

RELATÓRIO

Construindo pactos e fortalecendo as relações federativas e a regionalização

PAHO/BRASIL

MARÇO/2015



Organização Panamericana de Saúde - OPAS/OMS

Representante: Joaquin Molina

Unidade Técnica de Serviços de Saúde

Coordenador: Gerardo Alfaro

**Unidade Técnica de Doenças
Transmissíveis e Não Transmissíveis**

Enrique Vásquez

Elaboração:

Juliana de Paula

Componente RIPSAs:

Christiane Matos

Projeto Gráfico e Diagramação:

Pedro Savir

Colaboração:

Neyde Garrido, Maria Edmilza Silva,
Isabel Senra e Gisela Mascarenhas

SUMÁRIO

Apresentação/contexto	[04]
Agradecimentos	[04]
Principais conceitos/contexto	[04]
Metodologia	[10]
Considerações finais	[25]
Referencias bibliográficas	[27]
Anexos	[27]

1. APRESENTAÇÃO/CONTEXTO

Esse relatório foi organizado a partir do encerramento de 10 anos do Termo de Cooperação técnica 39, acordado entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Panamericana de Saúde/OMS. O relatório é um esforço de organização e análise dos gestores do Termo de Cooperação, com a colaboração de técnicos do MS e prestadores de serviços técnicos que participaram de forma significativa na execução das principais ações do TC.

A análise dos dados e entrevistas foi feita predominantemente de forma qualitativa, levando em consideração tempo e recursos para a realização do estudo. Os resultados representam um esforço de agregação de vários produtos e relatórios ao longo de 10 anos que estavam disponíveis nos arquivos do Ministério da Saúde e da própria pesquisadora.

A metodologia utilizada foi inicialmente a análise de conteúdo, a partir de entrevistas e documentos disponíveis e em um segundo momento um Delphi, envolvendo atores-chaves do contexto político e técnico, familiarizados minimamente com os processos de cooperação técnica desenvolvidos com organismos internacionais e com a temática foco do TC em questão.

A análise dos resultados trouxe luz à discussão da importância dos Termos de Cooperação Técnica para o desenvolvimento das políticas de um país, reforçando o papel significativo que a cooperação desempenha na criação de soluções eficientes para os problemas complexos que emergem no cotidiano dos sistemas de saúde nacionais.

Observa-se, a partir da análise deste TC, um foco na construção de pactos solidários para o fortalecimento de serviços de saúde, criando, assim, um novo modo de responder às necessidades de saúde da população. O fortalecimento das conquistas Constitucionais no campo da governança, regionalização e Planejamento Integrado também são temas desse TC e, por conseguinte, o fortalecimento das instâncias de pactuação como as tripartites, bipartites, COSEMS e criação das

comissões intergestores regionais. A construção de sistemas de informação que facilitem a organização dos acordos e possibilitem a transparência e o monitoramento, também é outro resultado apontado por esse TC. E, por fim, observam-se, ainda, um investimento no acompanhamento e monitoramento das várias iniciativas de governo, a partir da criação de observatórios, laboratórios de inovação, incentivo a investigação e seminários



2. AGRADECIMENTOS

Aos consultores, prestadores de serviço, trabalhadores e gestores do SUS, pelo interesse e pela ousadia de inovar para melhor servir aos milhões de usuários do SUS.

As instituições de ensino e parceiros de organizações não governamentais pelo engajamento na construção de novas práticas e novos saberes em saúde.

Aos representantes, coordenadores, administradores, staff e consultores da OPAS que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização das ações desse TC.

Aos presidentes e diretores de COSEMS pela luta diária por uma saúde universal e equânime.



3. PRINCIPAIS CONCEITOS/CONTEXTO

Ao longo dos últimos anos, a organização e o desempenho de sistemas de saúde entrou na agenda política dos países. Cada vez mais, o desenho dos sistemas, a organização de seus serviços, a capacidade de dar respostas às necessidades de saúde da população se tornou uma temática fundamental, a exemplo dos objetivos do milênio pós 2015. A questão do acesso à saúde a partir da bandeira da cobertura universal se tornou um dos eixos a ser perseguidos nos próximos anos. Isso traz para a cooperação técnica das Nações Unidas

uma conquista e um desafio: é uma conquista para quem estuda e monitora sistemas de saúde e seus impactos na vida das pessoas e é um desafio transformar tudo que se aprende com os erros e acertos ao longo da história em políticas e processos que respondam às diversas realidades, no nosso caso, dos povos das Américas.

Segundo o relatório de Saúde das Américas, o Estado expandiu no seu poder regulatório e no exercício de suas funções de coordenação, mas isso varia de país a país. Houve uma maior descentralização das políticas e uma delegação mais abrangente da autoridade para atores não estatais e uma maior participação da sociedade civil na tomada de decisão bem como um aperfeiçoamento do marco legal e regulatório para vacinas, medicamentos e tecnologias médicas.

O Sistema Nacional de Saúde brasileiro completa seus quase 30 anos de existência, com muitas conquistas e inovações no campo da saúde da criança, sistema de transplantes, estratégia de saúde da família, políticas de saúde mental e prevenção à AIDS e controle do tabaco e da tuberculose e o modelo de governança. O Brasil se destaca como um país que conseguiu avançar no campo das novas tecnologias por um lado e mantém algumas dívidas com a erradicação de algumas doenças que já foram extintas em países com PIB mais elevado. O sistema de saúde se mantém, nos seus princípios, desde a promulgação da Constituição de 1988, como universal e igualitário. No entanto, as barreiras de acesso e qualidade, as dificuldades de estabelecer relações intergovernamentais que favoreçam a equidade e a inclusão são observadas em todo o território nacional.

O tempo desse termo de cooperação se confunde com o tempo de um projeto político que aposta no fortalecimento das políticas sociais e a retirada de milhões de brasileiros da linha de pobreza. A criação da Secretaria de Direitos Humanos, Promoção da Igualdade Racial, criação de comitês de promoção da equidade, lançamento das políticas nacionais de saúde da população negra e LGBT são ações que de-

sorganizam e reorganizam a arena política brasileira e obrigam aos gestores a criarem novos mecanismos de dialogar com a população. No entanto, a população brasileira ainda tem dificuldade de exercer a cidadania plena e estabelecer uma relação de autonomia com os governos. (Blydowski and Westphal et al).

No relatório de Saúde das Américas de 2003 a 2010 elaborado pela OPAS/OMS, o Brasil é identificado como um país que cresceu muito e de forma mais equânime a partir da criação de 10 milhões de empregos, redução do analfabetismo de 13.6 % para 9,6% e redução da mortalidade infantil e mortalidade abaixo de 5 anos de idade. Os programas de transferência de renda direta como o Bolsa Família, a previdência rural e o benefício de prestação continuada contribuíram para que o país reduzisse o índice de Gini e melhoraria nas condições de vida da população.

Nesse período também se observam a reorganização dos serviços de saúde a partir da construção de pactos federativos e da busca pela melhoria do desempenho dos serviços com a criação de Indicadores de Desempenho e estratégias de monitoramento das políticas de forma mais cotidiana. As visões de eficiência e eficácia dos serviços, antes consideradas heresia no campo militante da saúde, se alia ao discurso recorrente de gestão participativa, pactos pela vida e pela saúde. Alguns estudos demonstram uma modificação do quadro de saúde da população a partir da implementação dessas políticas (Rosella et al 2014, OPAS 2014, Victora 2010 etc)

No entanto, se observam que os Sistemas de Saúde não foram capazes ainda de superar a segmentação e as deficiências de financiamento. Há um alto índice de pessoas que ainda precisam fazer desembolso direto para ter acesso à saúde e a alocação ainda está desconectada dos resultados e desempenho dos serviços.

A Cooperação aqui descrita trata essencialmente da governança do Sistema de Saúde brasileiro, com seu caráter participativo e

federativo. Entendemos que governança tem inúmeras definições e com Denis and Dostie, 2013, afirmaremos que

“governança se refere a estratégia desenvolvida pelos governos para compartilhamento a tomada de decisão em uma sociedade plural em um território específico.”(Denis and Dostie, 2013, 5) (tradução minha)

Ou o que o entendimento de governança que transcende as relações intergovernamentais

Emerson e colegas apud Denis afirmam que governança colaborativa é:

(...) processos e estruturas da tomada de decisão e da gestão da política pública que engaja pessoas construtivamente através das barreiras das agências públicas, níveis de governo e/ou esferas cívicas públicas e privadas que não seriam atingidos de outra maneira. (Emerson and AL. 2012,2) (tradução minha)

Com o advento das leis 8080/90, 8142/90 e na Norma Operacional Básica/93, se estabeleceram instituições formais, regras do jogo e mecanismos de participação de atores nas decisões da saúde. Segundo Arretche, (2003), o país construiu uma complexa engenharia institucional para realizar a governança da saúde em três dimensões, a saber:

A dimensão da democracia, tomada de decisão através do voto com a participação direta da população. Uma dimensão das relações entre níveis de governo, através dos mecanismos de pactuação tripartite e bipartite e a dimensão representativa dos conselhos, cujo poder de deliberação sobre o orçamento e elaboração de políticas é considerado uma inovação “à brasileira”.

Os temas da Descentralização e da Regionalização também são transversais aos 10 anos desse TC. Em um documento analítico sobre o tema, Flavio Goulart (documentos disponíveis no final) afirma que segundo um grupo de atores-autores chaves do SUS, o país avançou com as NOBS, conquistou mais autonomia

para os entes locais, aumentou a noção de direito à saúde e construiu um percurso de aprendizagem institucional para a rede federativa. No entanto, houve um excesso normativo, desigualdades de acesso aumentaram, um descompasso entre atribuição e recursos, modelo biomédico manteve a hegemonia e os investimentos se concentraram em equipamentos de alto custo etc.

