo são de autoridade igual – ou superposta –, com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo.

A dinâmica política desse processo de regionalização está profundamente vinculada às relações intergovernamentais e interfederativas de três esferas de poder autônomas e requer a busca do equilíbrio entre elas, pois, nos processos decisórios compartilhados, necessitam lidar com elementos como solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do SUS, em um contexto democrático, em uma realidade plural e, em geral, marcada por desigualdades regionais importantes.

Nesse contexto, os acordos de cooperação que produzem o bem público mediante a ação conjunta de vários atores devem expressar ganhos de escala, redução dos riscos e dos custos envolvidos no desenvolvimen-

to de novos conhecimentos e tecnologias. Neste modelo, deve ser enfatizada a interdependência entre os atores envolvidos em termos de recursos e capacidades e que, apesar disso, mantêm sua autonomia. Ou seja, não estão, a princípio, submetidos às mesmas estruturas características das hierarquias. As relações caracterizam-se por sua horizontalidade, o que não implica dizer que os atores sejam iguais em termos de autoridade e/ou alocação de recursos. Entretanto, dada a sua interdependência, possuem a consciência de que os resultados só serão alcançados em parceria.¹³ Essa interdependência e o vínculo estabelecido entre as reputações dos parceiros e aqueles advindos de outras dúvidas em relação ao futuro podem resultar no compartilhamento de riscos e incertezas que, para serem mitigados, devem levar em consideração a história prévia dos parceiros, o nível de conflitos preexistentes e a experiência em trabalhar em arranjos colaborativos.¹⁴ Dessa forma, configura-se no SUS um modelo de governança que se aproxima da governança colaborativa, pois podem ser identificados alguns princípios que a conformam.

A governança colaborativa pode ser definida como o conjunto de instrumentos que permitem a coordenação dos atores envolvidos em redes. É também o resultado de um processo de barganha entre as organizações participantes da rede e de seus respectivos gestores, cada um considerando os benefícios da cooperação no alcance dos objetivos coletivos e individuais. Inclui um conjunto de processos de tomada de decisão e controle que viabiliza a execução de políticas. Tem a ver com o exercício de poder e autoridade, mas, principalmente, com o exercício da influência e da negociação. Define as regras, as

normas, os processos, as rotinas e outros procedimentos que estabeleçam os limites de autonomia, a divisão de responsabilidades, o estabelecimento de bases para o compartilhamento de recursos e de resultados, entre outros aspectos relativos ao funcionamento da rede. Usa diferentes tipos de instituições com o intuito de garantir a coordenação e a execução das atividades compartilhadas pelos parceiros.¹⁵

Considerações finais

Nessa breve análise do ambiente de governança do SUS nas regiões de saúde já organizadas, podem ser identificados alguns princípios importantes que apontam para a construção da governança colaborativa no SUS, tais como: interdependência, compartilhamento de risco, conjugação de recursos e objetivos convergentes¹⁴. Este é um modelo que se aproxima da realidade dos arranjos cooperativos existentes na região de saúde.

Assim, deve ser ressaltado o valor da governança na região de saúde, no enfrentamento dos desafios inerentes à organização das ações e dos serviços, uma vez que a rede de atenção à saúde que será constituída deve ser composta pelos três níveis de atenção e a capacidade de oferta dos entes federativos não é uniforme o que significa que a organização dos serviços em rede que vai atender uma população, em um território, precisa ter uma estrutura bem pactuada para garantir viabilidade operacional sustentável com a definição clara de responsabilidades e do provimento dos recursos financeiros necessários, de forma tripartite.

A Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012, em vários artigos, e o artigo 14A da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de

1990, definem as Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Tripartite (CIT) como foros de negociação e pactuação entre gestores, para decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde. Cabe também a esses fóruns definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e dos serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federados e fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

As secretarias estaduais de saúde precisam, cada vez mais, se reestruturar internamente e organizar suas estruturas institucionais para rever rotinas de trabalho, aumentar a integração entre as áreas técnicas e descentralizar tarefas, bem como observar o processo de planejamento regional integrado, a fim de favorecer o exercício do seu papel de coordenação estadual do processo de implantação de ações e serviços na região de saúde, na nova lógica de governança que precisa ser exercida naquele território.

