

Implicações da implementação de projeto Proadi para a gestão do SUS: fragilização da gestão pública?

Implications of implementing a PROADI project for the SUS management: Weakening of public management?

Implicaciones de la implementación del proyecto PROADI para la gestión del SUS: ¿debilitamiento de la gestión pública?

Nicanor Rodrigues da Silva Pinto¹, Sandra Maria Spedo¹, Marília C. P. Louvison², Aylene Emilia Moraes Bousquat², Ana Lígia Passos Meira³, Marco Akerman², Oswaldo Yoshimi Tanaka²

DOI: 10.1590/2358-2898202615011190P

RESUMO O objetivo deste artigo é discutir a participação de atores político-institucionais no processo de implementação do projeto Planifica-SUS, do Programa de Apoio ao Desen-volvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), e suas implicações para a gestão do SUS. É recorte temático de um estudo de casos múltiplos que analisou esse pro-cesso. As fontes de evidências utilizadas foram entrevistas não estruturadas realizadas com oito atores político-institucionais do SUS relacionados ao projeto, incluindo o hospital de excelência responsável. Evidenciaram-se diferenças significativas no envol-vimento desses atores que compõem a gestão do SUS das três esferas de governo nesse processo. Destacou-se a fragilidade da participação da gestão municipal, apesar de se tratar de projeto que inci-dia diretamente na (re)organização da Atenção Primária à Saúde. A adoção do modelo ‘top-down’ de implementação pode ter implicado resistências e comprometido sua continuidade. Ressalta-se a importância de se discutir sobre a opção do Ministério da Saúde de utilizar o Proadi como estra-tégia para implementar programas e políticas prioritárias do SUS, o que pode implicar a fragilização da gestão pública e o fortalecimento da participação do setor privado da saúde na gestão do sistema.

PALAVRAS-CHAVE Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Parcerias Público-Privadas. Política de saúde. Privatização.

ABSTRACT The objective of this article is to discuss the participation of political and in-stitutional actors in the implementation process of the project Planifica-SUS, under the Uni-fied Health System Institutional Development Support Program (PROADI-SUS), and its im-plications for SUS management. It is a thematic section of a multiple-case study that ana-lyzed this process. The sources of evidence used were unstructured interviews conducted with eight institutional actors within the SUS related to the project, including the hospital of excellence responsible for it. Significant differences were revealed in the involvement of these actors, who comprise SUS management from the three spheres of government in this process. The fragility of municipal management participation was highlighted, despite the project directly impacting the (re)organization of Primary Health Care. The adoption of a top-down implementation model may have led to resistance and compromised its continuity. It is important to highlight the importance of discussing the Ministry of Health’s option to use PROADI as a strategy to implement priority SUS programs and policies, which may im-ply the weakening of public management and the strengthening of the participation of the private health sector in the management of the system.

KEYWORDS Unified Health System. Health management. Public-Private Sector Partner-ships. Health policy. Privatization.

RESUMEN El objetivo de este artículo es analizar la participación de actores político-institucionales en la implementación del proyecto Planifica-SUS, del Programa de Apoyo al Desarrollo Institucional del Sistema Único de Salud (PROADI-SUS), y sus implicaciones para la gestión del SUS. Se trata de un extracto temático de un estudio de caso múltiple que analizó este proceso. Las fuentes de evidencia utilizadas fueron entrevistas no estructuradas realizadas a ocho actores político-institucionales del SUS relacionados con el proyecto, in-cludiendo el hospital de excelencia respWonsable. Se evidenciaron diferencias significativas en la participación de estos actores, que conforman la gestión del SUS desde las tres esferas de gobierno en este proceso. Se destacó la fragilidad de la participación de la gestión muni-cipal, a pesar de tratarse de un proyecto que impactó directamente en la (re) organización de la Atención Primaria de Salud. La adopción del modelo de implementación vertical puede haber generado resistencia y comprometido su continuidad. Es importante analizar la deci-sión del Ministerio de Salud de utilizar PROADI como estrategia para implementar progra-mas y políticas prioritarias del SUS, lo que podría conducir al debilitamiento de la gestión pública y al fortalecimiento de la participación del sector privado en la gestión del sistema.

PALABRAS CLAVE Sistema Único de Salud. Gestión en salud. Asociación entre el Sector Público-Privado. Política de salud. Privatización.

¹Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina (EPM) – São Paulo (SP), Brasil.

nicanor.pinto@gmail.com

²Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.

³Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP), Departamento de Saúde Coletiva – São Paulo (SP), Brasil.

Introdução

Desde os seus primórdios, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído considerando a participação, em caráter complementar e/ou suplementar, do setor privado da saúde existente no País. Embora a Constituição do Brasil, de 1988, tenha instituído um sistema universal de saúde gratuito, baseado na saúde como direito, também previu que assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada, podendo atuar de forma complementar mediante instrumento contratual. As instituições filantrópicas, que já desempenhavam papel relevante na assistência à saúde previamente ao SUS, foram identificadas como estratégicas na complementaridade do sistema¹⁻³.

A partir da década de 1990, o Estado brasileiro foi progressivamente regulamentando o setor filantrópico por meio de decretos presidenciais e portarias ministeriais. Em 2006, o Decreto nº 5.895 estabeleceu novas diretrizes para concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (Cebas-saúde), o que foi identificado como embrião para o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS)^{1,4}. Os hospitais filantrópicos foram beneficiados com políticas de fomento, isenção fiscal e flexibilização das formas de prestação de serviços para o SUS^{1,3}. Concomitantemente, algumas dessas entidades foram assumindo novos papéis, além da complementaridade na assistência no SUS. Passaram a atuar, também, na gestão e organização de serviços de saúde.