A regionalização preconizada na Constituição de 1988 no artigo 198 foi reafirmada na lei orgânica da saúde 8080/90 no seu artigo 7º, na introdução da NOB/93 e foi tema central da NOAS, mas ainda continua em processo de organização. O Brasil conta hoje com mais de 400 regiões de saúde que construíram pactos de gestão e definição de responsabilidades compartilhadas, mas ainda oscilam na busca de instrumentos e mecanismos que facilitem a cooperação horizontal entre os entes. Na mudança de projetos políticos do Brasil, que coincide com a assinatura desse TC, as normas operacionais foram substituídas paulatinamente pelo Pacto de Gestão. A regionalização é um eixo estruturante deste Pacto que surge em 2006, que tinha como objetivo de aumentar a autonomia do poder local e a solidariedade entre os entes, bem como diminuir as iniquidades no acesso e financiamento de serviços. Segundo Goulart, o Pacto promove a inclusão de novos atores nas políticas de saúde, amplia o acesso e a responsabilização pública pela saúde bem como substitui a habilitação de municípios de forma burocrática para a construção de termos de compromissos de gestão.

Nos documentos do Pacto, regionalização objetiva garantir o direito à saúde da população reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde. As características da regionalização no âmbito do pacto seriam:

Territorialização, Flexibilidade, Cooperação, Co-gestão, Financiamento Solidário, Subsidiariedade, Participação e Controle Social. Regionalização para efeito desse estudo é entendida como em Viana, 2002.

“como um processo político que envolve mudanças na distribuição de poder e o estabelecimento de

um sistema de interrelações entre diferentes atores

sociais (governos, agentes, instituições, cidadãos)

no espaço geográfico. Inclui, ainda, a criação de

novos instrumentos de planejamento, integração,

gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Iniciado com a NOAS e aprofundado com a estratégia do Pacto de Gestão, Viana afirma que o Brasil entra em um processo de regionalização da saúde tardia. Apesar de definido na Constituição de 1988 como princípio organizativo, o país priorizou a descentralização dos serviços para os municípios, em um esforço de fortalecimento da gestão local e da participação popular. O decreto presidencial 7508, estabelece que as esferas de governo devem construir um Contrato Organizativo de Ação Pública, instrumento legal que define os marcos para uma pactuação entre governos que facilitaria o planejamento integrado da oferta de serviços de saúde em uma determinada região. Os dispositivos para a organização desse planejamento que constam no decreto são os seguintes:

I. Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II. Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde: acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição

de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III. Comissões Intergestores: instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

IV. Mapa da Saúde: descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

V. Rede de Atenção à Saúde: conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”. (BRASIL, 2011).

O Termo de Cooperação

Cada país tem seu modus operandi para estabelecer projetos de cooperação. O Brasil tem se destacado como um país que aprendeu muito e modificou suas práticas e hoje contribui muito com os vizinhos e com as organizações internacionais presentes em seu território. Por outro lado, ainda tem muito o que construir no que concerne ao aperfeiçoamento de seu Sistema de Saúde que se pretende universal e a sistematização de suas inovações.

Existem vários modelos de colaboração entre países ou entre instituições de fomento internacional, os Termos de Cooperação são um exemplo disso. Os TC's são instrumentos estabelecidos entre os países, estados ou municípios e as organizações das Nações Unidas como a Organização Panamericana de Saúde. Em se tratando do Termo de Cooperação definido entre o governo brasileiro e a OPAS, tem uma estrutura definida, que inicia com um projeto que demarca o que se quer cooperar. Para que esse projeto seja estabelecido,

há que se construir uma análise de situação social e epidemiológica, análise de tendências e uma justificativa para o que se pretende produzir em parceria nos anos que vingar o TC. Em paralelo, se constrói uma matriz lógica, definindo uma linha de base, propósitos, resultados esperados e ações, bem como um Termo de Ajuste que descreve valores financeiros, metas, programação e cronograma de desembolso.

O TC 39 tem como parceiro fundamental da OPAS o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), um dos cinco departamentos da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que foi reorganizada em 2011. O Termo nasce em 2004, no Departamento de Apoio à Descentralização, DAD que pertencia à Secretaria Executiva. Esse Departamento passou por um processo de reformulação e se tornou Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada (DAGD), mas manteve a mesma matriz lógica até 2011, cuja migração para a SEGEP foi acompanhada por uma completa reformulação dos propósitos do TC. As questões que movem esse trabalho são:

Qual a influência dos vários instrumentos de apoio da OPAS no desenvolvimento de políticas estratégicas relacionadas à articulação federativa e aos sistemas de informação em saúde? Qual o papel da cooperação técnica no desenvolvimento das políticas nacionais? Quais os pontos fundamentais que atravessam a política de saúde brasileira ao longo desses 10 anos que tangenciam com os objetivos definidos pelos marcos lógicos desse TC?

Atores da Cooperação Técnica Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) foi criada por meio da Portaria GM 3.027, de 26 de novembro de 2007 com as seguintes competências:

- I. Formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social;
- II. Articular as ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica e par-

ticipativa, com os diversos setores, governamentais e não-governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde;

III. Apoiar o processo de controle social do SUS, para o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde;

IV. Promover, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das Conferências de Saúde e das Plenárias dos Conselhos de Saúde, com o apoio dos demais órgãos do Ministério da Saúde;

V. Incentivar e apoiar, inclusive nos aspectos financeiros e técnicos, as instâncias estaduais, municipais e do Distrito Federal, para o processo de elaboração e execução da política de educação permanente para o controle social no SUS;

VI. Apoiar estratégias para mobilização social, pelo direito à saúde e em defesa do SUS, promovendo a participação popular na formulação e avaliação das políticas públicas de saúde;

VII. Contribuir para a equidade, apoiando e articulando grupos sociais que demandam políticas específicas de saúde;

VIII. Promover a participação efetiva dos gestores, trabalhadores e usuários na eleição de prioridades e no processo de tomada de decisões na gestão do SUS;

IX. Formular e coordenar a Política de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, por meio da análise de seu desenvolvimento, da identificação e disseminação de experiências inovadoras, produzindo subsídios para a tomada de decisões e a organização dos serviços;

X. Formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão;

XI. Realizar auditorias e fiscalizações no âmbito do SUS e coordenar a implantação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, nas três esferas de Governo;

XII. Promover, em parceria com a Sec-

retaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde, a articulação dos órgãos do Ministério da Saúde com o Conselho Nacional de Saúde;

XIII. Apoiar administrativa e financeiramente a Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde;

XIV. Fomentar a realização de estudos e pesquisas, por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não-governamentais, que contribuam para o desenvolvimento do SUS e da reforma sanitária brasileira; e

XV. Estabelecer mecanismos para a gestão da ética, com enfoque na conformidade de conduta como instrumento de sustentabilidade e melhoria da gestão pública do SUS, bem como acompanhar sua implementação no âmbito do Ministério da Saúde.

A SGEP possui 5 Departamentos que são estratégicos para a organização da governança do SUS: O Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) – que responde pela relação com os conselhos e com os movimentos sociais, o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) – responsável pelo acompanhamento do Sistema Nacional de Ouvidoria, escuta direta das sugestões, questões e reclamações da sociedade sobre o SUS através da Ouvidoria Ativa e telefone 136, Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) que responde sobre o controle interno das ações dos governos sobre o SUS e transparência das ações e os Departamentos de Informática do SUS e Departamento de Articulação Interfederativa que são contraparte na construção deste Termo de Cooperação, cujas funções descreveremos a seguir.

O Departamento de Apoio de Articulação Interfederativa – DAI

Contraparte que pertence à estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, em uma reformulação do Departamento de Apoio à Descentralização, de acordo com o Decreto nº 7.530, de 21 de julho de 2011 – com as seguintes responsabilidades:

I. Subsidiar os processos de elaboração de diretrizes e implementação de instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das relações interfederativas e da gestão estratégica e participativa, nas três esferas de governo;

II. Promover, articular e integrar as atividades e ações de cooperação entre os entes federados;

III. Planejar, coordenar e articular o processo de negociação e de contratualização entre os entes federados, visando a fortalecer a gestão compartilhada;

IV. Participar do processo de negociação e da definição de critérios para o financiamento do sistema de saúde e respectiva alocação de recursos físicos e financeiros, nas três esferas de gestão do SUS.

V. Desenvolver instrumentos e iniciativas que qualifiquem o processo de gestão estratégica e participativa, visando ao fortalecimento das relações interfederativas no âmbito do SUS;

VI. Sistematizar e fornecer informações sobre a gestão do SUS nas três esferas de governo;

VII. Acompanhar e contribuir para a efetivação das diretrizes da regionalização do SUS.

Fonte: Decreto 8.065, de 07 de agosto de 2013

Competências do Departamento de Informática do SUS - DATASUS

Segundo o artigo 38 do Decreto nº 8.065, de 7 de agosto de 2013, estabelece que compete ao Departamento de Informática do SUS:

I. fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;

II. desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações para ações de saúde, em consonância com as

diretrizes da Política Nacional de Saúde; III - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;

IV. manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

V. assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde;

VI. definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde;

VII. apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS;

VIII. prospectar e gerenciar a Rede Lógica do Ministério da Saúde; e IX - promover o atendimento ao usuário de informática do Ministério da Saúde.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS)

Fundada em 1902, é a agência de saúde internacional mais antiga que promove cooperação técnica e mobilização de colaboração entre pares para a melhoria da qualidade de vida nos países das Américas. Integrante do Sistema das Nações Unidas, tem como valores fundamentais que guiam a organização é equidade, excelência, solidariedade, respeito e integridade. Sua missão é liderar esforços de colaboração estratégica entre os Estados Membros e outros parceiros para promover equidade em saúde, combate às doenças e a longo prazo melhorar a qualidade de vida dos povos das Américas. (OPAS, 2015)

OBJETIVOS

Objetivo geral do trabalho: Fazer um relatório sobre a contribuição do TC 39 nos arranjos institucionais da política de saúde brasileira, considerando os temas da articulação federativa e da produção e disseminação da informação em saúde.

