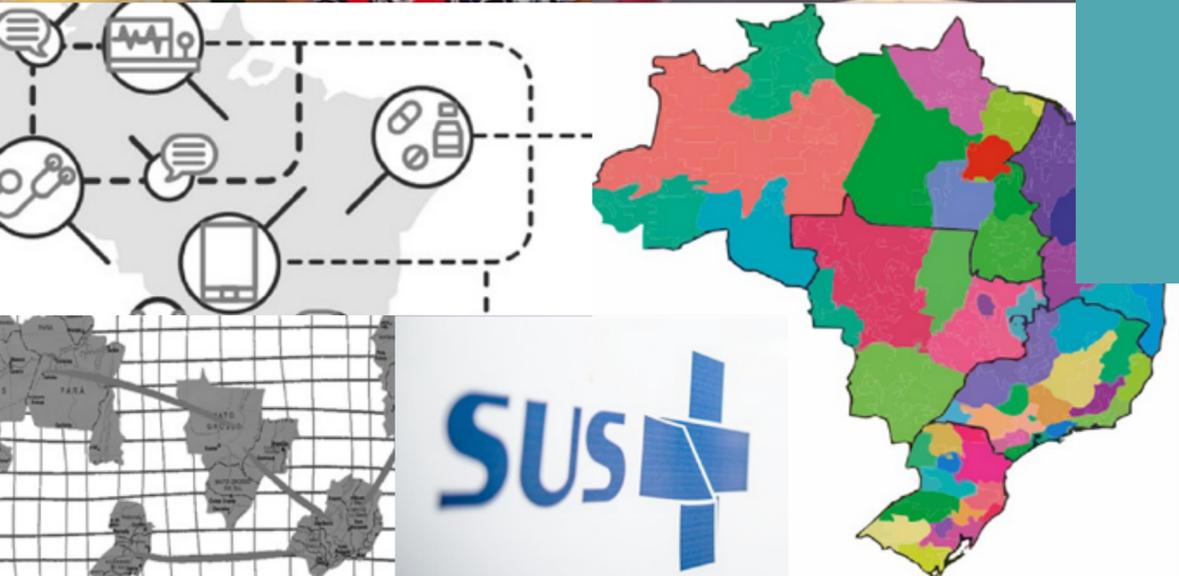




Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil: Obstáculos e Alternativas



RELATÓRIO FINAL

SEMINÁRIO REALIZADO EM 20/10/23



Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

E74f

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil: Obstáculos e Alternativas. Seminário realizado em 20 de outubro de 2023. Relatório Final. / Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. — Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, ENSP, Observatório do SUS, ABRASCO, 2023.

86 p. ; il. color. ; graf. ; mapas ; tab. ; PDF ; 32,5 kb

ISBN: 978-65-89501-62-6

Inclui Bibliografia

1. Regionalização da Saúde. 2. Financiamento da Assistência à Saúde.
3. Atenção Primária à Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Gestão em Saúde.
6. Estratégias de Saúde Nacionais. I. Título.

CDD - 23.ed. – 362.1068

Coordenação

Eduardo Alves Melo
Rosana Onocko Campos

Organização

André Schimidt da Silva
Cristiane Rocha de Barros
Edilene da Silva Cardoso
Eduardo Alves Melo
Elisa Mendonça
Isabela Soares Santos
Luciana Dias de Lima
Mariana Vercesi de Albuquerque
Rômulo Paes
Rosana Kuschnir
Rosana Onocko Campos
Thaís Severino da Silva
Thiago Barreto

Expositores

Ana Luiza d'Ávila
Ana Cristina de Lima Pimentel
Elaine Licio
José Angelo Machado
Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Roberta Sampaio

Coordenadoras das mesas temáticas

Mariana Vercesi de Albuquerque
Rosana Onocko Campos

Coordenadores dos grupos de trabalho

Amandia Sousa
Eduardo Melo
Fabíola Iozzi
Isabela Soares Santos
Márcia Fausto
Ricardo Dantas
Rosana Onocko
Mariana Albuquerque

Relatores dos grupos de trabalho

Dayanne Silva de Lucena
Rachel Guimarães Vieira Pitthan
Thais de Andrade Vidaurre Franco
Henrique Sant'anna Dias

Relatório Final

Rosana Kuschnir
Thaís Severino da Silva

Revisão do Relatório Final

Eduardo Alves Melo
Rosana Onocko Campos

Membros dos grupos de trabalho

Amandia Braga Lima
Ana Cássia Cople Ferreira
Ana Coelho de Albuquerque
Ana Paula Chancharulo M Pereira
Anamaria Schneider
Áquilas Mendes
Aylene Emília Moraes Bousquat
Bruno Eloy Farias Araújo
Camilla Maia Franco
Carmen Leitão
Ceres Albuquerque
Daniele Marie Guerra
Danylo Santos Silva Vilaça
Elaine Cristina Licio
Elisa Maria Ramos Carvalho
Fabíola Iozzi
Fernanda Mendonça
Fernando Leles
Francisco Ivan Rodrigues Mendes

Helena Eri Shimizu
Isabela Soares Santos
Joana Angelica Oliveira Molesini
José Carvalho de Noronha
Lenir Santos
Ligia Giovanella
Ligia Schiavon Duarte
Luciana Dias de Lima
Luis Eugênio Portela
Luiz Antônio Neves
Marcela de Souza Caldas
Maria Augusta Monteiro Ferreira
Maria da Conceição de Souza Rocha
Marta Gama de Magalhães
Mônica Morrissy Martis Almeida
Monique Zita Fazzi
Ricardo A. de Oliveira
Roberta Sampaio
Rosana Kuschnir
Washington Luiz Abreu de Jesus

Confira neste relatório

Neste relatório você vai encontrar a síntese das exposições, do debate e das proposições presentes no seminário “Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil: obstáculos e alternativas”, realizado em outubro de 2023 na ENSP/Fiocruz, com 193 participantes (presencial e online). Neste segundo seminário, o Observatório SUS/Ensp e a Abrasco debateram mais um dos grandes temas para a consolidação e defesa do SUS. A regionalização, essencial ao alcance da equidade, universalidade e integralidade, permanece um dos grandes desafios, no âmbito de um sistema de relações interfederativas de grande complexidade.

O Seminário abordou os desafios do federalismo brasileiro e os condicionantes da regionalização da política de saúde e os alcances e limites de diferentes estratégias para alcançar a regionalização.

Em que pese o grande avanço alcançado na expansão do

acesso, em especial à atenção primária, a constituição de redes de atenção e a institucionalização da gestão compartilhada são essenciais à superação da fragmentação ainda existente, seja no âmbito da formulação de políticas, do modelo assistencial e da governança regional. No que diz respeito à atenção especializada, cuja organização em base regional é essencial tanto para a garantia do acesso quanto da qualidade, tem-se observado a falta de coordenação, grande fragmentação, crescimento significativo da oferta de prestadores privados e constantes dificuldades de acesso. A pactuação regional muitas vezes é feita apenas formalmente e o ente estadual pouco e facultativamente a cofinancia e acompanha. Nesse processo, municípios pelo retraem a atenção prestada e **é cada vez maior o peso das emendas parlamentares no financiamento do sistema, sem qualquer conexão às instâncias de gestão, podendo aumentar ainda mais as desigualdades em saúde.**

Nas exposições realizadas, estas colocações foram debatidas e aprofundadas de forma abrangente. Foram também apresentadas a criação do Conselho da Federação, instituído pela Presidência da República como um instrumento de pactuação interfederativa; a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), recém-lançada pelo Ministério da

Saúde, cuja organização depende de mecanismos de gestão regionais, e o Consórcio Interfederativo, estratégia de gestão da oferta regional de atenção especializada envolvendo o ente estadual e os municipais, adotada pelos Estados da Bahia e do Ceará.

Entre as proposições do Seminário estão: a necessidade do resgate da macropolítica com o governo federal e o Ministério da Saúde na condução do processo visando a regionalização, em articulação com outros grandes temas, como as carreiras no SUS e o financiamento; o reforço do papel do ente estadual como autoridade sanitária/ coordenador do processo; a criação de uma autoridade/ inteligência regional compartilhada; adoção do planejamento como base da regionalização, inclusive com planos de investimento para expansão e equalização da oferta de alta e média complexidade; garantir mecanismos de gestão regional para implantação da PNAES; fortalecimento da capacidade técnica das equipes municipais e regionais das SES's; garantia dos recursos necessários à constituição das redes, incluindo transporte sanitário e articulação dos sistemas de informação; considerar a proposta dos Consórcios Interfederativos como estratégia de articulação interfederativa para organização da oferta de forma coordenada.

Apresentação

Eduardo Alves Melo

Coordenador do Observatório do SUS
Vice-Diretor de Escola de Governo em Saúde
VDEGS/ENSP/Fiocruz

Marco Antônio Carneiro Menezes

Diretor da Ensp/Fiocruz

Rosana Teresa Onocko Campos

Presidente da Associação Brasileira de Saúde
Coletiva (Abrasco)

A Abrasco e a Ensp/Fiocruz, entidades com naturezas singulares e atuação nacional no campo da saúde coletiva, firmaram uma parceria estratégica tendo como foco um conjunto de desafios, problemas e limites do SUS e como objetivos a atualização da análise sobre tal problemática bem como a formulação de proposições e alternativas.

A Abrasco reúne e representa diferentes áreas do campo da saúde coletiva de todo o país, com importante atuação no país e referência internacional, notadamente na América Latina. A Ensp/Fiocruz, por sua vez, cumpre funções estratégicas de formação, pesquisa e cooperação técnica, tendo recentemente criado um Observatório do SUS para acompanhar conjunturas, políticas e experiências do sistema de saúde. As duas entidades reúnem características históricas, técnicas, políticas e institucionais que podem, a nosso ver, contribuir com a construção do SUS, em diálogo com o Estado e a Sociedade, tendo como balizas uma compreensão ampla de saúde, a saúde como direito humano, as implicações mútuas entre saúde e democracia, a relação da saúde com o desenvolvimento nacional bem como os atuais problemas sócio sanitários do país.

Um dos desafios estruturais do SUS abordados a partir desta frutífera parceria foi a regionalização da saúde, sabidamente incompleta (a despeito da existência de regiões de saúde, instâncias de pactuação intergestores, leis, normativas e instrumentos), porém essencial para a garantia do acesso universal com equidade e integralidade para os brasileiros, independentemente de onde residam. Para isso, reunimos atores do parlamento, da gestão do SUS, da academia e da sociedade, utilizando uma metodologia de trabalho que nos possibilitou atualizar a discussão, aprofundar aspectos críticos e elaborar proposições. Neste sentido, nos colocamos o desafio de refletir sobre os condicionantes e bloqueios à regionalização, de analisar experiências e de prospectar intervenções no campo político, institucional, governamental, legal, financeiro, técnico e social.

Este relatório sintetiza o esforço realizado em torno da regionalização da saúde e, ao mesmo tempo, torna público um conjunto de análises e formulações que esperamos sejam úteis para os atores políticos que defendem o SUS ou têm responsabilidade com a saúde da população brasileira. A Opas apoiou as atividades com suporte financeiro e técnico.

Sumário

Sobre o seminário	7
Sobre os grupos de trabalho	8
Principais destaques	9
Mesa I: Desafios do federalismo brasileiro e os condicionantes da regionalização da política de saúde	9
Mesa II: Estratégias de regionalização: alcances e limites	12
Destaques do grupo de trabalho	16
Proposições	18
Considerações Finais	20
Anexos	21
Texto Base	21
José Angelo Machado	21
Apresentações	26
Registro Fotográfico	86
Mesas de boas-vindas e temáticas	86
Grupos de trabalho	87

Sobre o Seminário

O seminário **“Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil: obstáculos e alternativas”** foi realizado no dia 20 de outubro de 2023 na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), Fiocruz, na cidade do Rio de Janeiro.

O encontro foi o segundo de uma série de três seminários, fruto da parceria entre a ENSP e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), para abordar os desafios estruturais para o SUS, compondo as atividades do Observatório do SUS da ENSP.

O seminário teve o objetivo de **aprofundar os desafios da regionalização da política de saúde no Brasil, examinando obstáculos e possíveis alternativas**. Além disso, visou mobilizar atores-chave da sociedade civil e dos espaços institucionais.

Para tal, a questão foi desdobrada em dois eixos temáticos: **“Desafios do federalismo brasileiro e os condicionantes**

da regionalização da política de saúde” e “Estratégias de regionalização: alcances e limites”.

Os eixos temáticos foram trabalhados em duas mesas no período da manhã. As três expositoras do primeiro eixo foram Ana Luiza d’Ávila Viana, coordenadora da plataforma Regiões e Redes e professora aposentada da USP, Eliane Licio, secretária executiva do Conselho da Federação (SRI/PR) e Ana Cristina de Lima Pimentel, deputada federal da Frente Parlamentar em Defesa do Sistema Único de Saúde e a coordenação foi de Rosana Onocko, presidente da ABRASCO. Suas exposições responderam à pergunta **‘Quais são os principais condicionantes da regionalização da saúde hoje e o que tem impedido o seu avanço no Brasil?’**.

Os três expositores do segundo eixo temático, José Ângelo, professor associado do Departamento de Ciência Política da Universidade Federal de Minas Gerais, Helvécio Miranda Magalhães Júnior secretário de atenção especializada do Ministério da Saúde e Roberta Sampaio, coordenadora executiva de fortalecimento do SUS da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, com coordenação de Mariana Vercesi de Albuquerque, pesquisadora e Chefe do Departamento

de Administração e Planejamento em Saúde, voltaram-se à questão **‘Estratégias de regionalização: alcances e limites’**.

As exposições do período da manhã e as duas questões norteadoras orientaram a atividade dos grupos de trabalho no período da tarde, restrito a convidados, envolvendo pesquisadores, especialistas, gestores do SUS, parlamentares e representantes do controle social.

As mesas temáticas do período da manhã foram abertas ao público e transmitidas em tempo real pelo canal do Youtube da ENSP/Fiocruz. Esse período contou com 105 participantes presencialmente e mais de 1,6 mil visualizações online



**assista as
apresentações**

Sobre os grupos de trabalho

Os grupos de trabalho contaram com 39 participantes convidados por sua destacada trajetória relacionada ao tema regionalização da política do sistema de saúde. O objetivo foi discutir e elaborar estratégias para avançar na regionalização da política de saúde no Brasil. Para isso, duas perguntas disparadoras foram feitas:

“Quais estratégias de indução da regionalização que precisam ser adotadas para efetivar as redes regionalizadas de atenção à saúde?” e “Temos algo a aprender com outras políticas sociais em termos de governança, modelo de financiamento etc.?”

Os grupos contaram com participantes de diversas unidades da federação, envolvendo membros do executivo federal (Ministério da Saúde, Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República); da gestão estadual do SUS (SESAB, SESACE e SESRJ), da gestão municipal do SUS (SMS Niterói, SMS Rio Claro, SMS Volta Redonda e COSEMS RJ); de instituições de ensino e pesquisa (UNB, USP, UNIFOA, UFMG, UFBA, UNEB, IMIP PE, UEL, Fiocruz); de instituições de grande destaque na defesa da Saúde Coletiva no país (Abrasco e Idisa); do Consórcio CE e da Organização Panamericana de Saúde.



PRINCIPAIS DESTAQUES

Mesa I: Desafios do federalismo brasileiro e os condicionantes da regionalização da política de saúde

Quais são os principais condicionantes da regionalização da saúde hoje e o que tem impedido o seu avanço no Brasil?

Ana Luiza Vianna iniciou sua apresentação com a contextualização dos movimentos de política de regionalização/descentralização em suas diversas dimensões. São comuns a diferentes setores – econômico e social, e instituições de diferentes naturezas (público e privado) e envolvendo múltiplos atores societários e civis. As diferentes políticas públicas no sentido da regionalização/descentralização impactam e são impactadas pelas formas de organização do Estado: federalistas ou unitários.

No caso brasileiro, a descentralização representou uma resposta à centralização autoritária da ditadura militar. Especificamente na política setorial de saúde, Ana Luiza identifica três movimentos. O primeiro, o da centralização de funções no Ministério da Saúde, com a integração do INAMPS. Um segundo, de aumento das transferências de recursos para estados e municípios via o Piso da Atenção Básica (fixo e variável) e normatização do processo de descentralização/regionalização e um terceiro de maior protagonismo da instância estadual, refletido na expansão da capacidade física para a alta e média complexidade, ambulatorios de especialidades, hospitais regionais e reforço das estruturas regionais das SES e da autonomia

das CIR/CIB's.

Entre os principais desafios foi apontada a necessidade da criação de autoridade/inteligência regional compartilhada, a partir de uma nova ideologia de integração e cooperação e de nova base técnica e tecnológica. No entanto, destacou que se trata de um problema intergovernamental complexo e que desde 2011 não há uma política nacional de regionalização e mesmo com o maior protagonismo dos estados, também não há políticas estaduais de regionalização – expressas em documentos norteadores.

Foi colocada a questão central de autoridade: Quem decide? E apontados 4 dimensões da autoridade/ governança:

- Governança territorial: integração das instâncias de governo;
- Governança assistencial: integração de serviços e profissionais (práticas);
- Governança institucional: integração das instituições (Estado, mercado e sociedade) em nome de objetivos e metas;
- Governança Intersetorial: integração econômico-social.

Para o enfrentamento destes desafios, de acordo com Ana Luiza, já contamos com instâncias como a CIT/CIB/CIR; redes de serviços e estruturas governamentais. Entre estes últimos, estados e municípios contam com consórcios intergovernamentais e SES, com suas instâncias regionais.

No entanto, resta o desafio da criação de autoridade/inteligência regional para a integração assistencial, a institucional e a territorial. Especificamente no que diz respeito à integração institucional, é proposto que o Estado se faça representar pelo ente estadual, o mercado por fóruns regionais ou conselhos e a sociedade por conselhos, comissões, observatórios, através de universidades, movimentos sociais e associações, entre outros.

Finalmente, considerando o federalismo brasileiro, Ana Luiza aponta alguns “pontos cegos” que levam a vazios de autoridade/inteligência compartilhada e se/nos pergunta se será possível um novo arranjo com maior protagonismo estadual.

Ana Pimentel iniciou sua apresentação destacando sua experiência como médica de saúde pública, acadêmica, gestora e hoje membro da Câmara dos Deputados, em seu primeiro mandato, num momento de reconstrução

e de defesa radical de direitos. Apontou a necessidade fundamental de organizarmos o que entendemos sobre o Estado Brasileiro e a retomada da agenda democrática sob a ótica dos direitos, sendo esta a perspectiva basal sobre a qual discutir a regionalização. Considerou este momento um encontro com a História, depois de um governo que negou direitos e a ciência e o momento de pensar o que deve ser colocado na agenda pública do país. É fundamental, apontou, não apenas saber o que fazer, mas quem deve fazer, quem deve decidir, e a necessidade de ter coordenação nacional pelo Ministério da Saúde.

Um exemplo dos resultados do processo recente de desinstitucionalização e ausência do Estado é o tamanho que as emendas parlamentares têm tomado. Outro, o fato da agenda política da saúde no Congresso ter sido tomada pela pauta da desarticulação, da manutenção de nichos eleitorais, com a perspectiva de se produzir um novo sistema de saúde, que na verdade não é um sistema, mas ações localizadas de interesses individuais. Ou seja, a institucionalização de um sistema produzido por interesses individuais.

