

DIVULGAÇÃO

EM SAÚDE PARA DEBATE

Rio de Janeiro

Número 48

ISSN 0103-4383

Junho 2012



SÉRIE CONASEMS/CEBES

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2011-2013)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2011-2013)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Alcídes Silva de Miranda
Diretora Administrativa:	Aparecida Isabel Bressan
Editor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretores Executivos:	Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti Lizaldo Andrade Maia Luiz Bernardo Delgado Bieber Maria Lucia Frizzon Rizzotto Pedro Silveira Carneiro
Diretores Ad-hoc:	José Carvalho de Noronha Paulo Navarro de Moraes

CONSELHO FISCAL • FISCAL COUNCIL

Armando Raggio
Fernando Henrique de Albuquerque Maia
Júlio Strubing Muller Neto

CONSELHO CONSULTIVO • ADVISORY COUNCIL

Ana Ester Maria Melo Moreira
Ary Carvalho de Miranda
Ana Ester Maria Melo Moreira
Cornelis Van Stralen
Eleonor Minho Conill
Eli Iola Gurgel Andrade
Felipe Assan Remondi
Gustavo Machado Felinto
Jairnilson Silva Paim
Lígia Bahia
Luiz Antônio Silva Neves
Maria Fátima de Souza
Mário Cesar Scheffer
Nelson Rodrigues dos Santos
Rosana Tereza Onocko Campos
Sílvio Fernandes da Silva

SECRETARIA • SECRETARIES

Secretária Geral: Gabriela Rangel de Moura
Pesquisador: José Mauricio Octaviano de Oliveira Junior

JORNALISTA • JOURNALIST

Priscilla Faria Lima Leonel

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista Divulgação em Saúde Para Debate é uma publicação editada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO • SCIENTIFIC EDITOR

Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

CONSELHO EDITORIAL • PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner – UBA (Argentina)
Angel Martinez Hernaez – Universidad Rovira i Virgili (Espanha)
Carlos Botazzo – USP (SP/Brasil)
Catalina Eibenschutz – UAM-X (México)
Cornelis Johannes Van Stralen – UFMG (MG/Brasil)
Diana Mauri – Universidade de Milão (Itália)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – CPqAM/FIOCRUZ (PE/Brasil)
Giovanni Berlinguer – Università La Sapienza (Itália)
Hugo Spinelli – UNLA (Argentina)
José Carlos Braga – UNICAMP (SP/Brasil)
José da Rocha Carvalheiro – FIOCRUZ (RJ/ Brasil)
Luiz Augusto Facchini – UFPel (RS/Brasil)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – UFC (CE/Brasil)
Maria Salete Bessa Jorge – UECE (CE/Brasil)
Paulo Marchiori Buss – FIOCRUZ (RJ/Brasil)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – UFPA (PA/Brasil)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – USP (SP/Brasil)
Sonia Maria Fleury Teixeira – FGV (RJ/Brasil)
Sulamis Dain – UERJ (RJ/Brasil)

EDITORA EXECUTIVA • EXECUTIVE EDITOR

Marília Fernanda de Souza Correia

SECRETARIA EDITORIAL • EDITORIAL SECRETARY

Frederico Tomás Azevedo

INDEXAÇÃO • INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe – HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal – LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782
Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A Revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Ministério da Saúde



Apoio



DIVULGAÇÃO
EM SAÚDE PARA DEBATE

Rio de Janeiro n. 48 ISSN0103-4383 Junho 2012

Série CONASEMS/CEBES
Saberes e Práticas da
Gestão Municipal

4 EDITORIAL • EDITORIAL

10 APRESENTAÇÃO • PRESENTATION

ARTIGO DE DEBATE/DEBATE ARTICLE

15 A estruturação e a institucionalização do CONASEMS e dos COSEMS

Structure and institutionalization of CONASEMS and COSEMS

Blenda Leite Saturnino Pereira, Fernanda Vargas Terrazas

21 A Matricização da Representação Municipal da Saúde

Matrix of Municipal Health Representation

Marcos da Silveira Franco

28 O CONASEMS, a CIT e as relações intergestores e os mecanismos de construção de consensos

CONASEMS, CIT, intermanagers' relationship and the mechanisms of consensus construction

Nilo Brêtas Júnior

33 O Projeto Hortas Comunitárias no município de Maringá

The Communitarian Horticulture Project at the municipality of Maringá

Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios, Ana Paula dos Santos Bocardi Salineiro, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, José Oliveira de Albuquerque

42 O Modelo Recife em defesa da vida e a aposta na Atenção Básica como estratégia de organização da rede de saúde: política, subjetividade e invenção de práticas

The Recife Model for Life Defense and the utilization of Primary Health Care as a health system organization strategy: policy, subjectivity and creation of practices

Bernadete Perez Coêlho, Gustavo de Azevêdo Couto, Jose Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Junior, Liliane Carvalho Costa, Thatiane Cristhina de Oliveira Torres, Tiago Feitosa de Oliveira

49 Planejamento e gestão da saúde em diadema: como superar o planejamento normativo e construir estratégias de mudanças no coletivo?

Planning and health management in Diadema: how to overcome normative planning and building strategies changes in collective?

Aparecida Linhares Pimenta, Lidia Tobias Silveira, Flavius Augusto Olivetti Albieri

60 A contribuição do Projeto Apoiador Regional do COSEMS-MG no fortalecimento da gestão regional de saúde

The contribution of the Regional Project Supporter COSEMS-MG in strengthening the regional management of health

Mauro Guimarães Junqueira, Paola Soares Motta

73 Processo organizativo de saúde no município de BORBA (AM): a ousadia de fazer a atenção básica acontecer no interior do Amazonas

Organizational health process in the municipality of Borba (AM): daring to make the Primary Health happen inside the Amazon

Adriana Kitajima, Maria Adriana Moreira

82 Vigilância sanitária: conhecer e aproximar para atuar

Sanitary surveillance: knowledge, approach to work

Lucélia Borges de Abreu Ferreira

87 A avaliação dos custos com medicamentos da assistência farmacêutica na Atenção Básica em um município de pequeno porte

Evaluation of the drug costs of pharmaceutical services in Primary Care in a small city

Suetônio Queiroz de Araújo, Pedro Hermann Madeiro, Erivaldo Gomes da Silva Júnior

97 Construindo a política pública de saúde em Belo Horizonte: o Sistema Único de Saúde (SUS) no município

Building Health Public Policies in Belo Horizonte: The Unified Health System in the municipality

Marcelo Gouvêa Teixeira, Susana M. Moreira Rates, Fabiano G. Pimenta Jr, Janete Maria Ferreira, Marcos José Mendes de Carvalho

Editorial

É hora de a sociedade brasileira abraçar o SUS

Ninguém hoje questiona que o Sistema Único de Saúde, integral e universal, foi uma conquista da sociedade brasileira. No contexto da luta pela redemocratização do país, um somatório de forças oriundas do movimento popular, da academia, dos trabalhadores da saúde e de partidos políticos foi decisivo para inserir na Constituição de 1988 a já consagrada inscrição “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

A implantação desse modelo universal e integral coincidiu com o período de avanço das políticas neoliberais no Brasil, a partir do governo Collor. Princípios fundamentais do SUS, como a própria participação popular e controle social sobre a política pública, foram conseguidos com muita luta do chamado ‘Movimento Sanitário’, já que a princípio vetados pelo então presidente pela ocasião da promulgação da Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90).

O avanço das políticas e da ideologia neoliberal, frontalmente opostas à proposta do Sistema Único de Saúde, traduziu-se na prática em um paradoxo que até hoje (mais de 20 anos depois) ainda emperra a ampliação e consolidação do SUS: se, por um lado, temos a garantia constitucional da saúde como direito inalienável de cidadania, por outro, tivemos uma progressiva ‘contra-reforma’ do Estado brasileiro, tornando-o cada vez mais incapaz de cumprir sua função constitucional na Saúde.

Essa contra-reforma do Estado tem várias facetas: a limitação imposta pela Lei de Responsabilidade Fiscal à contratação de trabalhadores para a saúde, os modelos de gestão privatizantes (como as famigeradas Organizações Sociais/OS) que surgem como saída para ‘driblar’ essa limitação... decerto são empecilhos graves à expansão e consolidação do SUS.

A deficiência mais aguda, mais facilmente sentida pela população usuária do sistema, contudo, diz respeito à questão do financiamento. De início, o SUS tinha como seu orçamento-base a receita equivalente a 30% do orçamento da Seguridade Social – garantido nas disposições transitórias da própria Constituição.

Tal dispositivo constitucional nunca foi cumprido, e desde então o Movimento da Reforma Sanitária vem acumulando uma série de derrotas sucessivas: o fim da vinculação da chamada solidariedade das contribuições previdenciárias com a saúde; a CPMF, que surgiu como esperança de recompor a perda, mas que foi anulada pelos desvios de função e pela criação do então Fundo Social de Emergência (hoje chamado de Desvinculação das Receitas da União/DRU); a Emenda

Constitucional 29, que fixou a participação de Estados e Municípios, mas que apenas estabilizou o investimento da União.

A regulamentação da Emenda 29, bandeira de luta do Movimento Sanitário nos últimos dez anos, por fim foi aprovada em dezembro de 2011; entretanto, significou mais uma derrota. O movimento social, organizado em torno da 'Primavera da Saúde', reivindicava que a contribuição da União fosse fixada em no mínimo 10% das receitas correntes brutas, mas o texto aprovado pelo Congresso apenas oficializou o que já vinha acontecendo na prática, ou seja, a manutenção do piso do ano anterior, acrescido de percentual equivalente à variação nominal do Produto Interno Bruto.

Ainda vivendo a 'ressaca' da perda da batalha pela regulamentação da Emenda 29, o Movimento da Reforma Sanitária, articulado a diversas entidades e movimentos sociais da sociedade civil, lançou em março último o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública, tendo como principal instrumento de luta a proposição de um Projeto de Lei de Iniciativa Popular, que estabelece o piso de investimento da União em 10% das receitas correntes brutas.

A insistência do Movimento Sanitário em garantir uma fonte de financiamento minimamente suficiente e estável encontra sustentação na necessidade de garantir a possibilidade de fazer acontecer de modo efetivo um Sistema Único de Saúde da forma como foi conquistado na Constituição.

À medida que esse financiamento vem sendo sistematicamente negado, a credibilidade e legitimidade do SUS perante a população vem pouco a pouco caindo. Enquanto permanece inalterada a negativa do Estado brasileiro em prover o SUS dos recursos necessários ao seu pleno desenvolvimento, existe uma máquina de propaganda ideológica operando no sentido de consolidar junto à sociedade brasileira a noção de que os serviços públicos (saúde incluída) são ineficazes e ineficientes, ante a propalada eficiência da iniciativa privada.

Com o crescimento econômico e redução da pobreza experimentados nos últimos anos, o que temos observado é o crescimento progressivo de planos e seguros de saúde privados, que já há algum tempo demonstram padecer da mesma ineficiência em prover uma assistência à saúde de qualidade atribuída ao SUS.

Entretanto, para boa parte dos milhões de brasileiros que têm deixado o limiar de pobreza para trás nos últimos anos, adquirir um plano de saúde tem se consolidado como objeto de desejo e investimento prioritário, a despeito da comprovada insuficiência desses planos e seguros, em especial os de baixo custo que estão ao alcance da chamada 'nova classe média'. Ao mesmo tempo, recente pesquisa realizada pelo Ibope mostra que a saúde é o principal problema identificado pelos eleitores; 37% deles consideram-na prioridade, número bem superior ao alcançado pela segunda colocada, a segurança pública, tida como prioridade por 16% dos entrevistados.

É neste cenário que o CEBES, juntamente com várias entidades e movimentos sociais, vêm mais uma vez propor à sociedade brasileira a necessidade de se garantir o financiamento do SUS. Um sistema universal e integral, como foi inscrito na Constituição, tem um preço social a ser pago. E esse preço é substancialmente

superior ao que o Estado brasileiro tem destinado, ou seja, daquilo que é arrecadado da sociedade brasileira para a saúde pública.

O sucesso dessa nova investida vai depender da capacidade dos movimentos e entidades que compõem o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública em reestabelecer sua capacidade de diálogo e mobilização no conjunto da sociedade brasileira.

O formato de um Projeto de Lei de iniciativa popular favorece isso. São necessárias mais de 1 milhão de assinaturas para que o projeto possa ser apresentado. Consegui-las, mais do que um esforço de estrutura e organização, significará (ou não) uma expressiva adesão da sociedade brasileira, de novo, à ideia de que a saúde é um direito de todos que precisa dos recursos necessários para ser garantido.

O instrumento e a força de mobilização e militância estão lançados.

É a oportunidade e a hora de a sociedade brasileira abraçar o SUS, e dizer com clareza que sua saúde é prioridade, e que deve ser provida pelo Estado brasileiro.

Vamos à luta!

A Diretoria Nacional

Editorial

It is time for the Brazilian society to embrace the concept of SUS

Nowadays nobody has in mind that the Unified Health System (SUS), complete and universal, was a Brazilian society's conquest. In the context of the population fight for re-democratize the nation, the reunion of the popular movement's force, the academy, the health professional and the political parties was decisive to include in the Brazilian Constitution of 1988 the already sanctioned inscription "the health care is a prerogative for every citizen and a duty to the State".

The insertion of this complete and universal pattern occurred at the same time of the process of growing of neoliberalism in Brazil, during the president Collor government. The most fundamental principles of SUS, as the participation of people and the social control of the public politics were conquered with a lot of effort and fight; this configured the 'Sanitary Movement', at the beginning it all was forbidden by the president because of the promulgation of the Unified Health System's Organic Law (Law 8080/90).

The increase of the neoliberalism ideology and its politics, totally in opposition to Unified Health System, really is a paradox that until now (more than 20 years later) persists in stopping the amplification and consolidation of SUS. The Brazilian Constitution gave us the guarantee of health care as an inalienable right, but on the other hand we had a progressive 'Counter-Reformation' of Brazilian State, making it more difficult, each day, to honor what the constitution says about health rights.

This counter-reformation of the State has several characteristics: the limitation imposed by the Law of Fiscal Responsibility prohibiting the recruitment of health professionals, the standard of privatizing management (like the well-known Social Organizations), all that come as a way to deal with this limitation. These are, certainly, huge obstacles to the amplification and consolidation of SUS.

The most relevant insufficiency, and one easily absorbed by population that uses the system, has to do with financing resources. When the project came to life, SUS had as its fund 30% of the Social Security's budget, guaranteed in the transitory disposes of the Constitution.

The referred dispose was never honored, and since then the Sanitary Reform Movement keep accumulating consecutive losses: the end of bond with the called social insurance with health, the Provisory Contribution on Financial Transac-

tion (CPMF) came with the hope of reconstructing all the damage, but in the end it was canceled thanks to the change of function and creation of the Social Emergency Fund (known today as Disentailment of Union Revenues/DRU); the constitutional amendment 29, which fixated the participation of the states and municipalities, but it only established the investments of the Union.

The regularization of the constitutional amendment 29, reason of the Sanitary Movement fight in the last 10 years, finally has its approval in December 2011, but simultaneously it configured one more loss. The social movement, organized now as Spring's Health, reclaimed that the Union contribution was stipulated, at least, in 10% of the government gross revenue, but the Congress officiated only what was already happening, that is to say, the maintenance of the previous year value, with a percentage added equivalent to the nominal variation of the Gross Domestic Product.

Living the 'hangover' of losing the fight for regularization of the amendment 29, the Sanitary Movement, articulated with several other civil social movements, came out in march with the National Movement in Defense of the Public Health, having as principal objective to propose a Project of Law from Popular Initiative which establish the base of Union investments in 10% of all gross revenue.

The persistence of the Sanitary Movement in guarantee a source of financing at least stable and sufficient find its support in the need of guarantee the possibility to make it happen: an effective Unified Health System, just like it is exposed in Constitution.