Objetivos específicos: Descrever os principais

temas abordados pelo TC;

Analisar efeitos e correlações entre resultados no Sistema de Saúde e os produtos e atividades propostas pelo TC;

Observar propósitos descritos no marco lógico e resultados ao longo dos 10 anos.



4. METODOLOGIA DE TRABALHO

A metodologia Delphi e Análise de Conteúdo foram os métodos escolhidos pela pesquisadora para construir o marco para a avaliação do TC 39. A razão para isso foi estratégica e política. O trabalho em questão envolvia uma ação estratégica de governo e, ao mesmo tempo, a tentativa de dar subsídios as Instituições envolvidas sobre os efeitos de um termo de cooperação nas políticas de saúde de um país. A metodologia Delphi permite ao investigador interagir com os sujeitos chaves em uma ação conjunta de inserção política, onde o pesquisador busca informação que alimenta uma intervenção imediata sobre o campo pesquisado. A ação investigativa foi dividida em duas fases:

4.1 Uma fase exploratória:

Em pesquisa qualitativa é importante a triangulação de métodos e fontes para garantir a veracidade e a confiança das informações coletadas. Triangular significa escolher diversas fontes, atores e fatos, oriundos de mídias e estratégias diferentes para a coleta de dados. As entrevistas, os documentos oficiais, as publicações e as observações em loco possibilitam uma riqueza maior nesse processo. Essa fase é mais caracterizada pela exploração de fontes e dados, escolha do método de análise e o compilado de informações em bancos de dados que possam ser facilmente manuseáveis pela pesquisadora.

- Revisão da bibliografia disponível (ver referências)

- Discussão com informantes chaves que participaram da realização das atividades do TC, seja como contratante ou contratado e conseqüente exploração dos documentos apresentados por esses grupos:

- o Documento do Prof. Áquilas Mendes – IVG

- o Documento Sra. Lenir Santos – Criação do COAP e análise do Decreto 7508

- o Documento do Sr. Risi sobre a RIPSA

- o Documento analítico do Prof. Flavio Goulart

- o Relatórios e documentos técnicos produzidos pelos vários consultores ao longo dos 10 anos

- o Publicações ao longo dos 10 anos que foram disponibilizadas pelos atores envolvidos

- o Saúde nas Américas de 2003 a 2012

- o IPS 2012

- Entrevistas com informantes chaves a respeito da contribuição do TC para as políticas nacionais de gestão estratégica e participativa. As entrevistas eram não estruturadas e exploravam conexões chaves:

- o Assessora técnica responsável pela coordenação administrativa do TC no MS;

- o Prestadores de Serviços Técnicos contratados para produzir documentos de referencia relacionados aos objetivos do TC;

- o Coordenadores das áreas técnicas do MS em interface com as ações do TC;

4.2 Fase Reflexiva

A análise dos documentos aconteceu em duas etapas, considerando as duas matrizes de planejamento que coincidem com dois momentos da cooperação.

A primeira matriz do Marco Lógico acontece na gestão do Departamento de Apoio à Descentralização, coincide com boa parte do período do governo Lula e está caracterizado com o início da substituição das NOBS pelo Pacto de Gestão.

A segunda matriz é construída com o 7º TA, a partir de uma reformulação da Secretaria Estratégica e Participativa que assume as funções de coordenação das articulações fed-

erativas e qualificação da gestão.

Todo o processo analítico vai se dar a partir de um olhar qualitativo, assumindo a dificuldade de estranhar o familiar, para usar a expressão de Roberto Damatta, já que a pesquisadora fez parte da equipe de gestão do TC na segunda fase. Para tanto, a metodologia Delphi de submissão do relatório a outros atores implicados com o tema minimiza a bricolagem que por ventura pode acontecer no percurso analítico.

Foram criados códigos ou categorias chaves, a partir das entrevistas e a literatura que serviram para observar os produtos catalogados pelo Ministério e pela pesquisadora ao longo dos anos. Categorias que surgiram:

- Pacto**
- Regionalização**
- Governança**
- Normas(NOBS)**
- Planejamento**
- Planejamento Integrado**
- Decreto 7508**
- Mapa da Saúde**
- Sistemas de Informação: SARGSUS, SISPACTO**
- Cartão SUS**
- Interoperabilidade**
- Registro Eletronico de Saúde**
- Planejamento ascendente**
- Relatório de Gestão**
- Observatórios**
- Laboratórios**
- COAP**
- Apoio Integrado**
- RIPSA**
- Qualificação da Gestão**
- Monitoramento**
- Comissões Intergestores Regionais**
- CGR, CIT, CIB**

Um primeiro rascunho foi elaborado a partir da fase exploratória e foi discutido com a equipe de trabalho. Após modificações propostas pela equipe de trabalho foi submetido à apreciação de outros atores, em setores distintos:

- DAI
- Gabinete
- OPAS
- Consultores
- Gestores

Restrições e limitações relacionadas à metodologia

“Da mesma forma que desenho e palavra escrita contibuem para uma reinterpretação do relato oral, também o indivíduo intermediário, por mais fiel, acrescenta sua própria interpretação daquilo que está sendo narrado.”

Relatos Oraís: do indizível ao dizível, Maria Isaura Pereira de Queiroz. p.16

A metodologia utilizada, um estudo qualitativo das produções ao longo do tempo e as entrevistas, tem suas limitações no que concerne a objetividade do intento. A narrativa construída é perpassada pela história dos narradores e da vivência da pesquisadora. A triangulação de fontes e métodos é uma das estratégias da pesquisa qualitativa que tenta dar conta da confiabilidade e abrangência dos relatos orais ou escritos. Outros estudos serão necessários para aprofundar o impacto da cooperação técnica através desse termo de cooperação na definição das políticas de saúde de um país.

Mapa Geral das Contribuições Alcançadas pelo TC 39

A partir da análise dos resultados do TC e dos resultados observados pelo Planejamento do MS ao longo dos 10 anos, constrói-se uma cartografia das contribuições e relações construídas que culminaram no desenvolvimento de políticas e projetos significativos para a política pública de saúde.

Longe de afirmar que o Termo de Cooperação foi o único responsável pelo sucesso das ações desenvolvidas, procura-se aqui inferir principais correlações entre resultados alcançados do TC e resultados apontados pelo MS no escopo de seu planejamento geral.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:

1. Correlações apontadas pelos entrevistados;
2. Correlações apontadas pelos documentos de análise crítica da política;
3. Correlações visualizadas nos documentos de avaliação do planejamento estratégico do MS;
4. Inferência dos pesquisadores;
5. Políticas e publicações.

Análise das Contribuições do TC – 1ª. Matriz [\[LINK\]](#)

A definição dos objetivos da Matriz coincide com uma o novo ciclo de governo que se inicia. Havia um consenso sobre as limitações do excesso normativo com as NOBS e a busca da construção de um pacto federativo que estimulasse por um lado a autonomia e por outro a solidariedade entre os entes. A construção do PACTO PELA SAÚDE com seus três componentes, o início do apoio integrado aos Estados e municípios na busca da qualificação da gestão, a construção de ferramentas e sistemas de informação que auxiliam nesse apoio e o monitoramento das ações do Pacto caracterizam essa fase do TC. A retomada da regionalização, com os planos de investimento e plano diretor de regionalização e a constituição das Comissões de Gestão Regionais, também é resultado da política nacional que foi apoiada por esse TC. Para tanto, estabeleceu-se a contratação de Prestadores de Serviços e construção de acordos com instituições de fomento para a elaboração, execução, avaliação e disseminação dessas políticas no âmbito nacional. Ainda, como parte dessa nova estratégia de governo de investir na qualificação da gestão, na primeira matriz, o TC foi alocado por algum tempo no

Departamento de Monitoramento da Gestão em Saúde e, nesse período, contribuiu para o primeiro desenho e discussão do que se tornou posteriormente o Indicador de Avaliação de Desempenho do SUS – IDSUS. Na Governança do SUS, se estabelece uma inflexão com a criação das Comissões de Gestão Regional e com o Plano Diretor de Regionalização que estimulam uma definição mais clara da instância de coordenação regional. A criação dos sistemas de acompanhamento de metas e indicadores do Pacto, SISPACTO, e o sistema de acompanhamento do ciclo de planejamento integrado que envolve os relatórios de gestão através da ferramenta SARGSUS também corroboram com uma tentativa de fornecer mais autonomia aos gestores, transparência nas ações e aprendizagem institucional através da organização de dados e relatórios.

A matriz do marco lógico do TC 39 é dividida em Fim, Propósito e Resultados.

Fim

Consolidação e qualificação do SUS.

Propósito

Fortalecimento da capacidade de gestão das três esferas de governo.

Os **RESULTADOS ESPERADOS (RE)** para esse TC, de acordo com a matriz, estão subdivididos abaixo, com as respectivas ações que foram desenvolvidas ao longo do primeiro período que vai de 2004 a 2011.