Desde 2009, foram instituídas as bases jurídico-legais para a criação e o desenvolvimento do Proadi-SUS. Sua instituição beneficiou poucos hospitais, de maior porte e complexidade, considerados estratégicos e que já atuavam, também, nas áreas de ensino e pesquisa. O Ministério da Saúde (MS) concebia esse Programa como “uma ação do Ministério da Saúde dirigida ao fortalecimento do SUS em parceria com hospitais filantrópicos de qualidade reconhecida”⁵. Entidades de Saúde

de Reconhecida Excelência (Esre), também denominadas Hospitais de Excelência (HE), seriam responsáveis pela operacionalização do Proadi-SUS. Essas deveriam ser habilitadas pelo MS com o Cebas-saúde, a partir de um plano trienal pactuado com os gestores do SUS, considerando critérios e requisitos estabelecidos em norma específica⁶. Seis hospitais brasileiros receberam essa certificação e atuam como HE, sendo que cinco deles estão localizados na capital paulista. O financiamento desse Programa é baseado na imunidade tributária concedida pelo governo federal a essas instituições. Trata-se de um benefício constitucional que isenta as Esre do pagamento de vários impostos e taxas (Cofins, PIS e a parte patronal do INSS)^{3,7,8}.

Nesse período, o Proadi-SUS era desenvolvido a partir de projetos apresentados pelas Esre ao MS. Se aprovados, os projetos eram formalizados em Termo de Ajuste assinado entre as partes. Cabia à Secretaria Executiva do MS a responsabilidade pelo monitoramento, acompanhamento e avaliação dos projetos. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) poderiam ser demandados para auxiliar nessas ações^{4,5}.

Em 2011, foi instituído um Comitê Gestor do Proadi-SUS, que tinha entre suas atribuições a definição de temas e objetivos prioritários e a aprovação da carta consulta dos projetos apresentados⁵. Em 2017, a composição desse Comitê foi modificada, ficando restrita ao MS e aos presidentes do Conass e do Conasems⁹.

Os projetos Proadi-SUS são executados em ciclos trienais, desde 2009⁸. O MS estima que teriam sido aplicados cerca de sete bilhões de reais em aproximadamente 750 projetos de apoio e prestação de serviços ambulatoriais, no período de 2009 a 2023¹⁰.

Entre esses projetos, destacamos ‘A organização da atenção ambulatorial especializada em rede com a atenção primária à saúde’, também denominado Planifica-SUS, que teve início no triênio 2018-2020, tendo sido prorrogado por mais dois triênios. Esse projeto foi

objeto da pesquisa que deu origem às reflexões apresentadas neste artigo.

Importante considerar que, apesar da relevância do Proadi para o SUS, reconhecida pelas instituições envolvidas, existem poucos estudos publicados sobre o tema. A maioria das publicações concentra-se na discussão de projetos específicos, predominantemente na área clínica. Raros estudos discutem dimensões políticas e operacionais do Proadi-SUS enquanto estratégia para implementação de programas e/ou políticas no SUS.

O projeto Planifica-SUS

No início dos anos 2000, o Conass desencadeou processo de discussão com gestores estaduais do SUS, buscando alternativas para a (re)organização da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), na perspectiva da implementação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) era identificado como estratégico para mudança do modelo de atenção visando à implantação das RAS. Nesse contexto, em 2003, o Conass realizou oficinas em todas as unidades federativas, que culminaram com a elaboração do projeto Planificação da APS, implementado em vários estados brasileiros a partir de 2008¹¹.

Com base nessa experiência da Planificação e em projetos-pilotos, denominados ‘laboratórios de inovações da atenção às condições crônicas’, foi identificada a necessidade de avançar na articulação entre a APS e a AAE. Assim, a partir de 2015, foi desenvolvida a proposta da Planificação da Atenção à Saúde (PAS), como ‘instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas RAS’. Pretendia-se que esse projeto possibilitasse a mudança ‘no *modus operandi* das equipes e serviços buscando a efetividade das redes de atenção’^{12,13}. A proposta da PAS previa um componente formativo teórico-conceitual para equipes de saúde e técnico-gerenciais de estados e municípios, e outro prático-operacional desenvolvido em

uma Unidade Básica de Saúde – UBS (Unidade Laboratório) e no ambulatório de atenção especializada regional^{12,13}.

O Conass iniciou a implementação da PAS, com sua equipe de assessores, em regiões de saúde de nove estados e do Distrito Federal. Visando a ampliar o escopo dessa experiência, propôs ao MS que o Proadi-SUS assumisse a coordenação e execução do projeto em outras regiões de saúde. Assim, em 2018, teve início o Planifica-SUS, por meio de um projeto Proadi-SUS, que buscava implantar a PAS nas 27 Unidades Federativas visando a contribuir para a organização da AAE em rede com a APS. O Planifica-SUS manteve as estratégias da PAS, aliando momentos de alinhamento conceitual a momentos operacionais, apoiados por oficinas tutoriais e implementados, na fase inicial, nas Unidades Laboratório, e, posteriormente, estendido para outras UBS¹⁴.

O objetivo deste artigo é discutir a participação de atores político-institucionais no processo de implementação do Planifica-SUS e suas implicações para a gestão do SUS.

Percurso metodológico

A pesquisa que subsidiou este artigo foi desenvolvida por meio da estratégia de estudo de caso, na variante de estudo de casos múltiplos, e teve como objetivo identificar e avaliar influências do processo de intervenção do projeto Planifica-SUS na articulação entre a APS e a AAE¹⁵.