As this financing is being denied in a systematic way, the credibility and legitimacy of SUS is decreasing day by day for the population. While the government does not give to SUS the necessary resources to make it grow with no blockage, there is a machine of ideological advertisement that makes the population believe the public services are inefficient comparing with the so-called efficient private initiative.

With the increase of economy and decrease of poverty experienced in the last years, what we have seen is the progressive growth of private health insurances, which has been demonstrating the same inefficiency that is attributed to SUS.

However, to Brazilians who don't make part of the poverty anymore, to acquire a health insurance has been turning a craving and overriding investment, despite of the confirmed insufficiency of these insurances, especially the cheap ones that the new middle class can afford. At the same time, a recent IBOPE research shows that health is the major problem in the elector's opinion. 37% of the electors consider health a priority, and it's very superior comparing to the second place; the public security, it was considered a priority for 16% of the interviewees.

It is in this scenery that CEBES, with several others entities and social movements, one more time come to propose to Brazilian society the need to guarantee the financing of SUS. A system that is universal and complete, as it is described in Constitution, has a social price to be paid. And this price is so much more than

what's being provided by the government, that is, everything that is collected from society exclusively to public health.

The success of this new investment will depend on the capability of the social movements and entities that compose the National Movement in Defense of the Public Health in re-establish the capacity of dialogue and mobilization in Brazilian society.

The format of a project of law that has a popular initiative is good to reach this objective. More than a million signatures are necessary to be able to present the project. To get these signatures, more than an effort of structure and organization, it will mean (or not) an expressive endorsement of Brazilian society, again, to the idea that the health care is a right for everyone and it needs the necessary resources to be guaranteed.

The instrument and the force of mobilization and militancy were given.

This is the opportunity and time to the Brazilian society embrace the SUS and speak with lucidity that your health is a priority, and it has to be provided by the Brazilian State.

Let's fight!

The National Board

Apresentação

Uma vez mais apresentamos a edição da revista do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), *Saberes e Práticas da Gestão Municipal*, produzida em parceria com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Já em seu décimo sexto ano, essa parceria tem contribuído significativamente com a produção e gestão do conhecimento, saberes e reflexões sobre os temas importantes para a gestão municipal da saúde.

Este número apresenta onze artigos, sendo três sobre a organização do CONASEMS para a atuação como representante dos 5.565 municípios brasileiros. Optou-se por escrever sobre esse tema com o objetivo de apresentar ao leitor um pouco da história da construção e a dinâmica dessa representação, assim como os processos de trabalho, desafios e potencialidades vivenciados no dia a dia.

O primeiro artigo, trata do processo de estruturação e institucionalização do CONASEMS e também dos COSEMS desde que surgiram no contexto da Reforma Sanitária até o momento atual, em que esses conselhos se veem diante de uma oportunidade e também de um desafio em razão da Lei nº 12.466/11, que os reconhece como legítimos representantes dos entes municipais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo artigo, resgata um pouco a história da participação municipal desde a Reforma Sanitária Brasileira até o momento atual de construção do SUS. Discute como aprimorar a tecnologia de trabalho de forma a garantir essa representatividade. E, por fim, apresenta a estrutura da representação municipal, seus avanços e desafios atuais para a qualificação do papel dos municípios como protagonistas políticos e técnicos na construção da cidadania.

Fechando o bloco, o terceiro artigo analisa o processo de participação do CONASEMS, na arena nacional de pactuação, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), tendo como referencial a construção de consensos sobre a implementação do SUS nas relações interfederativas.

Nos oito artigos que se seguem, vamos explorar e conhecer experiências municipais bem-sucedidas na implementação e gestão de políticas públicas de saúde.

O artigo “O Projeto Hortas Comunitárias no Município de Maringá” apresenta uma, dentre várias ações voltadas à promoção da saúde no município. A ação baseia-se em políticas integradas e intersetoriais, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, em que todos os envolvidos são partícipes no cuidado com a saúde.

“O Modelo Recife em Defesa da Vida e a Aposta na Atenção Básica como Estratégia de Organização da Rede de Saúde: política, subjetividade e invenção de práticas” apresenta a experiência de Recife, seu modelo em Defesa da Vida, a partir da Atenção Básica à Saúde. Uma aposta na produção de saúde e na produção de sujeitos no SUS, afirmando sua sustentabilidade política e sanitária.

Já a experiência da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema, município do ABC paulista, nos apresenta o planejamento e gestão da Rede de Atenção à Saúde, no período de 2009 a 2011, tendo como referências as normas do SUS e o processo coletivo de elaboração do Plano Municipal de Saúde, dos Relatórios Anuais de Gestão e das Programações Anuais de Saúde; abordando ainda o processo de discussão e deliberação destes documentos pelo Conselho Municipal de Saúde. Uma rica experiência de gestão colegiada e implicação de sujeitos.

A equipe do colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG) apresenta algumas reflexões acerca da estratégia de implementação do *Projeto Apoiador* na efetivação e no fortalecimento do espaço de gestão regional. Os principais resultados percebidos apontam que o Projeto promove a disseminação de informações; fortalece a atuação regional, a capacidade político institucional dos municípios e da representação regional do COSEMS/MG nas relações intergovernamentais entre outras conquistas.

No Amazonas, o município de Borba nos apresenta o processo organizativo da saúde no período de 2005 até o presente momento. As autoras fazem uma análise crítica do caminho percorrido e das perspectivas vislumbradas pela gestão municipal, a partir das estratégias para o enfrentamento das iniquidades no acesso aos serviços, a qualificação da atenção prestada, a ampliação da oferta de serviços e a factibilidade da regulamentação em saúde nos serviços de saúde num município de pequeno porte da região amazônica diante do desenvolvimento das políticas públicas em saúde.

Uma vez mais a realidade dos municípios de pequeno porte se impõe e vamos conhecer, nos dois próximos artigos, as Ações de Vigilância Sanitária (VISA) nesse contexto, onde as relações de proximidade entre a comunidade, a gestão e os fiscais podem favorecer ou criar dificuldades para a sua realização; E no artigo “A avaliação dos custos com medicamentos da assistência farmacêutica na Atenção Básica em um município de pequeno porte” vamos conhecer os resultados obtidos após a incorporação em suas rotinas gerenciais, de instrumentos de apoio a gestão como o Banco de Preços em Saúde, o Sistema Hórus e o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG). Qualificação e transparência na assistência farmacêutica com redução de custos.

Fechamos o número com o artigo “Construindo a Política Pública de Saúde em Belo Horizonte: o Sistema Único de Saúde (SUS) no Município”.

A equipe da Secretaria Municipal de Saúde apresenta a trajetória de 22 anos de construção do SUS em Belo Horizonte. Apresenta os avanços, a Estratégia da Saúde da Família, como o grande eixo estruturador da Atenção Básica à Saúde e os desafios para organização e qualificação de fluxos e processos, além de questões inerentes ao financiamento.

Boa leitura a todos,

Antonio Carlos Figueiredo Nardi
Presidente do CONASEMS

This is one more issue of *Saberes e Práticas da Gestão Municipal*, the journal edited by the National Council of Municipal Health Secretaries (CONASEMS) and produced in a partnership with the Brazilian Center of Health Studies (CEBES). Already in its 16th year of partnership, this joint work has significantly contributed to the production and management of knowledge, learning and reflections on important themes for the municipal health management.

This issue has eleven articles, three of them about the CONASEMS organization that represents the 5,565 Brazilian municipalities. This theme was selected to show the reader a little about the history and dynamic of this representation, as well as the work processes, challenges and potentialities it has experienced along this time.

The first article addresses the structuring and institutionalization process of CONASEMS and COSEMS, since they appeared in the Sanitary Reform context to the present date, when these councils have faced an opportunity, as well as a challenge, due to Law 12.466/11, which recognize them as legitimate representatives of the municipalities regarding the Unified Health System (SUS).

The second article recalls a part of the municipal participation history, since the Brazilian Sanitary Reform to the present moment of SUS construction. It discusses how to improve the work technology so as to ensure such representativeness. And finally, it presents the municipal representation structure, its progress and current challenges in the qualification of the municipalities' role as political and technical players in building citizenship.

Closing the first part, the third article analyzes the participation of the National Council of Municipal Health Secretaries (CONASEMS) in the national understanding arena, the Tripartite Intergovernmental Commission (CIT), in terms of building consensus on SUS implementation in the inter-governmental relations.

The following eight articles address successful municipal experiences in the implementation and management of public health policies.

The article *The Communitarian Horticulture Project at the municipality of Maringá* shows one of the several actions that promote health in the city. The action is based on integrated and intersectoral policies, creating networks

of commitment and co-responsibility regarding the population's quality of life, where all parties involved are players in health care.

The Recife Model for Life Defense and the utilization of Primary Health Care as a health system organization strategy: policy, subjectivity and creation of practices shows an experience in Recife, its Life Protection model based on the basic health attention. A promotion of health production and production of individuals at SUS, consolidating its political and sanitary sustainability.

The experience of the Secretariat of Health of Diadema, a city in the state of São Paulo, shows the Health Attention System planning and management between 2009 and 2011, in terms of SUS guidelines and the collective process to elaborate the Municipal Health Plan, the Annual Management Reports and the Annual Health Programs; also addressing the process of discussion and deliberation of these documents by the Municipal Health Council. A rich experience of participative management and involvement of individuals.

The commission members from the Municipal Secretariat of Health of Minas Gerais (COSEMS/MG) presents some considerations about the implementation strategy of the Supporter Project in the regional management consolidation and strengthening. The main results perceived indicate that the Project promotes the diffusion of information; strengthens the regional operations, the political and institutional capability of the municipalities and the regional representation of COSEMS/MG in intergovernmental relations, among other achievements.

The city of Borba, in Amazonas, shows the organizational process of the health system from 2005 to the present date. The authors make a critical analysis of the trajectory and perspectives of the municipal management, based on strategies to eliminate deficient access to services, qualify the services provided, increase the service offering and the ensure the feasibility of health regulation in health services in a small city in the Amazon region by developing public health policies.

Once again the reality of small cities is highlighted, and the two next articles will show the Sanitary Surveillance Actions (VISA) in this context, where the contact with the community, the management and the inspectors can favor or hinder such actions. And, in the article Evaluation of the drug costs of pharmaceutical services in Primary Care in a small city, we will see the results obtained after the incorporation in its managerial practices, of management support instruments, such as the Health Price Bank, the Horus System and the Maximum Price of Sales to the Government (PMVG). Qualification and transparency in the pharmaceutical support, with reduced cost.

To close, this issue brings the article Building Health Public Policies in Belo Horizonte: The Unified Health System in the municipality.

The team of the Municipal Secretariat of Health shows the 22-year trajectory of SUS construction in Belo Horizonte. It brings the developments, the

Family Health Strategy, as the great structure of the Basic Health Attention and the challenges for the organization and qualification of flows and processes, as well as funding issues.

Enjoy your reading!

Antonio Carlos Figueiredo Nardi
President, CONASEMS

Estruturação e institucionalização do CONASEMS e dos COSEMS

Structure and institutionalization of CONASEMS and COSEMS

Blenda Leite Saturnino Pereira¹, Fernanda Vargas Terrazas²

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.
blenda@conasems.org.br

² Mestre em Direito pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.
fterrazas@gmail.com

RESUMO O presente artigo trata do processo de estruturação e institucionalização do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e também dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde desde que eles surgiram, no contexto da Reforma Sanitária, até o momento atual. Eles se veem diante de uma oportunidade e também de um desafio, em razão da lei 12.466/11, que os reconhece como legítimos representantes dos entes municipais no âmbito do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: CONASEMS; COSEMS; Estruturação; Institucionalização; Lei 12.466/11.

ABSTRACT *This study aims to report the process of structure and institutionalization of Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde and Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde ever since they appeared in the context of the Sanitary Reform up to the present time. These councils are faced with an opportunity, and also a challenge, due to law 12.466/11, that recognizes them as legitimate representatives of the cities concerning the National Health System.*

KEYWORDS: CONASEMS; COSEMS; Structure ; Institutionalization; Law 12.466/11.

Introdução

Descrever o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) é, no mínimo, uma tarefa complexa devido ao contexto de sua fundação, organização e atuação. Para tanto, é necessário ter como pano de fundo a história da saúde pública no Brasil, levando-se em conta fatores de ordem política, econômica, social, entre outros.

Dito isso, o processo de fundação do CONASEMS ocorreu em um cenário de instabilidade financeira e política do país. As políticas de Estado eram centralizadas, os municípios não possuíam autonomia, e a crise de financiamento das políticas sociais e da saúde eram temas prementes de debates.

Diante desse quadro, iniciou-se a mobilização dos secretários e dirigentes municipais de saúde, para que fosse criada e reconhecida uma representação oficial das secretarias de saúde. Diversos encontros de gestores ocorreram com o propósito de institucionalizar essa representação oficial de secretários e dirigentes, mesmo durante um período difícil, que foi o da Ditadura Militar.

Foi, no entanto, com o processo de redemocratização que o movimento conseguiu prosperar, culminando na aprovação estatutária e eleição da primeira Diretoria do Conselho no Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, ocorrido em Olinda (PE), em 1988.

Os primeiros anos do CONASEMS – entre 1987-1988 – foram extremamente difíceis, pois a entidade não contava com nenhuma estrutura para representar os milhares de municípios de todo país, particularmente no acompanhamento das discussões sobre a Seguridade Social na Assembleia Constituinte, e posteriormente explicitar a defender os interesses dos municípios na elaboração das Leis do SUS. (PIMENTA, 2007, p. 10).

A Carta de Olinda, documento político elaborado durante o V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, apontou a necessidade de defesa da Reforma Sanitária Brasileira e demonstrou preocupação

com um retrocesso político da Assembleia Nacional Constituinte.

A diretoria recém-eleita do CONASEMS tinha como tarefa prioritária atuar junto às diversas forças sociais e políticas para possibilitar – utilizando ao máximo o capital político acumulado e o fato de dispor de uma representação pluripartidária, que estivessem presentes na nova Carta Magna propostas avançadas tais como, o conceito ampliado de saúde, saúde como direito do cidadão e dever do Estado, universalidade, igualdade de atendimento, comando único em cada esfera de governo e participação da comunidade.

Nesse momento, as condições materiais e de infraestrutura do CONASEMS eram precárias. No entanto, os membros da Diretoria conseguiam cumprir seu papel de apoiar e estimular a defesa da Reforma Sanitária Brasileira e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Após intensas movimentações e a participação fundamental dos gestores municipais, foi promulgada a nova Constituição Federal, na qual estavam garantidos os princípios do SUS.

A promulgação da Constituição Federal foi um marco histórico para a saúde pública no Brasil. Iniciava-se, com ela, todavia, o desafio de construção de uma lei orgânica em que fosse consolidado normativamente o SUS. Os membros do CONASEMS acompanharam a elaboração das leis orgânicas do SUS com o objetivo de que os vetos anunciados pelo governo federal na ocasião não comprometessem os princípios garantidos constitucionalmente, e, em 1990, as leis 8.080 e 8.142 foram aprovadas pelo então Presidente da República, Fernando Collor de Mello.

As normas operacionais

Diversas formas de gestão foram construídas a partir da década de 1990. As Normas Operacionais, iniciadas pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, definiram formas de financiamento e o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Segundo Pimenta (2007), a NOB 01/91 expressa as dificuldades ocorridas no processo de construção do SUS, que reforçou o modelo médico hegemônico, centrado na produção de procedimentos, prioritariamente executados pelo

profissional médico, em detrimento de ações de caráter coletivo. Os gestores públicos eram tratados como prestadores contratados.

Durante essa época, o CONASEMS participou ativamente da IX Conferência Nacional de Saúde cujo tema era 'Municipalização é o caminho', o que demonstrava a necessidade de se investir no processo de municipalização e de se construir uma nova Norma Operacional.

O ano de 1993 foi de suma importância, pois foi quando se publicou a NOB 93, que deu à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a envergadura que ela tem atualmente, composta por membros do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do CONASEMS¹. Da mesma forma, na esfera estadual, tratou das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Considerado como um momento privilegiado na gestão do SUS, a CIT assumiu a função de articulação institucional, gerenciamento e operacionalização do SUS, inclusive nos aspectos financeiros.