Ana ressaltou que este tem sido um processo

especialmente conflituoso, com muita dificuldade para a pactuação de uma agenda minimamente menos mercantilizada, inclusive no Senado. Chamou a atenção para a proposta aprovada acerca dos consórcios, totalmente distinta da inicialmente proposta, já que transforma os consórcios numa quarta instância, que se articula com a liberação das emendas parlamentares.

Ana destacou ainda que esta lógica não se expressa apenas nas propostas parlamentares, mas está hoje presente em grande número de fóruns e conselhos de saúde. Relatou que a grande maioria das propostas em apreciação na comissão de saúde da Câmara se refere à isenção de impostos para todas e quaisquer tipos de entidades filantrópicas e privadas.

Ao finalizar, Ana reiterou a necessidade da ocupação da agenda política e o papel fundamental da academia, apontando a urgência de estudar e compreender como as emendas parlamentares têm produzido desigualdades em saúde. Reforçou que a defesa do direito se faz com planejamento e racionalidade econômica e que é preciso retomar o debate dos grandes temas, à luz do sonho do que queremos para o país.

Elaine Lício iniciou sua exposição apontando que após a Constituição Federal de 1988, o federalismo cooperativo tem sido a estratégia para oferta de serviços sociais, envolvendo a cooperação federativa, a regulação, cofinanciamento, pactuação e participação social. No entanto, pontuou que a heterogeneidade nos legados e capacidades estatais dos entes federados afeta a qualidade e reforça desigualdades, constituindo parte do déficit de capacidades do Estado brasileiro para a prestação dos serviços públicos.

Nesta perspectiva, reforçou a importância do papel dos entes federados estaduais, considerando que o nível de normatização nacional influencia sua autonomia decisória, mas não impede seu poder de agência e que seu papel como executores e coordenadores em seu território é tanto mais importante quanto maior a municipalização.

Apesar do aumento da oferta de serviços básicos, a integralidade e a qualidade da atenção ainda são desafios, em especial para a garantia de oferta de serviços de maior complexidade, considerando que 70% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes. Neste contexto, os estados seriam centrais para a continuidade e sustentabilidade da oferta regionalizada.

No entanto, a ausência de instância de pactuação federativa em bases jurisdicionais é uma questão central, já que é questionável se o diálogo e a pactuação nos moldes atuais têm sido suficientes.

Elaine apresentou o Conselho da Federação criado pelo decreto 11.495 de 18/04/2023 e instalado em 25/10. É composto por 6 representantes do governo federal, (incluindo a Presidência da República e a Casa Civil), 6 entidades estaduais e 6 entidades municipalistas. Seu objetivo é promover estratégias e ações de interesses prioritários comuns para o desenvolvimento econômico social sustentável e a diminuição das desigualdades sociais e regionais. São suas diretrizes:

- Atuação circunscrita ao poder executivo
- Autonomia e diversidade dos entes
- Independência entre poderes
- Construção de consensos e compromissos políticos
- Integração e aperfeiçoamento dos instrumentos de cooperação
- Indução do desempenho na prestação dos serviços públicos.

● são suas atribuições:

- Pactuar agenda prioritária comum
- Contribuir para a formulação de políticas públicas
- Propor projetos e ações para aperfeiçoamento das relações intergovernamentais
- Fortalecer a cooperação e a coordenação federativa e incentivar sua promoção no âmbito subnacional
- Realizar estudos para fundamentar propostas
- Promover a difusão de políticas.
- De acordo com Elaine, “não temos resposta definitiva para os desafios da federação, mas temos uma estratégia para aperfeiçoar o federalismo cooperativo”. Nesta, destacam-se a centralidade do ente estadual para a continuidade e sustentabilidade de estruturas de oferta regionalizada; o avanço na pactuação federativa, com o engajamento das lideranças políticas; o diálogo com novos atores federativos – como os consórcios – e a indução à ação coordenada das 3 esferas, como proposto pelo Conselho da Federação.

PRINCIPAIS DESTAQUES

Mesa II: Estratégias de regionalização: alcances e limites

Quais são as estratégias de regionalização em curso e suas possibilidades, sustentabilidade e limites?

O primeiro palestrante, José Ângelo Machado, centrou sua apresentação nos “caminhos possíveis para a formação das redes regionais de atenção à saúde”. Inicialmente, apontou a contraposição entre a saúde como garantia nacional plena a todos os cidadãos brasileiros (força centrípeta) e a descentralização da gestão dos prestadores para os municípios, inclusive os pequenos, com perda de economia de escala (força centrífuga). A formação das redes regionalizadas para viabilizar oferta integral e igualitária passou a depender, em última instância, de tratativas envolvendo governos municipais.

Destacou que duas estratégias de busca de integração têm sido utilizadas no SUS: os consórcios intermunicipais e a pactuação regional regulada por normas nacionais. No primeiro caso, são estabelecidos acordos voluntários horizontais em que municípios compartilham a produção e distribuição de serviços de interesse comum. No segundo, municípios polo e municípios referenciados pactuam metas físicas e financeiras para atendimento em média e alta complexidade.

Em sua avaliação, os consórcios intermunicipais podem ter apresentado uma melhoria parcial no acesso dos

associados, mas apresentam limitações. Uma primeira questão colocada foi: os interesses comuns dos associados coincidem com as necessidades coletivas de saúde dos cidadãos da região? Uma segunda: apresentam disfuncionalidade para estratégias redistributivas ou de redução de desigualdades regionais em saúde.

Já a pactuação regional, transferência de recursos de média e alta complexidade para os municípios polo ou de referência regional, se dá sob papel de coordenação limitado pelos entes estaduais que pouco e facultativamente participam do financiamento de redes regionalizadas. A pactuação tem assimetrias informacionais e no controle do acesso entre municípios “exportadores” e “importadores”, com acirramento do conflito distributivo, descumprimento de metas pactuadas e desigualdades de acesso.

Entre as possíveis perspectivas de avanço, José Ângelo indicou a necessidade de absorver as incertezas e riscos gerados pelas barganhas e conflitos distributivos entre “exportadores” e “importadores” e a constituição de uma autoridade regional capaz de pensar e planejar a região como um todo; monitorar o acesso para todos os seus

cidadãos; adotar medidas redistributivas e compensatórias e cofinanciar a média e alta complexidade.

Entre as medidas a considerar, apontou:

- Ampliar o financiamento SUS para a média e alta complexidade com cofinanciamento condicionado
- Entes estaduais como autoridade sanitária regional com financiamento e operação compensatória para cumprimento dos pactos, mitigando o conflito distributivo horizontal entre “exportadores” e “importadores”
- Retomar os Planos Diretores de Investimento (PDIs) como estratégia de expansão para equalização da oferta de média e alta complexidade.

Helvécio Miranda Magalhães Junior centrou sua apresentação na regionalização no contexto da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES). Considerou os avanços em sua organização, a partir de 2011, com as redes de atenção, mas apontou que ainda não houve o enfrentamento mais amplo do modelo e forma de organização da AE, expressos na persistência do pagamento por procedimentos.

Na medida em que a atenção especializada engloba maior densidade e tecnologia dura, deve ser ofertada de forma regionalizada e hierarquizada, com economia de escopo e escala que possa assegurar adequada relação custo-benefício, qualidade atendimento em tempo oportuno, efetividade e sustentabilidade. No entanto, considerou que a regionalização não está efetivada na AE. Muitos serviços públicos e filantrópicos estão no limite de sua capacidade e a baixa oferta e má distribuição de especialistas, sobretudo médicos, resulta em vazios assistenciais. Assim, seria necessário um novo modelo de contratação e mobilização da oferta de serviços privados, assim como mudança de gestão e da performance dos serviços públicos estatais.

A seguir, passou a apresentar a Política Nacional da Atenção Especializada em Saúde (PNAES), publicada em D.O. em 18/10/2023. Do ponto de vista da proposta de intervenção, esta busca ser sistêmica – articulação em redes e regiões; organizacional – organização das equipes nos serviços de forma a garantir acesso; e profissional – relação profissionais/ usuários. Envolve, ainda, o modelo de financiamento, a relação com a regionalização real, a intervenção na formação e provimento médico e a

contratualização, avaliação e monitoramento.

Entre suas propostas está a Oferta de Cuidados Integrados, um novo dispositivo para oferta de exames e consultas que reduza as filas, a ser implementado por adesão dos gestores locais. O conjunto da oferta de cuidados integrados (pacote) terá um valor global pago por paciente maior que a soma dos valores de tabela dos procedimentos que os compõem.

Listou ainda uma série de iniciativas de reformulação e qualificação de políticas e programas existentes a partir da PNAES:

- Atenção domiciliar
- Sangue e hemoderivados
- Saúde mental
- Atenção integral à pessoa com deficiência
- Regulação – revisão da Política Nacional de Regulação do SUS
- Atenção hospitalar
- Garantia de sustentabilidade dos hospitais filantrópicos

100% SUS

- Atenção às urgências
- Atenção integral às pessoas com doenças raras
- Transplantes

Especificamente no campo da atenção especializada, foram listadas:

- Implementação do Programa Nacional de Atenção Ambulatorial (Policlínicas)
- Revisão da Política Nacional de Atenção Cardiovascular
- Revisão da Política de Atenção e Controle do Câncer
- Implementação do Plano Nacional para Oftalmologia
- Rediscussão da Assistência em Terapia Nutricional na Rede de Atenção à Saúde
- Entre as principais ações em curso, foram citadas:
- A criação de policlínicas – PAC – 90 unidades em todo Brasil, investimento de R\$ 1,7 bilhão

- Articulação com a rede de urgência e emergência, especialmente na área de ortopedia
- Redução de vazios assistenciais
- Ampliação das residências e fixação de profissionais
- Telessaúde intensivo na atenção e na regulação
- Transporte sanitário – “Caminhos da Saúde”
- Projetos de sustentabilidade para os hospitais filantrópicos

Com relação ao investimento, as estratégias que envolvem o SAMU, ortopedia, CAPS, policlínicas, radioterapia, hospitais e maternidades deverão contar com o total de 14,1 bilhões de reais.

No que concerne à gestão/operacionalização da política, Helvécio apontou que o modelo atual é produtor de filas, a regionalização não está efetivada na atenção especializada e que a regulação funciona para o controle, mas que não olha o paciente. Por outro lado, secretarias de estado de saúde vêm assumindo maior protagonismo na organização

do cuidado, ao mesmo tempo em que o comando único da regulação é questionado – através da criação de diversos sistemas paralelos - e as grandes cidades se retraem, fechando sua oferta aos demais municípios.

Neste contexto, destacou um impasse: como operar a bem da equidade as regiões de saúde e lidar com a lacuna regional. Considerou que os consórcios intermunicipais resolvem até certo ponto algumas das questões, mas têm limitações como as apontadas na apresentação anterior de José Ângelo Machado. Enquanto estratégia de lidar com a questão regional, a nova PNAES deve estimular e exigir a formulação de planos regionais em que as necessidades expressas nos planos sejam consideradas para o conjunto do território da região.

Roberta Sampaio apresentou as estratégias que vêm sendo desenvolvidas pelo Estado da Bahia em seu processo de regionalização. Iniciou sua apresentação afirmando a regionalização como uma estratégia e um dos princípios organizativos do SUS, num entendimento de que a regionalização deve ser parte do desenvolvimento regional e que regionalização e redes de atenção indissociáveis.

Ao apresentar um balanço da regionalização na Bahia,

estado com 417 municípios, onde 4 têm população maior que 300 mil habitantes e 58,5% têm menos de 20 mil, mostrou o território estadual dividido em 28 regiões e 9 macrorregiões de saúde. Apresentou ainda a expansão da capacidade instalada realizada ao longo dos últimos 16 anos, com investimento em serviços de perfil de referência regional e interregional, assim como novos investimentos e ações previstas.

Do ponto de vista da implementação da regionalização, os principais desafios apontados foram:

- Político – relações federativas, eleições, decisão e prioridade
- Desigualdade social, política e econômica
- Conformação da rede assistencial – rede, formação, diferenças entre regiões e financiamento
- Governança – inteligência e coordenação. Reposição dos Núcleos Regionais de Saúde e consórcios
- Regionalização – estratégia tripartite

A estratégia adotada pelo Estado da Bahia para implementação da oferta regionalizada de cuidado em policlínicas foi a instituição de consórcios interfederativos, seguindo em grande parte o modelo adotado pelo estado do Ceará. O processo foi precedido pela realização do Planejamento Regional Integrado (PRI) e por reforma administrativa na SES para fortalecimentos de suas instâncias de coordenação da regionalização – os núcleos regionais de saúde e os consórcios.

Foram instituídos 24 consórcios de saúde, abrangendo 26 policlínicas em novembro de 2023, incluindo 2 em Salvador. Dos 417 municípios, 411 encontram-se consorciados, tendo sido realizados mais de 4,5 milhões de atendimento a um investimento de mais de 1 bilhão de reais.

Entre as ações previstas estão a maior ampliação da capacidade instalada em várias áreas especializadas e em novas 80 UBS, assim como novas estratégias de gestão, como novos incentivos ao cofinanciamento da APS e saúde mental; prontuário eletrônico e integração de dados, acreditação hospitalar e de policlínicas.

Destques dos grupos de trabalho

As discussões nos grupos de trabalho reconheceram certa lacuna no processo de regionalização, uma vez que as últimas normativas datam de doze anos atrás - com exceção da resolução CIT de 2018, que definiu as macrorregiões -, e que hoje inexistente uma política nacional de regionalização. Foi salientado, no entanto, que não se trata apenas da criação de novos instrumentos para a indução da regionalização, mas também de um processo com forte componente político, dada a importância de resgatar a macropolítica no sistema federativo, tendo o governo federal e o Ministério da Saúde na condução desse processo visando à regionalização.

Esta identificação da regionalização como um processo do âmbito da macropolítica, sem prejuízo de sua dimensão técnico-operacional e micropolítica, foi fortemente referendada em todos os grupos, apontando a necessidade urgente de sua retomada pelo Ministério da Saúde, com a formulação de novas políticas e instrumentos no âmbito de uma estratégica sistêmica de intervenção a ser adaptada à diversidade de regiões de saúde do país.

Foram apontados vários dos problemas experimentados ao longo do processo, destacando esvaziamento dos processos de pactuação e dificuldades observadas na implementação da regionalização solidária, com definição ainda pouco clara do papel de cada ente federado na construção regional e falta/“apagamento” do planejamento, levando a um “cumprimento de normativas” formal.

Por outro lado, foi apontada, em todos os grupos, a ampliação da participação privada na provisão de média e alta complexidade, com uma baixa capacidade de controle e regulação pelos gestores públicos – processo aprofundado com a descentralização, que reduz a escala e a qualidade e aumenta os custos. A ausência de uma rede regionalizada não apenas dificulta acesso à atenção em tempo oportuno,

mas também amplia o mercado privado, inclusive na compra direta de serviços pela população.

Ao lado da ampliação da participação privada na provisão, foi apontado o aumento da importância das emendas parlamentares no financiamento e criação de serviços, de forma totalmente desvinculada das instâncias e processos de gestão do SUS. Embora tenham ocorrido algumas tentativas de vinculação aos processos de planejamento, estas não foram bem sucedidas.

Ainda que consideradas a instituição das instâncias regionais (CIR) e seu funcionamento, foram apontadas as dificuldades na construção da gestão regional compartilhada, em que interesses próprios municipais se sobrepõem à construção da proposta coletiva. Uma das estratégias apontadas para a gestão foi a da multiplicação dos consórcios intermunicipais, compostos de grupos de municípios que muitas vezes não obedecem ao desenho regional estabelecido. Hoje, em sua maioria, estão configurados como prestadores de serviços e em muitos locais a presença dos consórcios reforça o esvaziamento das discussões regionais, com ausência dos gestores nas instâncias de deliberação (CIR) e participação apenas nas

plenárias dos consórcios. Foi apontada a situação em que o consórcio intermunicipal se torna um “quarto ente, na disputa pela gestão do território”.

Uma questão central discutida em todos os grupos foi o papel do ente estadual na construção da regionalização. Houve forte acordo quanto à necessidade de uma intervenção mais institucionalizada e sistemática das Secretarias de Estado, ainda que as formas específicas que esta possa ter não estejam tão claras. Nos vários grupos o debate apontou o ente estadual como coordenador do processo de regionalização – seja exercendo o papel de autoridade sanitária, seja como “facilitador” dos processos intermunicipais.

O Consórcio Interfederativo, estratégia adotada por alguns estados, como Ceará e Bahia, foi apontada como uma experiência promissora de novas formas de articulação interfederativa. Tanto no Ceará como na Bahia influenciou de forma fundamental a oferta de atenção especializada – tanto pelo aumento da oferta pública como pela regulação da oferta privada. Outras duas questões apontadas como centrais no modelo implementado na Bahia foram a política instituída pela SES de indução à mudança do perfil

dos hospitais de pequeno porte e sua inserção na rede e a garantia do transporte sanitário.

A preocupação acerca da gestão regional apareceu também nas dúvidas levantadas acerca da operacionalização da política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), que propõe a exigência de um desenho regional para repasse de recursos: a quem caberá coordenar o processo em nível regional? Como realizar o repasse de recursos? Como evitar o incentivo a mais oferta privada nas regiões?

Desafios importantes no âmbito da dimensão técnico-operacional também foram destacados em todos os grupos. Um deles, o fortalecimento da capacidade técnica das equipes de gestão das secretarias municipais e dos núcleos regionais das secretarias de estados, para o fortalecimento do planejamento da gestão regional. Outro, a falta de articulação entre os diversos sistemas de informação e seus bancos de dados, não permitindo a construção de um diagnóstico sistêmico das condições de saúde e da oferta, capacidade, qualidade e performance dos serviços.

Por fim, todos os grupos consideraram que os desafios da

regionalização não se separam de outros grandes temas da macropolítica da construção do SUS. Foi citada por todos especificamente a questão da gestão de pessoas. A fragilidade e precarização dos vínculos existentes hoje – a gestão por organizações sociais, contratações por “pessoa jurídica” e RPA, adotadas por municípios, estados e até pelo Ministério da Saúde, com a ausência de carreiras SUS, é considerada um grande entrave à construção das redes e da regionalização.

Outra questão apontada é a fragilidade da estrutura, com necessidade de garantia do conjunto de recursos necessários para a constituição da rede regionalizada, tais como transporte sanitário, inclusive para procedimentos e consultas eletivas e sistemas de informação que possibilitem a integração entre os serviços.

Todos os grupos, à exceção de um, realizaram a discussão das 2 perguntas propostas em conjunto. Em todos, foi apontado que as demais políticas sociais costumam se inspirar no SUS e nas políticas de saúde, e não o contrário.

Proposições

Resgatar a macropolítica no sistema federativo, tendo o governo federal e o Ministério da Saúde na condução desse processo visando a regionalização

Intervenção mais institucionalizada e sistemática das Secretarias de Estado, como ente coordenador do processo de regionalização – seja exercendo o papel de autoridade sanitária, seja como “facilitador” dos processos intermunicipais

Criação de autoridade/inteligência regional compartilhada, de integração e cooperação e de nova base técnica e tecnológica

Retomar o planejamento como base da construção da regionalização, retomando os Planos Diretores de Investimento como estratégia de expansão e equalização da oferta de média e alta complexidade

Articular a discussão da regionalização com outros grandes temas da macropolítica da construção do SUS, especialmente a questão das carreiras para o SUS e o financiamento do sistema

Considerar e avaliar os Consórcios Interfederativos, estratégia adotada por alguns estados, como Ceará e Bahia, como uma experiência promissora de novas formas de articulação interfederativa

Proposições

Realizar estudos acerca da contribuição das emendas parlamentares para a produção de desigualdades em saúde

Garantir mecanismos de gestão regional para implantação da PNAES, de modo a enfrentar a fragmentação e aumentar a capacidade de oferta pública

Fortalecer a capacidade técnica das equipes de gestão das Secretarias Municipais e dos núcleos regionais das Secretarias de Estados, para a implementação do planejamento e da gestão regional

Garantia da estrutura e do conjunto de recursos necessários para a constituição da rede regionalizada, tais como transporte sanitário

Garantir a articulação entre os diversos sistemas de informação e seus bancos de dados, não permitindo a construção de um diagnóstico sistêmico das condições de saúde e da oferta, capacidade, qualidade e performance dos serviços

Considerações finais

O Seminário **Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil: Obstáculos e Alternativas**, abordou dois eixos centrais, os desafios do federalismo brasileiro e os condicionantes da política de regionalização e as estratégias de regionalização, seus alcances e limites. Contou em suas mesas e grupos de debate com a participação importante e representativa de instituições, gestores e pesquisadores dedicados ao tema, culminando num conjunto de proposições para enfrentamento dos desafios colocados à implementação da regionalização.