Para esse recorte analítico, as fontes de evidências utilizadas foram entrevistas não estruturadas¹⁶ realizadas com atores político-institucionais estratégicos envolvidos com o Planifica-SUS. Esse componente do estudo foi realizado durante o segundo triênio do projeto (2021-2023).

Considerando que o Planifica-SUS tinha abrangência nacional e o objetivo de reorganizar a APS e a AAE, optou-se por realizar as entrevistas com atores das três instituições que compõem o Comitê Gestor do Proadi-SUS,

que coincide com as representações da gestão tripartite do SUS (MS, Conass e Conasems) e, ainda, com a coordenação do projeto no HE responsável por sua execução. Dado o papel estratégico das gestões municipais na sua implementação, também foram entrevistados representantes dos Conselhos de Secretários

Municipais de Saúde (Cosems) dos quatro estados que participaram do estudo (*quadro 1*). Os entrevistados foram identificados e indicados por dirigentes dessas instituições, tendo como critério seu envolvimento e/ou conhecimentos no e sobre o Planifica-SUS.

Quadro 1. Atores político-institucionais, função e perfil profissionais da(o)s entrevistada(o)s e mês de realização das entrevistas. Brasil: 2022

ATOR	FUNÇÃO DA(O) ENTREVISTADA(O)	PERFIL E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAIS DA(O) ENTREVISTADA(O)	MÊS DA ENTREVISTA
Conasems	Coordenador(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde, com especialização, mestrado e doutorado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 35 anos em gestão na saúde (SUS)	JULHO
Conass	Assessor(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde, com especialização e mestrado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 35 anos em gestão na saúde (SUS)	AGOSTO
Ministério da Saúde	Consultor(a)	Graduação na área da saúde, com especialização em gestão Experiência profissional de 15 anos em gestão de projetos, na assistência social e na saúde (SUS)	AGOSTO
HE-X (Proa-di-SUS)	Coordenador(a)	Graduação na área da saúde, com especialização e mestrado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 10 anos em assistência e gestão na saúde (SUS) e de projetos	JULHO
Cosems-1	Diretor(a)	Graduação na área de ciências humanas e sociais aplicadas, com especialização na área da saúde coletiva Experiência profissional de 15 anos em gestão na saúde (SUS)	NOVEMBRO
Cosems-2	Coordenador(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde, com especialização, mestrado e doutorado na área da saúde coletiva Experiência profissional de 15 anos em gestão na saúde (SUS)	AGOSTO
Cosems-3	Assessor(a) técnico(a)	Graduação na área da saúde Experiência profissional de 10 anos em assistência e gestão na saúde (SUS)	JULHO
Cosems-4	Diretor(a)	Graduação na área da saúde, com especialização em cardiologia Experiência profissional de 30 anos em gestão pública municipal e na saúde (SUS)	JULHO

Fonte: elaboração própria.

As entrevistas foram realizadas pelos próprios pesquisadores, uma dupla ou trio para cada instituição, por via remota, no período de julho a novembro de 2022, utilizando três questões disparadoras: Como a agenda da articulação entre a APS e a AAE tem se

apresentado para a sua instituição? O que tem sido indicado como resposta a essa agenda? Qual é a participação de sua instituição na implementação do projeto Planifica-SUS?

Para análise do material, optou-se por abordagens metodológicas da análise temática de

conteúdo^{16,17} e pelo método da hermenêutica dialética¹⁸, buscando-se articular o conjunto de evidências e, ao mesmo tempo, realçar algumas contradições entre atores e/ou seus posicionamentos. Após leitura flutuante do material transcrito, este foi classificado e organizado em duas categorias analíticas: a) Participação de atores institucionais no processo de implementação do projeto Planifica-SUS; b) Implicações da implementação de um projeto Proadi para a gestão do SUS.

A pesquisa ‘mãe’ foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), com CAAE nº 18875719.0.0000.5421.

Resultados e discussão

Participação de atores institucionais no processo de implementação do Planifica-SUS

O Conass foi o demandante do projeto trienal e seu principal protagonista, desde a ela boração até a definição das estratégias de implementação. O interlocutor do MS para esse projeto reiterou esse protagonismo tanto na construção quanto na execução de projetos para o SUS, em particular, na articulação de redes de atenção. Por sua vez, o MS pareceu ter desempenhado papel de observador passivo do processo, delegando ao Conass a interlocução com o HE para questões operacionais do projeto.

O Conass, identificando que existia essa lacuna, fez uma proposta metodológica para isso e foi a campo. [...] O Ministério da Saúde não participou desse processo. [...] Dentro da estrutura do SUS, uma estrutura tripartite, o Ministério teve que, obrigatoriamente, se colocar à disposição (MS).

Ressalte-se que o Conass identificou o Proadi-SUS como ‘uma janela de oportunidade’ para ampliar e dar mais ‘capilaridade’ ao PAS, que já vinha sendo implementado

por técnicos de sua equipe. De acordo com o Conass, a ampliação desse processo para outras regiões e unidades federativas do País ficou comprometida devido à restrição do quadro de técnicos mobilizados por essa entidade. Importante considerar, ainda, que o próprio coordenador do projeto pelo HE identificava essa oportunidade nova no cenário, “*porque tanto Conass e Conasems não podiam propor projetos. [...] o triênio 2018 a 2020 foi o primeiro triênio que eles puderam propor projetos Proadi-SUS*” (HE-X). Deve-se considerar a relevância desse fato para esses atores político-institucionais, na medida em que havia um contexto desfavorável para outras fontes de financiamento de projetos dessa natureza.