RE 01: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde fortalecidos em sua capacidade e competência para exercer as suas funções gestoras de acordo com as definições constitucionais e legais.

Ações realizadas

- Estudos sobre a descentralização, suas perspectivas futuras e limites;
- Retomada do desenho da regionalização com suporte na construção de metodologias de elaboração e aplicação dos Planos Diretores Regionais, Planos Diretores de Investimento, Comissões de Gestão Regionais etc;

- Desenho, apoio às reuniões de criação, elaboração e disseminação do Pacto pela Vida, principalmente na aplicação e monitoramento do pacto de indicadores e metas nos estados e constituição de seus mecanismos de organização das relações federativas;

- Construção de metodologias e aplicação nos estados de avaliação e monitoramento do Pacto de Gestão;

- Estudos e elaboração de metodologias de avaliação do desempenho do SUS nos municípios e proposta de alocação de recursos relacionada a esse desempenho;

- Criação do Índice de Valorização da Gestão e outras metodologias de distribuição de recursos federais aos estados e municípios;

RE 02: Processos de apoio técnico entre os três níveis de gestores do SUS implantados.

Ações realizadas

- Realização de estudos sobre o perfil de municípios, sua capacidade de gestão relacionada à média e alta complexidade da assistência;
- Análise das variações identificadas na divisão de responsabilidades pelos estados e municípios, na gestão da média e alta complexidade da assistência (ambulatorial e hospitalar);
- Análise dos indicadores de gestão da saúde nos estados, baseada em indicadores definidos pelo Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada/Secretaria Executiva, no processo de apoio aos estados;
- Apoio à secretaria executiva da CIT e realização das reuniões periódicas, bem como no acompanhamento de seus resultados;
- Evolução do processo de adesão ao Pacto pela Saúde, pelos municípios, ano a ano, de 2007 a 2010.
- Apoio a cooperação técnica junto às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS e Comissões Intergestores Bipartites - CIB com o objetivo de fortalecer e

qualificar a gestão descentralizada do SUS:

- Apoio à realização da iniciativa “Café com Ideias” para a formação e aprimoramento dos técnicos do Ministério da Saúde;

RE03: Propostas de regionalização formuladas e implantadas em todo o território nacional.

Ações realizadas

- Estudos e pesquisas de avaliação da regionalização e das relações federativas na política de saúde do Brasil;
- Elaboração e análise dos Indicadores de Dados Básicos para a Saúde do IDB/RIP-SA;
- Estudos e pesquisas sobre os processos de implementação dos consórcios intermunicipais e consórcios públicos nas regiões do País;
- Estudos e pesquisas sobre os dispositivos de relação federativa definidos pelos Pacto: Colegiados de Gestão Regional, Planos Diretores Regionais e Planos Diretores de Investimento;

Resultados: Relação entre as ações do TC e os resultados identificados pelo Ministério da Saúde . O planejamento do Ministério da Saúde nesse período é dividido em várias ações. A mais relacionada ao projeto do TC 39 é a ação 8287. Nessa fase da análise, buscamos estabelecer uma correlação entre o que foi produzido pelo TC e o que foi identificado pelo Ministério como missão atingida.

Finalidade da ação 8287: fortalecer a capacidade de governo sobre o sistema de saúde nas esferas federal, estadual e municipal, contribuindo para a qualificação da gestão e para a qualificação e humanização da assistência.

RESULTADOS ALCANÇADOS:

- Constituição de 415 Colegiados de Gestão Regional em 2010
- Adesão dos 27 estados e de 73% dos

municípios (4.085) ao Termo de Compromisso de Gestão;

- - 27 estados e 100% dos municípios com metas pactuadas e monitoradas do Pacto de Gestão;
- Publicação do Relatório Anual de Avaliação do Pacto 2007 e o Relatório Anual de Avaliação do Pacto 2008;
- Relatório de Avaliação do Pacto (RAP) 2009
- Elaboração dos instrumentos de Pactuação e Compromissos de Gestão –.
- Realização de oficina e documentos de Integração dos Instrumentos de Planejamento do Pacto pela Saúde e a política PlanejaSUS-
- Elaboração de material técnico para subsidiar o debate com as áreas técnicas do MS, Conass e Conasems, sobre o detalhamento dos valores por bloco de financiamento, análise de risco e proposta de minuta para a nova portaria.
- Elaboração de uma metodologia de repasse de recursos financeiros a estados, DF e municípios, a partir do desempenho dos entes subnacionais nos indicadores dos Pactos pela Vida e de Gestão, o Índice de Valorização da Gestão;
- 100% de pactuação dos Indicadores de acompanhamento da implantação e implementação do Pacto pela Saúde, nos estados. 100% de pactuação dos Indicadores de acompanhamento da implantação e implementação do Pacto pela Saúde, nos municípios
- Capacitação da equipe interna do Departamento de Monitoramento da Gestão Descentralizada através de oficinas, cursos, seminários e Café com Ideias.
- Criação de sistema de informação para acompanhamento do Pacto, SISPACTO;
- Criação de Sistema de Informação de Acompanhamento do Planejamento Integrado e seus dispositivos, SARGSUS;
- 4.085 (73,4%) municípios com Termos de Compromisso de Gestão (TCGM) ho-

mologados na Comissão Intergestores Tripartite e 27 (100%) dos estados com seus Termos de Compromisso de Gestão (TCGE) revisados; 11 estados estimulados à adoção do modelo de gestão para resultados baseado no monitoramento e avaliação das responsabilidades sanitárias e indicadores do Pacto pela Saúde;

- Realização e disseminação da Pesquisa Nacional de Avaliação das CIB para os estados, fomentando o fortalecimento destas instâncias de pactuação intergestores;
- Incorporação da estratégia do Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS ao projeto do Ministério da Saúde com responsabilidade pelo acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde e pela cooperação técnica e financeira a estados e municípios.
- Elaboração e aplicação de Matriz de Indicadores de Gestão para acompanhamento de estados e municípios
- Aplicativo FormSUS (DAGD) revisado e em uso, como ferramenta de sistematização de informações dos estados para o trabalho de cooperação técnica.
- Publicação e distribuição de 14 volumes da Série Pactos (11, 12, 13, 14)
- Criação da área temática na BVS para divulgação das ações de regionalização e descentralização da gestão em saúde.
- 27 estados e 73% dos municípios com Termos de Compromisso de Gestão revisados (TCG é um compromisso firmado pelas Secretarias Estaduais de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera estadual na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS).

Análise

Quando se observam os resultados alcançados nos relatórios de gestão do Ministério e do TC 39, há uma correlação entre as atividades desenvolvidas no escopo do TC e os objetivos traçados pelo Ministério para o período definido. A Constituição de Colegiados de

Gestão Regional em quase todas as regiões, a elaboração e acompanhamento dos Termos de Compromisso de Gestão em quase todo o território nacional, a organização do apoio integrado e a elaboração e disseminação de estudos e pesquisas que qualificam a gestão nos processos de pactuação federativa, apontam para uma sinergia entre Matrizes de Planejamento de cooperação e Instituição parceira.

Análise das Contribuições do TC – 2ª. Matriz [LINK](#)

Com a mudança de governo, em 2010, mesmo considerando a manutenção do projeto político, há uma guinada no processo normativo relacionado à gestão federativa da saúde com a criação do Decreto 7508 e a aprovação da Lei 141. Esses dois instrumentos jurídicos se propõem a regulamentar a lei orgânica 8080/90, no que concerne aos seus dispositivos de governança como as Comissões Intergestores Tripartites, CONASS e CONASEMS e os mecanismos de financiamento. O Decreto organiza, ainda, a gestão estratégica e participativa do SUS a partir da criação do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) que avança na consolidação dos pactos, o Planejamento Integrado composto pelo Plano de Saúde e suas Programações Anuais de Saúde, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde e o Relatório Anual de Gestão e o Mapa da Saúde. O planejamento deve ser ascendente e o COAP deve ser organizado de forma regional, a partir de um instrumento normativo em que prefeitos, governadores e Ministros da Saúde assinam e se comprometem com as responsabilidades e metas definidas em seu conteúdo. A formulação do Decreto 7508, a construção de seus dispositivos e seu acompanhamento tiveram uma forte participação do TC 39 através de prestadores de serviço, instituições parceiras, consultores e colaboradores na elaboração dos termos, projetos, conceitos e pressupostos atrelados a essa construção. A consultoria da Profa. Lenir Santos na elaboração do Decreto e do COAP foi fundamental.

A cooperação com o Consorcio Hospitalar-

io da Catalunha foi significativa, a partir dos dispositivos do decreto, para estimular um repensar de qual é a carteira de serviços do SUS, quais as suas características de governança e quais são as estratégias para uma alocação financeira equitativa, baseada nas necessidades da população. Os instrumentos RENAME e RENASES foram reformulados no escopo dessa parceria, mas ainda não têm efeitos concretos no cotidiano dos serviços.

Constituíram-se, ainda, sistemas de informação relacionados ao acompanhamento do COAP, como o SISCOAP e o SARGSUS, que já existia como sistema, mas estava restrito ao uso da esfera federal, sendo disseminado como ferramenta propulsora do planejamento ascendente. A partir desse novo ciclo de gestão, o SARGSUS teve os seus componentes de disseminação entre estados e municípios organizados, passando a ser, segundo Livio Adelino,

“uma ferramenta mais amigável, permitindo a integração de informações em diversas bases de dados, promovendo a transparência dos investimentos e processos, articulando diversos setores das secretarias e apoiando a participação da sociedade na tomada de decisão”.