Foi realizado num momento crucial de retomada da

construção do SUS, de formulação e implementação de políticas pelo Ministério da Saúde e pelos entes estaduais e municipais, e expressa o compromisso da Abrasco e da Ensp/ Fiorcuz, através de seu Observatório SUS/ Ensp, com a agenda dos grandes temas e desafios a serem enfrentados.

A efetiva implantação do processo de regionalização é central ao cumprimento dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade e é especialmente importante para garantia do acesso à atenção especializada, como proposto pela Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), recentemente instituída pelo Ministério da Saúde.

Entre as proposições do Seminário, foi apontada de forma reiterada a necessidade do resgate da macropolítica no sistema federativo, com o Ministério da Saúde e o governo federal na condução do processo. Foi também considerada essencial a necessidade de intervenção sistemática e institucionalizada do ente estadual, assumindo seu papel central de condução/coordenação em seu território, sem o qual a regionalização não pode ser alcançada. Nesta medida, foi proposta a criação de uma autoridade/

inteligência compartilhada, de nova base técnica e tecnológica, visando a integração e cooperação.

Entre as experiências apresentadas, o Consórcio Interfederativo, envolvendo o ente estadual e municípios em cada região, apresentado pelo estado da Bahia e adotado também pelo Ceará, foi apontado como uma estratégia a ser considerada para a organização da atenção e construção da oferta regional.

O Seminário reafirmou também que a implantação da regionalização não se separa de outros grandes temas, como a instituição de carreiras para o SUS e o financiamento do sistema. Da mesma forma, estão entre as proposições a retomada do planejamento como base dos planos e acordos regionais; o fortalecimento das equipes técnicas de gestão municipais e regionais e a garantia da estrutura – recursos físicos, equipamentos, transporte sanitário – centrais à constituição das redes.

Esperamos que as análises e proposições produzidas e apresentadas neste relatório possam contribuir e subsidiar o debate e a atuação dos diversos atores que lutam pela defesa do SUS.

Anexos

TEXTOS BASE

Sobre caminhos possíveis para a formação das redes regionais de atenção à saúde

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu garantias nacionais plenas para todos os cidadãos brasileiros, não importa em que estado ou município, ao qualificar o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) como universal, igualitário e integral. A descentralização da gestão do SUS, com ênfase na municipalização, desafiou essa definição. A grande maioria dos municípios, de porte reduzido e sujeitos a perdas de economia de escala, não disporia de serviços de maior complexidade assistencial para ofertar acesso integral à saúde. A integralidade passou a depender da formação de redes de atenção à saúde e, portanto, da operação de arranjos estáveis de articulação intergovernamental.

Esquemáticamente discutimos, aqui, duas formas institucionais de articulação intergovernamental emergentes a partir daí. Uma delas, construída horizontalmente e baseada em acordos voluntários de natureza contratual entre governos locais: os consórcios

intermunicipais de saúde. Outra, construída em sentido, simultaneamente, vertical e horizontal e baseada na negociação entre municípios de uma região de saúde previamente delimitada e sob a coordenação do gestor estadual: a pactuação regional sob as normativas nacionais do SUS, sob diferentes versões nas últimas décadas. Ambas formas institucionais trouxeram resultados superiores àqueles colhidos sob o padrão de atomização decisória que marcou os primeiros anos pós Constituição de 1988, também denominado municipalização autárquica (Abrucio, 2005), marcado por relações unilaterais, competitivas e, muitas vezes, predatórias. Mas elas foram insuficientes para assegurar as garantias nacionais plenas e, a nosso juízo, isso ocorreu por limitações estruturais próprias de cada forma institucional (Machado, 2010; 2013; Machado & Andrade, 2014).

Limitações dessa natureza tem sido objeto de análise da abordagem denominada Ação Coletiva Institucional, cujos estudos englobam os Regional Councils (RCs), Joint Municipal Planning Act (JMPAs) e Metropolitan Planning Organizations (MPOs) dos Estados Unidos; os Etablissements Publics de Coopération Intercommunale

Mesa 2: Estratégias de regionalização: alcances e limites.

Pergunta disparadora: Quais são as estratégias de regionalização em curso e suas possibilidades, sustentabilidade e limites?

(EPCI) da França; além de outras diversas experiências de associação voluntária entre governos locais para arrecadação de tributos, como na Holanda, ou para prestação de serviços locais, como no País de Gales (Gerber & Gibson, 2005; Kwon, 2007 ; Gerber e Gibson, 2009; Skuzinski, 2015; Di Porto et al., 2017; Niaounakis & Blank, 2017; Allers & Greef, 2018; Andrews & Entwistle, 2010). Estes arranjos de integração interlocal variam desde redes informais, passando por associações voluntárias de natureza contratual visando uma pauta comum, e chegando a formas dotadas de uma autoridade com poderes para tomar decisões de âmbito regional, independentemente da autorização prévia dos governos locais (Tavares & Feiock, 2018; Kim et al., 2020). Examinamos, sob esta ótica, consórcios intermunicipais e a pactuação regional regulada nacionalmente pelo SUS.

Os consórcios intermunicipais de saúde são mecanismos contratuais voluntários e, como tal, requerem a preservação do balanço orçamentário entre custos e benefícios para cada associado. Isto requer preservar a correspondência entre proporções das contribuições e das retiradas entre os associados: do contrário alguns poderiam “pegar carona”

nas contribuições dos outros. Consórcios dispõem de alguns mecanismos seletivos para evitar a “carona”. Um primeiro restringe o público com acesso aos serviços àquele dos municípios associados que, adicionalmente, estejam adimplentes com a associação. Cidadãos residentes em localidades que não atendam esta dupla condição estão excluídos do acesso, violando a universalidade. Um segundo mecanismo restringe o portfólio dos serviços provisionados àqueles de interesse comum e, preferencialmente, a serviços fracionáveis e programáveis para que possam ser divididos entre associados na proporção das contribuições (como procedimentos eletivos especializados). A integralidade é sacrificada na medida em que tal portfólio não inclua serviços que atendam uma parte desfavorecida dos usuários, concentrados em alguns dos municípios associados, ou mesmo serviços cuja distribuição dos benefícios seja incerta ou intangível, como em várias ações de vigilância em saúde em dimensão regional. Um terceiro mecanismo para manter o balanço orçamentário ficou visível após a Lei 11.107/2005 e se refere ao fluxo de pagamentos: a proporção das contribuições entre associados pode ser firmada ex ante, quando os contratos de rateio já estipulam a proporção dos benefícios

usufruídos por cada um, mas também pode ser firmada ex post, quando contratos de rateio são complementados por contratos por serviços prestados. Este último mecanismo explicita os consórcios como associações em que se paga pelo consumido (pay for service) (Machado & Andrade, 2014).

A literatura da Ação Coletiva Institucional tem explorado limitações das associações voluntárias contratuais baseadas no interesse comum. São altos os custos decisórios para promover ações visando redução das desigualdades intra e inter-regionais (Gerber & Gibson, 2005; Feiock, 2007; Savith & Adhikari, 2016). Há relutância dos governos locais em ceder autonomia para organizações regionais que possam formular e implementar, independentemente, soluções para problemas regionais que ultrapassem os estritos interesses comuns dos associados (Hawkins, 2010). Há falta de coordenação para ordenar o crescimento urbano, manutenção da segregação econômica e disparidades na qualidade de serviços (Orfield & Daves, 2016). Tais limitações se aplicariam aos consórcios e, seguindo achados destes estudos, elas seriam mais relevantes quanto maiores as desigualdades

intra e inter-regionais em saúde. Isto não quer dizer que consórcios não possam ser importantes para o acesso a serviços de média complexidade, especialmente para pequenos municípios e em contextos de falta de uma operação minimamente eficaz de redes regionalizadas de atenção. Quer dizer, sim, que o cumprimento das garantias nacionais plenas estabelecidas na Constituição Federal de 1988 não seria satisfeito pelos consórcios intermunicipais.

A pactuação regional regulada nacionalmente pelo SUS, nas diferentes versões a partir da NOAS 01/2002 (incluindo o Pacto de Gestão, sob a Portaria Ministerial 399/2006, e COAP, sob o Decreto 7.508/2011), se afasta de uma associação de natureza contratual. O grupo de “pactuantes” não se constitui de forma eletiva, mas decorre de um recorte regional estadual estabelecido com base em critérios multidimensionais (geográficos, sócio econômicos e sanitários) e, via de regra, constitui grupos de municípios maiores e mais heterogêneos que nos consórcios. Também não há seletividade quanto aos tipos de serviços de média e alta complexidade (MAC) a serem ofertados. Os papéis dos municípios são distribuídos entre os “exportadores” e “importadores” de serviços, os primeiros sendo depositários

de transferências intergovernamentais do SUS nacional para cumprirem este papel. Ambos barganham metas físicas e financeiras para direcionar o acesso de cidadãos residentes dos “importadores” para serviços de referência sob a gestão dos “exportadores”, ficando os recursos transferidos sob a “guarda” dos fundos municipais de saúde dos destes últimos.

Nesta forma institucional há relevante assimetria entre “exportadores” e “importadores” em favor dos primeiros, no que se refere ao controle informacional e de acesso aos serviços, porém são eles que concentram os riscos decorrentes da depreciação dos valores da tabela SUS e os custos de geriros prestadores de serviços. Para execução das metas pactuadas, “exportadores” e “importadores” – ambos consumidores dos serviços finitos e, via de regra, escassos – se colocam em posições distintas para buscar assegurar o acesso dos seus cidadãos aos serviços. Em nossa tese de doutoramento (Machado, 2007) constatamos que, das 13 macrorregiões de saúde de Minas Gerais em 2005, em nove os “exportadores” atenderam suas populações além e as referenciadas aquém do teto financeiro, não tendo ocorrido o contrário em nenhuma macrorregião (em duas,

os tetos foram superados para ambos e, em outras duas, não foram atingidos para ambos). O sistema gerou conflito e quebra de confiança, estando os “exportadores” sob constrangimento político e orçamentário para assumir o gap financeiro da depreciação dos tetos MAC com recursos próprios, ao passo que os “importadores” passaram a buscar a compra de serviços privados com receitas próprias em outros municípios (Machado & Guim, 2017), quando não o encaminhamento direto para serviços de urgência de “exportadores” a fim de driblar os fluxos previamente pactuados (Machado, 2007).

A participação dos estados se manteve restrita ao desenho das regiões e à coordenação dos processos de pactuação das metas físicas e financeiras, apoiando tecnicamente ou instituindo centrais de regulação do acesso assistencial sem que isso significasse entrar incisivamente no financiamento ou compensação financeira para o cumprimento das metas pactuadas. Essa forma institucional preservou a universalidade, mas não conseguiu atender aos requisitos da igualdade e comprometeu a integralidade diante das diferenças de acesso entre cidadãos dos “exportadores” e dos “importadores” de serviços para acessar procedimentos

especializados. Para a Ação Coletiva Institucional, os custos de transação nessa forma institucional são mais elevados: há mais pactuantes que nos consórcios (todos de uma região), envolve todos os procedimentos de MAC (não só os selecionados pelos interessados) e, principalmente, envolve posições assimétricas e conflitantes em um jogo distributivo sem que entes de níveis de governo mais abrangentes entrem para absorver tais custos. Imagina-se que, considerando o federalismo trino brasileiro, o avanço possa se dar exatamente por este último ponto.

É possível que a construção das redes regionalizadas de atenção requeira mudanças incrementais na pactuação regional que, gradativamente, superem as incertezas geradas pelas barganhas horizontais entre gestores locais, fortalecendo uma autoridade regional capaz de pensar a região como um todo com vistas ao cumprimento das garantias plenas para o acesso para todos os cidadãos, adotando medidas redistributivas ou compensatórias para assegurá-las. Esta autoridade poderia ser estadual com controle das representações regionais dos governos locais e medidas incrementais poderiam incluir:

1. Ampliar o financiamento do SUS para MAC: os municípios já gastam, na média, bem acima do piso constitucional de 15%, devendo ser esta uma tarefa da União e dos estados;
2. Assumindo a autoridade regional, o SUS deveria construir mecanismos para que estados assumam papel relevante no financiamento e compensação dos recursos para cobrir o cumprimento das metas pactuadas, mitigando o conflito distributivo horizontal entre municípios;
3. Retomar Planos Diretores de Investimentos (PDIs), previstos na NOAS 01/2002 como estratégia de expansão da oferta em regiões mais carentes de serviços de MAC;
4. Responsabilizar estados por constituir ferramentas de regulação do acesso onde não existirem e por coordenar o monitoramento e avaliação do cumprimento das metas pactuadas de forma transparente.

Referências bibliográficas

- ABRUCIO, Fernando L. (2005) A coordenação federativa no Brasil: a experiência do Período FHC e os desafios do Governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, v. 24, p. 31-67.
- ALLERS, Maarten A.; DE GREEF, J. A. Intermunicipal cooperation, public spending and service levels. *Local Government Studies*, v. 44, n. 1, p. 127-150, 2018.
- ANDREWS, Rhys & ENTWISTLE, Tom. Does Cross-Sectoral Partnership Deliver? An Empirical Exploration of Public Service Effectiveness, Efficiency, and Equity. *Journal of Public Administration Research and Theory*. Vol. 20, No. 3. 2010, pp. 679-701
- DI PORTO, Edoardo et ali. Local government cooperation at work: a control function approach. *Journal of Economic Geography*, Vol. 17. 2017. pp. 435–463
- FEIOCK, Richard C. Rational choice and regional governance. *Journal of Urban Affairs*, v. 29, n. 1, p. 47-63, 2007.
- GERBER, Elisabeth R. & GIBSON, Clark C. Balancing Competing Interests in American Regional Governance. *American Democracy Speaker Series*, Notre Dame University, 2005.
- GERBER, Elisabeth R. & GIBSON, Clark C. Balancing Regionalism and Localism: how institutions and incentives shape American transportation policy. *American Journal of Political Science*. Vol. 53, No. 3, 2009. Pp. 633–648.
- HAWKINS, Christopher V. Competition and Cooperation: Local Government Joint Ventures for Economic Development. *Journal of Urban Affairs*. Vol. 32, Number 2, 2010. p. 253–275.
- KIM, Serena Y.; SWANN, William L.; WEIBLE, Christopher M.; BOLOGNESI, Thomas; KRAUSE, Rachel; PARK, Angela Y.S.; TANG, Tian; MALETSKY, Kiernan; FEIOCK, Richard C. (2020) Updating the institutional collective action framework. *Policy Studies Journal*, 0 (0): 1-26. doi: 10.1111/psj.12392.
- KWON, Sung-Wook. Regional governance institutions and interlocal cooperation for service delivery. *Working Group on Interlocal Services Cooperation*, p. 28, 2007.
- MACHADO, J. A. (2007), Políticas públicas descentralizadas e problemas de coordenação: o caso do Sistema Único de Saúde Belo Horizonte, tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais
- MACHADO, J. A. (2010) Ação Coletiva e Provisão de Bens Públicos por Meio de Formas Consorciadas entre Governos Locais: os consórcios intermunicipais de saúde no Brasil. *Teoria e Sociedade* nº 18.1, p. 144-165.
- MACHADO, J. A. & ANDRADE, M. L. C. (2014) Cooperação intergovernamental, consórcios públicos e sistemas de distribuição de custos e benefícios. *Revista de Administração Pública*, vol.48, n.3.
- MACHADO, J. A. (2013) Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Federalismo e Políticas Públicas no Brasil* (Gilberto Hochman & Carlos Aurélio Pimenta de Faria – orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- MACHADO, José Angelo; GUIM, Ana Luíza dos Santos (2017). Descentralização e igualdade no acesso aos serviços de saúde: o caso do Brasil. *Revista do Serviço Público - RSP*, v. 68, n. 1, p. 37-64.
- NIAOUNAKIS, Thomas & BLANK, Jos. Inter-municipal cooperation, economies of scale and cost efficiency: an application of stochastic frontier analysis to Dutch municipal tax departments. *Local Government Studies*, Vol. 43, No. 4, 2017. pp. 533-554.
- ORFIELD, Myron and DAWES, Baris. “Metropolitan Governance Reform” (February 25, 2016). *Local Government Reconsidered*. Paper 8. <http://digitalcommons.chapman.edu/localgovernmentreconsidered/strengtheningdemocracy/papers/8>
- SAVITCH, H. V. and ADHIKARI, Sarin. Fragmented Regionalism: why Metropolitan America continues to splinter. *Urban Affairs Review*, vol 53, issue 2, 2016. p. 381–402.
- SKUZINSKI, Thomas S. Risk, Rationality, and Regional Governance. Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Urban and Regional Planning) in the University of Michigan, 2015
- TAVARES, Antonio F.; FEIOCK, Richard C. Applying an institutional collective action framework to investigate intermunicipal cooperation in Europe. *Perspectives on public management and governance*, v. 1, n. 4, p. 299-316, 2018.

Anexos

APRESENTAÇÕES

Ana Luiza Viana

SUS Sistema Único de Saúde

Desafios da Regionalização da Política de Saúde no Brasil: obstáculos e alternativas

Desafios do federalismo brasileiro e os condicionantes da Regionalização da Política de Saúde

Ana Luíza Viana

SUS Sistema Único de Saúde

Regionalização

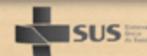
Ana Luiza Viana

Apresentação/Contextualização

A **Regionalização** assim como a **Descentralização** são movimentos de política comuns a:

- **Diferentes Setores:** Econômico e Social
- **Instituições:** Estado, Mercado e Sociedade
 - **Natureza:** Público e Privado
 - **Atores:** Societais, Civis, etc.