Importante considerar que o Proadi-SUS vinha sendo utilizado, pela gestão federal do SUS, como uma alternativa relevante para viabilizar distintos projetos. Segundo o interlocutor do MS, além da competência das entidades envolvidas, essa estratégia também possibilitaria maior eficácia e agilidade aos processos.

Eu tenho um ator [HE] que tem sua equipe técnica, não só qualificada a pessoa, mas a instituição certificada e qualificada. [...] Se não estiver qualificado, eles têm uma agilidade por ser uma instituição privada, uma empresa privada ágil para se fazer contratação (MS).

Na época, Conass e Conasems vinham manifestando críticas às estratégias utilizadas na definição de prioridades para projetos Proadi-SUS, pautadas predominantemente pelo interesse dos HE participantes desse Programa. Assim, discutiram com o MS alternativas para participarem diretamente do processo de indicação e priorização da agenda de ofertas.

Hospital inventava lá seus projetos, projetos de pesquisa, curso disso, curso daquilo, de interesse do hospital para poder não pagar a tal da [isenção fiscal]. [...] Fazia essas coisas para o SUS, mas não chegava no serviço, não chegava no usuário. Conass e Conasems simplesmente assinando (Conass).

Nesse contexto, assessores do Conass articularam com atores estratégicos do MS para que esse projeto fosse executado por um HE específico, em cujo quadro de pessoal havia um profissional com experiência prévia na Planificação, o que foi efetivamente concretizado com esse profissional assumindo sua coordenação.

A alternativa de execução do projeto via Proadi-SUS respondia ao interesse tanto do Conass, que não teria pessoal técnico em número suficiente para seu desenvolvimento, quanto do próprio HE-X, que identificava a parceria com esse Conselho como um elemento facilitador para suas pretensões de médio e longo prazo junto à gestão federal do SUS.

Eles [direção do HE-X] aceitaram porque era uma proposta óbvia de ter um apoio de uma instituição forte. [...] Eles perceberam que era um projeto estratégico para o Conass, e o hospital não ia perder a oportunidade de ter uma aproximação com um agente tão estratégico (HE-X).

Destaque-se que tanto o Conass quanto o Conasems manifestaram que têm utilizado o Proadi-SUS como importante estratégia para conseguir implementar seus projetos e/ou políticas no SUS. Ao mesmo tempo que o Conass articulou o Planifica-SUS com o HE-X, o Conasems aprovou outro projeto com outros HE.

Fizemos um projeto, isso hoje é um projeto Proadi, ele está sendo desenvolvido pelo HE-Y. [...] Nós, com o apoio deles, HE-Y e HE-Z; eles dividiram os estados (Conasems).

Para os HE, parece ser estratégico estreitar relações com atores institucionais do SUS no sentido de preservarem sua permanência e, sempre que possível, ampliarem sua participação no programa. Ressalte-se que, para os hospitais participantes, a condução desses projetos representa vantagens econômico-financeiras.

A instituição, ela tem um alvo de execução financeira, porque senão ela perde o seu título de

filantropia. [...] Existe a história romântica da responsabilidade social e existe a história que a gente sabe que é 'quero garantir o meu título de filantropia e isenção fiscal'. [...] Acho que o hospital X, num primeiro momento, aceita porque ele queria estabelecer uma boa relação política com o Conass e garantir mais um projeto para executar o seu recurso que precisava executar (HE-X).

Além de garantir a conhecida isenção fiscal, os hospitais participantes do Proadi-SUS conseguem precificar suas ofertas para o SUS de acordo com seus interesses. Nessa direção, a autora de um estudo, que teve como objetivo analisar os Proadi-SUS, ressaltou que os projetos desse programa têm sido elaborados e pautados pela 'lógica e tabela de mercado'¹⁹. Outros estudos têm discutido os impactos dessa expressiva renúncia fiscal, que compõe o denominado 'gasto tributário', no sentido de contribuir tanto para aumentar o subfinanciamento do SUS quanto para o fortalecimento do setor privado da saúde^{20,21}.

Ensaio sobre parcerias público-privadas em saúde destacou que os custos envolvidos na operacionalização do Proadi-SUS eram altos e que havia necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de monitoramento, pois não havia evidências que indicassem os benefícios dos projetos desse programa para o SUS²². Autores de outro estudo, que analisou os projetos Proadi-SUS de dois triênios consecutivos e abrangendo a totalidade dos HE credenciados, ressaltaram não ter sido "possível verificar se os resultados foram compatíveis com as ações prioritárias e com as demandas do SUS"²¹⁽⁴⁷²⁾.

Neste estudo, observou-se que a gestão do MS teve participação restrita, limitando-se à anuência e a algum monitoramento do processo de implementação do Planifica-SUS. Pode-se evidenciar que o profissional entrevistado era a única interlocução do projeto no MS no período. Apesar de se tratar de projeto que envolvia a reorganização da AAE, não havia participação nem diálogo com qualquer representação do setor responsável por essa área no MS, o que foi ressaltado pelo coordenador do projeto

A gente [coordenação HE-X] não tem uma aproximação com a secretaria de atenção especializada. A gente está implantando serviço de atenção especializada e nós não dialogamos com esses atores (HE-X).

Esse ator interpretava a situação relatada como falta de interesse da equipe ministerial daquele momento em atuar na cogestão do processo: “Hoje, [o MS] assume muito mais um papel de, de fato, monitoramento de projeto do que de querer fazer juntos” (HE-X). Essa atuação protocolar em um projeto estratégico para o SUS pode ser um indicador de que aquela gestão do MS não estaria assumindo uma de suas atribuições institucionais no processo de implementação do projeto.