O mapa da saúde, previsto também pelo decreto, é uma ferramenta de geoprocessamento de recursos humanos, ações e serviços no território, facilitando a análise de situação de cada região e colaborando com o planejamento do SUS. A elaboração dessa ferramenta contou com o apoio permanente desse TC.

A nova matriz surge em um contexto de reformulação do Ministério da Saúde e o Termo de Cooperação foi redirecionado para os interlocutores da SGEF, onde o Departamento de Articulação Interfederativa foi localizado. A novidade é que o TC 39 passa a ser composto também de ações relacionadas com o Departamento de Informática do SUS e a RIPSAs, Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Desde 2011, o referido Termo de Cooperação apoia a execução das atividades

regulares da RIPSAs (oficina de trabalho interagencial, comitê de gestão de indicadores, comitês temáticos interdisciplinares e secretaria executiva), com destaque especial no período para a descentralização da RIPSAs e um estudo de avaliação da implementação da Metodologia RIPSAs nos Estados.

O DATASUS é o departamento responsável pela criação dos padrões de informação e as estratégias de interoperabilidade que garantam a possibilidade de comunicação entre sistemas de informação distintos por todo o país. Em colaboração com a OPAS, o DATASUS investiu em projetos de parceria para a construção de seu PDTI, aperfeiçoamento de tecnologias para a interoperabilidade, oficinas para a criação do Registro Eletrônico de Saúde que viabiliza o bom funcionamento do Cartão SUS e o E-SUS AB, o novo sistema de informação para a atenção básica.

Destaca-se, ainda, a maior descentralização das ações de cooperação através do apoio aos COSEMS, com o objetivo de auxiliar essas instâncias no protagonismo dos processos de pactuação, contratualização e planejamento que fortalecem a governança do SUS e a regionalização.

Outro aspecto importante é a profusão de observatórios e laboratórios no campo das políticas e serviços de saúde apoiadas por esse TC. A arquitetura de um sistema aprendente, cuja política pública informada por evidência passa a tomar corpo, se beneficia de instituições de pesquisa e produção de conhecimento disponíveis para acompanhar, monitorar, avaliar e sugerir mudanças e inovações no âmbito das ações de governo. A OPAS, por sua característica de valorização das evidências nas políticas de saúde, contribuiu enormemente com a metodologia de laboratórios de inovação, adequada ao momento de experimentação que demarcou o período correspondente a essa segunda fase do TC.

Fim

Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação interfederativa com foco na contratualização e gestão da informação,

Propósito

Aperfeiçoar e consolidar a capacidade de gestão do SUS das três esferas de governo.

RE 01: Aprimoramento do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo de contratualização, cooperação interfederativa e gestão compartilhada do SUS.

Principais atividades realizadas:

- Apoio a realização de Congressos de Secretarias Municipais de Saúde em todo o território nacional
- Apoio ao Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo para contribuir na melhoria da governança do SUS nas regiões de saúde da Grande São Paulo
- Apoio a qualificação da agenda estratégica do Ministério da Saúde para o desenvolvimento dos instrumentos de contratualização com foco nos resultados em termos de equidade, acesso, redistribuição .
- Construção de Metodologia para atualização do RENASES, RENAME
- Apoio a definição do desenho dos instrumentos para o processo de fortalecimento da governança nas regiões de saúde e para incorporar a visão de eficiência e qualidade na gestão dos serviços
- Apoio na definição dos parâmetros para o financiamento e alocação de recursos nas regiões de saúde
- Apoio na definição da metodologia do incentivo de desempenho para contratualização
- Apoio na qualificação da equipe do DAI/SGEP nos elementos que permitam desenvolver os processos vinculados a modernização da gestão do SUS
- Construção do Laboratório de Inovação de Sistemas e Serviços de Saúde
- Apoio na criação do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde em parceria com o CONASEMS
- Apoio e desenvolvimento do Contrato

Organizativo da Ação Pública da Saúde

- Desenvolvimento de uma cooperação com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde e o Instituto de Direito Sanitário para fornecer acesso a informações referentes à legislação do SUS online.

Dar suporte ao:

- Análise do Processo de Construção da Gestão Regional no Estado de São Paulo – COAP/Redes de Atenção à Saúde

Correlação entre planejamento do Ministério da Saúde e os resultados do TC

Estratégia 01 (OE 09) - Aprimoramento do Pacto Federativo, com desenvolvimento do processo de contratualização, cooperação interfederativa e gestão compartilhada do SUS (OE 09).

1. Mapa da saúde constituído e estabelecida uma parceria com o Hospital Alemão através do PROADES
2. O decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011 publicado no dia 29/06/2011, regulamenta aspectos da Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde).
3. Elaboração da da RENASES em parceria com o Consorcio Hospitalario da Catalunha.
4. Implantação do COAP em dois estados e estabelecendo o processo de negociação dos demais.

Estratégia 4 (OE 09) - Implementação da política de informação e informática em saúde para tomada de decisão na perspectiva interfederativa.

Análise de situação em saúde produzida pela RIPSAs;

Metodologia RIPSAs implantada nos estados pactuados e Indicador de Dados Básicos (IDB) produzido e publicado,

Estratégia 5 (OE 09) - Universalização do Cartão Nacional de Saúde na perspectiva da

qualificação da gestão interfederativa.

Avanço na construção do RES e da universalização do Cartão.

Análise

Observa-se, a partir do resultado do planejamento da SGEF, que as ações se concentraram na universalização do Cartão SUS e na construção e aperfeiçoamento dos dispositivos do decreto como o COAP e o mapa da saúde, bem como avança na articulação federativa e na parceria com outras áreas do Ministério na definição da relação nacional de serviços ofertados pelo SUS. O acesso, os pactos solidários e o desempenho mais eficiente marcam esse planejamento assim como marcam as ações organizadas pelo TC, mostrando mais uma vez a sintonia entre os dois projetos.

As Redes, Observatórios e Laboratórios: estratégias de aprendizagem institucional permanente

Esse tópico descreve as redes, observatórios e laboratórios que foram objeto desse TC e que contribuíram ou contribuem para a qualificação da informação na gestão pública de saúde e para o aprendizado permanente das instituições envolvidas. Descrevem-se aqui a RIPSAs, os observatórios de políticas de São Paulo e da ABRASCO e o Iberoamericano liderado pelo CONASEMS, bem como o início de um laboratório de Inovação em Governança e Regionalização. Uma das contribuições fundamentais de um Termo de Cooperação técnica é a produção e difusão de inovações na temática de referência, bem como o estímulo à criação de plataformas que tornem mais permanente a troca de experiências e informações entre os pares.

RIPSA

A RIPSAs é um componente que está, desde 2011, no DATASUS e que tem na OPAS como contraparte da Unidade Técnica de Serviços de Saúde, a Unidade de Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis.

A RIPSAs foi concebida por iniciativa conjun-

ta do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), com o objetivo primordial de produzir, analisar e qualificar informações estratégicas direcionadas à gestão e avaliação de políticas públicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas informações são estruturadas em indicadores específicos, que retratam a situação de saúde em seus aspectos socioeconômicos, demográficos, e os determinantes relacionados aos fatores de risco para doenças crônicas e morbimortalidade.

A Rede fundamenta-se no trabalho interinstitucional e intersetorial, com a execução de planos de trabalho aprovados por consenso, amplamente discutidos pelos representantes das instituições acadêmicas e governamentais que integram a RIPSAs em suas diferentes instâncias. Dentre os principais produtos da Rede, estão os “Indicadores de Dados Básicos” (atualmente com 145 indicadores) e os “Informes de Situação e Tendências”.

As instituições componentes (atualmente cerca de 30 instituições) participam do processo colaborativo comum por meio de seus representantes nos fóruns colegiados e nos comitês técnicos que integram a Rede, quais sejam:

Oficina de Trabalho Interagencial (OTI): É o principal fórum colegiado da Ripsa, incumbido do planejamento participativo e da condução técnica dos trabalhos. A OTI é integrada por representantes de instituições que se destacam na produção, análise e disseminação de dados e informações nacionais de interesse para a compreensão da situação de saúde. Ela deve se reunir ao menos duas vezes por ano, para deliberar sobre o andamento dos trabalhos e aprovar a pauta de ações e produtos propostos pelo secretariado da Rede para o período seguinte. Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014, foram realizadas 7 reuniões da OTI, cujo teor completo está disponível nos relatórios das reuniões realizadas.

Comitês de Gestão de Indicadores (CGI): Têm a responsabilidade de aperfeiçoar continuamente as bases de dados, mediante

análises e adequações periódicas. Estão correlacionados às sete categorias de indicadores adotadas na matriz da RIPSAs, e foram constituídos para potencializar a participação das instituições, segundo as suas afinidades temáticas. Cada um deles é coordenado pela instituição que, por deliberação da OTI, foi considerada mais representativa do conjunto, a saber: demográficos (IBGE), socioeconômicos (Ipea), mortalidade (Faculdade de Saúde Pública/USP), morbidade (Faculdade de Saúde Pública/USP), fatores de risco (Secretaria de Vigilância em Saúde/MS), recursos (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/MS) e cobertura (Secretaria de Atenção à Saúde/MS). Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014 cada CGI se reuniu pelo menos 1 vez ao ano, totalizando 13 reuniões. Os resultados dos trabalhos realizados por cada CGI são sumarizados por meio da publicação anual do Folheto “Indicadores de Dados Básicos” (IDB).