Com a institucionalização das Comissões Intergestores Tripartites e Bipartites, estabelecidas pela NOB 01/93, tanto o papel do CONASEMS como dos COSEMS tiveram um salto de qualidade. (PIMENTA, 2007, p. 16).

Nesse momento, o CONASEMS se consolidou como uma força política significativa, representando os anseios municipais, além de ter um forte papel na formulação das políticas de saúde do país.

Com a publicação da NOB 96, que passou a vigorar em 1998, foram definidas as competências de gestão de cada esfera de governo; entretanto, surgiu uma falsa expectativa de que os municípios poderiam ser capazes de solucionar os problemas da saúde dentro de seu território. Isso gerou a necessidade de pactuações entre os gestores municipais, estaduais e federal.

Nesse processo, ocorreu a articulação com os COSEMS, com a criação do Conselho Nacional de

Representantes Estaduais (CONARES) com a função de ampliar as discussões entre os gestores municipais do SUS e democratizar as decisões.

Em 2001, mais uma Norma Operacional foi editada, a Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS). A NOAS, entretanto, não foi efetivamente concretizada, sendo necessária uma nova edição em 2002. Entre os pontos positivos da norma estavam a regionalização, a definição de competências dos estados e o aprofundamento dos processos de regulação, controle e avaliação do sistema.

Em meados dos anos 2000, o paradigma normativo (NOBs/NOAS), típico dos anos 1990, começou a ser questionado, o que culminou, em 2006, no Pacto pela Saúde, proposto como um novo paradigma. As novas ideias trazidas pelo pacto podem ser resumidas em cinco tópicos:

1. substituição da noção de habilitação (formal e cartorial) pela prática de compromissos de gestão;
2. introdução do conceito de regionalização solidária, com novos mecanismos de integração e novas instâncias de gestão microrregional (CGR);
3. ruptura com a fragmentação do financiamento e reorganização dos repasses em cinco blocos: 1) atenção básica; 2) média e alta complexidade; 3) vigilância à saúde; 4) assistência farmacêutica e 5) incentivo à gestão;
4. aumento da transparência da gestão de recursos, com a exigência de explicitação de gastos de custeio por parte de Estados e municípios;
5. unificação dos processos de pactuação de indicadores.

Durante todo esse período aqui relatado, o CONASEMS e os COSEMS sempre estiveram à frente de todo o processo de construção do SUS, sendo atores

¹ Embora a CIT tenha sido instituída no ano de 1991, por meio da portaria GM/MS 1.180, de 22 de julho de 1991, foi a NOB 93 que lhe deu a dimensão que ela possui atualmente.

importantes nos processos de discussão e pactuação tri e bipartite. E, mesmo com esses importantes papéis reconhecidos no âmbito do SUS, as entidades ainda sentiam falta de um reconhecimento mais forte e para além do setor saúde desse papel de representantes dos gestores municipais.

Em 2009, foi proposto, pelo Deputado Arlindo Chinaglia, um projeto de lei – PLC 5203/09, que dispunha sobre as comissões intergestores do SUS, suas respectivas composições e sobre o CONASEMS, COSEMS e CONASS. Após tramitar pela Câmara e pelo Senado, o projeto foi aprovado em agosto de 2011, transformando-se na lei 12.466/11. Essa lei deu às Comissões Intergestores do SUS, ao CONASEMS, aos COSEMS e ao CONASS status legal, já que, até o momento, embora já existissem e atuassem fortemente, essas comissões e conselhos não estavam previstos em lei.

Desse modo, as comissões intergestores, que são importantes espaços de discussão e pactuação de políticas de saúde, e os conselhos de secretários municipais e estaduais de saúde, importantes atores nesses foros, tiveram sua importância e atribuições reconhecidas em lei.

Assim, após a publicação da lei 12.466, que alterou a lei 8.080/90, essa última passou a prever, em seu art. 14-B, o seguinte:

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são reconhecidos como entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O CONASS e o CONASEMS receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no

âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma que dispuserem seus estatutos. (BRASIL, 2011).

A partir desse marco legal, CONASEMS e CONASS passam a ser declarados de ‘utilidade pública e de relevante função social’, podendo receber recursos do orçamento geral da União para auxílio no custeio de suas despesas institucionais, sendo mantida também a possibilidade de celebração de convênios com o Ministério da Saúde.

Da mesma forma, os COSEMS passam a ter o reconhecimento no âmbito estadual, desde que vinculados institucionalmente ao CONASEMS, na forma como dispuserem seus estatutos.

Em suma, a nova lei é sem dúvida um grande salto na história do CONASEMS e dos COSEMS, em seus processos de estruturação e institucionalização. E, na mesma proporção, ela traz um grande desafio aos conselhos, os quais deverão, partindo da lei 12.466/12 como marco inicial, começar um processo de fortalecimento e amadurecimento institucional.

Passamos, assim, a apresentação da atual estrutura do CONASEMS, pois ela é o substrato do qual surgirão as mudanças necessárias, ressalvando que, no âmbito deste artigo, não será possível tratar da estrutura de cada COSEMS, pois estas, embora construídas com base em um referencial comum, foram feitas de acordo com as características de cada Estado, já que os conselhos têm liberdade para tanto.

Estrutura do CONASEMS e sua personalidade jurídica

O CONASEMS é registrado como uma associação civil, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar as secretarias municipais de saúde e seus respectivos secretários ou detentor de função equivalente para atuarem em prol do desenvolvimento da saúde pública, da universalidade e da igualdade do acesso da população às ações e serviços de saúde, promovendo ações conjuntas que

fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do SUS.

Esse conselho se organiza e funciona seguindo seus princípios básicos, incentivando a participação de todas as secretarias municipais de saúde nas atividades da instituição e visando à atuação conjunta e uniforme. Defende a regionalização e a hierarquização de serviços, e a integração do município numa rede de serviços regionalizada e hierarquizada, com financiamento tripartite, fortalecendo a autonomia dos municípios na direção do SUS.

A instituição possui, dentre seus objetivos, atuar junto às instâncias estaduais e federal do SUS, representando os secretários municipais de saúde, na realização de atividades de interesse da saúde pública; representar as secretarias municipais de saúde nos fóruns de negociação e deliberação sobre saúde pública, em especial nas comissões nacionais deliberativas e consultivas; atuar junto aos conselhos de saúde estadual e nacional, discutindo e deliberando sobre a política nacional, estadual e municipal de saúde; articular-se junto dos COSEMS, para uma atuação harmoniosa no tocante à política de saúde, podendo apoiá-los técnica e financeiramente; além de promover o intercâmbio de informações, divulgando conhecimentos e capacitando pessoal.

Como estratégia de melhoria da saúde pública, o CONASEMS promove estudos e pesquisas sobre modelos assistenciais, divulgando experiências municipais.

Todos os dirigentes das secretarias municipais de saúde são associados do CONASEMS independentemente da assinatura de qualquer documento, perdendo essa condição somente quando ocorre a perda do cargo municipal.

O CONASEMS possui como Órgãos Superiores de Direção e Administração da instituição a Assembleia Geral, o CONARES, a Diretoria Executiva Nacional e o Conselho Fiscal.

Todos os cargos que compõem órgãos de Direção e Administração do CONASEMS são privativos de Secretários Municipais de Saúde.

Assembleia Geral

A Assembleia Geral é o órgão superior de deliberação, fiscalização e controle do CONASEMS. É constituído

por todos seus associados, representados pelos secretários municipais de saúde.

Além do dever primordial de velar pela manutenção e pelo aprimoramento das atividades do CONASEMS, e exercer permanente interação com o CONARES e com a Diretoria Executiva Nacional, compete, privativamente, à Assembleia Geral, dentre outras atividades a alteração do Estatuto, eleger e reconduzir os membros da Diretoria Executiva Nacional a cada 2 anos, aprovar as diretrizes políticas do CONASEMS, além de deliberar em instância final sobre os demais assuntos de interesse do CONASEMS.

CONARES

O CONARES, órgão de direção subordinado e de administração superior, é constituído por três representantes de cada Estado da Federação e pela Diretoria Executiva Nacional. Cada Estado é representado pelo presidente do COSEMS, Secretário Municipal de Saúde da Capital e um representante dos demais municípios do Estado, indicado pelo COSEMS.

Compete ao CONARES analisar e aprovar as diretrizes políticas e o plano de atividades do CONASEMS, submetendo-as à deliberação da Assembleia Geral.

O CONARES também tem a função de aprovar questões administrativas e financeiras internas, elaboradas pela Diretoria Executiva, para funcionamento da instituição, tais como o plano de cargos, carreiras e salários do pessoal; os valores da contribuição de representação institucional, elaborada pela Diretoria Executiva Nacional; convênios, contratos, programas e projetos em geral.

Diretoria Executiva Nacional

A Diretoria Executiva é órgão de subordinação e direção cujos membros são eleitos a cada 2 anos, sendo permitidas reconduções de seus membros. Todas as decisões da Diretoria Executiva Nacional são tomadas por consenso; entretanto, não havendo consenso, o assunto é submetido à consideração do CONARES. Todos os cargos da Diretoria Executiva são privativos de

Secretários Municipais de Saúde. A Diretoria Executiva Nacional reúne-se, ordinariamente, a cada 30 dias e, extraordinariamente, quando convocada pela maioria simples de seus membros.

Além do dever primordial de administrar o CONASEMS, no sentido da consecução dos objetivos já enunciados, compete, à Diretoria Executiva Nacional, exercer o controle interno das atividades do CONASEMS segundo as diretrizes e os critérios fixados pela Assembleia Geral e pelo CONARES; estabelecer contato permanente com os COSEMS; além de fixar as rotinas e estabelecer procedimentos para o adequado funcionamento do CONASEMS, no tocante aos assuntos técnico-científicos, administrativos, financeiros, de pessoal e de serviços;

A Diretoria Executiva Nacional poderá criar, por solicitação de seu presidente, comissões temporárias que responderão por temas de interesse circunstancial e imediato do CONASEMS por prazo determinado.

Conselho Fiscal

O Conselho Fiscal, órgão de fiscalização superior, é constituído por cinco membros eleitos pela Assembleia Geral, a quem incumbe realizar a fiscalização contábil, financeira, operacional e patrimonial do CONASEMS. O Conselho Fiscal se reúne quadrimestralmente, devendo apreciar as contas da Diretoria Executiva Nacional, promovendo relatórios e pareceres que deverão ser encaminhados ao

CONARES para apreciação e, anualmente, à Assembleia Geral, para aprovação.

Em relação ao seu financiamento, vários projetos são equacionados. Constituem receitas do CONASEMS as contribuições de representação institucional das secretarias municipais de saúde, de acordo com tabela fixada pela Diretoria Executiva Nacional, aprovada pelo CONARES, recursos advindos de contratos e convênios com órgãos e entidades públicas ou privadas e organismos internacionais. Parte dos recursos das contribuições de representação institucional é repassada aos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde, com objetivo de fortalecer as atuações em cada unidade federativa.

Conclusão

Visto o percurso de estruturação e institucionalização por que passaram o CONASEMS e os COSEMS, desde a sua criação, e diante do novo contexto gerado com a publicação da lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, cria-se, para essas entidades, a oportunidade e também o desafio de aproveitarem esse momento histórico para mais um salto em seus processos de fortalecimento institucional, uma vez que, agora, CONASEMS e COSEMS são reconhecidos como entidades representativas dos entes municipais para tratar de matérias referentes à saúde. ■

Referências

BRASIL. *Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011*. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas

respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/2011/lei-12466-24-agosto-2011-611339-publicacaooriginal-133478-pl.html>>. Acesso em: 26 mar. 2012.

PIMENTA, A.L. *A história do CONASEMS: da fase heroica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000*. Brasília, DF: CONASEMS, 2007.

A matricização da representação municipal da saúde no SUS

Matrix of Municipal Health Representation

Marcos da Silveira Franco¹

¹ Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. marcos@conasems.org.br

RESUMO Este texto sintetiza um pouco da história da participação municipal, desde a reforma sanitária brasileira até o momento atual de construção do Sistema Único de Saúde. Discute como aprimorar a tecnologia de trabalho de forma a garantir essa representatividade por meio de sua operação via matrizes, incorporando reflexões e boas experiências desde o planejamento estratégico institucional até a gestão de seus resultados. Expõe a estrutura da representação municipal, seus avanços e os desafios atuais para a qualificação do papel dos municípios como protagonistas políticos e técnicos na construção da cidadania.

PALAVRAS-CHAVE: Organização e administração; participação comunitária.

ABSTRACT *This text summarizes some of the history of municipal participation from the Brazilian Health Reform and the current construction of Unified Health System. It discusses how to improve the technology work to ensure that representation through its operation for matrices, incorporating good experiences and reflections from strategic planning to the institutional management of their results. It presents the structure of municipal representation, its advances and the present challenges for a characterization of the role of municipalities as political actors and technicians in the construction of citizenship.*

KEYWORDS: *Organization & administration; Consumer participation.*

Contexto

O movimento dos secretários municipais de saúde na história da reforma sanitária tem grande importância na construção democrática brasileira recente. Esse movimento entende que o processo de descentralização aproxima o cidadão das estruturas do Estado e colabora para sua formatação e condução. A descentralização torna possível o equilíbrio entre a noção sistêmica de Brasil e a realidade local que molda a cidadania.

Desde os primórdios do enfrentamento ao autoritarismo centralizador, expresso pelos regulamentos do golpe militar de 1964, esse movimento se faz presente. Sua organização vem se aprimorando na luta pela municipalização, expressão maior da descentralização.

Ao longo dos anos, várias formas de organização e arranjos vêm sendo aprimoradas para o enfrentamento das demandas que se estendem pelas amplas dimensões da federação. Em alguns momentos, sinérgicos aos movimentos dos secretários estaduais, em outros, com maior ou menor grau de aproximação com as entidades representativas dos prefeitos municipais, vínculos esses bem fortes em alguns Estados.

Em 24 de agosto de 2011, foi promulgada a lei 12.466, que altera a lei orgânica e redige o art. 14 de forma a institucionalizar as comissões intergestores e as representações municipais e estaduais da saúde. Reconhece, finalmente, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), no âmbito nacional, e os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), no âmbito estadual, como entidades representativas dos municípios. Esse reconhecimento deixa claro que o processo de construção da política de saúde não está terminado e deve ser dinâmico na medida em que se alteram as condições sanitárias e políticas, tanto locais, como regionais e nacional. Adaptando o pensamento de Balint 1984 apud Campos, 1999, não se trata apenas de reconhecer intelectualmente a dimensão subjetiva das relações interfederativas, mas, antes, de aprender a lidar com o fluxo de afetos e conflitos inerentes a essas relações.

O trabalho do CONASEMS e dos COSEMS parte do pressuposto de que ainda há uma 'municipalização incompleta' (LUZ, 2000, p. 307) porque, mesmo com a regulamentação da lei 8.080, pelo decreto

7.508/11, e da lei complementar 141/12, o que acontece hoje ainda, em maior ou menor grau, é um processo de desconcentração, que repassa responsabilidades, mas mantém o férreo centralismo do financiamento, gerando embates federativos significativos.

A consequência desse permanente embate entre as demandas técnicas setoriais e as necessidades de formulação de novas políticas públicas de saúde é a criação de foros em todas as dimensões do Estado brasileiro, republicanas e federativas, desde as microáreas/áreas dentro do município, conselhos municipais de saúde, colegiados intergestores regionais, macrorregionais e estaduais, câmaras técnicas e comissões bipartites, tripartite, conselhos estaduais, conselho nacional e outros. Nesses foros, há sempre a pauta de discussões normativas de financiamento determinado em programas e ações específicas e do financiamento global, que considera a realidade sanitária local, do planejamento normativo descendente e do planejamento estratégico ascendente, dos conflitos que emergem ao estender um plano de governo de um ente federado, sobrepondo-se aos planos de governo de outros entes, em detrimento de uma política de Estado brasileiro, muitas vezes desconsiderando os princípios federativos, ou, em outros termos, o centralismo versus a descentralização (SILVEIRA, 2005, p. 79). Os resultados desses foros dependem da capacidade de organização da representação municipal, da capacidade do gestor municipal e da sociedade de mobilizarem politicamente os setores organizados e as comunidades, para o exercício de sua emancipação na determinação de seus planos para a construção da atenção de suas necessidades locais em saúde (GOHN, 2004; CARVALHO, 2007).