Merece destaque, ainda, a participação pontual de outro ator que compõe a gestão tripartite do SUS: o Conasems. De acordo com o interlocutor do MS, essa entidade

Não faz parte do comitê executivo que toca o projeto. Ele é chamado à mesa quando há necessidade de se articular dentro do território, dentro do estado, ou alguma outra questão pontual de conflito (MS).

Embora assessores do Conasems tenham participado do processo de discussão para a elaboração do projeto, essa entidade se afastou do processo. “Eu, mais uma equipe, mais duas pessoas, nos reunimos diariamente durante seis meses com o Conass para debater o Planifica” (Conasems). Essa equipe teria identificado alguns pontos críticos na proposta apresentada, e, apesar de um alegado consenso com o Conass, não teria havido tempo para incorporar mudanças sugeridas. Assim, o Conasems, apesar de ter um diagnóstico sobre a articulação entre a APS e a AAE semelhante ao do Conass, optou por investir em outras estratégias para apoiar municípios no fortalecimento da APS:

Abandonamos. [...] Não somos contrários. [...] É apenas uma questão de que eu não posso chegar

com um método pronto, com o processo pronto e dizer que ‘agora você vai fazer, você para e vai fazer tudo de novo e desta maneira’ (Conasems).

Nesse contexto, de não participação do Conasems e de precário envolvimento do MS, o coordenador do projeto (HE-X) teria assumido alguns papéis que seriam da competência de gestores formais do SUS. Segundo esse ator, ele teria sido “acionado dentro de uma Secretaria Estadual para apoiar na articulação com o município” e, também, pelo Conass e MS para atuar na mediação de “outros conflitos” entre gestores municipais e/ou regionais que surgiam no processo de implementação do projeto.

Implicações da implementação de um projeto Proadi para a gestão do SUS

No relato dos entrevistados, houve algum destaque com relação às dificuldades e/ou barreiras para a efetiva implementação de programas e/ou políticas por meio do Proadi-SUS. Um deles está relacionado ao fato de se tratar de projeto, com data para término, sem garantia de que intervenções propostas sejam incorporadas pela gestão. O próprio coordenador do projeto tinha clareza sobre essa limitação: “A gente percebeu que só vai ser possível a sustentabilidade dessa proposta se eu institucionalizar este processo” (HE-X).

A sustentação de eventuais mudanças promovidas pelo projeto, tanto na organização dos serviços quanto nos processos de trabalho, fica comprometida em decorrência de sua não institucionalização, ou seja, as ações estão condicionadas à vigência do projeto e não incorporadas e/ou coordenadas diretamente pela gestão do SUS.

A manifestação do Cosems de um dos estados que participaram do estudo, tendo como referência sua vivência com o Planifica-SUS, traz maior concretude a essa situação:

O Planifica só vai dar certo quando ele de fato for incorporado pelo Sistema Único de Saúde. Não vejo

isso como um projeto incorporado pelo Sistema Único de Saúde (Cosems-1).

Importante considerar que, no âmbito da gestão do SUS, a institucionalização de programas e políticas pressupõe pactuação e consenso processuais entre os três entes federados responsáveis pelo sistema. Nesse sentido, um elemento crucial que fragiliza a concretização e continuidade dessas iniciativas está relacionado à ausência de acompanhamento e pactuações concomitantes entre os três níveis da gestão do SUS, em que pese o prestígio e a competência executiva do HE envolvido.

Cabe ressaltar, ainda, que o fato desse projeto ser coordenado e implementado por um parceiro privado agravaria a instabilidade na manutenção das ações implementadas, na medida em que essas instituições não têm atribuições legais na gestão do SUS, em qualquer das três esferas de governo.

Acresça-se a isso o fato de que, em contextos de mudanças na gestão dos três entes federados do Estado brasileiro (união, estados e municípios), as prioridades de políticas sociais públicas são reavaliadas, o que impacta a continuidade do processo e sua sustentação. As repercussões das alternâncias na gestão pública foram, inclusive, lembradas pelo coordenador do projeto (HE-X).

Tem sido bem tenso, bem difícil! Os cenários políticos a nível de municípios e estados também são muito distintos, né?! Então, chega às vezes um local que fala não. Então, agora, a gente vai fazer assim porque a portaria do Ministério traz e não dialoga com o que a gente está propondo (HE-X).

Nessa direção, esse ator relatou que já ocorriam divergências entre o que estava definido no projeto e a perspectiva de novas normativas ministeriais, no contexto pré-eleitoral de 2022.

O cenário político atual enquanto governo, enquanto portarias novas que vêm sendo lançadas e todas essas questões que vem acontecendo, nos dá a sensação de nadar contra a maré (HE-X).

O interlocutor do MS identificava algumas dificuldades que considerava ‘normais’ no processo de implementação de projetos dessa natureza. Para exemplificar, mencionou as mudanças frequentes tanto de gestores municipais do SUS quanto de profissionais que acompanhavam o processo e o interesse dos gestores locais, principalmente por projetos que tenham componentes de estímulo financeiro. Ressaltou, ainda, que o sucesso do projeto era muito dependente da vontade política dos atores locorregionais: “*A planificação é um projeto que traz pontos positivos? Sim! [...] Mas ele é extremamente dependente de uma vontade política*” (MS).