Comitês Temáticos Interdisciplinares (CTI): São constituídos temporariamente, por proposição da OTI, para aprofundar a análise de questões metodológicas e operacionais relacionadas aos produtos da Rede. Sua composição depende do tema tratado, que pode requerer a participação de representantes institucionais e de especialistas convidados. O trabalho de cada CTI é precedido da elaboração de um Esquema Básico – ou termo de referência – submetido à aprovação da OTI. Conforme a natureza do objeto, a atuação do CTI pode necessitar do apoio de grupos de trabalho ad hoc. O produto final do comitê temático é um relatório de recomendações que instrumentaliza as deliberações específicas da OTI, para que sejam implementadas pelo secretariado da Rede e pelas instituições que compõem a própria Oficina de Trabalho. Desde a criação da RIPSAs, foram constituídos 16, que abordaram um amplo espectro de questões no campo da informação em saúde.

No período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, foram discutidas a formação de 4 CTIs, a saber: a) Recursos Humanos, b) Mapa da Saúde, c) Saúde do Idoso e d) Comparação CNES x AMS. Por motivos distintos, apenas 1 destes 4 CTIs foi criado e encontra-se em plena atividade: o CTI Comparação CNES x

AMS. Este Comitê tem como objetivo definir os conceitos de leitos hospitalares, atualmente usados pelo MS, que irão orientar a unificação das fontes de informação para indicadores de recursos, usados pela AMS/IBGE e o CNES/MS. Como perspectivas para 2015, a RIPSAs almeja a reativação dos outros 3 CTIs supracitados e a criação do CTI “Informação para Gestão”.

Secretaria Técnica (ST): consiste de uma equipe designada pelo Secretário-Executivo do Ministério da Saúde para apoiar a implementação das atividades e dos produtos da RIPSAs, tendo por base o Planejamento Operacional de Produtos (POP), aprovado anualmente pela OTI. A composição da ST tem variado muito ao longo do tempo, acompanhando mudanças estruturais e funcionais do Ministério da Saúde. A ST constitui o cerne do funcionamento da Rede, por sua responsabilidade de promover a viabilização dos mecanismos para decisão recomendados pela OTI, devendo-se reunir, preferencialmente, a cada mês ao longo do ano ou de acordo com a necessidade.

OUTRAS ATIVIDADES ESTRATÉGICAS:

Compatibilização das estimativas populacionais segundo unidades da Federação por sexo e idade, numa série histórica de 13 anos (2000-2013): Atualmente existem 3 fontes de estimativas populacionais, publicadas no sítio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com usos distintos: totais por Estados (indicadores da RIPSAs), Tribunal de Contas da União (Estados e Municípios) e Saúde Brasil. Devido às divergências metodológicas para estimativas populacionais utilizadas nessas fontes, chegou-se à conclusão, em fórum de discussão da RIPSAs, da necessidade de compatibilização dessas estimativas desagregadas por sexo e idade da população residente nos 5.570 municípios brasileiros para o período de 2000 a 2013, com uma única metodologia. Neste contexto, por meio de cooperação com o IBGE, a RIPSAs executou o contrato de um consultor para realização do trabalho referente aos cálculos da série histórica de populações municipais por sexo e idade para o período 2000

a 2013. Este trabalho foi supervisionado pelo IBGE em parceria com os CGIs Demográfico e Socioeconômico da RIPSAs. O trabalho teve início em 2013 e finalizou-se em 2014. Desde então, os seus resultados estão sendo discutidos no CGI Demográficos e o lançamento oficial das estimativas populacionais no site do IBGE está previsto para o 1º semestre de 2015.

Iniciativa RIPSAs no Estado: A partir de 2007, a RIPSAs iniciou ações em cooperação com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), com a finalidade de promover a “Metodologia RIPSAs” nas unidades federadas que optem por aderir ao processo. Para melhor acompanhamento e aprendizagem da experiência de implementação da “Metodologia RIPSAs” em unidades da Federação, definiu-se por trabalhar em parceria com um Estado por macrorregião brasileira, constituindo-se, assim, os cinco pilotos da iniciativa “RIPSAs no Estado”, a saber: Bahia, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Santa Catarina e Tocantins.

Esses cinco Estados compõem o denominado 1º ciclo de implantação da metodologia RIPSAs.

Revisão do Livro “Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações”:

Esta atividade consiste na revisão integral de todo o conteúdo das fichas de qualificação dos 145 indicadores que atualmente compõem a matriz de indicadores da RIPSAs e está diretamente relacionada ao trabalho desenvolvido nos CGIs. Para este trabalho de revisão e elaboração da 3ª edição do livro, a RIPSAs contratou o Dr. Maurício Gomes Pereira (UNB) e o Dr. João Baptista Risi Júnior, membros eméritos da RIPSAs, para a elaboração de produtos direcionados à esta atividade. A última edição do livro (2ª edição) foi lançada em 2008 e a perspectiva é que esta 3ª edição seja lançada até dezembro de 2015.

Biblioteca Virtual em Saúde – RIPSAs (BVS-RIPSAs): Em parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS/OMS (BI-

REME), é desenvolvido e monitorado o conteúdo do Portal Oficial da RIPSAs. O processo de revisão e atualização dessas atividades é discutido no âmbito do “Núcleo Executivo da BVS-RIPSAs”, grupo técnico composto por representantes de diversas instituições que discutem os temas relevantes ao conteúdo do Portal em reuniões semestrais e os submete para o fórum da ST e posteriormente para a plenária da OTI.

Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2014 foram realizadas capacitações aos membros da RIPSAs nos 5 Estados do 1º ciclo para a gestão e a operação do portal BVS, bem como para uso e administração do Espaço Colaborativo da BVS-RIPSAs (ECO-RIPSAs) e apoio na construção do Portal de cada Estado. A equipe da BVS também realizou capacitações para os membros das instâncias da RIPSAs Nacional (ST e CGIs). As informações detalhadas destes processos encontraram-se disponíveis nos Informes técnicos elaborados pela BIREME, disponíveis no ECO-RIPSAs. Neste período, em continuidade às ações de divulgação em eventos de âmbito nacional, em novembro de 2011 as equipes da BIREME/OPAS/OMS, participaram do 8º Congresso Brasileiro de Epidemiologia (EPI 2011) organizado e promovido pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Outra atividade que merece ser destacada foi a elaboração do novo Portal da BVS-RIPSAs que iniciou-se em Abril/2014, com a realização de uma Oficina de trabalho onde foi apresentado o novo programa a ser utilizado, o WordPress, surgindo assim a demanda de migração e reestruturação de todo o conteúdo da BVS-RIPSAs para esta nova ferramenta. Este trabalho também se estendeu para a padronização e auxílio na construção dos Portais de cada Estado, atividade em andamento. Por indicação da Coordenação Nacional da RIPSAs, a OPAS foi a instituição indicada para representar a Rede durante a VI Reunião da Rede BVS-Brasil e compor o Comitê Consultivo da Rede BVS-Brasil. A Cerimônia ocorreu em São Paulo, na Sede da Secretaria Estadual de Saúde em junho/2014. Todos os relatórios das reuniões disponíveis no ECO-RIPSAs.

Laboratório de Inovação em Governança e Regionalização

“Os Laboratórios de Inovação são espaços de produção de evidências e de gestão do conhecimento, a partir de práticas, processos, ferramentas, programas e políticas inovadoras na área da saúde. Foram desenvolvidos como uma proposta metodológica para produzir, qualificar, sistematizar e divulgar as inovações em saúde, inicialmente no âmbito do SUS e com foco nas Redes de Atenção e Atenção Primária em Saúde. Essa proposta vem sendo desenvolvida e aperfeiçoada desde 2008 e faz parte do escopo de cooperação técnica entre OPAS/OMS no Brasil e Ministério da Saúde (KEMPER, LELES, 2012)”

Na SGEP, o laboratório de governança e regionalização foi criado para acompanhar as inovações locais, mas fundamentalmente para acompanhar o processo de experimentação do novo desenho do pacto federativo com a inserção do COAP. As atividades que foram conduzidas no escopo desse laboratório tinham também o objetivo de construir novas práticas e novos saberes e qualificar os gestores e técnicos do Ministério da Saúde para a construção da inovação que foi desencadeada com o advento do Decreto 7508.

Duas iniciativas foram fundamentais sob a égide desse laboratório: 1. A Discussão da ideia dos laboratórios de inovação para além da experiência brasileira, construindo uma parceria para a sua fundamentação como nova tecnologia a ser ofertada pela OPAS. O modelo abaixo retrata um esforço que não foi finalizado.

A segunda iniciativa foram as pesquisas desenvolvidas de acompanhamento do COAP em São Paulo pela equipe da USP e no Ceará em uma parceria USP/Fiocruz.

O Laboratório de Inovação em Governança e Regionalização falhou em desenvolver uma estratégia permanente de qualificação de gestores com as temáticas estratégicas.



INDEED MODEL: DENIS, JL. ATUN, RIFAT. PAULA, J.B.

Esse desenho nasce de uma necessidade de construção de um modelo conceitual para descrever as indagações e observações que os pesquisadores vinham fazendo sobre as características de um laboratório de inovação. A ideia é que ele teria que ser capaz de funcionar como uma plataforma propulsora da inovação desde o seu desenho, execução e disseminação e que as pesquisas e avaliações teriam que servir para reorganização da inovação em um tempo adequado. Para que o gestor ou o idealizador possa se beneficiar das contribuições dos estudos e avaliações desenvolvidas.

Foi feita uma pesquisa sobre os laboratórios de avaliação da OPAS e as entrevistas estão disponíveis para análise.