Ana Luiza Viana



Apresentação/Contextualização

- As diferentes Políticas Públicas no interior do Estado produzem movimentos no sentido da **Regionalização** e a **Descentralização**
- Elas impactam e são impactadas pelas formas de **organização do Estado:** federalistas ou unitários
- O federalismo não é uma distribuição particular de autoridade entre governos, mas sim um processo – estruturado por um conjunto de instituições – por meio do qual a autoridade é distribuída e redistribuída

Ana Luiza Viana



Ana Luíza Viana

Diferentes ciclos dentro dos Estados federalistas e unitários no sentido da **Descentralização e Regionalização**

Último grande ciclo: **pós crise do capitalismo** nos anos 1970 (1975)

Outras características do período pós 1975 também explicam o movimento pela **Descentralização/Regionalização** na década de 1980 do século 20

Apresentação/Contextualização

Brasil presente nesse **processo**

- A temática da **Descentralização** significou uma **Contraofensiva/Reforma à Centralização** autoritária da **Ditadura Militar**

1º Movimento:

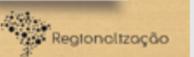
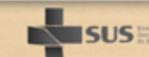
- **Política Setorial Saúde**

- **Centralização** de funções no MS (**integração MS/INAMPS**)

Pela 2ª vez na história republicana uma única autoridade sanitária nacional e descentralização de serviços e ações (e de Recursos Humanos) dos nível federal para estados e municípios (Recursos Financeiros) e de estados (Recursos Físicos e Humanos) para municípios

- Baseado numa **Governança Política Tripartite**

Ana Luíza Viana



Ana Luiza Viana

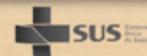
Política Econômica

Centralização de Recursos, Combate à Inflação e Ajuste Fiscal:

Política de ajuste e combate à inflação foi comandada pelo nível nacional e imposta para os estados da federação

- Fechamento dos **Bancos Estaduais**;
- Lei de **Responsabilidade Fiscal**;
- **Negociação das Dívidas** dos estados

Ana Luiza Viana

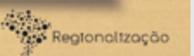


Política Econômica

2º Movimento:

- Volta do **Crescimento Econômico** a partir do ano 2000
 - Boom das **Exportações de Commodities**
- Inserção de **Grandes Grupos Nacionais** no processo de globalização
 - **Retomada do Investimento Público**: infraestrutura
- Fomento ao **Consumo das Famílias** via **Transferência de Renda** e aumento real do salário mínimo
- Maior **Folga Fiscal** nos estados: **Expansão do Investimento Público** com parcerias com Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento

Ana Luiza Viana



Ana Luíza Viana

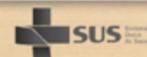
Descentralização/Regionalização

Fruto de 3 ciclos ou processos que são contemporâneos:

Ciclo 1 - Econômico

- **Política Econômica:** padrão de crescimento dos anos 2000
- Reconfiguração do **Espaço Nacional:** soja/gado no cerrado e na caatinga
- **Expansão Urbana** comandada pelo **Consumo Das Famílias** no Nordeste
 - Crescimento e surgimento de **Novos Pólos Urbanos**
- Rebate na **Expansão de Oferta e Cobertura** dos **Serviços de Saúde**

Ana Luíza Viana



Descentralização/Regionalização

Fruto de 3 ciclos ou processos que são contemporâneos:

Ciclo 2 – Saúde / Federal

- Aumento da **Transferência de Recursos** para estados e municípios
Piso da Atenção Básica (**PAB**) Fixo e Variável
- **Normatização** do processo de **Descentralização/Regionalização**

Ana Luíza Viana



Ana Luíza Viana

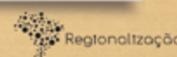
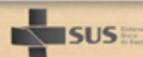
Descentralização/Regionalização

Fruto de 3 ciclos ou processos que são contemporâneos:

Ciclo 3 – Saúde / Estadual

- **Expansão de Capacidade Física** para MAC Ambulatorial e Hospitalar
 - **Ambulatórios de Especialidades** (policlínicas, ames, amas etc)
 - **Hospitais Regionais**
 - **Inovações Institucionais**
- Consórcios Municipais e Estaduais;
- Contratualização de Serviços,
- Reforço das Estruturas Regionais das SES;
- Reforço da Autonomia das CIR/CIB; Etc.

Ana Luíza Viana

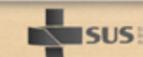


Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil: obstáculos e alternativas

Principais Problemas e Desafios a serem enfrentados



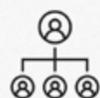
Ana Luíza Viana



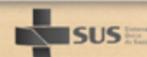
Ana Luiza Viana

Regionalização e Governança: Criação de autoridade/inteligência (compartilhada)

- Nova base técnica e tecnológica
- Emergência de novos atores
- Nova ideologia de integração e cooperação
- Complexidade da prestação de serviços na área da saúde
 - Multiplicidade de prestadores público e privados



Ana Luiza Viana



Processo técnico-político de múltiplas dimensões e que
envolve respostas de diferentes políticas públicas

PROBLEMA INTERGOVERNAMENTAL COMPLEXO

- a distribuição de poder e as relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos em diferentes espaços geográficos;
- o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, administração, coordenação, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território;
- a incorporação de elementos de diferenciação e de diversidade socioespacial na formulação e implementação de políticas de saúde; e
- a integração de diversos campos da atenção à saúde e a articulação de políticas econômicas e sociais voltadas para o desenvolvimento e a redução das desigualdades regionais.

Ana Luiza Viana

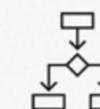
POLÍTICA NACIONAL E ESTADUAL AUSENTES

- DESDE 2011 NÃO HÁ UMA POLÍTICA NACIONAL DE REGIONALIZAÇÃO
- MESMO COM MAIOR PROTAGONISMO DOS ESTADOS NÃO HÁ POLÍTICAS ESTADUAIS DE REGIONALIZAÇÃO
- PRINCÍPIOS/DIRETRIZES/OBJETIVOS/METAS E PRAZOS
- AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS NORTEADORES EM TODOS OS NÍVEIS

Questão de autoridade:

Quem decide?

Desafio para 4 tipos de autoridade ou governança:



- **Governança territorial:** Integração das **instâncias de governo**
- **Governança assistencial:** Integração de **serviços e de profissionais** (práticas)
- **Governança institucional:** Integração das **instituições** (estado, mercado e sociedade) em nome de **objetivos e metas**
- **Governança intersetorial:** Integração **econômico/social**



• **Integração e Cooperação:**

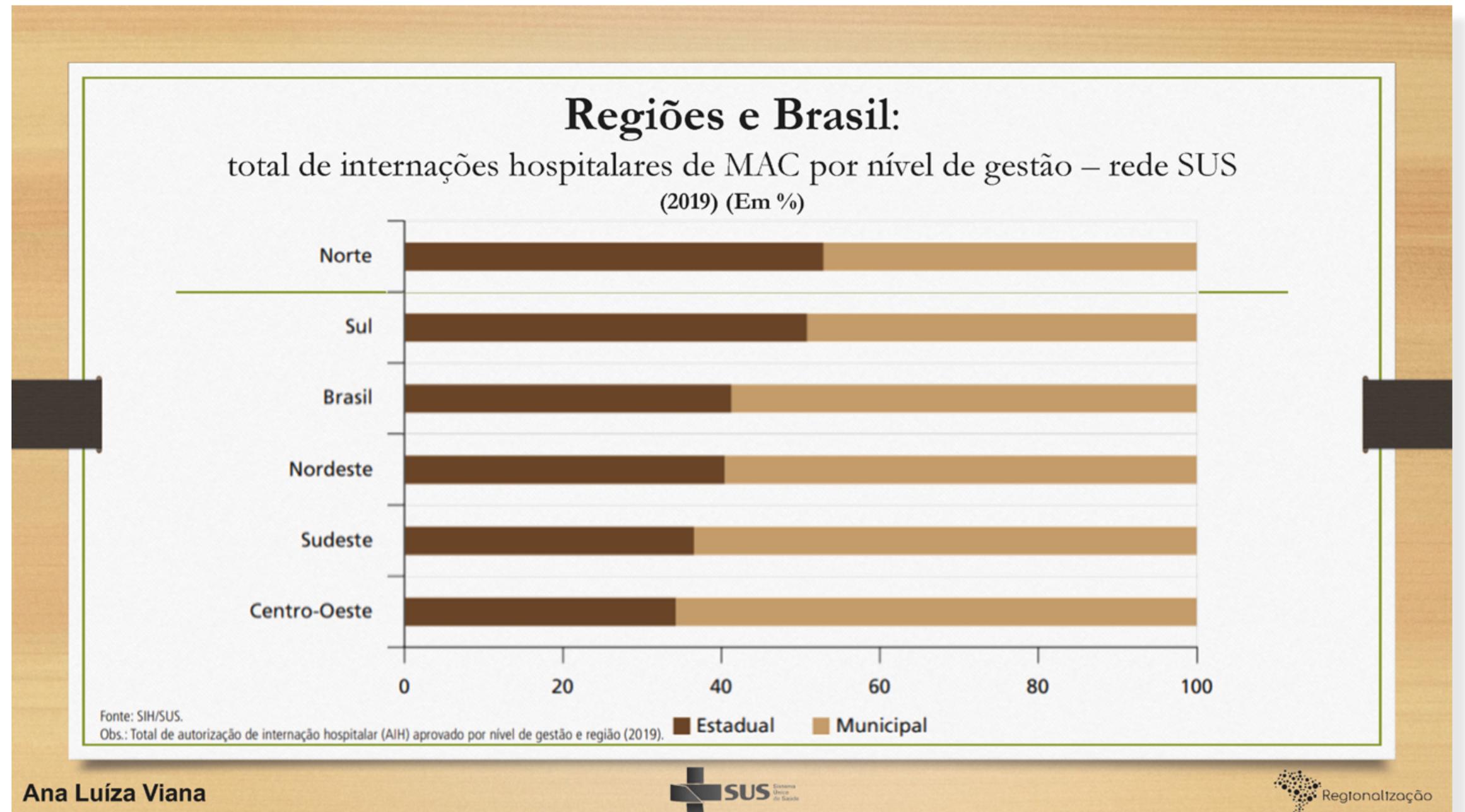


- Criação espaços e instrumentos técnicos e políticos para facilitar o processo de integração (conjunto de regras de benefícios e sanções)

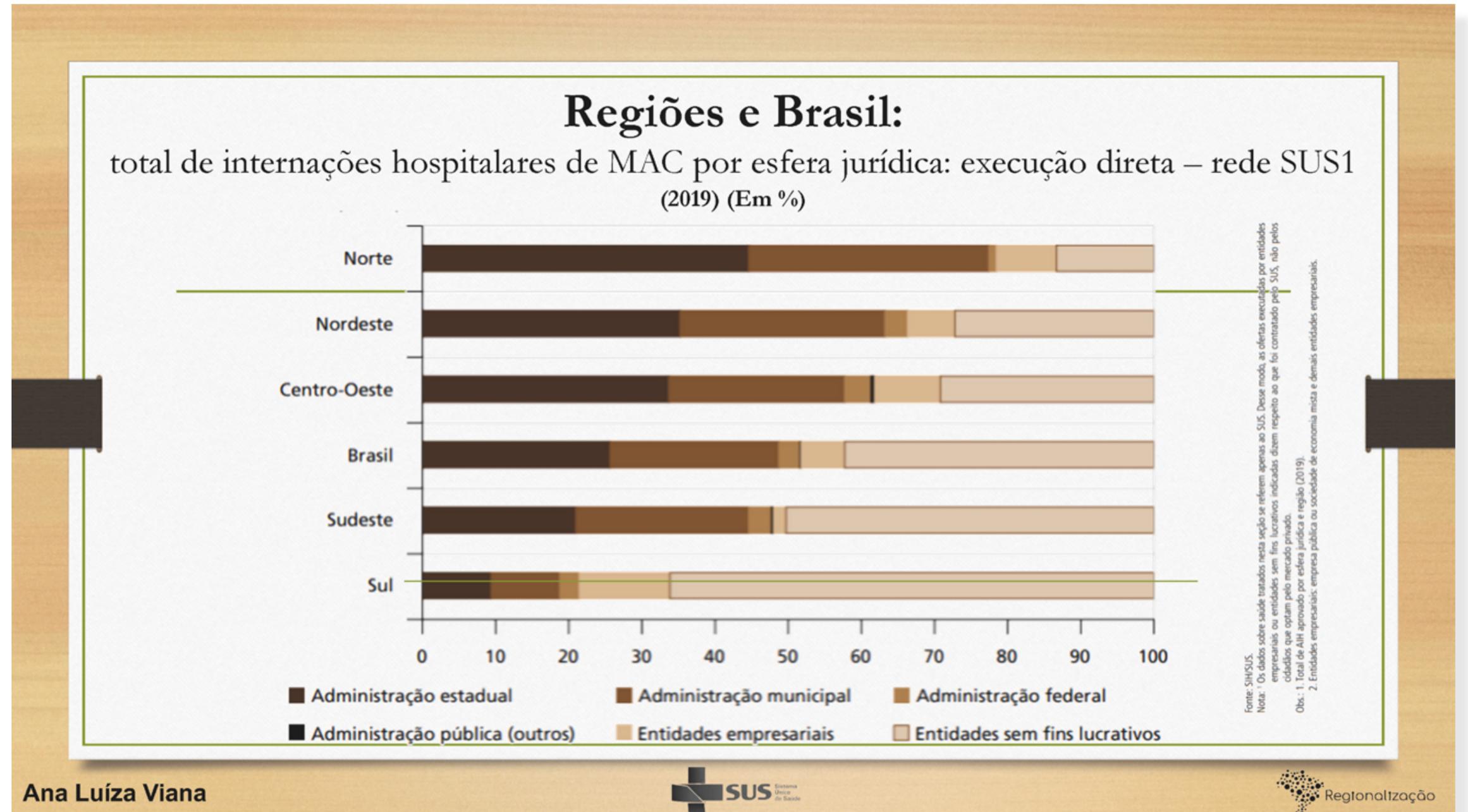
Ana Luiza Viana



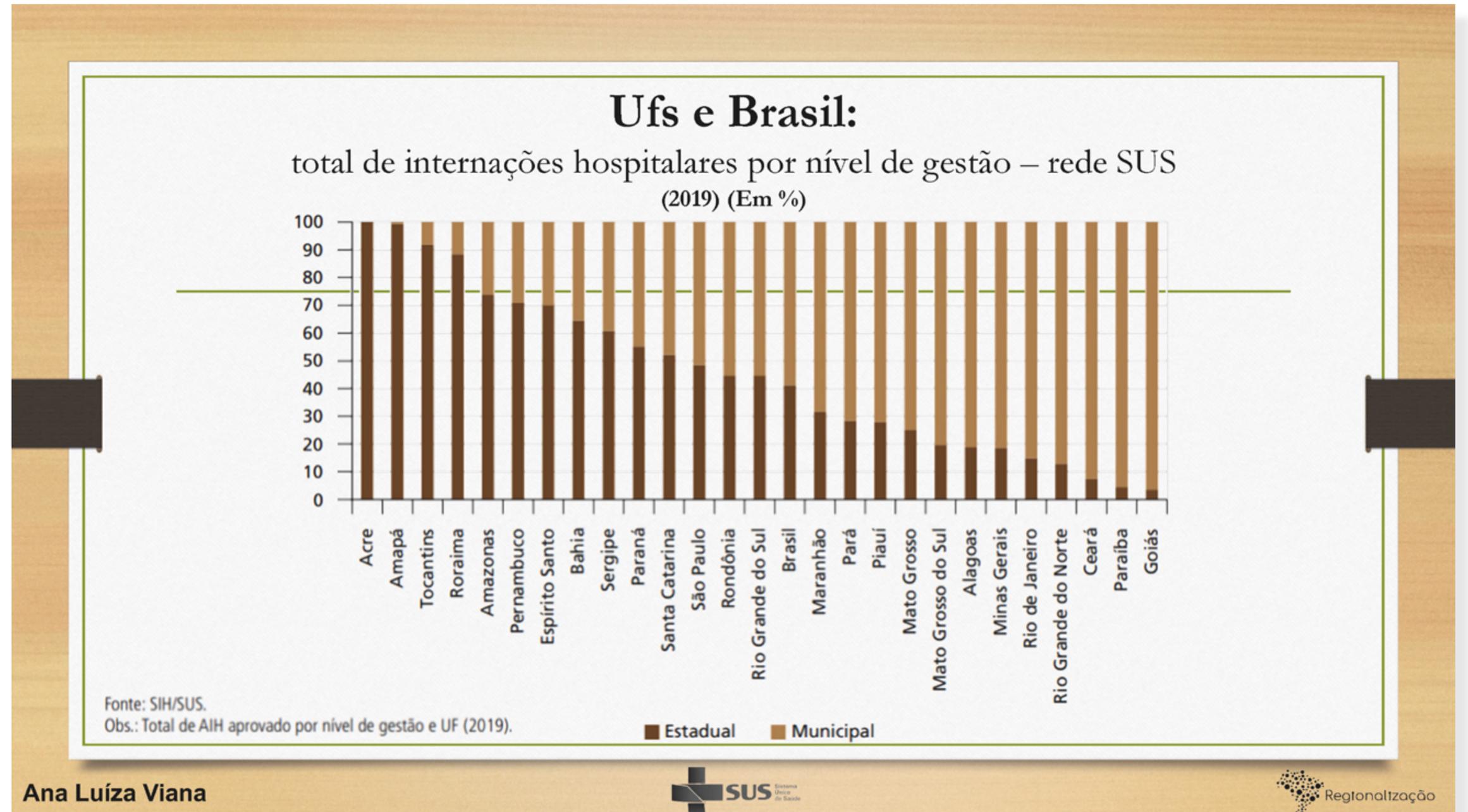
Ana Luiza Viana



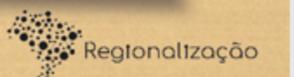
Ana Luiza Viana



Ana Luiza Viana



Ana Luíza Viana



Ana Luiza Viana

UFs, Regiões e Brasil: total de internações hospitalares por esfera jurídica (execução direta) – rede SUS (2019)

Região	UF	Total	Federal (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	Público – outros (%)	Sem fins lucrativos (%)	Empresariais (%)
Brasil		12.352.809	2,9	25,6	23,1	0,1	42,3	6
Norte		1.015.938	1	44,6	32,8		13,3	8,2
	Rondônia	122.900	0	36,4	53,6		8	1,9
	Acre	44.589	0	85,9	0		14,1	0
	Amazonas	196.792	3,1	70,7	23,3		2,7	0,3
	Roraima	44.672	0	84,7	11,6		0	3,7
	Pará	484.950	0,9	19,6	43,3		20,2	15,9
	Amapá	40.876	0	83,8	0,6		15,6	0
	Tocantins	81.159	0	78,4	8,2		11,6	1,8
Nordeste		3.302.178	3,1	35,1	28		27,2	6,5
	Maranhão	465.752	2,2	26,5	57,6		6,7	7,1
	Piauí	220.790	0	50,3	30,4		9,8	9,5
	Ceará	531.283	4	21,3	30,8		41,9	2

(Continua)

Ana Luíza Viana



Ana Luiza Viana

UFs, Regiões e Brasil: total de internações hospitalares por esfera jurídica (execução direta) – rede SUS (2019)

(Continuação)

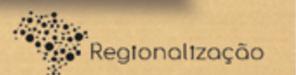
Região	UF	Total	Federal (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	Público – outros (%)	Sem fins lucrativos (%)	Empresariais (%)
Sul		2.180.845	2,7	9,3	9,4		66,2	12,4
	Paraná	896.060	2,7	11,8	10,3		57,1	18
	Santa Catarina	513.217	2,3	18,6	8,2		69,3	1,5
	Rio Grande do Sul	771.568	2,8	0,2	9,1		74,7	13,2
Centro-Oeste		956.380	3,6	33,6	24,1	0,4	29,2	9
	Mato Grosso do Sul	178.522	4,9	13	19,2		55,7	7,2
	Mato Grosso	196.702	1,9	19,7	36,6	2,1	33,2	6,4
	Goiás	350.564	3,5	22,1	35,4		21,9	17,2

Fonte: SIH/SUS.