Nesse contexto, o CONASEMS tem exercido um papel construtivo, viabilizando sinergismos possíveis politicamente frente à preponderante tendência neoliberal do Estado brasileiro (FLEURY, 2009, p. 743) e as demandas de saúde que consideram a universalidade e a integralidade. Tem sido o principal interlocutor das demandas locais na proposição das políticas públicas de saúde.

Entretanto, a questão que tem estado, de forma permanente, na direção dessa representação é: como, de fato, representar o universo dos 5.564 municípios brasileiros?

Esse pensamento está expresso na missão da instituição definida no processo de planejamento:

representar e defender os interesses da gestão municipal da saúde nos espaços nacionais de formulação, discussão, deliberação e pactuação no SUS; apoiando os COSEMS, sistematizando e construindo estes conhecimentos. (CONASEMS, 2012, p. 3).

Este texto tem a intenção de demonstrar como essa representação tem sido aprimorada, com vistas a garantir, na perspectiva do município, a construção da cidadania em saúde, por meio do processo de matriciamento setorial e de representação institucional, definindo, assim, uma tecnologia de trabalho.

O escritório técnico do CONASEMS

A incorporação gradativa, ao longo de vários anos, de um escritório técnico, que dê suporte ao posicionamento da representação política dos municípios no âmbito nacional (Diretoria do CONASEMS) tem possibilitado uma maior amplitude de frentes na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 1988. Entretanto, um corpo técnico, por si, não garante um bom apoio, se não houver espaço para o aprimoramento de sua organização e funcionamento, por meio de planejamento contínuo e processos de educação permanente.

A constituição e o funcionamento atual do escritório técnico são, portanto, frutos de uma somatória de processos de crescimento institucional. Dentre os avanços, destacamos o papel, agora definido legalmente, do CONASEMS.

Hoje, o escritório conta com um setor de apoio administrativo e financeiro, uma secretaria executiva e um corpo de assessores técnicos em tempo integral. Seu funcionamento se apoia e se organiza em núcleos temáticos, que contam com a participação dos diretores, técnicos municipais e dos COSEMS, assessores técnicos e consultores externos. O recente processo de planejamento interno apontou como missão da assessoria técnica

apoiara diretoria, viabilizando as condições que favoreçam as suas formulações e posições políticas, organizando sua agenda, representando o CONASEMS por delegação, articulando com as áreas técnicas dos demais atores do SUS, apoiando os COSEMS por meio da disseminação das informações e pelo fomento e qualificação do diálogo com as suas assessorias técnicas, incluindo a produção, desenvolvimento e gestão de conhecimento para o aprimoramento da gestão municipal de saúde. (CONASEMS, 2012, p. 11).

O funcionamento por núcleos temáticos espelha as necessidades de aprofundamento das discussões que ocorrem nos grupos de trabalho (GT) da câmara técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Isso determinou uma paridade temática entre os GT e a criação dos núcleos. Esses núcleos aglutinam atores de domínio técnico e representatividade política na área que acumula a discussão da política de saúde, facilitando a difusão do que está em pauta no âmbito nacional e compilando as tendências regionais e locais. Essas formulações, ao serem sistematizadas, de fato, colaboram com a composição do posicionamento da diretoria. Embora não de maneira absoluta, esse caminho maximiza a representatividade dos COSEMS e CONASEMS.

Ao longo do tempo, a participação dos técnicos municipais indicados pelos então gestores tornou-se defasada em relação diretoria dos COSEMS e aos atuais gestores municipais de seus municípios de origem. Sendo a representação dos COSEMS e CONASEMS eminentemente política, o posicionamento aferido, a partir do funcionamento do núcleo, se defasado, poderia não corresponder aos anseios atuais do movimento dos secretários municipais e prefeitos.

A partir do segundo semestre de 2011, a direção dessa representação redefiniu o papel do escritório técnico a partir de um momento de reanálise situacional, adequando sua missão frente ao contexto político da saúde nacional (CNS, 2011), regulamentar do SUS (lei complementar 141/2012) e as novas configurações jurídicas da instituição (lei 12.466/2011).

Nesse sentido, optou-se pelo desenvolvimento de uma matriz operacional do escritório, da representação e do relacionamento com os COSEMS, aprimorando, assim, o funcionamento e a constituição dos núcleos temáticos, o papel da secretaria executiva e dos assessores técnicos e consultores, constituintes do apoio aos gestores municipais, diretores e representantes da instituição.

Como consequência, houve a necessidade de recompor a representação de gestores, técnicos e assessores indicados pelos COSEMS, para atualizar a representação política desses atores partícipes dos núcleos.

Os núcleos

Podemos citar basicamente três funções dos núcleos:

1. difundir posicionamentos setoriais já definidos pela diretoria ou os temas em construção nos GT da CIT ou nas Comissões intersetoriais do Conselho Nacional de Saúde (CNS);
2. angariar e compilar o posicionamento local, regional e estadual dos municípios em relação aos temas em construção, bem como suas demandas específicas;
3. representar, por meio de seus partícipes, o CONASEMS, nos foros de negociação e formulação a que forem delegados pela diretoria.

Cada um dos atuais 12 núcleos possui um coordenador político, que é um dos dirigentes eleitos na assembleia geral eletiva, que ocorre a cada 2 anos, durante o Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Esse coordenador político é indicado posteriormente em reunião da diretoria eleita do CONASEMS e está estritamente vinculado ao interesse técnico pessoal do diretor. Desse modo, essa composição não é discutida na assembleia geral. Isso facilita adequações e recomposição dessa coordenação política. O papel desse coordenador político é garantir que a missão de difundir e compilar as demandas e a representação do CONASEMS reflita a posição aferida no colegiado da diretoria eleita e da assembleia geral expressa na carta do congresso e na tese do CONASEMS (CONASEMS,

2011). É, ao mesmo tempo, quem executa esse controle e desenvolve um apoio para um bom funcionamento do núcleo.

Outros membros da diretoria que fazem parte do núcleo são os secretários extraordinários. Estes são eleitos na assembleia geral e colaboram participando dos foros específicos e em reuniões presenciais do núcleo. Estão encarregados de difundir e compilar as posições de cada região brasileira para as quais foram eleitos representantes. São, portanto, cinco por área, ao todo.

Outro componente do núcleo é o coordenador técnico. É um papel desenvolvido por um dos assessores técnicos da secretaria executiva do CONASEMS. Cada assessor técnico deve dominar todos os temas em discussão no CNS e na CIT, mas é referência para uma ou mais área setorial. Essa referência coincide com a coordenação técnica da área, de tal forma que acumule a responsabilidade de catalisar e compilar a discussão em pauta na área. O coordenador técnico tem como responsabilidade operacionalizar as funções do núcleo e facilitar o diálogo entre a diretoria e os membros do núcleo e com os representantes da instituição os diversos foros de negociação tripartite. Está encarregado de submeter à diretoria as indicações de suas delegações nesses foros setoriais de abrangência do núcleo, bem como de sistematizar essa participação. É ainda quem difunde o posicionamento da diretoria, capilariza os temas em discussão e sistematiza essa participação, que é feita por meio de redes sociais próprias e públicas da internet.

Cada COSEMS possui um representante participante em cada núcleo, o que, por si, já representa uma matriz. Esse representante possui o papel de fazer a interlocução entre o CONASEMS e o COSEMS na área de abrangência do núcleo. Difundir o que se discute no âmbito nacional em seu Estado, junto à diretoria do COSEMS e aos secretários municipais, e deles compilar o posicionamento sobre a pauta, relatando ao núcleo, é uma das formas de viabilizar o vínculo institucional dos COSEMS em relação ao CONASEMS, determinado pelo art. 14b, parágrafo 2º, da lei 8.080. Esse representante é de indicação do COSEMS e pode ser um diretor seu, um gestor municipal mesmo não sendo diretor, um assessor do COSEMS ou mesmo um técnico municipal. Esse representante pode ser também chamado a representar o CONASEMS nos mais de 200

foros tripartite ou de âmbito nacional atualmente em atividade.

Cada núcleo ainda conta com um número variável de participantes em suas redes sociais, que são apenas colaboradores à distância em participação virtual. Alguns núcleos possuem uma rede com mais de 800 desses participantes. Eles não são chamados a representar o CONASEMS, apenas têm sua participação por meio de grupos operacionalizados pelo Google Groups. A adesão desse tipo de participante do núcleo é livre, devendo apenas estar vinculado a algum serviço municipal de saúde. Colaboram na discussão de propostas municipais ou mesmo apresentando demandas das necessidades de saúde que poderiam ser trabalhadas ou pautadas para discussão para medidas de amplitude da política nacional de saúde, na qual o CONASEMS se faz representar.

Atualmente, são os seguintes os núcleos temáticos do CONASEMS: gestão; atenção básica; atenção; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; ciência e tecnologia; direito sanitário; financiamento; gestão do trabalho e educação; participação da comunidade; comunicação.

Com essa estrutura, fica evidente que o processo de comunicação passa a ser, sem dúvida, o principal instrumento de mobilização e construção de súmulas e documentos de apoio à diretoria.

A comunicação

O processo de planejamento apontou a comunicação como a área deficitária e prioritária a ser resignificada no funcionamento do escritório técnico. Havia falhas graves, desde o cadastro dos secretários, seus contatos, os instrumentos de coleta de informação e os veículos de divulgação. Observamos, nessa análise situacional, que esta é uma condição que reproduz também nos COSEMS (CONASEMS, 2012, p. 8)

Nesse sentido, a diretoria optou pela formalização do núcleo de comunicação que deve ser organizado nos moldes dos outros núcleos e tendo como articuladores os assessores de comunicação de cada COSEMS. Esse núcleo nasce com o apoio do Núcleo de Estudos em Saúde Pública/Universidade de Brasília (NESP/UnB),

que tem colaborado significativamente com o processo de relatoria do Congresso das Secretarias Municipais de Saúde.

O objetivo é estudar e melhorar todos os mecanismos de comunicação interna e institucional, a partir de formulação de uma política de comunicação, que inclua os municípios, o COSEMS e o CONASEMS.

Em março, realizou-se uma oficina de todos os núcleos que têm, entre outras tarefas, a de regulamentar e regularizar os necessários instrumentos de comunicação, visando facilitar a sistematização de posições municipais para a representação da diretoria do CONASEMS. O objetivo era a ampliação da capacidade da instituição em conduzir sua representação por meio da democracia participativa, como ensina Masuda (1981, p. 101).

O funcionamento matricial

O funcionamento matricial é uma maneira de descompartmentalizar as ações, de garantir a integração por meio de um processo de trabalho que garanta a incorporação de saberes técnicos e políticos singulares a cada área (CAMPOS, DOMITTI, 2007, p. 400). No caso dos núcleos é uma maneira de fazer com que cada núcleo, em sua especificidade, seja capaz de incorporar o que se está a discutir e construir como política de saúde de maneira sinérgica. No caso dos COSEMS, é a maneira pela qual o CONASEMS pode garantir unicidade do movimento dos secretários municipais de saúde no âmbito nacional, aproximando essas construções e discussões para cada COSEMS.

Em ambos os casos, fica evidente a necessidade do apoiador matricial. Cabe a secretaria executiva o papel de coordenação do apoio matricial tanto em relação aos núcleos como em relação aos COSEMS.

Em relação aos núcleos, o papel de apoiador matricial é feito pelo assessor técnico da secretaria executiva, que faz a coordenação técnica. Em relação aos COSEMS, cada assessor é responsável pelo acompanhamento de pelo menos três COSEMS e seu papel é garantir a difusão dos temas em discussão, compilação das posições destes e síntese das demandas dessas instituições em cada Estado.

Um dia por semana, todos os assessores são reunidos para discussão conjunta dos temas prioritários pautados nos foros de amplitude nacional e planejamento semanal. Esse encontro, de presença obrigatória, é o momento no qual todos se apropriam do universo de temas em construção em cada um dos núcleos. Outra pauta dessa reunião é a análise situacional dos COSEMS de forma a contextualizar o nível de apropriação de temas específicos e demandas dos COSEMS.

Outra forma de garantir essa matricização é o espaço físico de trabalho dos assessores técnicos. Trata-se de um espaço coletivo, onde todos têm seus postos de trabalho vizinhos, facilitando o diálogo permanente e garantindo uma maior socialização dos temas em construção.

Essa tecnologia de processo de trabalho pode ter suas limitações em duas dimensões. A primeira é que é mais difícil o processo produtivo de documentos pelo constante interromper pela proximidade e constante diálogo dos assessores. A segunda é que se faz sempre necessário um aprendizado constante dessa tecnologia e de agenda coletiva, o que nem sempre é possível pela grande demanda.

Conclusão

O desenvolvimento da capacidade de representação municipal está diretamente relacionado, nesse momento, à necessidade de incorporação plena e aprimoramento dessa tecnologia de trabalho.

Há um ambiente de aprendizado permanente e um acompanhamento do desenvolvimento dos trabalhos, de forma a inserir a direção política do movimento dos secretários municipais de saúde na dinâmica ascendente de produção das proposições locais. Ao mesmo tempo, favorece um maior controle do posicionamento da instituição pelas suas representações.

Essa tecnologia de trabalho está a ser replicada no âmbito dos COSEMS, vitalizando a relação daquela instituição com os colegiados regionais. São operadas pelos apoiadores dos COSEMS e já demonstram uma avaliação positiva, conforme mensuração de resultados levantados pelo COSEMS-SP e COSEMS-MG.

Essa tecnologia cria uma demanda clara agora no universo das representações municipais que é como viabilizá-la aos 26 COSEMS. Sem dúvida, o CONASEMS passa a ter um protagonismo multiplicado nessa construção. ■

Referências

BALINT, M. *O médico, o paciente e sua doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 29 mar 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamentação da Lei no 8.080/90. Série E. Legislação de Saúde. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto.pdf>>. Acesso em: 29 mar 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei no 12.466, de 24 de agosto de 2011*. Brasília, DF: 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 29 mar 2012.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n2/16.pdf>> Acesso em 29 maio 2012.

CAMPOS, G.W.S; Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde; *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 393-403, 1999; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/712.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2012

CARVALHO G.C.M. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). *Plano nacional de saúde de 2011*. Brasília: CNS, 2011.

CONSELHO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Planejamento da diretoria do CONASEMS*. Brasília: CONASEMS, 2012. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/images/banners/planejamento2012.pdf>>. Acesso em 22 mai 2012.

_____. *Tese do CONASEMS 2010/2011*. Brasília, DF: 2011. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/finish/16/7>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, maio/jun. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13 n. 2, mai./ago. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200003>>. Acesso em: 29 mar 2012.

LUZ, M.T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MASUDA, Y. *The information society as post-industrial society*. Washington: World Future Society, 1981. Disponível em: <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&u=http://www.friends-partners.org/GLOSAS/GPA-Taipei_8-15-01/References/Masuda/Masuda_1981.html&ei=R3a6T5LEKlqe8QSH492xCg&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=2&ved=0CFcQ7gEwAQ&prev=/search%3Fq%3DMASUDA,%2BY.%2Bcorreios%26hl%3Dpt-BR%26biw%3D1280%26bih%3D929%26prmd%3Dimvns>. Acesso em: 01 maio 2012

SILVEIRA, M.M. *Política Nacional de Saúde Pública - A trindade desvelada: economia-saúde-população*. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

O CONASEMS, a CIT, as relações intergestores e os mecanismos de construção de consensos

CONASEMS, CIT, intermanagers' relationship and the mechanisms of consensus construction

Nilo Brêtas Júnior¹

¹ Especialista em Supervisão Hospitalar pela Escola de Saúde de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenação da Assessoria Técnica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) - Brasília (DF), Brasil. nilo@conasems.org.br

RESUMO Este artigo busca analisar a participação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde na arena nacional de pactuação, a Comissão Intergestores Tripartite, tendo como referencial a construção de consensos sobre a implementação do Sistema Único de Saúde nas relações interfederativas.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Tripartite; Compartilhamento da Gestão, CONASEMS.