Cabe, portanto, aos gestores do SUS, nas regiões de saúde coordenar esse ambiente de governança que não deve ser praticada apenas nos fóruns intergovernamentais como a CIB, a CIT ou a Comissão Intergestores Re-

gional – CIR, uma vez que precisam fazer parte dela os atores governamentais e não governamentais situados no território e integrados em propósitos comuns. A intersectorialidade deve ser exercida, com a participação de vários atores daquele espaço, com a coordenação do estado; deve haver o exercício do controle social sobre os agentes públicos para verificar a responsabilidade e eficácia da ação pública; devem ser observadas a descentralização e a autonomia dos atores políticos e a formulação de políticas públicas por meio de audiências, consultas públicas e conferências; é preciso maior transparência com a implantação de mecanismos eficazes de prestação de contas; a sociedade deve participar na gestão pública propondo ações e medidas que consideram as necessidades da comunidade, assim como políticas públicas direcionadas para as demandas sociais mais prementes.

A prática da governança no SUS precisa ser fortalecida, nessa lógica de inclusão de todos os atores que estão atuando nas regiões de saúde, território que é referência para a organização das ações e serviços de saúde e para a transferência de recursos entre os entes federativos, como decorrência das normas do SUS.

Considerando a complexidade dessas relações deve ser analisada a possibilidade de sua regulamentação ou a promulgação de normas que as protejam, reduzindo o seu caráter casuístico, amparando-as em regras claras e diminuindo a incerteza e a instabilidade presentes.³

Referências

1. Hesse K. A força normativa da constituição. Porto Alegre: Sérgio Fabris; 1991.
2. Rovira A. Federalismo y cooperación en la RFA. Madri: Centro de Estudios Constitucionales; 1986.
3. Almeida LL. O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. 2013. Disponível em <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13564>.
4. Garrido E. El Consorcio como instrumento de cooperación administrativa. Revista Española de Administración Local e Autonómica. 1996;270.
5. Habermas J, Häberle P. Sobre a legitimação pelos direitos humanos. In Merle J, Moreira L (Org.). Direito e legitimidade. São Paulo: Landy; 2003.
6. HESSE JJ. República Federal da Alemanha: do federalismo cooperativo à elaboração de política conjunta. In O Federalismo na Alemanha. [Berlim]: Konrad Adenauer Stiftung, 1995. (Série Traduções n. 70)
7. Anderson W. Intergovernmental relations in review. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1960 apud Agranoff, R. Marco para el análisis comparado de las relaciones intergubernamentales. 1962.
8. Wright DS. Para entender las relaciones intergubernamentales. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1997.
9. Brasil. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988.
10. _____. Presidência da República. Lei 8.080 de 29/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
11. _____. Presidência da República. Decreto 7.508 de 28/06/2011. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.
12. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. Novos Caminhos, n. 8. Disponível em www.regiaoeredes.com.br.
13. Torfing J. Governance network theory: towards a second generation. European Political Science. 2005;4:305-15.
14. Milagres RM. Governança Colaborativa. In Conass Debate, Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2016.
15. Roth AL, Wagner D, Antunes Junior JAV, Padula AD. Diferenças e inter-relações dos conceitos de governança e gestão de redes horizontais de empresas: contribuições para o campo de estudo. Revista de Administração-RAUSP. 2012;47(1):112-23.