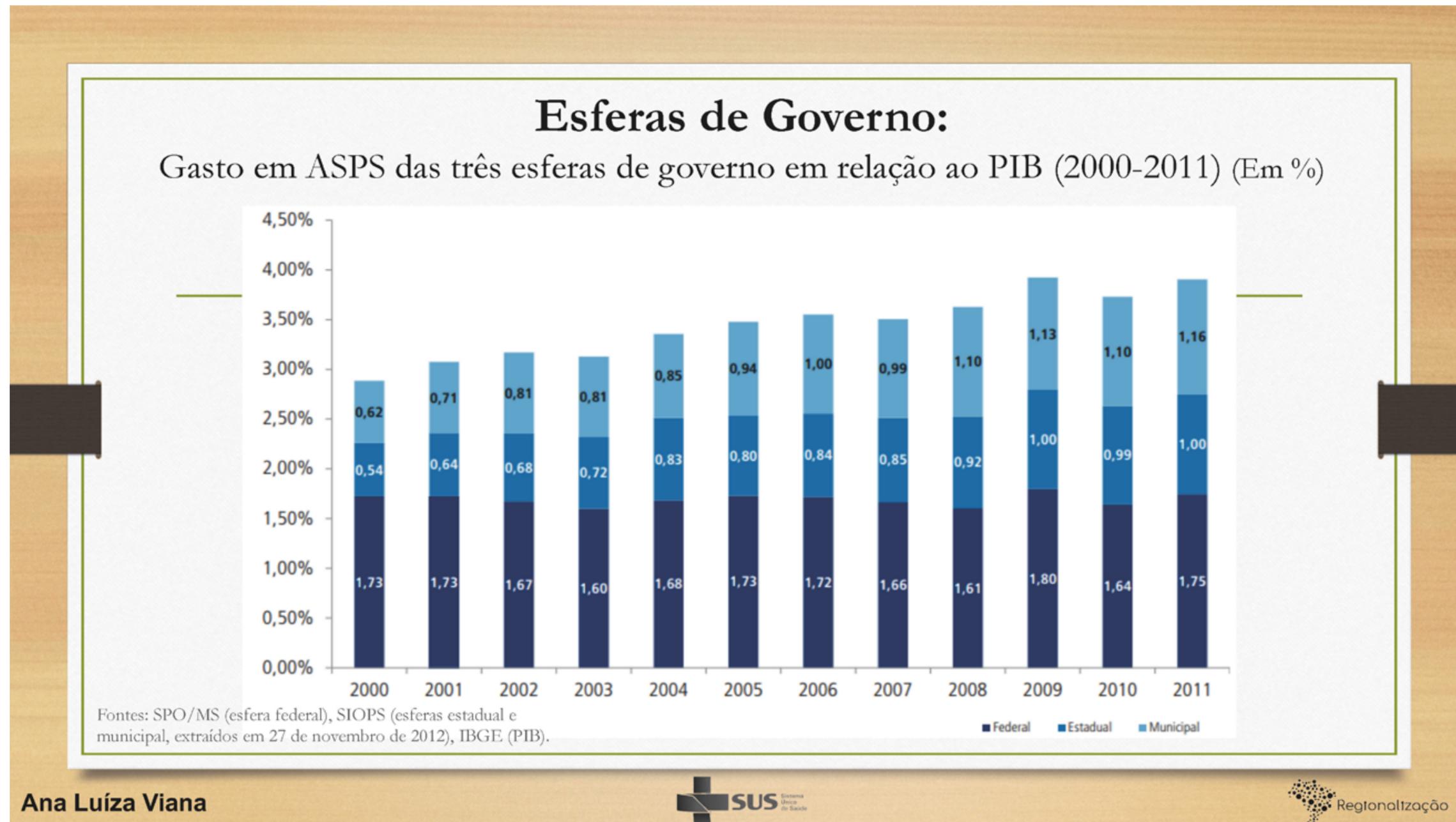
Obs.: 1. Total de AIH aprovado por esfera jurídica, região e UF (2019).

2. Entidades empresariais: empresa pública ou sociedade de economia mista e demais entidades empresariais. Já outros referem-se aos não categorizados pelo próprio sistema (SIH).

Ana Luíza Viana



Ana Luiza Viana



Ana Luiza Viana

Esferas de governo:

Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011)

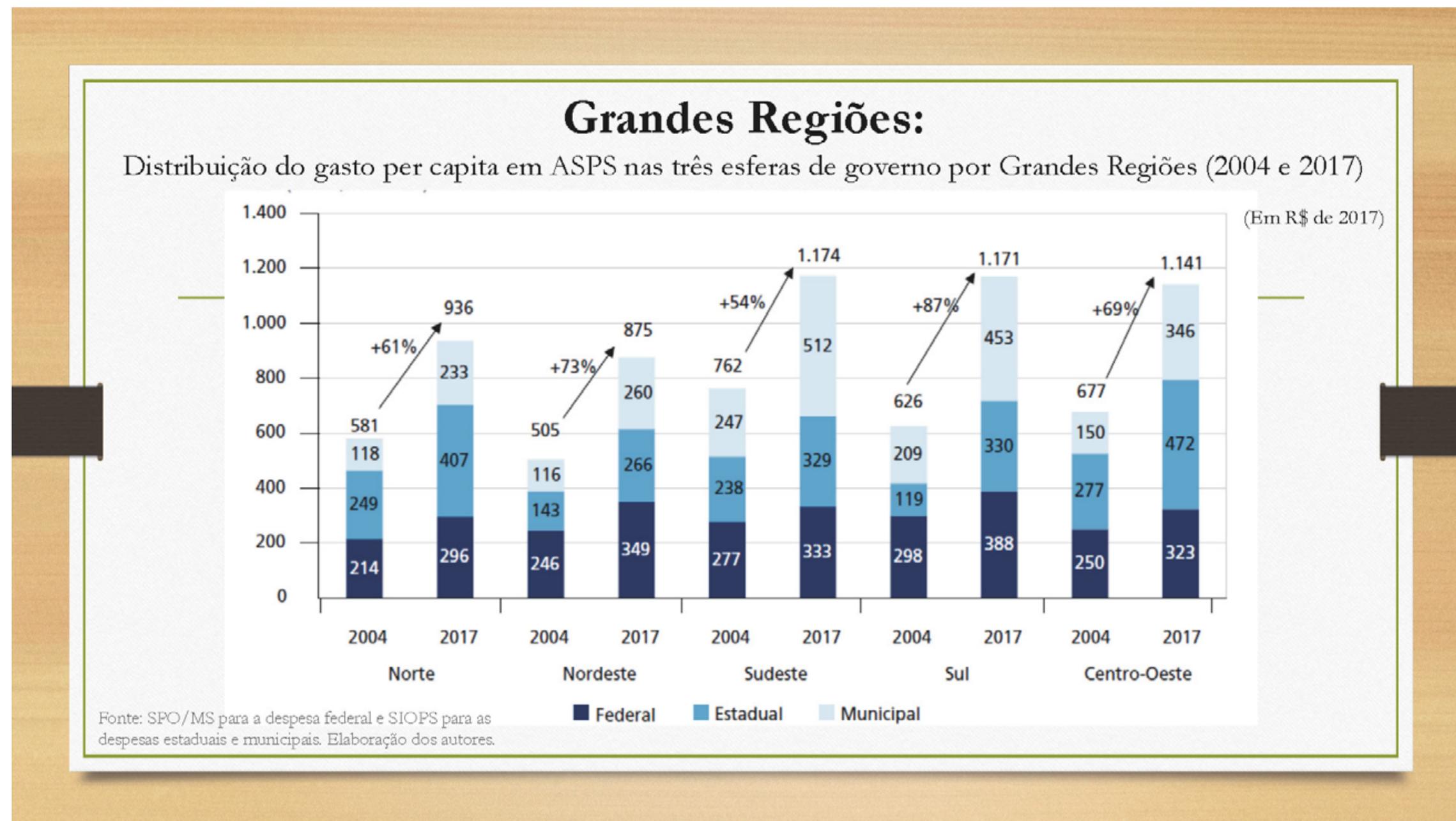
Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

(Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA¹)

Nota: 1 Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Obs.: 1. O gasto federal ASPS está de acordo com a definição das LDCs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. 2. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do gasto federal ASPS, considera os valores executados na Unidade Orçamentária (UO) 74202 – recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cálculo de gasto em ASPS. 3. O gasto estadual ASPS foi extraído de Notas técnicas produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no 322/2003 e EC no 29/2000. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizadas as 26 Unidades da Federação (UFs) que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 com base no crescimento anual médio observado nos últimos dois anos. Aguardou-se a análise de balanço pela equipe do SIOPS dos respectivos anos para a atualização final deste gasto. 4. O gasto municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, cujo percentual corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2011. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2011 este percentual foi de 98%.

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

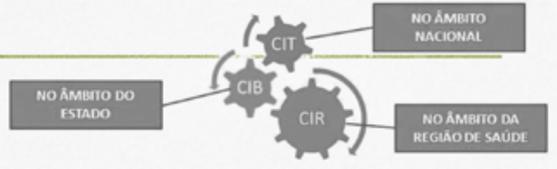
Ana Luiza Viana



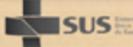
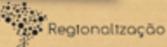
Ana Luiza Viana

O que já temos?

Instâncias, Serviços e Estruturas Governamentais



- **1. INSTÂNCIAS:**
CIT / CIB / CIR / Comitês executivos (RAS)
- **2. REDES DE SERVIÇOS**
Rede de Serviços Prestador de Saúde: Estaduais, Municipais, Filantrópicos e Privados
Rede de Serviços Intermediários: transporte, logística, técnico e financeiro
- **3. ESTRUTURAS GOVERNAMENTAIS**
Estado e Municípios: Consórcios Intergovernamentais
Estado: Instâncias Regionais das Secretarias Estaduais (Núcleos, Diretorias etc)

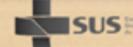
Ana Luiza Viana  

Questão de governança:

Saúde como problema intergovernamental complexo

Criação de autoridade/inteligência (compartilhada) para solução de problemas complexos

- **Autoridade/inteligência sobre integração assistencial:**
Redes (RRAS e Temáticas)
- **Autoridade/inteligência sobre integração institucional:**
Governos, Mercado e Sociedade
- **Autoridade/inteligência sobre integração territorial:**
Consórcio/Estruturas Regionais das SES

Ana Luiza Viana  

Ana Luiza Viana

INTEGRAÇÃO INSTITUCIONAL

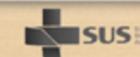
- **ESTADO:** SES (INSTÂNCIA PARA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO ROMPENDO A FRAGMENTAÇÃO)
- **MERCADO:** FÓRUMS REGIONAIS; CONSELHOS ETC
- **SOCIEDADE:** CONSELHOS; COMISSÕES; OBSERVATÓRIOS (UNIVERSIDADES, MOVIMENTOS SOCIAIS, ASSOCIAÇÕES ETC)

Questão do Federalismo:

Pontos cegos do federalismo integrado (cooperativo)

- Inovações institucionais
- Autonomia da esfera estadual
- Política de aliança estados e municípios e estados e estados
 - Novos espaços econômicos/regionais
 - Vazios de autoridade/inteligência compartilhada
- Será possível um novo arranjo com maior protagonismo estadual?

Ana Luiza Viana



Ana Luiza Viana

Dimensões da governança, evidências de pesquisas e recomendações

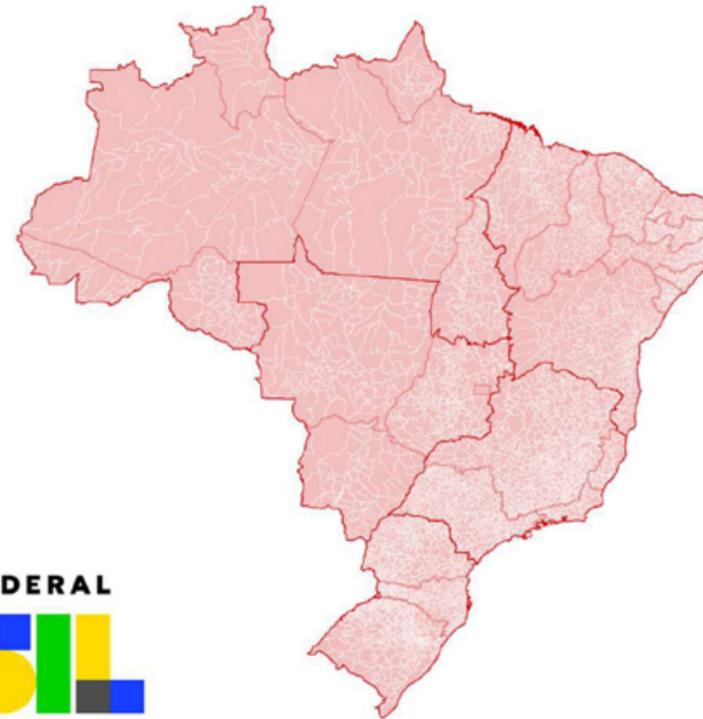
GOVERNANÇA AUTORIDADE/ INTELIGÊNCIA COMPARTILHADA	DEFINIÇÃO	INSTRUMENTOS	EVIDÊNCIAS DE PESQUISAS	SOLUÇÕES OU RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS
TERRITORIAL	INTEGRAÇÃO INTERNÍVEIS DE GOVERNO	CIT	BAIXA PARTICIPAÇÃO DAS INSTÂNCIAS TÉCNICAS DOS CONSÓRCIOS	CRIAÇÃO DE CAMARA TÉCNICA NA CIB VOLTADA PARA QUESTÕES DA REGIONALIZAÇÃO
		CIB CIR	BAIXA INTEGRAÇÃO DOS CONSÓRCIOS COM A CIRE E A CIB BAIXA INFLUÊNCIA DA CIR NOS RUMOS DA REGIONALIZAÇÃO	
INSTITUCIONAL	INTEGRAÇÃO DE INSTITUIÇÕES E EMPRESAS DO ESTADO, MERCADO E SOCIEDADE	ESTADO: INTEGRAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO COM MITIGAÇÃO DA FRAGMENTAÇÃO	FRAGMENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE REGIONALIZAÇÃO ENTRE DIFERENTES INSTÂNCIAS E DEPARTAMENTOS DAS SES	CRIAÇÃO DE UMA INSTÂNCIA COORDENADORA DA REGIONALIZAÇÃO
		MERCADO: COMPARTILHAMENTO DE PROBLEMAS E SOLUÇÕES POR EMPRESAS SOCIEDADE: COMPARTILHAMENTO DE PROBLEMAS E SOLUÇÕES COM UNIVERSIDADES, MOVIMENTOS SOCIAIS, ASSOCIAÇÕES CIVIS ETC	BAIXA ASSOCIAÇÃO DAS EMPRESAS PARA MELHOR USO DOS RECURSOS REGIONAIS, BAIXA INTEGRAÇÃO COM UNIVERSIDADES, MOVIMENTOS SOCIAIS E ASSOCIAÇÕES CIVIS	CRIAÇÃO DE COMISSÕES E CONSELHOS REGIONAIS ENVOLVENDO PRINCIPAIS EMPRESAS NO NÍVEL REGIONAL, CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIOS, COOPERAÇÃO TÉCNICA ENTRE INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E UNIVERSIDADES, CRIAÇÃO DE CONSELHOS REGIONAIS INTEGRADOS POR MOVIMENTOS SOCIAIS E ASSOCIAÇÕES CIVIS
ASSISTENCIAL	INTEGRAÇÃO ENTRE DIFERENTES NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA E SERVIÇOS	MODELOS DIVERSOS	BAIXA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS E DAS REDES TEMÁTICAS	IMPLEMENTAR AS RAS E AS REDES DEFINIDAS COMO PRIORITÁRIAS PARA CADA REGIÃO
	INTEGRAÇÃO ENTRE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E CURA	(PRISMA, RAINBOW MODEL ETC)		
	INTEGRAÇÃO HOLÍSTICA	REDES DE ASSISTÊNCIA E REDES TEMÁTICAS		
INTERSECTORIAL	INTEGRAÇÃO ENTRE DIFERENTES SETORES DA ÁREA SOCIAL	CONSELHOS E COMISSÕES	AUSENCIA DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES CONSÓRCIOS REGIONAIS	CRIAR CAMARAS TÉCNICAS PARA INTEGRAÇÃO DOS CONSÓRCIOS NA ESTRUTURA GOVERNAMENTAL ESTADUAL
	INTEGRAÇÃO ENTRE O ECONÔMICO E O SOCIAL	DESENVOLVIMENTO REGIONAL COMPLEXO ECONÔMICO INDUSTRIAL DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO REGIONAL		

Ana Luiza Viana



Elaine Licio

Diálogo federativo como estratégia para avançar na integralidade do acesso aos serviços sociais



SEMINÁRIO - DESAFIOS DA REGIONALIZAÇÃO DA
POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: OBSTÁCULOS E
ALTERNATIVAS

Elaine Cristina Licio
Secretaria Executiva do Conselho da
Federação/SRI/PR



Última atualização: 19/10/2023

Elaine Licio

CONTEXTO



Pós – CF/1988

- Federalismo cooperativo como estratégia para oferta de serviços sociais: coordenação federativa e perspectiva sistêmica (regulação, cofinanciamento, pactuação federativa, participação social)
- Heterogeneidade nos legados e capacidades estatais dos entes federados afetam qualidade e reforçam desigualdades
- **Déficit de capacidades do Estado Brasileiro para prestação dos serviços públicos**



“E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo”

Orgs: Pedro Palotti, Elaine Licio, Sandra Gomes, Catarina Segatto, André Silva

Elaine Licio

Perspectivas do problema



A: Maior envolvimento do ente estadual

- Competências comuns + poucas responsabilidades privativas = Maior discricionariedade estadual
- Nível de normatização nacional influencia a autonomia decisória, mas não impede o poder de agência dos governos estaduais
- Estados como executores e coordenadores no seu território (mais importante quanto > a municipalização)
- Estados como executores de serviços

QUADRO 1- Principal responsável pela oferta de serviços de educação, saúde e assistência social (2019)

	Educação	Saúde		Assistência social		
		Matrículas anos finais ensino fundamental	Internações hospitalares (MAC)	Atendimento Paefi/Creas ²	Vagas de acolhimento	
		Gestão	Execução (governo/OSC)		Gestão	Execução (governo/OSC)
Brasil	Municípios (42,9%)	Municípios (58,8%)	OSCs (42,3%)	Municípios (98,2%)	Municípios (94,4%)	OSCs municipais (73,1%)
Centro-Oeste	Estados (60,8%)	Municípios (65,8%)	Estados (33,6%)	Municípios (100%)	Municípios (99,3%)	OSCs municipais (66,5%)
Norte	Municípios (48,1%)	Estados (52,8%)	Estados (44,6%)	Municípios (99,9%)	Outros ³ (57,9%)	Outros ³ (57,9%)
Nordeste	Municípios (68,7%)	Municípios (59,6%)	Estados (35,1%)	Municípios (95,5%)	Municípios (94,8%)	OSCs municipais (62,2%)
Sul	Estados (60,2%)	Estados (50,8%)	OSCs (66,2%)	Municípios (100%)	Municípios (100%)	OSCs municipais (71,3%)
Sudeste	Estados (50,0%)	Municípios (63,5%)	OSCs (50,3%)	Municípios (99,5%)	Municípios (100%)	OSCs municipais (84,4,5%)

Cap. 17 - Heterogeneidade como regra: provisão estadual de serviços de educação, saúde e assistência social

Elaine Licio

Perspectivas do problema



A: Maior envolvimento do ente estadual

- Apesar da expansão da oferta de serviços básicos a partir da municipalização, integralidade e qualidade das ofertas ainda são desafios
- Municípios pequenos (quase 70% tem menos de 20 mil habitantes)
 - Desafio em garantir oferta de serviços de maior complexidade (demanda X capacidade instalada)
 - Estados são centrais para a continuidade e sustentabilidade de estruturas de oferta regionalizada

Perspectivas do problema



B: Avançar na pactuação federativa

- Ausência de instância de pactuação federativa em bases jurisdicionais
- Diálogo e pactuação setorial: tem sido suficiente?
- Engajamento das lideranças políticas é central (ex. continuidade dos consórcios)

Elaine Licio

B: Avançar na pactuação federativa

Principais problemas

- Diálogo com novos atores federativos: indução à ação coordenada das 3 esferas (organização horizontal dos governos estaduais em consórcios)
- Pactuação setorial tem poder limitado dado o percentual do orçamento local comprometido com estas políticas sociais



Conselho da Federação como instrumento de pactuação federativa

Instalação dia 25.10.2023!