Realização de Pesquisas Colaborativas

Desde 2012, são realizadas pesquisas colaborativas no âmbito da regionalização e governança no SUS e em outros sistemas universais de saúde, contando com técnicos, gestores e consultores da SGEP/MS, em cooperação com acadêmicos das seguintes instituições: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Centro Nacional de Pesquisa Científica da França; Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard (EUA); Escola Nacional de Administração Pública do Québec (Canadá); Escola de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; Escola de Saúde Pública do Ceará; Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Instituto de Direito Sanitário (IDISA).

PRINCIPAIS RESULTADOS

Análise do Processo de Construção da Gestão Regional no Estado de São Paulo – COAP/Redes de Atenção à Saúde: Áquilas Nogueira Mendes – USP

Nesse estudo os autores se propõem a fazer uma análise da construção da Gestão Regional no Estado de São Paulo com o foco no COAP e nas Redes de Atenção

Os resultados apontam para um reconhecimento do COAP como o principal instrumento político atual de pactuação regional, apontados os limites e desafios do seu planejamento. Há um reconhecimento das dificuldades do sistema federativo e da resposta insuficiente as necessidades regionais.

Há um protagonismo dos COSEMS, mas há dificuldade apresentada pelos municípios de pequeno porte de assumirem o protagonismo da regionalização e da pactuação.

A construção do Mapa foi criticada pelo grau de imprecisão, mas foi reconhecido como um instrumento de processo importante para a construção dos planos de saúde de forma ascendente e que a própria confecção do mapa deveria ser feita com a participação dos atores regionais.

As redes de atenção são vistas como um dispositivo de organização dos serviços e são vistas como indispensáveis em decorrência do nível de incorporação tecnológica nos serviços de saúde. Há questões sobre a dimensão territorial das redes.

GOVERNANÇA REGIONAL NO SUS: UM ESTUDO DE CASO

Jean-louis Denis

Oswaldo Tanaka

Patrícia Ribeiro

Objetivo do estudo

Fornecer subsídios para compreensão dos processos em curso de implementação do Coap e para construção de metodologia visando o acompanhamento e monitoramen-

to das mudanças introduzidas por esta reconfiguração da gestão regional do SUS: no planejamento da saúde, na assistência à saúde, e, nas relações intergovernamentais

Alguns resultados da pesquisa

Atuação direta do nível ministerial, com representação de peso, motivando tanto nível municipal como estadual na implantação do COAP.

COAP fortemente impulsionado pelo nível estadual, com envolvimento efetivo do governador.

COSEMS: presente na coordenação política do processo de negociação.

Significativa interlocução entre os atores políticos estaduais e o Ministério da Saúde. Restrito envolvimento real dos prefeitos.

CIR como locus de discussão e negociação, mas com poder de ação limitado.

Baixa organicidade entre os atores políticos locais na articulação política para a resolução dos problemas da região.

Com relação a formulação do COAP:

Reconhecimento da região como território de resolução de problemas e de ação solidária » responsabilidade comum.

Esforço coletivo de identificação de problemas na região.

Sensibilização e concordância dos diversos atores políticos.

Liderança da COPAS e da CORES (SES-Ceará), em sua elaboração.

Predominância da equipe técnica da CRES na produção das informações.

Excesso de normatividade ministerial/Exigência de várias revisões técnicas.

Agenda do COAP/Agenda eleitoral.

Organização regional estabelecida no PDR (22 microrregiões; 4 macrorregiões).

Momento de transição da gestão municipal (4 dos 6 municípios com novos prefeitos). Desmobilização dos envolvidos, a partir da nova

gestão municipal dos governos eleitos. Frágil envolvimento dos municípios em possíveis reorganizações do sistema de saúde regional. Inserção tardia das Secretarias do Ministério da Saúde (exceto SGEPI) e tensões quanto ao COAP. Agenda das Redes Temáticas ≠ Agenda do COAP. Excessiva abrangência, extensão e detalhamento do registro das responsabilidades, atribuições e compromissos direcionados às mudanças necessárias na região (500 páginas).

Baixa disseminação do contrato entre membros das equipes técnicas municipais e estadual. Consórcios e equipamentos regionais não foram alavancados. Instabilidade política na gestão do município pólo (três substituições do secretário em um ano) restringiu as possibilidades de avanço da perspectiva regional. Dificuldade de consolidação de interações políticas, intergovernamentais e sociais na região.

Oficinas, Encontros e Seminários em Governança e Regionalização

I Encontro dos Laboratórios de Inovação em Gestão de Sistemas de Saúde. Brasília, 22 e 23 de Abril de 2013. Apresentou orientações para a continuação das experiências dos Laboratórios, com destaque para suas características indispensáveis no sentido da exploração do potencial do Laboratório para geração de impactos positivos na saúde pública e em sua gestão. Estimulou iniciativas, ao empoderamento, à autonomia, à capacidade de pensar ideias novas entre aqueles que estão no cotidiano do sistema, com constituição inclusiva em sua metodologia, oferecendo retorno aos usuários, trabalhadores e gestores do sistema que estão na ponta.



Simpósio Québec – Brasil Governança, Regionalização e Desempenho dos Sistemas de Saúde Pública. Montréal, Canadá, 27 a 30

de Novembro de 2012. Pretendeu identificar os desafios e potencialidades da descentralização e da regionalização em Québec e no Brasil. Estimulou a análise do desempenho do sistema de saúde público e seu potencial a partir da perspectiva dos usuários.

Reunião de Grupo de Trabalho do Laboratório de Inovação. Rio de Janeiro, 15 a 18 de Dezembro de 2012; São Paulo, 18 de Setembro de 2012. Com a presença do Dr. Osvaldo Tanaka, Dra. Patrícia Ribeiro, Dr. Rifat Atun, Dr. Jean Louis Denis, Dr. Félix Rigoli e Dr. Odorico Monteiro, foram delineadas orientações para definição e adequação de eixos da pesquisa em Regionalização e Governança.

1º Ciclo de Debates do Laboratório de Inovação em Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília; 21, 22 e 23 de Abril de 2012. Inicia os Ciclos de Debate com exposição da experiência canadense em Governança e Regionalização em Saúde para o público convidado.

EIXO: TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Realização de Oficinas de Aperfeiçoamento para Construção do Registro Eletrônico de Saúde. Rio de Janeiro, 1 a 3 de Agosto de 2012. Objetivos da Oficina: Aprimorar e continuar o processo de construção do Registro Eletrônico de Saúde, tendo em conta as particularidades como estruturas de arquétipos; Desenvolver uma série de manobras estratégicas para contribuir à equipe técnica brasileira com o objetivo de melhorar a arquitetura de negócios em curso e de inovação; Definição de padrões de interoperabilidade funcional, sintática e semântica entre os sistemas de saúde; Construção de um ESB para a interoperabilidade dos sistemas do SUS (Barramento de Integração). Participação de dois Consultores do NHS: Singh Inderjit – Especialista em Interoperabilidade e David Knight – Especialista em Políticas de e-Saúde

Realização de Oficinas de Aperfeiçoamento para Construção do Registro Eletrônico de Saúde. Rio de Janeiro, 1 a 3 de Agosto de 2012. Objetivos da Oficina: Aprimorar e continuar o processo de construção do Registro Eletrônico de Saúde, tendo em conta as particulari-

dades como estruturas de arquétipos; Desenvolver uma série de manobras estratégicas para contribuir à equipe técnica brasileira com o objetivo de melhorar a arquitetura de negócios em curso e de inovação; Definição de padrões de interoperabilidade funcional, sintática e semântica entre os sistemas de saúde; Construção de um ESB para a interoperabilidade dos sistemas do SUS (Barramento de Integração). Participação de dois Consultores do NHS: Singh Inderjit – Especialista em Interoperabilidade e David Knight – Especialista em Políticas de e-Saúde.



II Mostra Nacional em Gestão Estratégica e Participativa (II Expogep). Brasília, 02 a 06 de Fevereiro de 2014. Participação na Comissão Organizadora e colaboração na elaboração geral do evento. Convite a parceiros estrangeiros, mediante prospecção de afinidades temáticas e inovações relevantes, para participação em Mesas Magnas, Atividades Temáticas e Seminários Internacionais, com a presença de representantes de líderes de movimentos sociais, como a Diretora da ALAMES, e instituições como Ministérios estrangeiros dos Estados Unidos, Portugal, Peru e Argentina, referências acadêmicas do Canadá, do México, da Argentina e da França. Destacam-se as seguintes atividades realizadas: Seminário Bi-Nacional Brasil/EUA para enfrentamento ao Racismo em Saúde (JAPER); o Seminário Internacional sobre Formação e Remuneração do Profissional de Atenção Primária, e a Mostra Internacional de Ouvidoria.

Organização do I Fórum Internacional sobre Cobertura e Sistemas Universais em Saúde. 01 e 02 de Fevereiro de 2014. Organização do evento que contou com representantes institucionais do MS Brasil, OPAS/OMS - Es-

critório Regional de Washington e representações do Brasil e Peru, Escola de Saúde Pública de Harvard, ALAMES, ENAP-Québec, ABRASCO, ISAGS, MS Argentina, Peru, Equador, Paraguai, totalizando a presença de convidados oriundos de mais de quinze países.

Organização do I Fórum Internacional sobre Cobertura e Sistemas Universais em Saúde. 01 e 02 de Fevereiro de 2014. Organização do evento que contou com representantes institucionais do MS Brasil, OPAS/OMS - Escritório Regional de Washington e representações do Brasil e Peru, Escola de Saúde Pública de Harvard, ALAMES, ENAP-Québec, ABRASCO, ISAGS, MS Argentina, Peru, Equador, Paraguai, totalizando a presença de convidados oriundos de mais de quinze países.