ABSTRACT *This paper intends to analyze the participation of National Council of Municipal Health in the national space of agreement, the presence of Tripartite Intermanagers' Commission, having as reference the construction of consensus about the implementation of Unified Health System.*

KEYWORDS: *Tripartite system; sharing management; CONASEMS.*

Introdução

Em abril de 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), como resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde, aprovou sua resolução de número 2, na qual recomendava ao Ministro de Estado da Saúde, na época o Dr. Alcení Guerra, a criação de uma Comissão Especial que visasse discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal recomendação tratava da questão de gerenciamento e financiamento do SUS constituída pelas três instâncias gestoras governamentais do sistema, ou seja, a União, representada pelo Ministério da Saúde (MS), os Estados, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), e os Municípios, representados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), sugerindo ainda que essa comissão especial apresentasse seus resultados ao CNS.

Em julho de 1991, o Ministro de Estado da Saúde publicou a portaria 1.180 que criava uma comissão técnica cujo objetivo era o de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do SUS.

A partir de 1993, essa instância passou a ter funcionamento regular e, em agosto de 2011, foi publicada a lei 12.466, que conferiu legalidade à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e às representações dos entes estaduais e municipais de saúde: o CONASS, o CONASEMS, as CITs em âmbito nacional e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) em âmbito estadual.

Nesses mais de 20 anos de funcionamento, vários foram os momentos de tensionamento e distensionamento produtivos, não apenas pelos resultados, mas, principalmente, pela acumulação histórica, resultando em um modo de funcionamento que não somente é referência para o relacionamento interfederativo, mas, no próprio compartilhamento da gestão, para os Estados e regiões de saúde.

Aponto esse sistema de gestão compartilhada por meio das instâncias de pactuação, como referência, para a construção e consolidação do SUS, no que diz respeito ao seu modo de funcionamento e ao modo de funcionamento da CIT como referência para

o aperfeiçoamento e fortalecimento das CIBs e das Comissões Intergestores Regional (CIRs).

Um sistema, como define Carvalho & Santos (1995), é um conjunto organizado de estruturas, com finalidades, regras e modo de funcionamento definidos. A CIT e seu modo de funcionamento, como processo histórico de construção, representam, assim, uma referência para esse modo de funcionamento, embora sua agenda, por ser nacional, distancia-se muitas vezes das agendas estaduais e regionais.

É necessário ainda, como introdução deste artigo, pontuar o local e o referencial da análise. Assumo, com muito orgulho, ser do CONASEMS e dos municípios e, portanto, amalgamado às fortalezas e fraquezas com as quais se apresentam os municípios nesse processo.

Assim, dialogo e me referencio nos artigos publicados nesta revista pelos colegas de assessoria do CONASEMS, Marcos Franco, Blenda Pereira e Fernanda Terrazas, que analisam os ambientes internos e externos nos quais se movimentam os atores municipais nesse sistema.

O regimento interno da CIT e o sistema de gestão compartilhada

A CIT, enquanto sistema de gestão compartilhada, tem, atualmente, seu conceito definido por meio de seu regimento interno (RI). O RI atual reflete o processo histórico de acumulação dos atores presentes na arena de pactuação do MS, CONASS e CONASEMS, e está instituído pela Portaria GM 2.686, de 16 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011b).

Como finalidades, determina articulação, negociação e pactuação entre gestores de saúde dos entes federativos, para a operacionalização das políticas públicas de saúde no âmbito do SUS.

Estabelece, para isso, suas competências, a saber:

- Pactuar aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada em seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

- Pactuar diretrizes gerais sobre regiões de saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- Pactuar diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- Pactuar as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- Pactuar responsabilidades dos entes federativos na rede de atenção à saúde, de acordo com seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias;
- Pactuar referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência;
- Promover o fortalecimento dos processos de descentralização, regionalização e pactuação mediante o intercâmbio de informações com as CIBs;
- Pactuar sobre normas gerais e fluxos para elaboração e assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e outros mecanismos de implementação e regulamentação complementares para atuação das três esferas de gestão do SUS;
- Promover e apoiar processos de qualificação permanente das CIBs e outras instâncias de pactuação intergestores;
- Propor estratégias para o fortalecimento da capacidade gestora de Estados, municípios e Distrito Federal, observadas as competências de outras comissões intergestores;
- Promover o fortalecimento das instâncias de pactuações regionais para efetiva descentralização e regionalização da gestão do SUS;

- Decidir sobre casos específicos, omissos e controversos relativos à instituição de regiões de saúde e, em grau de recurso, sobre matérias controversas, objetos de pactuação das CIBs e pelas CIRs.

O RI define ainda como de competência exclusiva da CIT a pactuação:

- Das diretrizes gerais para a composição da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
- Dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da região de saúde, em razão do compartilhamento da gestão;
- Das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das regiões de saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.
- Sua estrutura, constituída pelo plenário, pela Câmara Técnica (CT) e pela Secretaria Técnica (ST) da CIT, organiza-se da seguinte forma:
- Plenário: 21 membros, sendo 7 do MS, quais sejam os titulares das secretarias; 7 do CONASS e 7 do CONASEMS;
- CT-CIT: comporta por seis membros, sendo dois do MS, dois do CONASS e dois do CONASEMS;
- ST-CIT: mantida com recursos humanos e financeiros do MS.

Seu modo de funcionamento, também definido em seu RI, contempla coordenação tripartite do plenário, mediante condução conjunta do Ministro de Estado da Saúde, da presidência do CONASS e do CONASEMS.

A CIT é ainda acompanhada por representante indicado pelo plenário do CNS e se reúne ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, em casos de apreciação de matérias urgentes em saúde pública, sendo convocadas pela coordenação. No início

de seu funcionamento, em 1993, chegou a ter reuniões quinzenais. À coordenação são atribuídas as funções de convocar e coordenar as reuniões do plenário; supervisionar o funcionamento da ST-CIT e da CT-CIT; e aprovar a versão final da pauta de reuniões.

O plenário, em sua última reunião ordinária anual, define e aprova o calendário de reuniões ordinárias para o ano seguinte e suas reuniões acontecem com abertura dos trabalhos (ciência ao plenário das homologações e certificações); apreciação da pauta (apresentação e discussão das matérias e a apreciação e pactuação de propostas por consenso); apresentação de informes; e encerramento. A pactuação por consenso, ao contrário do que apontam alguns estudiosos dos processos de negociação, não enfraquece ou retarda as decisões, mas leva em conta as preocupações das três partes e visa resolvê-los/aclará-los antes que a decisão de pactuação seja tomada. Várias pactuações são realizadas no mérito, ficando a redação da resolução à cargo da CT-CIT ou dependente de posterior pactuação em próxima reunião. Assim, o processo de busca e obtenção de consenso, caracterizado como coassentimento tripartite, determina um ambiente de respeito e avaliação de todas as opiniões e contribuições. O consenso, dessa forma, torna-se um processo de decisão mais democrático e mais inclusivo, proporcionando o acesso igual ao poder decisório pelas três partes, pois, se não há consenso, a discussão tem de ser aprofundada e pautada em próxima reunião, além de favorecer o sentido de cooperação entre as partes e de responsabilidade individual para as ações. Ao contrário de estabelecer competição entre as partes, representa evolução, dos pontos de vista individuais, a respeito dos temas propostos. No site portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1843 estão todas as pautas e resoluções tripartite tomadas desde o ano de 2000.

Os temas a serem deliberados e pactuados pelo plenário são previamente analisados e fundamentados pela CT-CIT e a inclusão de novos temas na pauta somente é permitida mediante anuência da coordenação da CIT. As matérias urgentes são incluídas e constam necessariamente de todas as pautas subsequentes, até sua deliberação e pactuação. As decisões do plenário são formalizadas por meio de resoluções, a publicadas pelo MS na imprensa oficial e em seu site na internet.

A CT-CIT assessora o Plenário, subsidiando tecnicamente as matérias submetidas à deliberação e à pactuação, além de coordenar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Grupos de Trabalho constituídos pelo plenário para analisar, propor medidas e acompanhar os assuntos, projetos, programas e ferramentas de operacionalização das políticas a serem deliberadas e pactuadas no plenário; elaborar a pauta de suas reuniões, com antecedência mínima de 1 semana da reunião seguinte; cumprir e acompanhar suas determinações; desenvolver estudos e análises com vistas a assessorar e subsidiar suas atividades; e participar de suas reuniões, assessorando os membros da CIT no desenvolvimento dos trabalhos.

A ST-CIT presta o apoio técnico e administrativo necessário ao pleno funcionamento do plenário e da CT-CIT, além de assessorar a coordenação da CIT; providenciar a convocação das reuniões do plenário e da CT-CIT; organizar e secretariar as reuniões do plenário, da CT-CIT e dos grupos de trabalho; elaborar e providenciar a divulgação das decisões do plenário; propiciar o apoio administrativo necessário ao funcionamento do plenário, da CT-CIT e de seus grupos de trabalho; e receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências dirigidas à coordenação da CIT.

Esse modo de funcionamento aqui descrito garante a corresponsabilização e o compartilhamento de gestão tripartite dos processos decisórios, sejam em sua parte mais técnica CT-CIT seja em seu plenário.

O CONASEMS e a CIT

Para cumprir seus compromissos e responsabilidades legais e institucionais, o CONASEMS é representado no plenário da CIT por sua diretoria executiva; na CT-CIT por seu secretário executivo e sua coordenação da assessoria técnica; e, nos GT, por seu quadro de assessores permanentes.

Mensalmente, são articuladas as agendas da pauta tripartite com as agendas de seus núcleos temáticos; preparados os subsídios técnicos para a tomada de posição de sua diretoria em relação aos assuntos a serem pactuados; e realizadas reuniões prévias ao plenário da CIT, para viabilizar o processo de tomada de decisões.

Eventualmente, em função da complexidade do assunto em pauta ou de sua relevância e impacto para o conjunto dos municípios do país, é realizada reunião de representantes dos Estados (CONARES) e composto pelo presidente de cada Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), pelo Secretário Municipal de Saúde de cada capital e por mais um Secretário Municipal de Saúde, indicado pelo COSEMS. Essa reunião, além de aumentar os subsídios para a tomada de decisão e posicionamento em relação aos assuntos, contribui para análise de situação das questões em pauta em cada um dos 26 Estados da federação, com presença de municípios.

Também é preciso salientar que, devido à natureza eminentemente política desse processo de tomada de decisão, é necessário muito diálogo interno para que o posicionamento nacional da entidade se harmonize com a realidade de cada um dos 26 COSEMS e, mais ainda, dos 5.564 municípios brasileiros.

Descritos desta forma sucinta os modos de funcionamento da CIT e do CONASEMS, não significa que não existam conflitos internos e externos, divergências de opiniões, contradições ou que não se façam necessários outros movimentos na busca do consenso. Dada a natureza profundamente política desse processo de negociação e pactuação, muitas vezes discussões entre as três representações das unidades da federação de forma

trina ou dual se fazem necessárias para ampliar as possibilidades de evolução da negociação e para que se produzam as resoluções tripartite.

Conclusão

A consolidação do SUS exige a permanente evolução dos processos de tomada de decisão, do exercício de compartilhamento da gestão e do desenvolvimento da capacidade de articulação e representação municipal.

O aprendizado obtido no processo tripartite, até agora, permite apontar que, além de fortalecer individualmente cada uma das representações, a corresponsabilização e a compreensividade das representações tripartite no SUS, internas e externas umas em relação às outras, possibilitam o exercício de poder mais igualitário e democrático, e maior compromisso e sentido de pertencimento em relação às decisões.

No momento em que o avanço da consolidação do SUS, por meio da implementação dos dispositivos do Decreto Presidencial 7.508 de 2011, requer tal compartilhamento de poder nas CIBs e CIRs, referências desse aprendizado tripartite, direcionamento, confiabilidade e maior aproximação aos ideais de origem do SUS são palavras-chave do presente processo. ■

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011*. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e suas respectivas composições, e dar outras providências. 2011a. Acesso em: 9 mar. 2012. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm>. Acesso em: 9 mar. 2012.

_____. Portaria n. 2.686, de 16 de novembro de 2011. Redefine o Regimento Interno da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/reg_interno_221111.pdf>.

CARVALHO GI, SANTOS L. *Sistema Único de Saúde*. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90). 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

O Projeto Hortas Comunitárias no Município de Maringá

The Communitarian Horticulture Project at the municipality of Maringá

Ana Rosa Oliveira Poletto Palácios¹, Ana Paula dos Santos Bocardi Salineiro²,
Antônio Carlos Figueiredo Nardi³, José Oliveira de Albuquerque⁴

¹ Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Maringá (PR), Brasil. Gerente de Promoção e Prevenção em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá – Maringá (PR), Brasil. anapalacios@maringa.pr.gov.br

² Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil. Coordenadora das Ações de Alimentação e Nutrição da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá – Maringá (PR), Brasil. saude_promocao@maringa.pr.gov.br

³ Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Secretário Municipal de Saúde de Maringá – Maringá (PR), Brasil. Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). antonionardi@maringa.pr.gov.br

⁴ Graduado em Engenharia Agrônoma pela Universidade Federal de Viçosa (UFV) – Viçosa (MG), Brasil. Engenheiro da Secretaria Municipal de Serviços Públicos. Coordenador do Programa de Hortas Comunitárias – Maringá (PR), Brasil. josealbuquerque@maringa.pr.gov.br

RESUMO O município de Maringá (PR) realiza várias ações voltadas à promoção da saúde, entre as quais o Projeto Hortas Comunitárias, ação conjunta que, por meio do plantio e venda de hortaliças, torna possível fornecer alimentos de qualidade, promovendo o acesso e disponibilidade destes, de forma solidária, como instrumento de garantia da segurança alimentar, propiciando igualmente a oportunidade de trabalho e geração de renda. A ação baseia-se em políticas integradas e intersetoriais, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, onde todos os envolvidos são partícipes no cuidado com a saúde. Recursos financeiros públicos e participação de diversos setores da comunidade (universidade, empresas privadas e associações) indicam a sustentabilidade do projeto.

PALAVRAS-CHAVE: Horticultura urbana, Segurança Alimentar e Nutricional, Ação Intersetorial.

ABSTRACT *The municipality of Maringá (PR) achieves several actions in order to promote the health care, and one of these actions is the Communitarian Horticulture Project, a concerted action that, by planting and selling these vegetables makes it possible to provide food with quality, promoting the access to this food and assuring the food safety, also providing opportunities for this people to work and earn income. The action is based on integrated and intersectorial politics, composing a system of commitment and co-responsibility with the quality of life of the population, where all the involved ones have roles with the health care. The public financial resources and the involvement of different sections of the community (university, privately companies and syndications) indicate the sustainability of the project.*

KEYWORDS: *Urban Agriculture; Food Security; Intersectorial Action.*

Introdução

Maringá é uma cidade polo da Macrorregião Noroeste do Paraná, ponto de convergência da região metropolitana, composta por oito municípios, possui população de 357.077 habitantes (IBGE, 2010), sendo a terceira maior do estado. Sua área territorial total é de 486,433 km², caracterizado como município com boa qualidade de vida e grande concentração de áreas verdes. Dos domicílios existentes, 99% estão ligados à rede de água encanada, luz elétrica, cobertura de coleta de lixo e 71,2% possuem cobertura de rede de esgoto. Classificado, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2006), com IDH de 0,841. A taxa de analfabetismo é de 5,39% na população de 15 anos ou mais (IBGE, 2000).