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 19/04/2023 | Edição: 75 | Seção: 1 | Página: 1

Órgão: Atos do Poder Executivo

DECRETO Nº 11.495, DE 18 DE ABRIL DE 2023

Institui o Conselho da Federação.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, caput, inciso VI, alínea "a", da Constituição,

DECRETA:

Art. 1º Fica instituído o Conselho da Federação, no âmbito da Presidência da República.

Elaine Licio

08 JANEIRO 2023

Respostas institucionais em favor da Democracia

Ratificação da lógica democrática da coalizão eleita em 2022



Carta de Brasília
Fortalecimento Consórcios
Janeiro/2023

Reuniões com entidades municipalistas (março/2023)

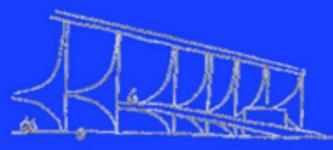
CONTEXTO RECENTE

CONSELHO DA FEDERAÇÃO
DECRETO 11.495, DE 18/04/2023



ESTUDOS

Experiência CAF
Federalismo brasileiro: avanços e desafios



DEBATES

Discussão com SEAF/SRI
Fórum das Federações
Ipea
Reformulações no trâmite na Casa Civil

ENTREVISTAS

- Ex-gestores, prefeitos, governadores
- Especialistas

CONCEPÇÃO DO MODELO

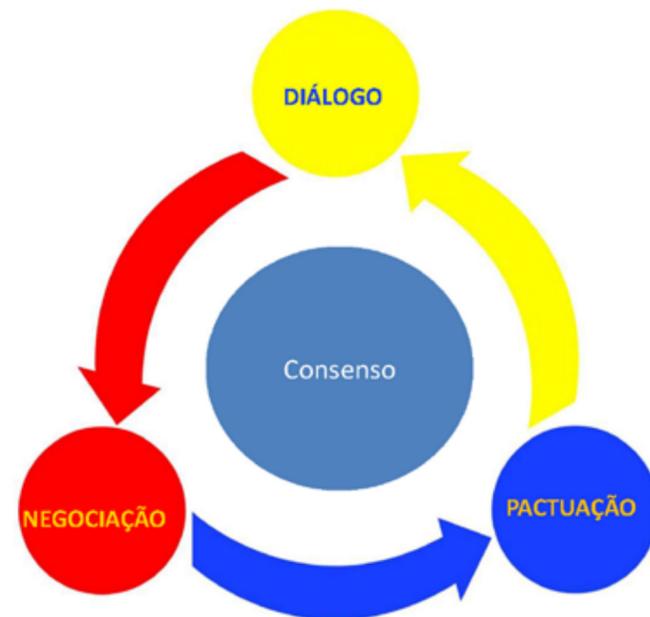
CONSELHO DA FEDERAÇÃO
DECRETO 11.495, DE 18/04/2023



Elaine Licio

Não temos resposta definitiva para os desafios da Federação

Mas temos uma estratégia para aperfeiçoar o federalismo cooperativo



Diretrizes

- Atuação circunscrita ao **poder executivo**
- Autonomia e **diversidade** dos entes
- Independência entre poderes
- Construção de **consensos e compromissos políticos**
- Integração e aperfeiçoamento dos **instrumentos de cooperação**
- Indução do **desempenho** na prestação dos serviços públicos

Elaine Licio

Promover:

ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE INTERESSES PRIORITÁRIOS COMUNS

PARA QUE?

DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO SOCIAL SUSTENTÁVEL

REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIAIS E REGIONAIS

ATRIBUIÇÕES

CONSELHO DA FEDERAÇÃO
DECRETO 11.495, DE 18/04/2023



Pactuar agenda
prioritária comum

Contribuir para a
formulação de políticas
públicas

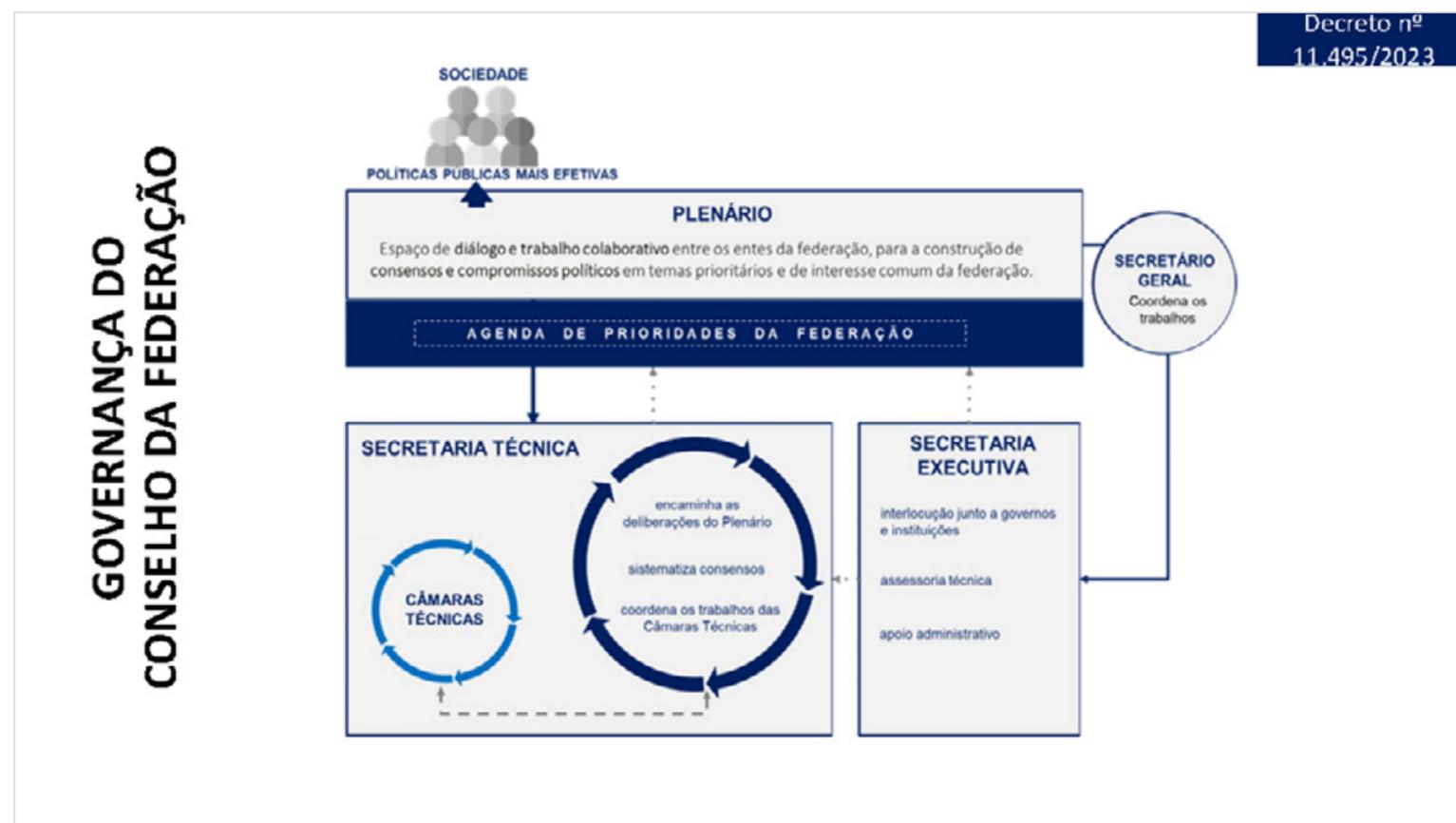
Propor projetos e ações
com vistas ao
aperfeiçoamento das
relações
intergovernamentais

Fortalecer a cooperação
e a coordenação
federativa e incentivar a
sua promoção no âmbito
subnacional

Realizar estudos para
fundamentar propostas

Promover a difusão de
políticas

Elaine Licio



Plenário

- Reuniões ordinárias semestrais extraordinárias (convocação Presidente ou maioria dos membros)
- Quórum: maioria absoluta dos integrantes de cada nível de governo
- Deliberação por consenso, por meio de resolução
- Membros do Congresso, Judiciário e especialistas como 'convidados'

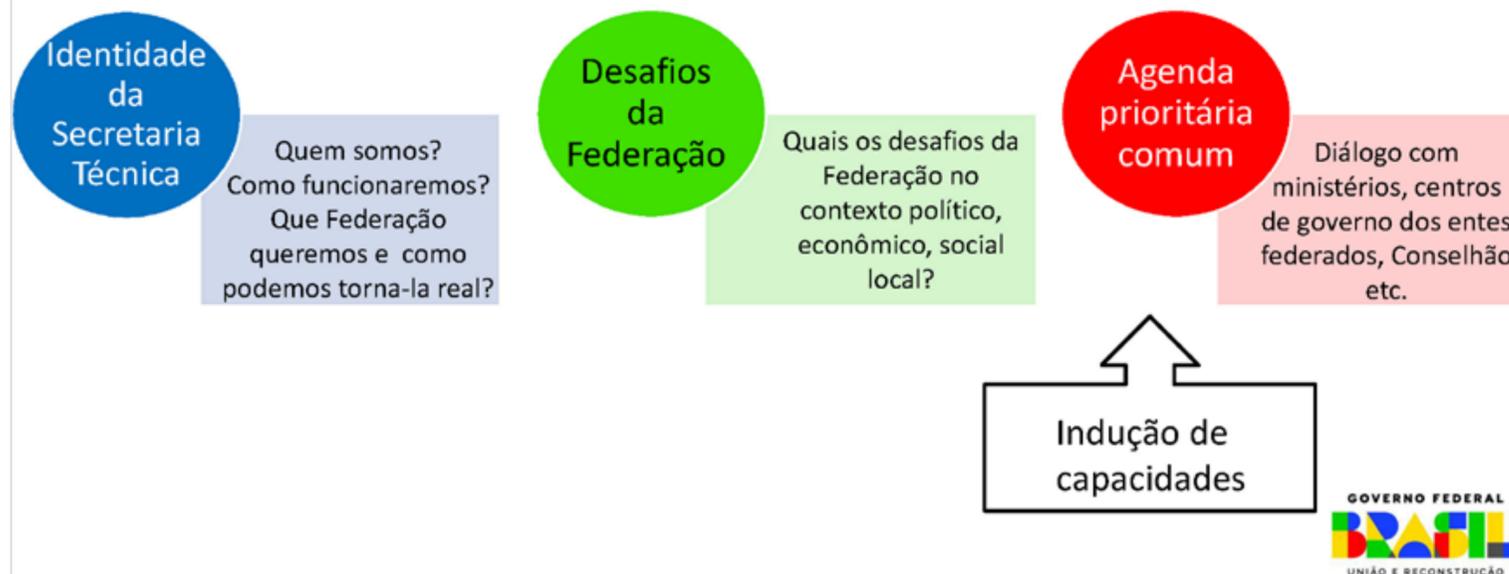


CONSENSO

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Elaine Licio

Eixos de Atuação e parcerias



Câmaras Técnicas (permanentes)

1. “Arranjos de Cooperação e Capacidades Estatais”
2. “Desenvolvimento Econômico Sustentável e Mudança do Clima”
3. “Políticas Sociais e Combate às Desigualdades”

Objetivos:

- Discutir temas e identificar pautas prioritárias comuns.
- Construir perspectiva comum sobre problemas da Federação (observatório de indicadores)
- Promover diálogos federativos sobre diagnósticos e propostas

Elaine Licio

Referências

- LICIO, E. et al. Os governos estaduais na gestão das políticas sociais. Policy Brief em Questão, Ipea. 2022.
https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/em_questao/220429_pb13_governos.pdf
- PIOLA, Sérgio Francisco et al. Prioriza SUS: consórcio intergovernamental público como instrumento de reforço da coordenação federativa do Sistema Único de Saúde. Policy Brief em Questão, Ipea. 2023.
https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/12090/1/EmQuestao_Disoc_n27_PriorizaSUS.pdf
- SILVA, Andre et al. O Conselho da Federação: um novo tempo para o federalismo e para a democracia brasileira. Blog Gestão, Política & Sociedade. Estadão. 29/05/2023.
<https://www.estadao.com.br/politica/gestao-politica-e-sociedade/o-conselho-da-federacao-um-novo-tempo-para-o-federalismo-e-para-a-democracia-brasileira/>
- PALOTTI, Pedro et al. (orgs) E os Estados? Federalismo, relações intergovernamentais e políticas públicas no Brasil contemporâneo. Rio de Janeiro: IPEA, 2023.
<https://www.ipea.gov.br/portal/publicacao-item?id=9591b4e3-d2fa-4f0b-b768-4f8fd607cbce>



OBRIGADA

conselhodafederacao@presidencia.gov.br



José Angelo Machado

Seminário - Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil: obstáculos e alternativas
Mesa 2 - Estratégias de Regionalização: alcances e limites

Sobre caminhos possíveis para a formação das
redes regionais de atenção à saúde:
contribuições da Ação Coletiva Institucional

José Angelo Machado
Professor Associado
Departamento de Ciência Política da UFMG

José Angelo Machado

Garantias nacionais plenas x municipalização

1. Saúde como garantia nacional plena a todos cidadãos brasileiros (força **centrípeta**);
2. Descentralização da gestão dos prestadores para os municípios, inclusive pequenos e com perdas de economia de escala (força **centrífuga**);
3. Formação das redes regionalizadas para viabilizar **oferta integral e igualitária** passou a depender, em última instância, de **tratativas envolvendo governos municipais**.



Duas estratégias integrativas testadas no SUS

1. Consórcios intermunicipais

- ✓ Acordos voluntários horizontais em que municípios compartilham a produção e distribuição de serviços de interesse comum (natureza contratual);

2. Pactuação regional regulada por normas nacionais

- ✓ Sob regiões previamente recortadas no estado e aprovadas (CIB/CIT), municípios polo e referenciados (“exportadores” e “importadores”) pactuam metas físicas e financeiras para atendimento em MAC (sob coordenação dos respectivos estados).



José Angelo Machado

Ação Coletiva Institucional e mecanismos de integração interlocal

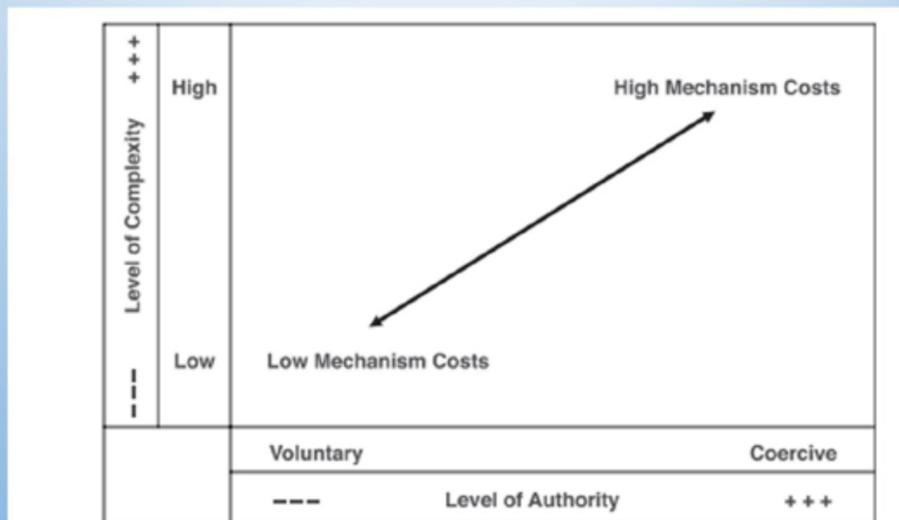


Figure 2. ICA Integration Mechanisms Along Levels of Complexity and Authority. Source: Tavares and Feiock (2017, p. 5).

Ação Coletiva Institucional e mecanismos de integração interlocal

Custos de decisão +++	Coletivo		Pactuação regional		Altos custos de transação
	Complexidade				
	Multilateral		Consórcios		
---	Multisetorial		intermunicipais de saúde		
	Bilateral	Baixos custos de transação			
	Setorial	Envolvimento informal	Contratos	Autoridade delegada	Autoridade imposta
	multi				
					--- Custos de autonomia +++

Figura 1 – Consórcios intergovernamentais e pactuação regional entre os mecanismos de integração de ação coletiva (Fonte: adaptado a partir de Tavares & Feiock, 2017)

José Angelo Machado

Consórcios intermunicipais - limitações

- Financiamento: compartilhamento de custos entre associados;
- Balanço orçamentário de cada membro (pagar pelo que consome) requer **mecanismos seletivos**:
 - ✓ **Acesso fechado**: associados adimplentes (universalidade?);
 - ✓ **Escopo**: seleção procedimentos de interesse comum; preferência pelos fracionáveis eletivos (integralidade?);
 - ✓ **Incorporação contratos serviços prestados ex post** (complementando contratos de rateio após Lei 11.107/2005);

Tabela 1 - Categorias de serviços ofertadas pelos CIS em Minas Gerais, 2003 (Machado, 2007).

CATEGORIA	Nº CIS	% ENTRE CIS
Consulta médica básica própria	5	7,6
Consulta médica básica contratada	7	10,6
Consulta médica especializada própria	41	62,1
Consulta médica especializada contratada	30	45,5
Apoio diagnóstico próprio	35	53,0
Apoio diagnóstico contratado	49	74,2
Atendimento de outros prof. nível sup.	10	15,1
Outras modalidades de atendimento	2	3,0
TOTAL DE CIS	66	100,0

Fonte: www.cisamesp.com.br/cosecs

Consórcios intermunicipais - limitações

- **Solução parcial** na melhoria de acesso dos associados, mas:
 - ✓ Interesses comuns dos associados = necessidades coletivas de saúde dos cidadãos da região?
 - ✓ Disfuncionalidade para estratégias redistributivas ou de redução de desigualdades regionais em saúde.

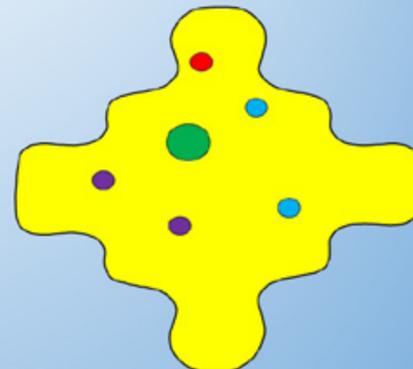


Fonte: Le Monde Diplomatique Brasil, 2020

José Angelo Machado

Pactuação regional - limitações

- Financiamento: Transferência MAC para teto municípios polo ou referência regional.
- Estados: papel de coordenação limitado, participam pouco e facultativamente do financiamento de redes regionalizadas.