Essa visão foi corroborada pelo coordenador do projeto (HE-X), que destacou a ocorrência tanto de experiências exitosas quanto malsucedidas de implementação, na dependência do envolvimento do gestor municipal do SUS.

Tem local que a gente retrocedeu, porque aí a gente passou a ter a gestão sendo um dificultador. E, aí, a gente não conseguiu mais entrar no serviço porque a gestão começou a botar um monte de dificuldade. [...] Os nossos ‘cases’ bacanas são de locais que a gestão pegou, aproveitou essa oportunidade e conseguiu alavancar (HE-X).

O relato do coordenador técnico do Conasems reforça essa avaliação sobre o envolvimento inconstante e, muitas vezes, precário dos gestores municipais do SUS. Para ele, a preocupação maior desses gestores era, habitualmente, limitada à necessidade de encontrar serviços de referência para encaminhar seus usuários. A articulação entre pontos da rede de atenção não representava demanda central desses atores.

Por outro lado, é importante considerar que parece haver uma disjunção entre as prioridades da gestão local e os projetos Proadi-SUS. Estes têm sido articulados e aprovados por um Comitê Gestor a partir de critérios que não necessariamente dialogam com as necessidades e prioridades do nível locorregional. O relato de um coordenador técnico do Cosems, de um

dos estados participantes do estudo, ilustra bem essa situação:

A gente tem aqui bastante dificuldade de se adaptar aos projetos Proadi. [...] Os Proadi talvez eles não caibam exatamente naquilo que a gente precisa na hora. E eles vêm quando eles vêm, né?! Não quando a gente precisa. Então, isso também é um problema, porque, mesmo com equipe limitada, a gente prioriza coisas e não tem priorizado o Proadi. Porque parece que as outras coisas precisam de prioridade mais que o Proadi (Cosems-2).

Deve-se considerar, ainda, que experiências prévias pouco exitosas podem contribuir para a produção de algum grau de resistência com relação aos projetos Proadi-SUS, que, com frequência, chegam aos gestores municipais sem discussão.

Se o Proadi tivesse acontecido [...] e tivesse dado uma solução. [...] Mas não, sabe?! Ele não deu um resultado para que pudesse praticamente aproveitar. Então aí, a gente de novo continua não priorizando, né?! Porque se a gente dissesse: ‘não gente, vamos lá, o Proadi resolveu esse problema aqui, vamos usar para as outras regiões’ (Cosems-2).

Essas ponderações de um representante da gestão municipal provocam a reflexão sobre a forma como vêm sendo desenvolvidos projetos Proadi-SUS, com baixa participação de atores locais em sua elaboração e, ainda, desconsiderando histórias pregressas e contextos locorregionais, elementos que caracterizam o modelo ‘top-down’ de implementação de política pública. “*O Planifica não tem muita discussão. É mais deles para eles, do projeto para o projeto*” (Cosems-1).

Evidencia-se, nessas manifestações, uma postura crítica desses atores institucionais sobre a abordagem ‘top-down’ aparentemente adotada na implementação da planificação. Essa preocupação foi verbalizada, também, pela coordenação do projeto: “*a gente tenta colocar, enquanto instituição, as*

pessoas terem uma sensação de ser menos goela abaixo, de ser menos ‘top-down’, né?!” (HE-X).

As críticas centrais ao modelo ‘top-down’, apresentadas em um artigo de revisão sobre modelos de implementação de política pública, corroboram a visão desses representantes da gestão municipal do SUS. Para Matland²³, adeptos dessa ‘escola’ desconsideram aspectos políticos e a história prévia dos agentes implementadores. Os atores locais não são considerados no processo de implementação, além de que: “Top-down models, however see local actors as impediments to successful implementation, agents whose shirking behavior needs to be controlled”²³⁽¹⁴⁸⁾.

Nessa direção, o relato de outro Cosems retrata bem o modelo utilizado. Os gestores locais pouco participaram da discussão do projeto; eles deveriam aderir e contribuir para sua implementação, o que, muitas vezes, não ocorria como pretendido. Esse ator fala sobre a necessidade de “*melhorar a comunicação*” com os gestores, pois, com isso, eles “*comprariam melhor a ideia do Planifica*”.

A gente precisa melhorar e vender esse peixe, a gente tem que vender o peixe de uma forma diferente. Então, a gente vai ter que mexer nessa venda desse peixe... porque falar e pautar lá... [Os gestores municipais diriam], ‘eu não quero desse jeito, se não tiver financiamento’ (Cosems-3).

A relevância do envolvimento do gestor estadual para o êxito do projeto foi outro aspecto destacado pelo coordenador do Planifica (HE-X) ao identificar distintos perfis de implicação e compromisso desses gestores e seus respectivos impactos na construção das RAS. Alguns assumiram o projeto como suas prioridades de gestão e, inclusive, participaram do apoio direto aos municípios:

O que deu mais certo são os locais em que gestão estadual tomou decisão como estratégia de gestão, que entendeu a importância de descentralizar e fortalecer os escritórios regionais (HE-X).

Outros foram refratários à proposta, identificando esse projeto “*como uma tarefa a mais*”. Importante destacar, ainda, situações em que a Secretaria Estadual de Saúde assumiu o compromisso com o processo, mas houve resistência da gestão regional:

O gestor maior assumiu, elas têm ali que cumprir o compromisso. É um processo meio que goela abaixo! Então, elas cumprem tabela, e tanto faz como tanto fez (HE-X).

Observou-se que, em uma das regiões estudadas, o envolvimento do gestor estadual parece ter promovido maior adesão e participação das equipes no Planifica-SUS.