Na atenção à saúde, 70% da população é coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com 66 equipes e 7 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, possui 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas Policlínicas, um Ambulatório de Saúde Mental, três Centros de Atenção Psicossocial, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital Municipal com 81 leitos, um hospital universitário com 123 leitos, além de nove hospitais privados, totalizando 755 leitos disponíveis ao SUS (MARINGÁ, 2011).

As principais causas de mortalidade observadas no município no ano de 2010 foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias (tumores), doenças do aparelho respiratório e lesões e causas externas (PARANÁ, 2011).

O município elaborou e implantou sistema próprio de informatização da rede de saúde, que garante controle de atendimentos (prontuário eletrônico), regulação do sistema, propiciando a gestão efetiva e eficiente, preparando o município para a implantação da rede de atenção à saúde, interligada com os 30 municípios da 15^a Regional de Saúde.

O controle social é bastante efetivo. O município conta com conselhos locais de saúde em todas as UBS e hospitais que atendem o SUS. O Conselho realiza capacitações sistemáticas dos conselheiros de saúde, que participam ativamente das decisões, promoções e fiscalização das ações e serviços de saúde. Possui serviço de Ouvidoria da saúde que atua de forma integrada

com o Conselho Municipal de Saúde, Auditoria, Ministério Público e prestadores de serviços.

O Programa Maringá Saudável

A Administração Municipal, gestão 2005/2011, na área da saúde, priorizou o desenvolvimento de ações na área da promoção, visando melhorar a qualidade de vida da população, prestando atenção especial às condições crônicas de saúde da população e não apenas ao atendimento de situações agudas. Para isso, seguiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que prevê ações em 7 eixos: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável (MARINGÁ, 2010).

Em março de 2005, foi formado um grupo de representantes de todas as secretarias municipais, para realizar evento em comemoração ao Dia Mundial da Saúde. Nesse dia foi realizada uma caminhada reunindo cerca de duas mil pessoas, oriundas de vários bairros da cidade, a partir de mobilização das Unidades Básicas de Saúde, centros esportivos, escolas, associações de bairro e Organizações Não Governamentais, iniciando assim a ênfase na promoção da saúde que acompanhou toda a gestão municipal.

Em agosto de 2005, foi realizado o I Seminário Maringá Saudável, com participação de cerca de 600 pessoas de diversos setores da sociedade, com o objetivo de envolver a comunidade local no desenvolvimento do município saudável, divulgar através de debates a promoção à saúde, desencadear processos de multiplicação das ações educativas e despertar os cidadãos para a concepção de saúde que destaca o caráter preventivo para a promoção do bem-estar individual e coletivo.

A partir desse evento, o grupo passou a se reunir regularmente, com a nomeação de um coordenador, tendo como objetivo desenvolver projetos de promoção da saúde, passando a ser denominado, através de decreto municipal, como Grupo de Trabalho Intersetorial - GTI (PALÁCIOS-POLETTO, 2009, p. 35).

Em 10 de outubro de 2005, o município aderiu à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), tendo recebido desde então, através de sua coordenadora, Dra. Ana Maria Girotti Sperandio, orientações sobre atuação em rede e a construção do conceito de cidade saudável. A RMPS é ligada à Organização Mundial de Saúde (OMS). Sua missão é colaborar na construção das políticas públicas saudáveis de forma participativa e articulada por meio dos diferentes representantes. Conta, desde 2003, com o apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/ Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Medicina Preventiva e Social), do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES), dos 40 municípios membros, em 5 estados (SP, MG, RJ, AM e PR) e parceiros como o Comitê de Bacias Hidrográficas dos Rios Piracicaba, Capivari e Jundiá - PCJ. O Convênio técnico firmado com a OPAS/OMS visa o desenvolvimento do Programa Comunidade Saudável para melhoria na qualidade de vida, com o intuito de instalar um Centro Interinstitucional a fim de reunir recursos humanos e materiais do IPES, Unicamp e Prefeituras convenientes, além de estabelecer uma rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Desde 2006, a RMPS também faz parte de um Convênio de cooperação técnica Brasil-Canadá, intitulado: “Ações Intersetoriais para a Saúde: Promoção da Saúde como estratégia para o Desenvolvimento Local Sustentável”. Os objetivos da RMPS são viabilizar, ampliar e monitorar projetos e estratégias da Organização Pan-Americana da Saúde para as Cidades Saudáveis; construir políticas públicas saudáveis; promover a participação social de todos os setores; criar iniciativas sustentáveis; incorporar a colaboração de múltiplos setores e parceiros; instrumentar a administração municipal para que possa desenvolver um projeto de governo único e integrado; subsidiar gestores, técnicos, acadêmicos, organizações e sociedade para a construção de políticas públicas que considerem a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida como eixo principal do desenvolvimento dos seus projetos. (RMPS, 2012).

De janeiro a julho de 2006, o GTI foi assessorado por consultor na área de planejamento e projetos, visando planejar ações intersetoriais, com participação

de instituições de ensino, empresas e outros setores da sociedade, resultando na elaboração do Programa Maringá Saudável: um conjunto de ações de promoção da saúde, envolvendo principalmente a área de atividade física, alimentação saudável e controle do tabagismo.

Com base nos conceitos descritos a partir da Carta de Ottawa, no que diz respeito à implementação da promoção da saúde, dois bairros da cidade foram escolhidos para iniciar as ações, considerando a participação, envolvimento e interesse dos líderes locais em melhorar a qualidade de vida da comunidade. Nessas duas regiões foram realizadas reuniões semanais durante 3 meses envolvendo a comunidade local, em salão de associação do bairro, discutindo-se os problemas, as possíveis soluções e parcerias necessárias.

Os objetivos iniciais dessa ação foram aumentar o envolvimento da população na solução dos problemas locais; informar sobre a situação de saúde/doença das pessoas da região; aumentar o sentimento de pertencimento e de responsabilidade pelas soluções dos problemas da comunidade; incrementar o desenvolvimento da cidadania e melhorar a qualidade de vida.

Os maiores problemas levantados foram: geração de renda, alimentação saudável, abuso de álcool e drogas e alto índice de gravidez na adolescência. Como soluções foram propostas a criação de hortas comunitárias, a realização de oficinas de culinária saudável e a viabilização de atividades esportivas, de entretenimento e planejamento familiar, principalmente para os jovens.

Dentre as ações do Programa, foi desenvolvida a pesquisa VIVA MAIS MARINGÁ, para ser utilizada como instrumento de tomada de decisão em nível local, para desenvolvimento de ações visando a promoção da saúde junto à população cadastrada no Programa Saúde da Família. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUC/PR e realizado em setembro de 2007 por 350 agentes comunitários de saúde previamente treinados. A população total dos indivíduos cadastrados nas 25 UBS de Maringá na ocasião era de 271.390. Para o cálculo amostral considerou-se nível de confiabilidade de 97%. O tamanho da amostra obtido foi de 1296 pessoas, distribuídas proporcionalmente a cada regional de saúde e constituiu um estudo transversal de opinião. Foi aplicado um questionário por residência desde que o entrevistado sorteado fosse

usuário cadastrado nas UBS e tivesse idade superior a 18 anos. O questionário foi constituído de questões fechadas que identificam o perfil do usuário, de consumo de alimentos fontes de fibras e de água. A análise dos dados foi realizada no software Statistica 7.0. Da população entrevistada 54,5% era do sexo feminino. A faixa etária predominante foi com idade acima de 55 anos (40,6%). O nível educacional da amostra foi de 45,2% com até quatro anos de estudo. O perfil de consumo de verduras e legumes foi: 48% consome porções adequadas diariamente, sendo também maior entre o gênero feminino. Os motivos para o não consumo destes alimentos não está relacionado a dificuldades em 63,8% para verduras e legumes. O acesso por falta de dinheiro é relatado em 10,7% para verduras e legumes. Para verduras e legumes, 5,8% relatou não consumi-los por falta de tempo. Entre os homens, o principal motivo relatado por não consumir ambos os alimentos é a falta de hábito, e entre as mulheres a falta de dinheiro. O hábito de ingerir pelo menos 8 copos de água diariamente não foi observado em 41% dos entrevistados. (MARINGÁ, 2007).

Alimentos fontes de fibras como frutas, verduras e legumes são de valor nutricional importante para prevenir doenças, pois são principais fontes de vitaminas, minerais e fibras provenientes da dieta. Estes alimentos devem ter o consumo incentivado para que importantes evidências epidemiológicas possam ser prevenidas. Ações de educação e orientação nutricional foram direcionadas para que medidas educativas e preventivas sobre consumo de uma dieta variada e equilibrada possam fazer parte do cotidiano dos moradores de Maringá.

Com objetivo de sensibilizar a comunidade com relação à importância de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde foi desenvolvido o “Espaço Saúde”, realizado em finais de semana, dentro e no entorno das UBS, em parceria com instituições de ensino e diversos setores da sociedade. Foi realizado em mais de 30 locais diferentes, de 2006 a 2011, reunindo cerca de 40 mil pessoas, com participação maciça dos profissionais das UBS. Foram realizadas atividades diversas, dentre as quais, orientações nutricionais e alimentação saudável em todas as fases do ciclo da vida. Em todos os eventos, a alimentação e nutrição

são temas que recebem atenção especial, sendo abordados de diversas formas. No mês de outubro desses anos foram realizadas as Semanas de Prevenção da Obesidade Infantil, que contaram com capacitação para profissionais das ESF sobre o tema em parceria com curso de Nutrição da PUC/PR, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná e Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição; atividades de orientação junto a alunos de 1ª à 4ª série de escolas municipais; cursos de culinária e nutrição saudável, com aulas teóricas e práticas sobre como utilizar alimentos ricos em fibras, vegetais crus, proteína vegetal, frutas, verduras, legumes e pães integrais, com público alvo composto de profissionais das UBS e população; apresentação de peça teatral sobre alimentação e legislação sobre cantinas escolares para alunos; oficina de culinária para as crianças de ensino fundamental em escolas municipais com envolvimento das UBS de referência.

Houve capacitação para todos os enfermeiros das ESF sobre a operacionalização do SISVAN WEB e a importância do monitoramento do estado nutricional da população para a construção de políticas públicas saudáveis.

Ao longo desse período, foram elaborados materiais gráficos de suporte para o desenvolvimento de atividades educativas em todas as UBS. Esses materiais são distribuídos de acordo com a solicitação dos profissionais (pirâmide alimentar, cartilha Viva Mais, leques com orientações de saúde, cartilha de 10 passos para alimentação saudável, cartilha de 10 passos de prevenção da obesidade, cartilha de prevenção da obesidade infantil, folder de prevenção da obesidade infantil, folder sobre rotulagem de alimentos e gordura trans, revistas para crianças e adolescentes sobre alimentação saudável).

Nos últimos anos as UBS foram instrumentalizadas com literatura científica impressa, que deve permanecer acessível a todos os profissionais das ESF, nos temas: “Guia alimentar para a população brasileira - promovendo a alimentação saudável”, “Dez passos para alimentação saudável – guia alimentar para crianças menores de 2 anos”, além de “Cadernos de atenção básica sobre: hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares”.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

A PNAN, aprovada no Brasil desde 2009, atesta o compromisso público com os males relacionados à escassez de alimentos e à pobreza, sobretudo à desnutrição infantil e materna, bem como o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade. É parte integrante da Política Nacional de Saúde, inserindo-se ao mesmo tempo, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2008).

A partir de uma série de eventos participativos, pessoas, instituições governamentais e não governamentais que atuam no campo da alimentação e nutrição foram ouvidas e consignaram suas contribuições para a formulação da PNAN. Tal política, à parte de servir como marco conceitual de ação governamental, tem especial importância no combate à fome e aos distúrbios alimentares.

Sete são as diretrizes programáticas desta política que tem como fio condutor o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional:

1. Estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos.
2. Garantia da segurança e qualidade dos alimentos.
3. Monitoramento da situação alimentar e nutricional.
4. Promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis.
5. Prevenção e controle dos distúrbios e doenças nutricionais.
6. Promoção do desenvolvimento de linhas de investigação.
7. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos em saúde e nutrição.

Segundo relatório final do Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos,

realizado em junho de 2010, o Brasil tem papel fundamental na discussão política da Alimentação e Nutrição no mundo, pela história de luta da sociedade e de pessoas como Josué de Castro, que definiu a fome e os distúrbios nutricionais como doenças sociais, causadas pela forma como a sociedade se organiza. É necessário retomar a centralidade do ser humano com o direito à alimentação, à nutrição e a questão da cidadania alimentar, focar a alimentação humana no ser humano e não no ato de alimentar-se. Incluir o direito do ser humano, pois nem sempre a dimensão física, cultural, espiritual da alimentação é garantida para todos. A comida reflete a nossa identidade como ser humano, como grupo social, como raça, como etnia, como religiosidade, porque cada pessoa tem sua especificidade.

A nutrição tem um papel central no combate à fome e na promoção da saúde e da dignidade humana, não somente a partir da promoção de uma alimentação adequada, mas de uma alimentação digna que produz gente digna, capaz de participar e de ser saudável. Uma sociedade onde o alimento é visto como mercadoria, para satisfazer interesses econômicos de quem produz e de quem vende, não satisfazendo as necessidades e a dignidade das pessoas, demonstra a progressiva superação do interesse do ser humano, pela mercantilização e comercialização dos produtos.

A presença cada vez mais forte de enormes multinacionais interessadas em vender alimentos pré-preparados para curar doenças crônicas e a desnutrição crônica, além de ser um problema do ponto de vista curativo, dificulta a promoção da alimentação saudável e a promoção da saúde. É preciso incorporar, efetivamente, a questão da soberania alimentar, que é o direito das pessoas e dos povos decidirem suas próprias políticas, que tipos de alimentos, onde, quem e como produzir, garantindo os direitos das novas gerações. A centralidade no ser humano leva à crítica da hegemonia da mercantilização, tanto na área agrícola, como na área de saúde, o que é fundamental. Uma Política de Segurança Alimentar não é só uma política de produção, é uma política de regulamentação da qualidade do alimento, da publicidade, de apoio ativo aos produtores que têm menos capacidade, é uma política de redução das desigualdades.

O Seminário PNAN 10 Anos representou a preocupação de resgatar a capacidade que a saúde tem de trabalhar intersetorialmente, o potencial de uma política de saúde focada na pessoa, no território, focada nessa construção no âmbito de promover tanto a saúde, como a segurança alimentar (BRASIL, 2011).

O projeto Hortas Comunitárias

No Brasil, estudos comprovam que a grande maioria das famílias carentes gastam até 80% da renda familiar mensal com alimentação. Além da dificuldade de proverem o alimento, essas famílias são desprovidas de conhecimento para um melhor aproveitamento no que se refere às frutas, verduras e legumes (ALBUQUERQUE-OLVEIRA, 2012).

A preocupação com a situação de carência em que vive a população em alguns bairros, aliada à crescente criminalidade existente entre os jovens, à baixa qualidade de vida e saúde em que vivem algumas comunidades, à existência de moradores da terceira idade deprimidos e com baixa autoestima motivou o desenvolvimento de um projeto de construção de hortas comunitárias, capazes de minimizar estes e outros tantos problemas, além de contribuir para a ocupação benéfica de terrenos baldios ociosos em áreas urbanas, de propriedade do município, que muitas vezes são utilizados como depósitos de entulhos e se transformam em focos de contaminação e transmissão de doenças como a dengue, protegendo e conservando estas áreas, evitando problemas sanitários e sociais (ALBUQUERQUE-OLVEIRA, 2012).

As hortas comunitárias foram criadas pela Prefeitura de Maringá, por meio de diversas secretarias municipais, a partir de oficinas de discussão com a comunidade, onde foram levantados problemas e soluções para melhorar a qualidade de vida da população, a partir de estratégias propostas pela Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Atualmente existem 21 hortas em locais diferentes da cidade. O projeto possui parcerias com a Universidade Estadual de Maringá – UEM, através do Centro de Referência em Agricultura Urbana e Periurbana - CERAUP, Eletrosul Centrais Elétricas S/A, Rotary Club Maringá Sul, Agência Adventista de

Desenvolvimento e Recursos Assistenciais - ADRA, profissionais liberais e comerciantes (ALBUQUERQUE-OLVEIRA, 2012).