Observatório Ibero-Americano de Sistemas e Políticas de Saúde (OIAPSS)

O Observatório Ibero-americano de Sistemas e Políticas de Saúde é uma iniciativa inter-institucional, inter-governamental de caráter nacional e internacional, sendo constituído por uma rede de observatórios nos diferentes países participantes. É um espaço de comunicação e intercâmbio de informações, sem fins lucrativos, com o propósito fundamental de defender e fortalecer os sistemas públicos e universais de saúde. Com o objetivo de dar valor e utilização à informação em saúde, é um centro de sistematização e atualização, monitoramento, análise e avaliação, serviço de assessoria e de apoio à gestão e difusão, comunicação e transferência de conhecimento, apoiando os espaços interinstitucionais de articulação e vinculação entre governos, atores e sujeitos sociais que atuam na área da saúde e lutam pelo direito à saúde. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa apoia o Núcleo Brasil, junto ao Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP-UnB) e ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.



A SGEP participou do Encontro do OIAPSS entre 06 e 09 de Maio de 2013, em Rosário, na Argentina. Em 2014, a primeira atividade do ano do OIAPSS foi realizada durante a II EXPOGEP. O OIAPSS, a OPAS/OMS, a SGEP e a Confederação Luso-Francófona da Saúde realizaram o I Seminário Internacional sobre Formação e Remuneração de Profissionais da Atenção Primária à Saúde.

Temas centrais: descentralização, regionalização, redes de atenção à saúde, coordenação dos serviços; financiamento, alocação; relação público/ privado, modelos de gestão público/ privado; processos de trabalho em atenção primária à saúde; gestão da clínica; monitoramento e avaliação; medicalização e complexo produtivo.

PROJETOS

Monitoramento e Análise: Elaboração de uma matriz analítica baseada em indicadores de 9 categorias; Pesquisa exploratória sobre as necessidades de conhecimento para a tomada de decisão dos gestores da saúde na Ibero-américa.

Comunicação: Formação; Curso de elaboração de Políticas Briefs.

ESTRUTURA

O Oiapss é representado por núcleos situados nos países membros, os quais periodicamente revezam-se para representação do Observatório Ibero-Americano. Atualmente, o Núcleo Brasil é o representante e instalou sua sede física no Núcleo de Estudos em Saúde Pública, na Universidade de Brasília (Nesp/UnB).

Estrutura Diretiva para o Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde: Conselho Consultivo/ Deliberativo/ Científico: composto pelo Comitê Diretor do Núcleo Brasil, por representantes dos Núcleos dos demais países, por representantes dos parceiros do Brasil e dos demais países;

Grupo Operacional: com funções executivo/ operacionais

Pesquisadores: composto pelos pesquisadores permanentes e pelos que no momento estão trabalhando com produtos contratados pelo Observatório.

Fonte: sítio da UNB

Observatório de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo

Atua junto aos profissionais e gestores dos municípios da região e com as instâncias

regionais e de planejamento da SES/SP e COSEMS/SP, na perspectiva de apresentar e debater temas de interesse à melhoria das políticas públicas que, direta ou indiretamente, interferem na saúde da população metropolitana e apoiar os processos que buscam garantir maior eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observatório de Políticas de Saúde/ABRASCO

O Observatório de Políticas de Saúde é uma ferramenta para desenvolver e apoiar as ações e estratégias de saúde baseadas em evidências por meio de análise abrangente e rigorosa da dinâmica do sistema de atenção à saúde no Brasil. Organizado por meio da vinculação de pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa, técnicos de secretarias de saúde e do Ministério da Saúde e decisores situados nos poderes legislativo e judiciário que trabalham com temas relacionados direta e indiretamente com o sistema de saúde brasileiro. Pretende funcionar como uma plataforma avançada da formulação e análise de política de saúde nacionais e internacionais e pesquisas sobre práticas e sistemas de saúde.

RESULTADOS

1. Sistematização de dados a partir dos levantamentos, estudos, pesquisas e reuniões e outros eventos realizados
2. Boletim Mensal com análise de proposições dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário
3. Divulgação de fatos, estatísticas, indicadores e tendências de sistemas de saúde estaduais, municipais e do sistema nacional de saúde
4. Parcerias do Observatório de Políticas de Saúde com o European Observatory on Health Systems and Policies e com o Observatório Ibero-Americano de Políticas e Sistemas de Saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos chama a atenção a tentativa de reorganização dos serviços de saúde no território, como uma inovação institucional que deve ser observada cuidadosamente. Como uma estratégia de melhorar a qualidade e o acesso aos serviços, bem como potencializar a ação de cada município, através de um planejamento integrado que leve em consideração o mapa sanitário e as necessidades de uma população que pertence geográfica e culturalmente a uma dada região. No entanto, precisamos olhar cuidadosamente como vai se dar a resposta aos instrumentos ofertados ao SUS, a partir da publicação do Decreto 7508. Há um forte componente de fortalecimento da governança regional. Seus dispositivos estão direcionados para isso, mas temos que levar em consideração o contexto brasileiro e o modelo federativo.

Segundo Viana, 2002, ao pesquisar as comissões de gestão regional criadas por ocasião do Pacto da Saúde,

Em muitas regiões, a governança é função da atuação de alguns poucos municípios que possuem papel diferenciado na rede de prestação de serviços. Em outras, as

Secretarias de Estado de Saúde (SES) assumem um papel de destaque por meio da implantação e/ou reconfiguração de suas estruturas regionais (coordenadorias, diretorias, escritórios ou núcleos regionais).

E, na maioria das situações, arranjos e instrumentos de gestão compartilhada são conformados (comissões intergestores regionais, consórcios de saúde), visando ampliar a coordenação federativa do processo de regionalização.

Os debates científicos e políticos sobre o fenômeno da governança regional têm se intensificado no Brasil nos últimos anos e as práticas têm sido cada vez mais inovadoras e resolutivas, trazendo destaque ao país pela contribuição valiosa que vem prestando à comunidade internacional nesse sentido. A governança colaborativa na região de saúde para um país como o Brasil é uma estratégia mais que essencial, observadas as desigualdades sociais em todo o território nacional, bem como as diferenças de oportunidades e recursos entre regiões e cidades. No entanto, há de se construir um esforço científico de trazer à tona as evidências necessárias para que o gestor e o investidor social possa ter informação sobre o que precisa ser feito para garantir a melhoria da qualidade de vida da população e que os profissionais tenham acesso às metodologias experimentadas por outros atores internacionais. O objetivo maior é que as experiências possam ser discutidas, avaliadas e até mesmo reproduzidas em outros espaços.

Esse é o objetivo precípuo da cooperação técnica. É a construção de laços ou o fortalecimento deles. É a organização de atividades e estratégias que tenham consonância com as necessidades de um povo e a garantia que essas iniciativas serão cuidadosamente planejadas e avaliadas ao longo do tempo. E que seus resultados, suas construções e inovações sejam sistematizados e disseminados por todos os atores que tenham mais ou menos acesso.

Avaliar os impactos desse TC na vida do SUS não é tarefa fácil, mas podemos inferir

que as ações e iniciativas do escopo do mesmo foram sincronizadas com a realidade e com as iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde, a partir da necessidade de aperfeiçoamento da qualidade e desempenho do SUS.

ANEXO

[LINK 1]

Matrizes lógicas 1º TA – TC 39, 7o. TA

MAIS DOCUMENTOS E PUBLICAÇÕES PRODUZIDOS PELO TC

- [LINK 01] [LINK 02]
- [LINK 03] [LINK 04]
- [LINK 05] [LINK 06]
- [LINK 07] [LINK 08]
- [LINK 09] [LINK 10]
- [LINK 11] [LINK 12]
- [LINK 13] [LINK 14]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATUN R.**, Health Systems, systems thinking and Innovations. Health Policy Plan. 2012. Oct. 27 suppl. Downloaded from <http://www.heapol.oxfordjournal.com/>
- BYDLOVSKI & WESTPHAL ET AL.** Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004. Revista Brasileira de Psiquiatria. July-September. 1999, Vol.21 n. 3 p 174-176
- DENIS, J.L & DOSTIE, C.** Mapping governance concepts: Policy capacity and innovation for healthcare reforms. 2013.mimeo
- KEMPER, Elisandrea; LELES, Fernando.** Laboratório de Inovação – Inovação e conhecimento. In: AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Laboratório de Inovação na Saúde Suplementar. Brasília, DF: 2012
- OPAS/OMS.** Saúde nas Américas, 2012. Disponível em: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=pt
- VIANA, A.L., LIMA, L.D & FERREIRA, M.P.** Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2317-2326, 2010
- VICTORA et al.** Saúde no Brasil 6 – Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. Maio 2011. Online. www.thelancet.com
- ARRETCHE M.** Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia Ciênc. saúde coletiva vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200002>
- GOULART. FA,** Documento contendo consolidação sistemática e analítica referente a temas da regionalização de saúde, incluindo marcos legais e conceituais atualizados. Brasília,2007. OPAS/OMS MIMEO
- OPAS/OMS.** Desenvolvimento Sustentável e Saúde: tendências dos indicadores e desigualdades no Brasil. Série Desenvolvimento Sustentável e Saúde 1. Brasília 2014
- OPAS/OMS.** Saúde nas Américas, 2012. Disponível em: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=pt
- ROSELLA, D., O’Hardy M., PAMPONET ML , AQUINO R.& BARRETO ML,** Impact of primary care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. BMJ 2014;348, g4014 doi/11136/bmj.g4014 (Published 3 July 2014 open access

OPAS Brasil
Março/2015