A gente sabe que o Planifica vai ter uma facilidade enorme, até porque nós estamos discutindo todas as questões da atenção primária, de referência, contrarreferência. Então, há uma discussão muito interessante aqui no estado (Cosems-4).

Foi possível evidenciar envolvimento heterogêneo dos atores político-institucionais que compõem a gestão do SUS nas três esferas de governo no desenvolvimento do projeto. O Conass assumiu papel central tanto em seu desenho e proposição quanto nas negociações e no acompanhamento de sua implementação. Já os outros dois atores, MS e Conasems, participaram pontualmente. Ao que parece, apesar de estratégico para o fortalecimento do SUS, o projeto foi desenvolvido sem uma efetiva discussão e consenso das representações da gestão do sistema, o que fragiliza a sustentabilidade das modificações dos processos de trabalho, pretendidas em projetos de intervenção.

Importante considerar que, para alcançar um dos objetivos centrais do projeto – a reorganização e o fortalecimento da APS –, seria fundamental a participação ativa dos gestores municipais do SUS. A participação pontual da entidade que os representa – o Conasems – pode configurar uma barreira relevante para o próprio desenvolvimento e institucionalização

da reorganização da rede de serviços proposta pelo projeto.

Destacou-se a precária inclusão dos municípios nas distintas etapas do processo, seja na elaboração da proposta, seja em sua implementação, embora a gestão municipal do SUS tenha papel central e estratégico na implementação de programas e políticas. Ao que nos pareceu, esses gestores foram comunicados sobre o projeto e estimulados a aderir ao processo, sem espaço para discussão e eventuais adaptações às realidades locais.

Os relatos da representação de um Cosems evidenciam essa relevante fragilidade. Este ator afirmou que não era convidado a participar dos eventos ou momentos de discussão do Planifica: “*estamos à parte*”.

O Planifica não é pauta de discussão constante do Cosems, até porque a gente não tem muito acesso. [...] Enquanto Cosems, não me sinto dentro do processo Planifica (Cosems-1).

Os métodos utilizados para definição e execução dos projetos Proadi-SUS podem dificultar a efetiva implementação das ações e/ou intervenções propostas. Um deles está relacionado ao fato de se tratar de projetos com prazos estabelecidos para início e término, sem qualquer garantia de sua continuidade. Outro está relacionado ao fato de os projetos serem demandados por um ator político-institucional que assume protagonismo maior do que os demais entes federados, o que fragiliza a importante e estratégica gestão colegiada do SUS, com potencial para aumentar a fragmentação do sistema e a competição interfederativa.

Considerações finais

A aproximação a um projeto Proadi-SUS provocou reflexões sobre estratégias e mecanismos que vêm sendo utilizados para implementar programas e/ou políticas no e para o SUS. E, ainda, eventuais repercussões desses movimentos em sua gestão.

Evidenciou-se que o Proadi-SUS tem sido uma estratégia oportuna e alternativa dos gestores do SUS, das três esferas de governo, para viabilizar suas propostas de intervenção. A partir de 2017, além do MS, o Conass e o Conasems passaram a demandar e pactuar projetos desse Programa junto aos HE. Vale destacar que o Proadi-SUS vem ampliando sua atuação na área de desenvolvimento de técnicas e operação de gestão em serviços de saúde nos últimos triênios.

Embora o Planifica-SUS não tenha adotado, a priori, o modelo *'top-down'* de implementação, a pesquisa evidenciou que houve baixa participação dos atores locais em suas distintas etapas, desconsiderando experiências e contextos institucionais locais, o que, na prática, caracteriza esse modelo²³. Cabe ressaltar que estratégias pouco democráticas de implementação de programas e/ou políticas no SUS, geralmente identificadas como *'pacotes de cima para baixo'*, podem gerar resistências por parte dos gestores e dificultar o alcance dos resultados esperados.

A institucionalização e a continuidade de mudanças pretendidas por um projeto Proadi-SUS podem ser ainda mais comprometidas em decorrência de algumas de suas características: a) ser temporário, com prazos definidos de início e término; b) ser coordenado por ente privado e executado com apoio de profissionais a ele subordinados, sem o necessário comprometimento das instâncias formais de gestão do SUS.

Identificou-se, ainda, desequilíbrio entre a participação dos gestores que compõem a gestão do SUS, destacando-se o protagonismo diferenciado do Conass, que foi seu demandante e, inclusive, indicou o HE e o técnico que deveria assumir a coordenação do projeto. Em sentido contrário, foram evidenciadas a postura desinteressada da gestão do MS à época, a participação pontual do Conasems e, também, de suas representações locais (Cosems). Avalia-se que essa situação contribui para fragilizar

a gestão do SUS, na medida em que o gestor municipal – ator estratégico – teve pouco espaço para intervir na direção e condução do processo. Agravando ainda mais essa situação, evidenciou-se forte protagonismo do HE, que representa o setor privado da saúde (mercado), na condução do processo e exercendo papéis que seriam exclusivos da gestão pública. Ressalta-se que esse ator assumiu a coordenação e execução do projeto com muita autonomia e, em algumas situações, parece ter desempenhado papel político na gestão do sistema, o que seria atribuição institucional dos gestores públicos do SUS. Processos de mercantilização e empresariamento do SUS trazem lógicas gerenciais que nem sempre se coadunam com suas premissas.

Essa situação de desbalanço da participação de cada ente federado pode estar refletindo fragilidades na pactuação entre as representações da gestão do SUS das três esferas de governo e, ainda, divergências com relação às prioridades políticas e/ou às estratégias de implementação de programas e políticas. Cabe considerar que esse fato se torna mais crítico em programas estruturantes, de organização do sistema como um todo.