Pactuação regional - limitações

- **Assimetrias informacionais e no controle do acesso** entre “exportadores” e “importadores”:
 - ✓ Momento de execução dos pactos, sob capacidades finitas e desfinanciamento do SUS, se colocam em posições distintas quanto ao cumprimento das metas pactuadas (**acirramento conflito distributivo**);
 - ✓ Descumprimento das metas pactuadas: **desigualdade de acesso**;
 - ✓ Estratégias complementares pelos “importadores”.

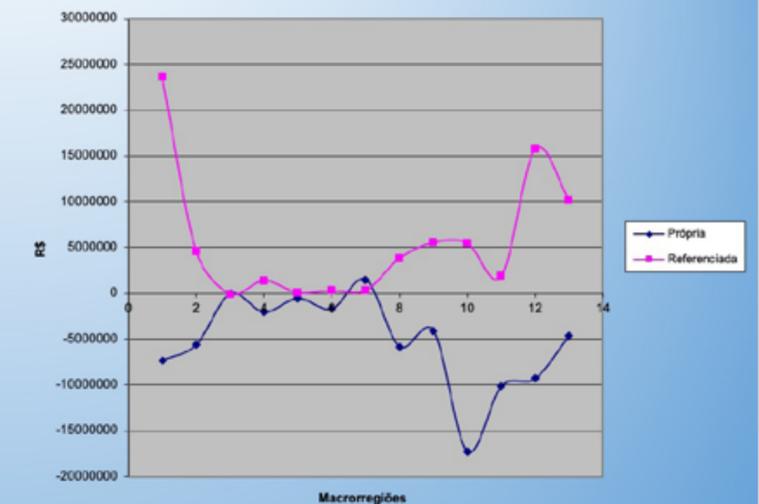


Figura 1 - Execução dos pactos para população própria e referenciada nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais em 2005.

José Angelo Machado

Perspectivas de avanço

- ✓ Mudanças incrementais;
- ✓ Absorver incertezas e riscos gerados pelas barganhas e conflitos distributivos entre “exportadores” e “importadores”;
- ✓ Autoridade regional capaz de:
 - Pensar e planejar a região como um todo;
 - Monitorar acesso para todos seus cidadãos;
 - Adotar medidas redistributivas ou compensatórias;
 - Cofinanciar MAC.



Perspectivas de avanço

- ✓ Medidas a considerar:
 1. Ampliar financiamento do SUS para MAC: cofinanciamento condicionado União/estados?
 2. Estados como autoridade sanitária regional: financiamento e operação compensatória para cumprimento dos pactos, mitigando conflito distributivo horizontal entre “exportadores” e “importadores”;
 3. Retomar Planos Diretores de Investimentos (PDIs): estratégia de expansão equalizador da oferta MAC.

José Angelo Machado

Obrigado!

joseangelo@fafich.ufmg.br

Roberta Sampaio



Desafios da regionalização da política de saúde no Brasil: obstáculos e alternativas

MESA 2: Estratégias de regionalização: alcances e limites

GOVERNO DO ESTADO BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

ROBERTA SAMPAIO
Coordenadora Executiva de Fortalecimento do SUS da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Roberta Sampaio

Organização da apresentação

apresentação

- Conceitos orientadores
- Balanço-síntese das principais ações de ampliação de rede de saúde
- Processo em desenvolvimento da regionalização
- Desafios, caminhos e escolhas

Conceitos

- Regionalização é uma estratégia. E um dos princípios organizativos do SUS.
- Compreendendo a saúde como uma política social e econômica, a regionalização da saúde deve ser parte do desenvolvimento regional.
- Regionalização e rede são uma irmandade.
- Governança / Integração / Participação / Cooperação

Roberta Sampaio

Balanco da Regionalização na Bahia



Divisão do Território Baiano



04 (0,95%) MUNICÍPIOS COM MAIS DE 300.000 HAB.;

18 (4,31%) MUNICÍPIOS COM >100.000 E < 300.000 HAB.;

151 (36,21 %) MUNICÍPIOS COM > 20.000 E < 100.000 HAB.;

244 (58,51%) MUNICÍPIOS COM MENOS DE 20.000 HAB.

FONTE: PDR/SESAB

09 MACRORREGIÕES DE SAÚDE	28 REGIÕES DE SAÚDE
CENTRO LESTE	SEABRA, SERRINHA, FEIRA DE SANTANA, ITABERABA
CENTRO NORTE	IRECÊ, JACOBINA
EXTREMO SUL	TEIXEIRA DE FREITAS, PORTO SEGURO
LESTE	CAMAÇARI, CRUZ DAS ALMAS, SALVADOR, SANTO ANTÔNIO DE JESUS
NORDESTE	ALAGOINHAS, RIBEIRA DO POMBAL
NORTE	JUAZEIRO, PAULO AFONSO, SENHOR DO BONFIM
OESTE	BARREIRAS, IBOTIRAMA, SANTA MARIA DA VITÓRIA
SUDOESTE	GUANAMBI, ITAPETINGA, BRUMADO, VITÓRIA DA CONQUISTA
SUL	VALENÇA, ILHÉUS, ITABUNA, JEQUIÉ

27 TERRITÓRIOS DE IDENTIDADE

283 (68%) MUNICÍPIOS NA REGIÃO DO SEMIÁRIDO

Roberta Sampaio

Expansão da rede assistencial de saúde

ÚLTIMOS 16 ANOS

- 29 novos hospitais e maternidades
- 24 novas policlínicas regionais
- 5 novas unidades de alta complexidade em oncologia
- 6 novos serviços de hemodinâmica no interior do estado
- Confinanciamento da APS e Saúde Mental
- Mais de 100 UBS entregues
- Ampliação da hemorede e dos laboratórios de vigilância regionais

ANO DE 2023

- 2 novos hospitais (Jaguaquara e Itaberaba) e 1 CPN
- Estadualização do Hospital de Jacobina
- 1º Centro de Referência às Pessoas com Doença Falciforme do Brasil
- Policlínica Regional em São Francisco do Conde
- Lançamento do Programa Vacina Bahia
- + 595 novos leitos privados, filantrópicos, rede direta e indireta
- 2 novas Unacon em Porto Seguro e Jequié
- Serviço de Oncohematologia no HGRS
- + de R\$ 30 milhões de equipamentos entregues aos municípios

Consórcios Interfederativos de Saúde e Policlínicas



- **24** Consórcios de Saúde Implantados
- **26** policlínicas de Saúde (2 em Salvador) + 1 Ilhéus (nov 23)
- **411** municípios consorciados (de 417)
- **4.584.057** atendimentos realizados desde 2017
- **Total investido R\$ 1.026.657.719,87**
- **Primeiro semestre de 2023:**
 - **513.814** atendimentos
 - 205.110 consultas
 - 308.704 exames

Roberta Sampaio

Processo para Regionalização na Bahia



Ações iniciadas e programadas

- **Planejamento Regional Integrado (PRI)**

Etapas já cumpridas – definição do território, análise de situação de saúde, definição de prioridades sanitárias, definição de diretrizes e objetivos

Próximas etapas – definição de metas e indicadores, programação geral de ações e serviços de saúde e governança macrorregional

- **Seminário de Regionalização – reposicionamento da estratégia**
- **Definição de GT para estudo da Macrorregião Sudoeste – regulação de acesso**
- **Articulação com o estado de Pernambuco para constituição da macrorregião Interestadual PEBA com a ação protagonista do MS**
- **Reforma administrativa – coordenação de regionalização (NRS e consórcios)**
- **Cooperação técnica – governança regional**

Roberta Sampaio

Ações iniciadas e programadas

- Transição – criação da coordenação geral de consórcios multifinalitários e de saúde (Gab Gov)
- Redesenho da proposta de expansão e financiamento da Atenção Primária, da RCPD e da RAPS
- Implantação do Plano de Atenção Hospitalar – módulo do parto e nascimento em finalização e clínica médica sendo iniciada
- Investimentos: financiamento BID e ADF (Saneamento e Saúde)
- Prioridades PAC – alinhamento com as prioridades regionais
- Saúde Digital – fortalecimento da REDS
- Gestão da Educação e Trabalho

Ações Previstas



NOVOS LEITOS
+2000

PRINCIPAIS PGP

- Salvador | Ortopédico
- Teixeira | Baleias
- Guanambi | Regional
- Feira de Santana | HGCA
- Jacobina | Estadualização
- Jequié | Unacon do Prado Valadares
- Alagoinhas | Regional
- Valença | Regional e Maternidade
- Serrinha | Regional
- Itapetinga | Regional
- Seabra | Unacon da Chapada
- Paulo Afonso | Reforma e Ampliação
- Itaparica | Reforma e Ampliação
- Ibotirama | Maternidade
- Amargosa | Maternidade



07
LACENS
REGIONAIS



AMPLIAÇÃO DE
SERVIÇOS DE
REMOÇÃO TERRESTRE
E AÉREA



07
POLICLÍNICAS COM
CENTRO DE
REFERÊNCIA
ODONTOLÓGICA



80
NOVAS UBS

- Macro Leste (Camaçari e Amargosa)
- Macro Centro-Leste (Ipirá e Seabra)
- Macro Sudoeste (Itapetinga)
- Macro Oeste (Ibotirama)
- Macro Norte | Remanso



15
NOVOS CENTROS
ESPECIALIZADOS DE
REABILITAÇÃO

Roberta Sampaio

Ações Previstas



NOVOS INCENTIVOS DE COFINANCIAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE MENSAL



ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E POLICLÍNICAS



PROGRAMA DE INCENTIVO HOSPITALAR REGIONAL (1 MÓDULO: PARTO E NASCIMENTO)



PRONTUÁRIO ELETRÔNICO E INTEGRAÇÃO DE DADOS



PREGÃO OPME



37

DIFERENTES TIPOS DE CIRURGIAS ELETIVAS

- Cardíaca
- Ortopédica
- Hérnias
- Histerectomia
- Dentre outras



+70

NOVOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS



24

NOVOS CAPS e UNIDADES DE ACOLHIMENTO

Desafios para a Regionalização na Bahia



Roberta Sampaio

Análise de cenário

FOME (INSEGURANÇA ALIMENTAR) | POBREZA | DESASTRES NATURAIS | PANDEMIA DA COVID-19 POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE | INOVAÇÃO TECNOLÓGICA | REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE | PORTE DOS MUNICÍPIOS | DIVERSOS RECORTES TERRITORIAIS | RELAÇÕES FEDERATIVAS | REGIONALIZAÇÃO



Principais desafios

- **Político** – relações federativas, eleições, decisão e prioridade;
- **Desigualdade social, política e econômica;**
- **Conformação da rede assistencial** – rede, formação, diferenças entre regiões e financiamento;
- **Governança** – inteligência e coordenação. Reposicionamento dos NRS e consórcios
- **Regionalização** – estratégia tripartite

Roberta Sampaio

“Regionalizar é mais que uma divisão territorial com serviços de saúde inseridos nas regiões. Regionalizar é integrar, respeitando os espaços de governança e as especificidades de cada Região!”

GOVERNO DO ESTADO
BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE

Helvecio

SAES Secretaria de
Atenção Especializada à Saúde

“Regionalização no contexto da Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde - PNAES”

Seminário ENSP - ABRASCO

20 de outubro de 2023



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Helvecio

Historicamente observa-se:

Persistência do modelo hegemônico herdado do INAMPS

- Focado na dimensão biomédica das doenças, centrado no indivíduo e em procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento
- Processo de trabalho fragmentado, centrado na profissão médica superespecializada e reproduzindo a lógica de tomada de decisões da medicina liberal
- Privilégio de uma prática médica superespecializada, intervencionista e hiperconsumidora de consultas, medicamentos e exames
- Persistência do modelo de remuneração por procedimento

Houve avanços a partir de 2011, como aqueles observados nas Redes de Atenção à Saúde, mas ainda não ocorreu o enfretamento mais amplo aos principais problemas desse modelo e ao modo de organização e funcionamento dos serviços da atenção especializada.



Ataques recentes ao SUS

- Desfinanciamento progressivo, agravado pela Emenda Constitucional nº 95
 - Falta de reajuste há mais de 10 anos em diversas iniciativas (SAMU, Atenção Domiciliar, RAPS, UPAs, RUE, hospitais de ensino, filantrópicos 100% SUS, IAC, HPP)
 - Muitos serviços estaduais e municipais em funcionamento sem financiamento federal
 - Inviabilidade do orçamento federal em todas as áreas do Governo, incluindo o MS
- Queda acentuada de atendimentos, exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos, incluindo transplantes
- O ausência da condução federal na Pandemia da COVID 19
- Ausência do papel do MS na gestão compartilhada do SUS e aprovação de políticas sem pactuação tripartite (ex: Qualidot e Qualicardio)
 - Coordenação federativa do SUS insuficiente, novo papel dos Estados, o que gerou competição entre os entes da federação e assimetria política e econômica entre os entes.
- Descontinuidade, desmonte ou inversão de lógica de importantes ações do Ministério da Saúde
 - ex: Redes de Atenção, Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Saúde da Mulher, Complexo Econômico Industrial da Saúde, PNI destruído, APS errática e sem efetivar o Mais Médico



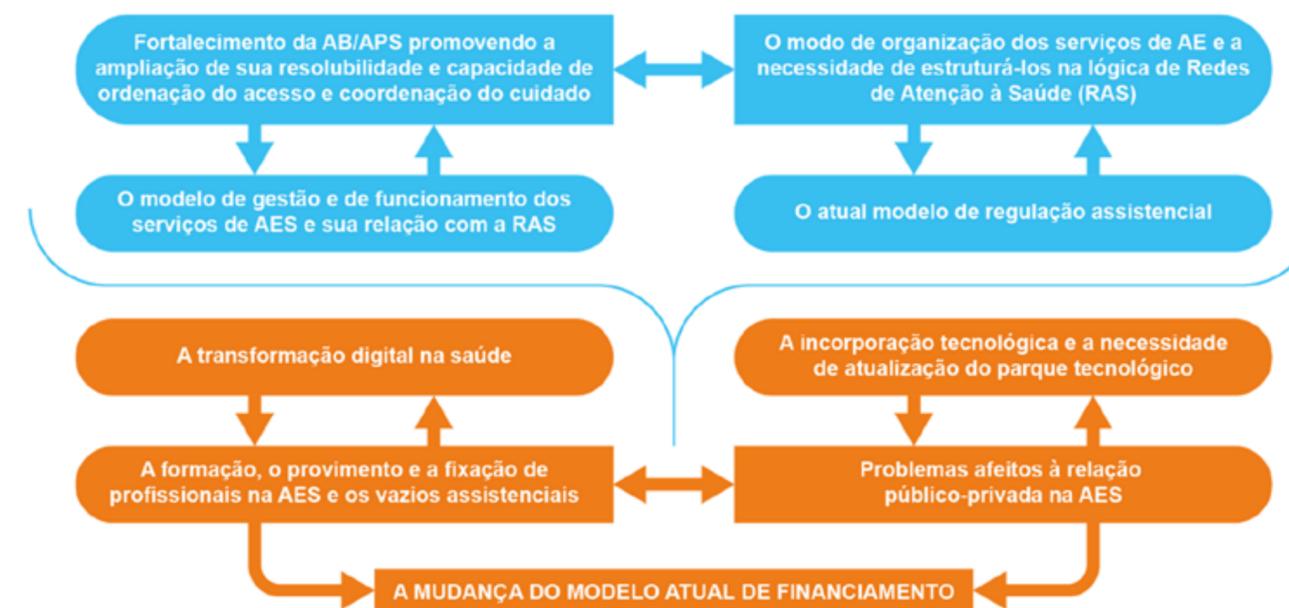
Helvecio

Diagnóstico

Desafio de garantir o acesso tempestivo, efetivo e equitativo à atenção à saúde

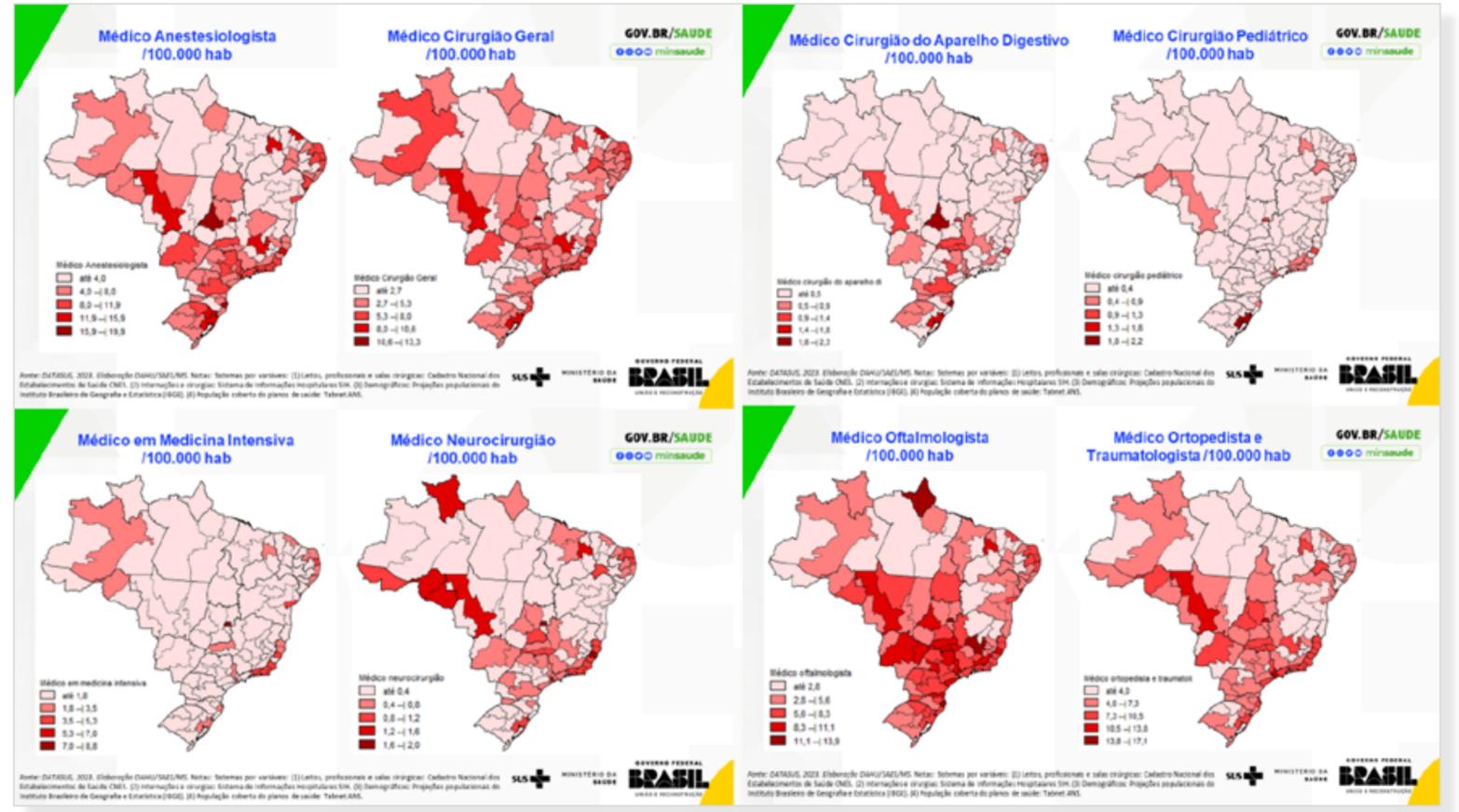
- Para melhorar o acesso à Atenção Especializada não basta ampliar a oferta, ainda que seja importante, é necessário intervir nos processos de organização, gestão e no modelo de financiamento: centro da PNAES;
- O modelo hoje favorece a formação de filas: **REGIONALIZAÇÃO NÃO ESTÁ EFETIVADA NA AES;**
- Muitos dos serviços públicos e filantrópicos já estão com sua capacidade ocupada;
- Existem vazios assistenciais que são consequência da baixa oferta e má distribuição de especialistas, sobretudo médicos;
- A qualificação da Atenção Primária é condição necessária para interferir no volume e na qualidade da demanda: só encaminhar o que realmente precisa;
- A transformação digital para uma nova Atenção Especializada e um necessário meio de ampliação da oferta nas vertentes Prontuário Eletrônico Único e Conectado e no TELESSAÚDE radicalmente implantado;
- Necessário um novo modelo de contratação e mobilização da oferta de serviços privados
- Mudança da gestão e da performance dos serviços públicos estatais