O objetivo do projeto consiste em ação conjunta, para que, por meio do plantio e venda de produtos seja possível fornecer alimentos de qualidade, promovendo o acesso e disponibilidade dos mesmos, de forma solidária, como instrumento de garantia da segurança alimentar para a população, propiciando igualmente a oportunidade de trabalho e a geração de renda. Outros objetivos da ação são: gerar e estimular o trabalho e a qualidade de vida; promover a inclusão social e produtiva de cidadãos em situação de vulnerabilidade econômica e de insegurança alimentar, mediante iniciativas de cooperação e produção sustentável de alimentos para o autoconsumo e comercialização; contribuir no combate à fome e desnutrição de pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade social e/ou em estado de insegurança alimentar e nutricional; realizar atividades de educação alimentar, nutricional e para o consumo, complementação alimentar, desenvolvendo práticas e hábitos alimentares saudáveis; promover o acesso a alimentos frescos, saudáveis e a custo acessível; reduzir a marginalidade, promover a ressocialização e cidadania; promover o interesse pela agricultura, união e aconchego familiar; capacitar profissionalmente os envolvidos; garantir a participação da comunidade na gestão da Horta Comunitária, de forma a manter sua sustentabilidade; garantir quantidade, qualidade e regularidade da produção dos alimentos; ocupar de forma sustentável áreas públicas ociosas (ALBUQUERQUE-OLVEIRA, 2012).

Caracterização inicial

De acordo com pesquisa realizada em 2007, a população dos locais onde foram implantadas as primeiras hortas caracterizava-se por consumo insuficiente de verduras e legumes, ocorrência de casos de depressão e outros transtornos mentais leves, vulnerabilidade econômica e social. Nesses locais existiam áreas pertencentes ao município, adequadas para o cultivo de hortaliças, que não estavam sendo utilizadas, e população carente de atividades ocupacionais, principalmente os idosos e aposentados.

Dinâmica do funcionamento

O programa é coordenado pela Prefeitura Municipal de Maringá, através da Secretaria Municipal de Serviços Públicos (SEMUSP). É realizado contato com o presidente do bairro - ele é uma peça chave no processo, pois conhece todos os moradores e sabe quem pode vir a participar, bem como sabe onde existe um terreno público no local em que se possa instalar uma horta. Por meio dele é feita a primeira divulgação do projeto, no sistema 'boca a boca'. Em seguida é feita a divulgação do projeto no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), convidando a comunidade para uma reunião.

A primeira reunião tem como principal objetivo esclarecer aos interessados como funciona o projeto de Hortas Comunitárias, onde as famílias participantes do projeto são devidamente cadastradas, em especial pessoas carentes da comunidade. Numa segunda reunião, é realizada uma excursão com todos os interessados, que visitam as hortas já implantadas para que vejam como funcionam. Na terceira reunião, é constituído o grupo de liderança da horta: Presidente, Vice-presidente, Secretário e Tesoureiro. Nesta ocasião, é estabelecido o estatuto e uma taxa de manutenção, onde todos deverão contribuir para a sustentabilidade da horta. Paralelamente a horta vai sendo construída pela Prefeitura e, numa última reunião, os canteiros são distribuídos às famílias por meio de um sorteio. Feito isto, a comunidade executa as atividades de produção e manutenção dos canteiros.

A SEMUSP é responsável pela infraestrutura, de forma a garantir a implantação e manutenção da horta com o fornecimento de máquinas e implementos, preparo do terreno através das operações mecânicas de aração e gradagem, subsolagem, cercamento do local, formação dos canteiros para o plantio e a limpeza do terreno, fornecimento e transporte do adubo orgânico, contratação de empresa para perfuração de poço artesiano e/ou solicitação de serviços do sistema de abastecimento da Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR) para captação de água para irrigação dos canteiros, fornecimento de sementes e assistência técnica, além da aquisição de insumos, atividade esta realizada em parceria com a Secretaria de Saúde, que promove

a compra de parte destes como mudas, sementes, adubo e material para irrigação com recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição, com base em diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição que dispõe sobre o "estímulo às ações intersectoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos."

A equipe técnica da Prefeitura, composta de 2 engenheiros-agrônomos e 2 auxiliares além dos profissionais da UEM/ CERAUP (equipe composta por engenheiros-agrônomos, estagiários de agronomia, psicólogo, assistente social e professor de educação física) prestam a assistência técnica, orientando e monitorando todos os trabalhos que os produtores realizam a partir da inauguração da horta.

Os demais parceiros, como a Eletrosul Centrais Elétricas S/A, participam efetivamente na implementação de Hortas Comunitárias cedendo os espaços que se localizam sob as linhas de alta tensão que passam pela periferia da cidade, bem como financiando a montagem da infraestrutura necessária para o pleno funcionamento das hortas como o cercamento da área, perfuração de poço artesiano, mudas, sementes e adubos orgânicos. O Rotary Club Maringá Sul oferece apoio financeiro para a construção de cerca de alambrado, mudas e sementes. A ADRA também oferece subsídio financeiro para as Hortas Comunitárias. O projeto conta ainda com o apoio de profissionais liberais e comerciantes, com interesse em investir no projeto, em especial, no que se refere ao pagamento da conta de água, quando esta é fornecida pela SANEPAR.

O valor estimado para a implantação da tecnologia é de R\$ 32.419,20 (trinta e dois mil, quatrocentos e dezenove reais e vinte centavos). Esse valor cobre os custos referentes a cercamento da área, sementes, mudas, irrigação (poço artesiano), adubos e defensivos naturais.

Acompanhamento, avaliação e monitoramento

A experiência é acompanhada diretamente pelo engenheiro-agrônomo do município e outros profissionais contratados através de projetos financiados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

(MDS), com assessoria técnica do Departamento de Agronomia da Universidade Estadual de Maringá. Anualmente é realizado um encontro entre os produtores de todas as hortas para troca de experiências, capacitação e avaliação do trabalho. Nesta oportunidade também são desenvolvidas atividades de educação em saúde, como informações sobre dengue, HIV/AIDS, uso racional de plantas medicinais por meio do Programa Hora do Chá, vacinação, orientações sobre doenças crônicas como diabetes (inclusive com teste de glicemia capilar), hipertensão e saúde bucal.

Resultados

Hoje existem 21 hortas comunitárias distribuídas por todas as regiões do município:

- 01) Jardim Palmeiras
- 02) Parque Residencial Tuiuti
- 03) Conjunto Residencial Itatiaia/Jardim Atlanta
- 04) Conjunto Residencial Cidade Alta
- 05) Conjunto Léa Leal
- 06) Jardim Universo
- 07) Centro Cultural Indígena
- 08) Jardim Rebouças
- 09) Casa de Emaús
- 10) Conjunto Residencial Branca Vieira
- 11) Hospital Municipal
- 12) Tiro de Guerra – Exército
- 13) Conjunto Residencial Cidade Canção
- 14) Conjunto Residencial Borba Gato
- 15) Parque Itaipu
- 16) Residencial Tarumã II
- 17) Jardim Léa Leal

18) Conjunto Ney Braga

19) Distrito de Iguatemi

20) Distrito de Floriano

21) Jardim Oásis

Toda a produção é isenta de agrotóxicos e segue um padrão de qualidade e higiene. A população de diversas regiões da cidade tem solicitado a implantação de hortas em seus bairros. Entre participantes do projeto houve relatos de melhoras na saúde física e mental, diminuição do consumo de medicamentos e aumento da sociabilidade. A experiência foi premiada entre 454 práticas governamentais com o Prêmio Rosani Cunha de Desenvolvimento Social, instituído pelo MDS, premiação que visa reconhecer e valorizar as boas práticas nas áreas de assistência social, segurança alimentar e nutricional, transferência de renda e inclusão produtiva.

O projeto conta com a efetiva participação de 600 famílias, beneficiando cerca de 2.400 pessoas, com uma produção anual estimada em 200 toneladas de verduras e legumes, que passaram a compor a dieta alimentar desses produtores. Importante também é a contribuição financeira que a comercialização da produção excedente ao consumo, que em alguns casos chegou a ter uma significativa participação na renda familiar. As pessoas estão experimentando uma melhora sensível em sua saúde: há relatos de pessoas que estavam com depressão e que estão se sentindo muito melhor participando das atividades na horta, está funcionando, portanto, como terapia ocupacional para pessoas com problemas psicológicos, pois estão se sentindo mais úteis e passam a ter uma ocupação durante o dia. Com isso, a autoestima melhora sensivelmente pelo trabalho que realizam, ao ver as plantas se desenvolverem e, por ocasião da colheita, a sensação agradável de colher aquilo que foi plantado. Relatam que após participarem do projeto estão se alimentando melhor, têm sono mais profundo, pois as atividades físicas na horta as deixam predispostas ao descanso noturno

de pelo menos 8 horas. Uma curiosidade que surgiu em uma das hortas foi o surgimento do ‘banco da co-legagem’, um local dentro da horta onde os próprios produtores construíram um semicírculo de bancos de madeira e ao final do dia de trabalho, se reúnem ali e conversam sobre os acontecimentos do dia, planejam atividades para o dia seguinte, descontraem contando anedotas e relatam notícias do dia a dia da sociedade. É um momento de resgate dos tempos antigos, quando as famílias se reuniam nas portas das casas para dialogar e confraternizar. Sem dúvida o projeto de Hortas

Comunitárias nos faculta a alcançar resultados alvissareiros nos diversos aspectos: de produção, financeiros, de saúde física, mental e de relação interpessoal.

A ação baseia-se em políticas integradas e interseoriais, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, onde todos os envolvidos são partícipes no cuidado com a saúde. Recursos financeiros públicos e participação dos diversos setores da comunidade (Universidade Estadual, empresas privadas e associações) indicam a sustentabilidade do projeto. ■

Referências

ALBUQUERQUE-OLIVEIRA, J. *Horta Comunitária - Inclusão Social e Produtiva*, Paraná. Maringá, 2012. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Seminário Nacional de Alimentação e Nutrição no SUS – PNAN 10 anos, Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *IBGE cidades*. 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades/default.php>>. Acesso em 07 fev. 2012.

MARINGÁ. Secretaria Municipal da Saúde. *Pesquisa Viva Mais*. Maringá: Secretaria Municipal da Saúde, 2007. Mimeo.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. *Relatório Anual de Gestão*. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde, 2011. Mimeo.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. *Relatório Anual de Gestão*. Maringá: Municipal de Saúde, 2010. Mimeo.

PARANÁ. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno Estatístico do Município de Maringá*. Disponível em <<http://www.ipardes.gov.br>>. Acesso em 7 mar. 2012.

PALÁCIOS-POLETTI, A. R. O. A concepção do Programa Maringá Saudável, suas ações e resultados. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 44, p. 34-40, maio 2009.

REDE DE MUNICÍPIOS POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS (RMPS). *Apresentação*. Disponível em: <http://www.redemunicipiosps.org.br/wordpress/?page_id=3>. Acesso em 9 mar. 2012.

O Modelo Recife em Defesa da Vida e a aposta na Atenção Básica à Saúde como estratégia de organização da rede de saúde: política, subjetividade e invenção de práticas

The Recife Model for Life Defense and the utilization of Primary Health Care as a health system organization strategy: policy, subjectivity and creation of practices

Bernadete Perez Coêlho¹, Gustavo de Azevêdo Couto², Jose Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Junior³, Liliane Carvalho Costa⁴, Thatiane Cristhina de Oliveira Torres⁵, Tiago Feitosa de Oliveira⁶

¹ Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ) – Recife (PE), Brasil. Diretora Geral de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Recife – Recife (PE), Brasil.
bernadeteperetz@uol.com.br

² Especialista em Saúde Mental pela Universitaire della Regione Emilia Romagna - Bologna (Emilia Romagna), Itália. Secretário Municipal de Saúde do Recife – Recife (PE), Brasil.
gacouto@uol.com.br

³ Doutor em Saúde Coletiva pela University of Leeds – Leeds (West Yorkshire), Reino Unido. Pesquisador Docente do CPqAM/FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil.
josearaujo@cpqam.fiocruz.br

⁴ Especialista em Saúde Coletiva pelo CPqAM/FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil. Apoio Institucional da Diretoria de Atenção à Saúde.
lilianecos@gmail.com

⁵ Mestre em Saúde Coletiva pelo CPqAM/FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil. Gerente de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Recife – Recife (PE), Brasil.
thatianetorres@hotmail.com

⁶ Doutorando em Saúde Coletiva pelo CPqAM/FIOCRUZ – Recife (PE), Brasil. Médico Sanitarista e Assessor Executivo da Secretaria Municipal de Saúde de Recife – Recife (PE), Brasil.
tiagofeitosa@uol.com.br

RESUMO O presente artigo tem como objetivo apresentar a narrativa sobre o Modelo Recife em Defesa da Vida, a partir da Atenção Básica à Saúde. Apresenta as diretrizes do modelo, os dispositivos e arranjos institucionais priorizados na Atenção Básica e coloca em análise o processo de gestão para reformulação das práticas na saúde. A narrativa acontece a partir da apresentação e discussão da experiência, apresentação do processo e análise dos resultados. Apresenta também os referenciais teórico-políticos que orientaram o processo de implantação dos dispositivos, bem como a aposta no processo avaliativo e análise da política de saúde no município. Trata-se de uma aposta na produção de saúde e na produção de sujeitos no SUS, afirmando sua sustentabilidade política e sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: Modelo de Atenção; Gestão; Atenção Primária à Saúde; Redes.

ABSTRACT *The purpose of this study is to present the narrative regarding the Recife Model for Life Defense, which is based on the Primary Health Care. It presents the model guidelines and institutional determinations and arrangements founded on the Basic Attention and analyzes the management process to reformulate health practices. The narrative presents and discusses the experience, process and result analysis. It also shows the theoretical and political references that guided the implementation process of all determinations, as well as the utilization of the evaluation process and health policy analysis in the city. It is an incentive to promote health and produce subjects under the Unified Health System, affirming its political and sanitary sustainability.*

KEYWORDS: Model; Management; Primary Health Care; RedesNetworks.

A proposta de modelo de atenção e gestão em Recife

O Modelo Recife em Defesa da Vida teve como objetivo repensar nossa forma de organizar a atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), com seus processos da macro e da micropolítica do trabalho em saúde. A aposta, a partir de 2009, foi permanecer com a expansão da rede de atenção, mas com forte foco na estabilidade administrativa e financeira, na superação das ações fragmentadas e desordenadas, e na construção estratégica, partindo de diretrizes e arranjos institucionais de como realizar clínica e saúde coletiva e tendo como centro o sujeito, o encontro e a cogestão. As diretrizes, os arranjos e os dispositivos propostos funcionavam como a costura necessária que orienta uma reorganização da rede, de forma a migrar para outro modo de funcionar e outro padrão de comunicação em rede (COELHO; COUTO, 2009); a reinventar e reformular nossa clínica, de forma a incorporar outros valores e tecnologias para defesa da vida, saindo do ato prescritivo, da institucionalização, da medicalização, da redução do sujeito à categoria de coisa ou objeto; a reformular também nossas ações de saúde coletiva/vigilância a saúde, incluindo as pessoas, o território vivo e o atravessamento da clínica; a tomar como referência uma ampliação de nosso objetivo na saúde: a produção de saúde e a produção de sujeitos.

Começar essa discussão é perceber que existe um movimento paradoxal a partir da expansão do SUS, que tanto reforça o modelo médico tradicional, quanto gera novas experiências de organização da atenção (CAMPOS, 2003). Essa disputa evidencia os distintos paradigmas e modos de organizar a atenção, constituindo a construção conceitual e prática de um novo modelo, um desafio estratégico, que diz respeito à viabilidade tanto econômica e política quanto sanitária do SUS em Recife (PE). Assim, a sustentabilidade do SUS em Recife e sua legitimidade política passam pela formulação e operacionalidade de modos de (re)organizar a rede de saúde: com outra capacidade de comunicação entre os serviços, com outra capacidade de análise e, assim, de intervenção

dos sujeitos envolvidos – trabalhadores, usuários e respectivas redes sociais.