Brasil e Dinamarca assinaram, no dia 8 de dezembro, um **acordo de cooperação** com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento do sistema de informação brasileiro na área de saúde pública e implementar programas para unificação de dados e melhoria do atendimento. Três áreas de trabalho contemplam o acordo: o aperfeiçoamento dos dados de saúde e a unificação dos cadastros nacionais de saúde; o aprimoramento do sistema de classificação de pacientes no Sistema Único de Saúde pela metodologia de Grupo de Diagnóstico Relacionado (DRG); e a melhoria da gestão e padronização de terminologias médicas. A previsão é de que em janeiro de 2017 sejam iniciadas as atividades relativas à implantação dos novos projetos.

O CONASS, em deliberação unânime de sua Assembleia, manifestou apoio à necessária autonomia das respectivas Secretarias de Saúde para decidir sobre quais modelos de gerência devem ser adotados para o sistema público de saúde sob sua responsabilidade, respeitadas as opções dadas pelas leis e pela Constituição, a fim de garantir maior eficiência à gestão do SUS.

Na última reunião da CIT de 2016, os medicamentos **Paracalcitol** e **Cinacalcete** foram incorporados ao grupo 1A do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, aquele cujo o financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. A estimativa é que eles sejam ofertados na rede do SUS nos próximos meses.

Mais *Curtas* podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DIRETORIA 2016/2017

PRESIDENTE

João Gabbardo dos Reis (RS)

VICE-PRESIDENTES

Região Nordeste: Fábio Vilas Boas (BA); **Região Norte:** Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); **Região Centro-Oeste:** Leonardo Vilela (GO); **Região Sudeste:** Ricardo de Oliveira (ES); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Marcos Esner Musafi (TO); Francisco de Assis de Oliveira Costa (PI); Renilda Costa (AP)

Suplentes: Cesar Ferreira Penna de Faria (RR); Maria da Conceição Mendonça Costa (SE); Pedro Elias de Souza (AM)

REPRESENTANTES DO CONASS

Hemobrás: Jurandi Frutuoso Silva (CONASS)

ANS: Luiz Antônio De Souza Teixeira Junior (RJ), e Ricardo de Oliveira (ES)

Anvisa: Humberto Lucena Pereira da Fonseca (DF), e Viviane Rocha de Luiz (CONASS)

CNS: João Gabbardo dos Reis, Jurandi Frutuoso e Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2016

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA); Cesar Ferreira Penna de Faria (RR); Cláudia Luciana de Sousa Mascena Veras (PB); David Everson Uip (SP); Fábio Vilas Boas (BA); Francisco Costa (PI); Gemil Júnior (AC); George Antunes de Oliveira (RN); Henrique Jorge Javi de Sousa (CE); Humberto Fonseca (DF); João Batista Pereira da Silva (MT); João Paulo Kleinubing (SC); José Iran Costa Júnior (PE); João Gabbardo (RS); Leonardo Vilela (GO); Luiz Antônio de Souza Teixeira Junior (RJ); Luiz Sávio de Souza Cruz (MG); Marcos Esner Musafir (TO); Maria da Conceição Mendonça Costa (SE); Michele Caputo Neto (PR); Nelson Barbosa Tavares (MS); Pedro Elias de Souza (AM); Renilda Costa (AP); Ricardo de Oliveira (ES); Rozangela Wyszomirska (AL); Vítor Manuel Jesus Mateus (PA); Williaames Pimentel (RO)

A revista **Consensus** é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Jurandi Frutuoso, Marcus Carvalho, Ricardo F. Scotti, René Santos e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

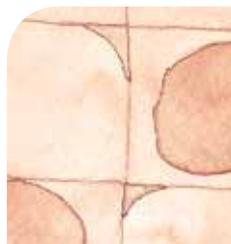
IMPRESSÃO

Positiva Gráfica e Editora

TIRAGEM

5.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.



Esta publicação é fruto de parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o CONASS, com o apoio do Ministério da Saúde



Opiniões, sugestões e pautas
Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Setor Comercial Sul (SCS), Quadra 9
Ed. Parque Cidade Corporate
Torre "C" – Sala 1105
CEP: 70308-200 – Brasília-DF