A opção do MS de utilizar o Proadi-SUS como estratégia cada vez mais preferencial para implementar programas e políticas prioritárias e estruturantes do SUS pode produzir repercussões ainda pouco vislumbradas e debatidas. A partir de 2023, a nova gestão do MS implementou medidas para o realinhamento desse Programa, buscando reposicionar seu protagonismo e estabelecendo novos mecanismos de gestão, acompanhamento e avaliação dos projetos¹⁰. Contudo, apesar de essas iniciativas terem como objetivo expresso o fortalecimento do SUS, foram mantidas a lógica e as bases jurídico-legais que fomentam a participação do setor privado na gestão do sistema, o que pode, contraditoriamente, fragilizar sua gestão pública.

Agradecimentos

Os autores agradecem aos técnicos e gestores do SUS e do HE-X que compartilharam suas experiências e avaliações com a equipe da pesquisa. Agradecemos, também, aos pesquisadores Pereira APCM e Mota PHS, que participaram das etapas de coleta e análise preliminar de dados. E ao MS, pelo financiamento da pesquisa, via Instituto de Responsabilidade Social do HE-X, que coordenava o projeto Proadi-SUS.

Contribuições de autoria

Pinto NRS (0000-0001-8327-0900)*, Spedo SM (0000-0001-5951-5314)*, Louvison MCP (0000-0003-1630-3463)*, Bousquat AEM (0000-0003-2701-1570)*, Meira ALP (0000-0003-0776-5543)*, Akerman M (0000-0003-1522-8000)* e Tanaka OY (0000-0002-5653-0794)* contribuíram igualmente para concepção e planejamento do estudo, obtenção e análise dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Bahia LA. Démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal, 1988-2008 [Internet]. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 123-85 [acesso em 2024 jul 15]. Disponível em: https://gpdes.com.br/wp-content/uploads/tainacan-items/798/12039/A-Demarche_Bahia.pdf
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377:1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
3. Mesquita JFO. A privatização da formação dos trabalhadores do SUS: discurso e ideologia em materiais educacionais de uma instituição beneficente de saúde [dissertação na Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz; 2019. 165 p. [acesso em 2024 jul 10]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35565>
4. Bahia L. O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(3):753-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300011>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 936, de 27 de abril de 2011. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do PROADI-SUS [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 abr 28 [acesso em 2024 ago 5]; Seção I:79. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0936_27_04_2011.html
6. Presidência da República (BR). Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014. Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2014 maio 26 [acesso em 2024 ago 5]; Seção I:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8242.htm
7. Borysow IC, Limeira PC, Pinho APNM, et al. Avaliação de portfólio: a experiência do HAOC no Proadi-SUS. *Rev Bras Aval*. 2021;10(2):e101921. DOI: <https://doi.org/10.4322/rbaval202110019>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Ministério da Saúde (BR). Manual do Proadi-SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2024 set 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_proadisus.pdf
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 out 3 [acesso em 2024 ago 5]; Seção I:360. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html
10. Ministério da Saúde (BR). Premissas e diretrizes – Proadi-SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.] [acesso em 2024 set 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/premissas-e-diretrizes-proadisus.pdf>
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária: seminário do Conass para construção de consensos. Brasília, DF: CONASS; 2004. (Documenta; 2).
12. Evangelista MJO. Atenção à saúde: uma proposta de gestão e organização da atenção primária à saúde e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Consensus [Internet]. 2016 [acesso em 2024 ago 10];6(20):28-33. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_20.pdf
13. Guimarães AMDN, Cavalcante CCB, Lins MZS, organizadores. Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2018. (Conass Documenta; 31). 300 p. [acesso em 2024 ago 10]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31>
14. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. PlanificaSUS: workshop de abertura – a planificação da atenção à saúde [Internet]. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; 2019. 44 p. [acesso em 2025 set 15]. Disponível em: https://planificasus.com.br/upload/guiatutoria_etapa0_aps_guia_workshop.pdf
15. Tanaka OY, Akerman M, Louvison MCP, et al. Desafios para a implementação de processos de planificação em regiões de saúde. Rev Saude Publica. 2023;57(Supl 3):2s. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005138>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994. 269 p.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009. 281 p.
18. Alencar TOS, Nascimento MAA, Alencar BR. Hermenêutica dialética: uma experiência enquanto método de análise na pesquisa sobre o acesso do usuário à assistência farmacêutica. Rev Bras Promoc Saude [Internet]. 2012 [acesso em 2026 jun 2];25(2):243-50. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823359017>
19. Santos JA. Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS): reconfiguração das relações público-privadas e avanço da filantropia mercantil no setor da saúde [tese]. São Paulo: FSP-USP; 2021. 206 p.
20. Travagin LB. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. Saúde Debate [Internet]. 2017;41(115):995-1006. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>
21. Moraes IA, Rosa WVS, Aragão ES. Caracterização dos projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde nos triênios de 2009-2011 e 2012-2014. In: Anais do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ2019); 16-19 jul 2019; Lisboa, Portugal. Lisboa: Actas CIAIQ; 2019. v. 2, p. 464-73.
22. Almeida C. Parcerias público-privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais.

Cad Saúde Pública. 2017;33(Supl 2):e00197316. DOI:
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>

23. Matland RE. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *J Public Adm Res Theory*. 1995;5(2):145-74. DOI: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242>

Recebido em 30/09/2025

Aprovado em 21/04/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Akerman M e Bousquat AEM são bolsistas de produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editor responsável: Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br