Grandes desafios da AES

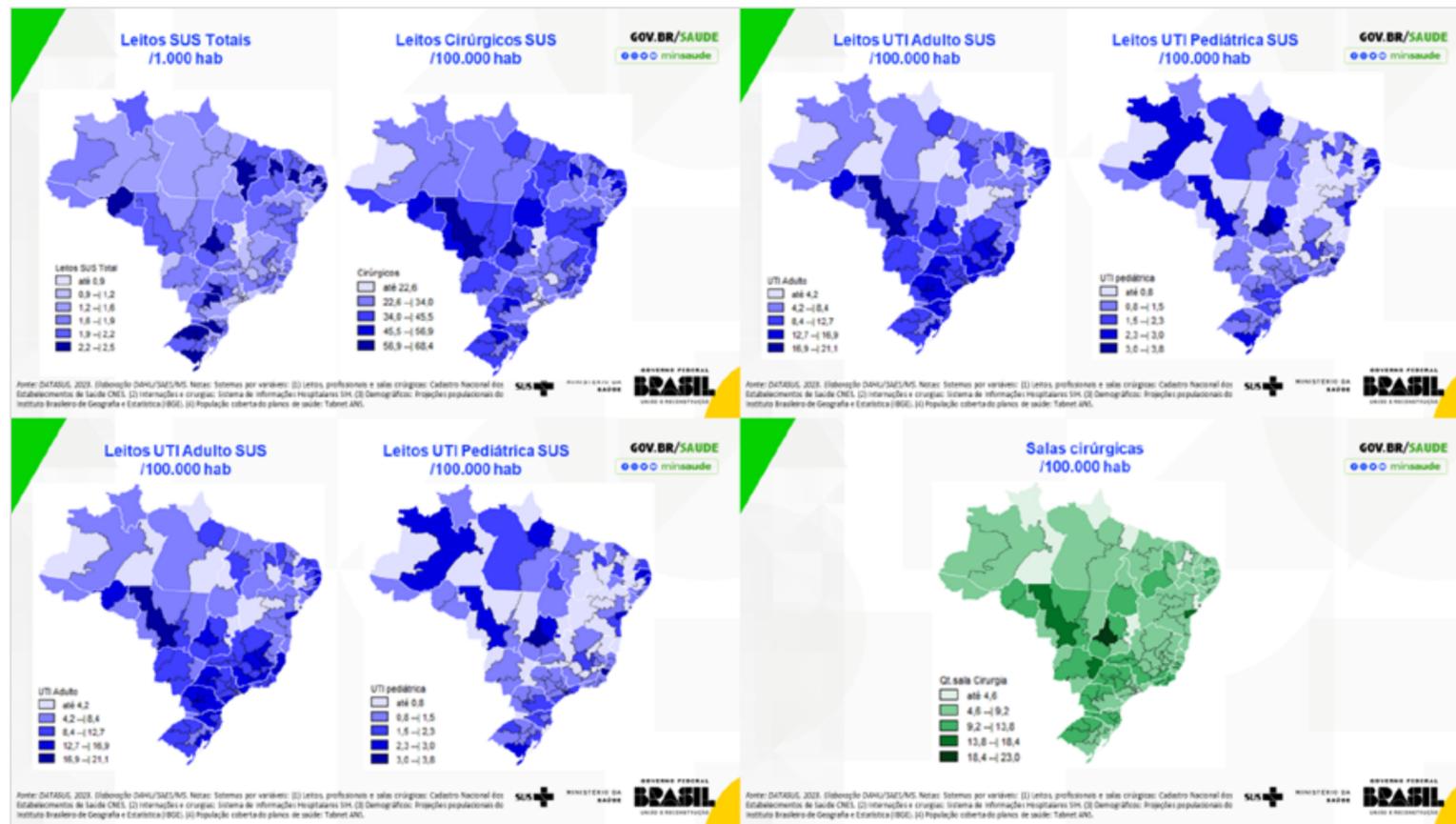


Helvecio

Regionalização – Contexto Histórico



Helvecio



Atenção Especializada

- Consistindo a Atenção Especializada (AES) um dos pontos da rede que englobam maior densidade de tecnologia dura, deve ser ofertada de **forma regionalizada e hierarquizada**, com economia de escopo e escala, para assegurar adequada relação custo/benefício, qualidade da atenção, atendimento em tempo oportuno, efetividade e sustentabilidade.

Helvecio



DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO
 Publicado em: 20/10/2023 | Edição: 200 | Seção: 1 | Página: 87
 Órgão: Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra

PORTARIA GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023

Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Logo do SUS, Ministério da Saúde e Governo Federal (União e Reconstrução) no canto inferior direito.

Helvecio

PNAES - Proposta de Intervenção

Sistêmica

Articulação dos serviços de atenção especializada com a APS, Hospitais e unidades de urgência, criando verdadeiras redes de atenção com todas as suas temáticas e conformando regiões de saúde reais

Organizacional

Modo como os serviços organizam suas equipes para garantir acesso e oferecer cuidado de qualidade aos usuários, além de matriciamento, contribuindo com a regulação do acesso e continuidade do cuidado da rede de atenção, de forma presencial ou remota

Profissional

Forma como os profissionais interagem com os usuários relacionado à capacidade técnica, postura ética e capacidade de se responsabilizar pelo usuário até a solução do seu problema, interagindo com as equipes da APS

Modelo de Financiamento

Regionalização real

Intervenção na formação e provimento médico (ampliação da formação + melhor distribuição)

Contratualização, avaliação e monitoramento

Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde - PNAES

Pactuada com estados e municípios na CIT do dia 31/08, a PNAES é uma iniciativa inédita com as seguintes diretrizes:

- **Ampliação e garantia do acesso da população** a serviços especializados, em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais
- Estabelecer os **princípios, diretrizes, conceitos e dispositivos** a partir dos quais a atenção especializada no SUS deve ser organizada
- Promover uma mudança no modelo de atenção centrado nas **necessidades de saúde das pessoas e no cuidado**, centralizando a resolução dos problemas na atenção primária, com articulação e integração dos serviços
- Estimulo à realização e articulação de diferentes estratégias de **formação, educação permanente, valorização, provimento e fixação de profissionais de saúde**, no âmbito da atenção especializada
- Qualificação e **inovação do modelo de financiamento**, saindo da predominância do modelo de pagamento por procedimento (tabela SUS) para um que remunere o cuidado integrado e integral

Helvecio

Política Nacional de Atenção Especializada à Saúde - PNAES

EIXOS

- **Planejamento ascendente de base territorial** e organização dos serviços de Atenção Especializada em Saúde na RAS de acordo com o **Planejamento Regional Integrado (PRI)**;
- Modelo de Atenção à Saúde **centrado nas necessidades de saúde da população** e com base na universalidade, integralidade e equidade;
- **Fortalecimento** e atuação integrada à da Atenção Primária;
- **Integração** da Atenção Especializada à Saúde com a Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde;
- **Regulação do acesso e coordenação do cuidado** com equidade e transparência;
- Informação, comunicação e **saúde digital**;
- **Gestão dos serviços** de atenção especializada;
- Formação, educação permanente, valorização, provimento e **gestão da força de trabalho em saúde**; e
- **Financiamento**.

OFERTA DE CUIDADOS INTEGRADOS

NOVO DISPOSITIVO PARA OFERTA DE EXAMES E CONSULTAS, REDUZINDO AS FILAS DE ESPERA por adesão dos gestores locais

- ➡ No conjunto da oferta de cuidados integrados o valor global será por paciente e maior que a soma dos valores na tabela dos procedimentos que os compõem
- ➡ Vantagens em relação ao reajuste de valores na tabela:
 - ✓ Introduce uma lógica de cuidado mais integrado (resolve o problema do usuário)
 - ✓ Concentra os recursos nos maiores problemas de atendimento (filas)
 - ✓ Qualifica a contratualização com os prestadores, o acompanhamento, o monitoramento e avaliação da execução e dos resultados
 - ✓ Reforça fluxos regionais para intervenção nas filas (atende usuários de todos os municípios da região)

Helvecio

Iniciativas de reformulação e qualificação de políticas e programas existentes a partir da PNAES

Atenção Domiciliar

- Atualização do Programa Melhor em Casa (Revisão da Política Nacional de Atenção Domiciliar)
- Implementação de equipes voltadas à reabilitação domiciliar (equipe multiprofissional)
- Criação da Política Nacional de Cuidados Paliativos no SUS

Sangue e hemoderivados

- Recuperação dos hemocentros e a qualidade do plasma (CEIS com Hemobrás)
- Novos investimento para estruturação dos Hemocentros (PAC 3)
- Rediscussão do Programa Nacional de Triagem Neonatal

Saúde Mental

- Atualização da Política Nacional de Saúde Mental (Rede de Atenção Psicossocial)
- Ampliação do custeio dos serviços da RAPS
- 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental

Atenção Integral às Pessoas com Deficiência

- Reestrutura a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (Viver Sem Limite),
- Ampliação dos valores de repasse de custeio para os serviços que compõe a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência
- Instituição de novas modalidades de serviços da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (TEA)

Regulação

- Revisão da Política Nacional de Regulação do SUS

Ações estruturantes

Iniciativas de reformulação e qualificação de políticas e programas existentes a partir da PNAES

Atenção Hospitalar

- Novas habilitações, com atenção aos vazios assistenciais
- Programa de qualificação e certificação integrada (Ensino, Atenção Especializada – ambulatorial, alta complexidade)
- Integração com os Hospitais Universitário da Rede Ebserh
- Atualização da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)

Garantia de sustentabilidade dos Hospitais Filantrópicos 100% SUS

- Novos critérios para o incentivo 100% SUS
- Ampliação dos recursos destinados aos Hospitais Filantrópicos 100% SUS

Atenção às Urgências

- Novos critérios de habilitação de todos os serviços da Rede de Urgência e Emergência (RUE)
- Retomada do financiamento para Sala de Estabilização (SE)
- Novas parcerias para ampliação de serviços de Aeromédicos (PRF, Bombeiros, etc.)
- Atualização dos Protocolos Clínicos do SAMU
- Revisão da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)

Helvecio

Iniciativas de reformulação e qualificação de políticas e programas existentes a partir da PNAES

Atenção Integral às pessoas com Doenças Raras

- Instituição da Coordenação Geral de Atenção às Doenças Raras com definição da linhas de cuidado
- Retomada de discussão das incorporações de medicamentos e insumos (junto com a SECTICS)
- Organização de rede laboratorial de referência para diagnóstico genômico e molecular no SUS
- Organização de modelo para instituição de Centros de Terapia Avançada (serviços de infusão) no SUS
- Revisão da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras

Transplantes

- Revisão do Programa de Qualificação dos Serviços de Transplante de Órgãos e Medula Óssea
- Implementação de novo Incremento Financeiro do Sistema Nacional de Transplantes
- Ampliar habilitações de serviços e equipes transplantadoras e incentivar a doação/captação de órgãos

Atenção Especializada

- Implementação do Programa Nacional de Atenção Ambulatorial (Policlínicas)
- Revisão da Política Nacional de Atenção Cardiovascular
- Revisão da Política de Prevenção e Controle do Câncer
- Implementação do Plano Nacional para Oftalmologia
- Rediscussão da Assistência em Terapia Nutricional na Rede de Atenção à Saúde

Diretrizes

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde:

- I – a ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, **em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais**, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros;
- II – a **promoção da regionalização** dos serviços de atenção especializada em saúde e da integração com os demais serviços **na perspectiva da Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, em **consonância com as pactuações regionais/macrorregionais**;
- IX - promover a disponibilização de **transporte sanitário regionalizado** que busque garantir cuidado digno e deslocamento adequado, com financiamento tripartite;
- XII - promoção de maior participação do governo federal no custeio, em pactuação com estados e municípios, diante do reconhecimento da diversidade de arranjos de organização dos serviços de atenção especializada, considerando o território e as desigualdades sociais e regionais;
- XV - a **substituição gradativa da forma de financiamento**, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a **remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral, as especificidades regionais, as pactuações nos espaços de gestão interfederativa** do SUS e assegurando a transparência e eficiência na aplicação dos recursos;

PNAES

Portaria GM/MS nº 516, de 21 de junho de 2023 - Revisão e a flexibilização de habilitação de serviços de alta complexidade em cardiovascular, neurologia, e traumatologia e ortopedia;

- **Na definição dos quantitativos de procedimentos de alta e média complexidade que serão ofertados e na distribuição geográfica das unidades de assistência de alta complexidade em traumatologia e ortopedia os gestores do Sistema Único de Saúde utilizarão os critérios a partir das necessidades da região/macrorregião de saúde, com base no PRI** -pactuados na CIB.

Portaria SAES/MS Nº 688, de 28 de agosto de 2023 - Flexibilização dos processos de habilitação da alta complexidade da Oncologia

§ 5º Para fins de programação de novas habilitações, deverão ser utilizados os parâmetros constantes do Anexo LXIII a esta Portaria, **observadas as necessidades regionais e o PRI, de forma a viabilizar a organização e o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde.**

Portaria GM/MS nº 1.450, de 29 de setembro de 2023 – Dispõe sobre os valores do incentivo financeiro de custeio para a manutenção do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), acrescido de 30% aos municípios que compõem a Amazônia Legal.

§ 1º O incentivo financeiro instituído no "caput" **será acrescido de 30% (trinta por cento) para custeio do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) situado na região da Amazônia Legal.**
 § 2º Em habilitações feitas através do agrupamento entre municípios, basta um pertencer ao território da Amazônia legal para fazer jus ao repasse diferenciado

Revisa a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNPcD)

Art. 3º A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo ofertar ações e serviços de saúde para o cuidado integral à pessoa com deficiência, **articulados em Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com o Planejamento Regional Integrado (PRI).**

Helvecio

PNAES

Diretrizes

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde:

I – a ampliação e garantia do acesso da população a serviços especializados, **em tempo oportuno, com referência territorial e considerando as necessidades regionais**, garantindo a equidade no atendimento, a qualidade assistencial, a integralidade e a maior efetividade e eficiência na aplicação dos recursos financeiros;

II – a **promoção da regionalização** dos serviços de atenção especializada em saúde e da integração com os demais serviços **na perspectiva da Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, em **consonância com as pactuações regionais/macrorregionais**;

IX - promover a disponibilização de **transporte sanitário regionalizado** que busque garantir cuidado digno e deslocamento adequado, com financiamento tripartite;

XII - promoção de maior participação do governo federal no custeio, em pactuação com estados e municípios, diante do reconhecimento da diversidade de arranjos de organização dos serviços de atenção especializada, considerando o território e as desigualdades sociais e regionais;

XV - a **substituição gradativa da forma de financiamento**, alterando o modelo de pagamento por procedimento para a **remuneração em modelo fundado no cuidado integrado e integral**, as especificidades regionais, as pactuações nos espaços de gestão interfederativa do SUS e assegurando a transparência e eficiência na aplicação dos recursos;

Portaria que Define dos novos critérios para habilitação dos serviços da Rede de Urgência e Emergência – (Aguardando publicação)

Art. 878-A § 4º A habilitação dar-se-á por Portaria da Secretaria de Estado da Saúde (SES), após o efetivo funcionamento da Sala de Estabilização comprovado por meio da apresentação da seguinte documentação:

Art. 855 § 4º Em situações excepcionais, a serem avaliadas pela Coordenação-Geral de Urgência (CGURG/DAHU/SAES/MS), determinada UPA 24h poderá apresentar outro perfil de especialidades médicas, bem como a oferta de uma única especialidade, **consideradas a necessidade da assistência local e a grade de referência, observado o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências**

Portaria que Define dos novos critérios para habilitação dos leitos de UTI/UCI – (Aguardando publicação)

Art.2º Fica estabelecido, que para a habilitação de Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou de Cuidado Intermediário – UCI, os estabelecimentos de saúde deverão cumprir os critérios definidos nesta portaria, sendo de competência dos Gestores de Saúde Estadual e Distrital do SUS seguir os seguintes ritos:

I - Planejar e pactuar em Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), em conjunto com os gestores municipais e outros estaduais, a necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva ou de Cuidados Intermediários, podendo utilizar-se do processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e Plano de Ação Regional na macrorregião;

II – Habilitar, de forma descentralizada, por meio de ato normativo da sua esfera de gestão, as Unidades de Terapia Intensiva ou de Cuidado Intermediário, obrigatoriamente após pactuação em CIB.



Helvecio

Principais ações em curso

Planejamento para Atenção Especializada - 2023-2027

Policlínicas – PAC – 90 unidades em todo Brasil com investimento de R\$ 1,7 bilhão

Articulação com a Rede de Urgência e Emergência (especialmente na demanda por ortopedia)

Redução dos Vazios Assistenciais

Ampliação das residências (incluindo a EBSEH e as Forças Armadas) e fixação de profissionais

Telessaúde intensivo na atenção e na regulação

Transporte sanitário – Caminhos da Saúde

Projetos de sustentabilidade para os Hospitais Filantrópicos

- Unidades Básicas Fluviais da região norte (agregar atendimento especializado)
- Ampliação dos serviços de alta complexidade (apoiados por serviços do sudeste via PROADI)
- Investimentos pelo Fundo Amazônia (projetos em andamento)
- Universalização da cobertura do SAMU 192



1 Expansão da cobertura do SUS

Estes investimentos permitirão que o Brasil alcance a **universalização** de vários serviços do SUS, **após 35 anos da Constituição**.

9 ESTRATÉGIAS

UBS	SAÚDE BUCAL	SAMU	CER e Of. Ort.	CAPS	RADIOTERAPIA	POLICLÍNICAS	HOSPITAIS	MATERNIDADES
Construir 3.600 UBS, prioritariamente em municípios mais pobres, incluindo saúde indígena.	Entregar 356 Unidades Odontológicas Móveis mais modernas	Universalizar o SAMU, através da inclusão de 1600 municípios no programa.	Construir 45 Centros de Reabilitação (CER) e 15 Oficinas Ortopédicas	Construir 200 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	Entregar 40 novos aceleradores lineares, iniciando o PER -SUS 2 (Plano de Expansão da Radioterapia no SUS) e concluindo o PER -SUS 1.	Construir 90 policlínicas	Construir 1 hospitais 1 (demanda dos governadores)	Construir 60 Maternidades e 90 Centros de Parto Normal

ATENÇÃO PRIMÁRIA R\$ 7,4 bi

ATENÇÃO ESPECIALIZADA R\$ 14,1 bi

Inclusão da Hemorrede : 100 milhões



Helvecio



SAES Secretaria de
Atenção Especializada à Saúde

Obrigado!

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Ministério da Saúde



SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO

Registro Fotográfico

Mesas de boas-vindas e temáticas



Créditos: Virginia Damas/ENSP/Fiocruz

Registro Fotográfico

Grupos de Trabalho



Créditos: Virginia Damas/ENSP/Fiocruz