Temos inúmeros estudos e experiências que acumularam indicações sobre como reformular conhecimentos e práticas em saúde. A valorização da Atenção Básica à Saúde (ABS) com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos; a ampliação das ações de promoção e prevenção; a rearticulação dos serviços especializados segundo padrões de humanização; a adoção de outras práticas em saúde, como assistência domiciliar, visita aberta, gestão participativa, equipes de referência e apoio especializado matricial; a saúde mental, que mostra a necessidade da desinstitucionalização e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos, além da ampliação da capacidade de diversificar as ofertas terapêuticas e os dispositivos ou arranjos para produção de saúde e produção de autonomia, são práticas que indicam a necessidade de produzirmos uma verdadeira mudança no que está instituído na saúde (CAMPOS, 2003). Essas experiências e mudanças de conceitos e práticas oferecem alguns elementos para reconstruirmos uma teoria sobre o processo saúde-doença centralmente preocupado com a produção de saúde e a produção de sujeitos.

Por que 'Modelo em Defesa da Vida'?

O objetivo que justifica a existência do SUS é a produção de saúde. A saúde aqui é um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há, pois, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda que a produção de saúde dependa do contexto. A cidade, o ambiente ou o território saudáveis somente podem ser assim classificados se em referência a pessoas reais. A saúde das pessoas, portanto.

A defesa da vida retoma essa referência a pessoas para pensarmos numa proposta de revisão do modo de funcionar na rede de saúde sem perder de vista nossa finalidade: os trabalhadores da nossa rede, os usuários e o próprio fortalecimento do SUS em Recife. Tem a força para ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde na defesa da vida e nos coloca a necessidade de:

- qualificar o sistema de cogestão;
- criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção;
- fortalecer e qualificar a ABS e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde;
- fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária, ampliando o acesso com equidade;
- considerar nossa diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como a característica epidemiológica para incorporação de recursos e tecnologia;
- superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- valorizar o trabalho com concurso público e plano de cargos e salários;
- implantar política de educação permanente;
- implantar diretrizes do acolhimento e clínica ampliada;
- reformular a estratégia da vigilância a saúde centrada nas pessoas e nos territórios;
- melhorar a interação nas equipes e qualificá-las para lidarem tanto com as singularidades dos sujeitos, como com as coletividades nas práticas de atenção.

A aposta é na indissociabilidade entre atenção e gestão, estando juntos os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados e ainda que os modelos de atenção e de gestão, ao mesmo tempo em que produz um certo modo de subjetivação, este modo retorna reforçando este mesmo modelo. Isso significa dizer que o mundo que a gente conhece é fruto da nossa ação sobre ele, que nós mesmos construímos, diferentemente do pensamento pré-concebido estabelecido em função da ação e da ação estabelecida em função do pensamento.

A partir da definição de por onde caminhar e que objetivos queremos, decidimos apostar no apoio institucional, enquanto metodologia de redefinição dos modos de gestão em todas as esferas de gestão no município: uma postura do modo de funcionar na rede de saúde, para apoiar equipes de saúde, para apoiar equipes distritais, para apoiar usuários no autocuidado e nos modos de caminhar a vida. Montamos um grupo de apoiadores institucionais dentro da gerência de ABS para discutir e reformular processo de trabalho em saúde, operar outro modo de organizar a rede, repensar a clínica e a saúde coletiva, colocar em análise situações institucionais e aumentar a possibilidade de intervenção dos coletivos apoiados. Outro objetivo fundamental do apoio institucional é a superação do agir segundo supervisão e pautado na lógica da disciplina e controle, imprimindo um modo de funcionar com decisões à revelia das equipes. Instituir o fazer e elaborar conjuntamente é bem diferente do fazer sobre ou fazer no lugar das pessoas (CAMPOS, 2000).

O papel da metodologia consiste em avaliar e descrever as propriedades, qualidades, insuficiências e distorções inerentes a cada técnica. A proposta de apoio institucional não pretende suprimir as funções tradicionais da gestão, mas ampliá-las. Para enfrentar esse desafio, a técnica precisa ser utilizada dentro de uma problemática teórica de orientação crítica, e não apenas instrumental. Assim, propomos uma análise sócio-histórica das teorias dominantes nas gestões em saúde e, ao mesmo tempo, uma demonstração das possibilidades de superação dos modos tradicionais de governar trazendo ofertas no campo da atenção e da gestão em saúde.

Reformulação e ampliação da rede básica de atenção à saúde

O sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz, que tanto promova saúde, quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos. Entendemos que a ABS é um direito universal e que todo brasileiro deveria ter livre acesso a uma equipe local

de saúde, além de a equidade e a integralidade serem asseguradas pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência. Em Recife haveria que se instalar uma rede de ABS com Equipes de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) suficientes para garantir atenção e cobertura a toda população usuária do SUS; cadastrar e matricular a todos partindo da territorialização e do vínculo da população com sua equipe de referência; estabelecer diferenças de atenção conforme o risco biológico, subjetivo e social; e mudar o padrão burocratizado de comunicação entre os diferentes serviços da rede de saúde.

Definimos, enquanto postura ético-política, a ampliação da cobertura da rede básica com unidades novas, mas fortemente com a redefinição das UBS territorializadas, com equipes de referência, constituição de vínculo e ampliação dos equipamentos e dispositivos vinculados à rede básica de saúde. Os movimentos mais importantes de ampliação e reformulação da rede básica desde 2009 têm sido a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para todas as ESF; a implantação dos Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI) com estímulo ao uso de fitoterápicos e plantas medicinais numa aposta conjunta com a Política Municipal de Assistência Farmacêutica para o uso racional de medicamentos e ampliação da oferta terapêutica; a ampliação dos polos do Programa Academia da Cidade, dobrando o número de polos (que totalizaram 42 em toda a cidade) e transversalizando as ações de promoção e prevenção com equipes de ABS e saúde mental; e a implantação da Política de Atenção Domiciliar em todos os Distritos Sanitários com fluxo de acionamento, monitoramento e avaliação, partindo da rede básica de saúde na gestão compartilhada da clínica de usuários acamados e sua rede sociofamiliar. Foram constituídas seis equipes de Consultórios de Rua, incluindo dez arte-educadores, para abordagem ao uso de álcool e outras drogas, com ênfase territorial, cujos objetivos são a redução de danos e a inclusão/vinculação das pessoas na rede de saúde.

Foi definida ainda a composição das equipes dos NASF, com a inserção de 10 a 12 profissionais, a depender da caracterização e das demandas territoriais,

com inclusão do profissional sanitário, como estratégia de trabalhar os temas relevantes de saúde coletiva/vigilância a saúde conjuntamente das ESF.

A proposta do sanitário no NASF tem como prioridade de atuação os eixos:

- vigilância de usuários faltosos nas agendas programáticas;
- vigilância de exames alterados e acompanhamento de agravos prioritários.

Além disso, ele atua junto à ESF na organização da atenção de grupos prioritários, como as crianças menores de 2 anos, as mulheres e os idosos, e de agravos de relevância, como transtorno mental, uso de álcool e outras drogas, hipertensão arterial e diabetes, tuberculose e hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS, câncer de colo de útero, mama e próstata. Essa ampliação das ações em saúde coletiva representa uma aposta que inclui várias temáticas no âmbito da vigilância em saúde dentro da ABS e vinculadas ao NASF e dispara ações territoriais envolvendo toda a equipe para dar conta dos agravos e condições de risco/vulnerabilidade, a saber:

- o acompanhamento da saúde mental, incluindo os transtornos mentais e o uso de álcool, de crack e de outras drogas;
- a reabilitação e a atenção integral à pessoa idosa;
- a alimentação e nutrição saudável;
- a intersetorialidade, redes sociais e participação cidadã em interface com o papel do assistente social;
- a atenção integral a criança e ao adolescente;
- a atenção integral a mulher;
- as práticas corporais e atividades físicas;
- as práticas integrativas e complementares;
- as ações conjuntas do agente comunitário de saúde e agentes de saúde ambiental.

Ainda no fortalecimento da ABS, efetivamos a informatização de todas as UBS. A proposta tem como finalidade o cadastramento de todos os usuários no Cadastro Único (CADÚNICO), que viabiliza o Cartão SUS mais próximo do paciente, a marcação de consultas e de exames on-line, por meio do Sistema de Regulação (SISREG), dentro da própria unidade, evitando deslocamento dos usuários para outras unidades apenas para marcação e efetivação de ações de educação permanente e apoio matricial por meio do Telessaúde, com disponibilização de segunda opinião formativa para a ABS.

Juntamente da ampliação da cobertura e do fortalecimento da rede básica, a reformulação dos modos de produção de saúde passa por diretrizes, e modos de fazer vêm sendo trabalhados com as equipes de saúde e usuários. Assim, a garantia do acesso e a avaliação singular de cada caso a partir do conceito de acolhimento, a discussão de caso clínico e atendimento compartilhado, o matriciamento nas diversas especialidades com ênfase na saúde mental objetivam a corresponsabilização das equipes na condução dos pacientes, a partir da concepção de equipes de referência e apoio especializado matricial, além da elaboração de projetos terapêuticos singularizados. Essas ações contribuem para um outro contrato sanitário entre os serviços em busca da atenção integral e resolutividade de um sistema em rede.

A aposta ético-política diz respeito à consideração de que a complexidade da ABS exige novas produções teóricas, subjetivas e invenções de práticas, mas, sobretudo, afirma que somente é possível resolver problemas, realizar promoção e prevenção, cura e reabilitação ao se integrar uma rede solidária que permaneça à disposição das equipes da atenção primária a saúde.

Assim, toda a rede hospitalar, seus ambulatórios especializados, as policlínicas, os serviços de urgência, os laboratórios e os apoio diagnóstico precisam estar autorizados na integração com a rede básica. Mais que isso, devem estar à disposição dessa rede, de forma solidária, para defesa da vida. Essa integração significa considerar o território vivo, com valores, cultura definida, ocupação na cidade, preenchidos por pessoas reais e suas histórias. Sem isso, os serviços de saúde perdem a capacidade de se relacionar com as regiões e não haverá mais propriamente redes (SANTOS, 1997). Essa

fragmentação da rede de atenção e burocratização na relação entre os serviços, principalmente na ruptura da ABS com atenção especializada e hospitalar, diminui a capacidade de cogestão, gestão territorial e resolutividade da ABS. A busca por uma outra capacidade comunicativa entre os serviços não depende apenas da criação de dispositivos e arranjos institucionais, mas de outro pacto federativo e entre lugares de gestão que não percam de vista os objetivos da produção de saúde e, ainda, que alterem a organização de pirâmide, com sua base e sua cúpula. Dessa forma, não existe hierarquia de importância estável ou permanente entre os serviços de saúde com identidades diferentes, ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo (RIGHI, 2010).

Outra diretriz ou função definida no Modelo de Atenção em Recife traz a ABS como coordenadora dos serviços de saúde ou rede de atenção, sem trazer a questão da centralidade das equipes da atenção primária. Rede não tem centro. Essa concepção de coordenação trabalhada por Barbara Starfield (STARFIELD, 2002) define como importante a função da ABS para organizar e integrar a atenção fornecida em outro lugar do sistema. Essa forma de organizar a Atenção permite a formação de compromissos e contratos sanitários em torno das demandas e necessidades territoriais, com um maior grau de corresponsabilização, vínculo e resolutividade dos problemas de saúde. Fica definida mais claramente qual a equipe de referência responsável pela condução do caso, que outros atores entram na coprodução ou participação no projeto terapêutico, diferente do que ocorre frequentemente, ou seja, a transferência de responsabilidades entre os serviços, os intermináveis encaminhamentos de pacientes sem a garantia de acesso, acolhimento, responsabilização, vínculo.

A alta somente ocorreria quando da transferência da pessoa sob cuidado a outra equipe, localizada na rede básica ou em outra área especializada. O tempo de espera não poderia constituir-se em um limbo assistencial. A equipe de referência prosseguiria com o projeto terapêutico durante a espera, inclusive interferindo nos critérios de acesso. Essa perspectiva,

reformula o fluxo burocrático e impessoal decorrentes dos sistemas tradicionais de referência e contrarreferência. (CAMPOS, 1997, p. 303-304).

Análise do Modelo de Atenção na rede básica de saúde: para além do monitoramento e da avaliação da implantação dos dispositivos

A necessidade de análise do grau de implantação do Modelo Recife em Defesa da Vida disparou a elaboração e a implantação da Matriz para Monitoramento e Avaliação dos dispositivos do modelo, no âmbito das Unidades de Saúde da Família (USF) e UBS. A construção da proposta de avaliação e de monitoramento, juntamente do método pensado para essa finalidade, foi disparado a partir de oficinas e discussão do acompanhamento avaliativo. Enfatizamos, aqui, que o desafio do acompanhamento avaliativo ao qual nos referimos é o de pensar a avaliação/os indicadores que expressem a capacidade de intervenção, gerando efeitos em diferentes e indissociáveis sentidos, como mudanças nos processos e efeitos nos grupos, nas pessoas e nas relações (SANTOS-FILHO, 2009). Além da finalidade de subsidiar a equipe gestora na correção de rumos, ênfases e prioridades da política, o objetivo seria de ampliar a capacidade de análise e, portanto, de intervenção nos diversos grupos e rodas de trabalhadores, usuários e gestores. Constituiríamos, então, um instrumento, meio de trabalho para compor uma tessitura de análise da escolha teórico-prática e política do modelo de atenção e gestão adotado no município.

Juntamente da avaliação dos dispositivos de modelo, os relatórios finais das duas Conferências Municipais de Saúde ocorridas em 2009 e 2011, os indicadores de saúde relativos ao município, os balanços de gestão e relatórios anuais, as rodas de conversas, discussão e análise permanente com as equipes de trabalhadores, as pesquisas produzidas em interface com as instituições de ensino ampliam nossa capacidade de análise diante das ações na rede. Dessa forma, listamos alguns resultados e impactos na rede atenção em Recife:

- reformulação do acesso nas UBS: adscrição de clientela e territorialização nas UBSs e acolhimento implantado em 75% das USF como estratégia de acesso, vínculo, escuta qualificada, e incorporação das demandas programadas e eventuais;
- matriciamento implantado em todos os Distritos Sanitários e em todas as equipes de saúde da família, sendo uma proposta nunca finalizada e em permanente avaliação em várias especialidades, com ênfase em saúde mental;
- atendimento conjunto e elaboração de projetos terapêuticos singulares em parceria com diversos equipamentos da rede de saúde e intersetorialmente, como estratégia de matriciamento;
- espaços permanentes de discussão e cogestão com trabalhadores e usuários: reuniões de equipe, reuniões de microrregião, espaços com comunidade, discussão de caso clínico e elaboração de projetos terapêuticos singulares, mesa permanente de negociação com sindicatos e representação das categorias profissionais;
- apoio institucional para todas as equipes de saúde da rede básica – UBS e USF;
- ampliação da legitimidade da gestão junto dos trabalhadores, bem como abertura institucional para maiores gradientes de cogestão;
- inclusão de mais de 300 usuários no serviço de assistência domiciliar em interface com as equipes de ABS, representando mais de 300 leitos hospitalares;
- aumento da cobertura vacinal em todas as vacinas do calendário com cumprimento das metas preconizadas pelo Ministério da Saúde;
- redução de 99% dos casos de filariose de 2003 a 2011, com meta de erradicação para este ano de 2012;

- queda da mortalidade infantil – coeficiente de 18,5 em 2002 e 12,05 ao final de 2011, com menor índice da história de Recife do componente pós-neonatal;
- morte materna caindo pela metade, desde 2008, com coeficiente de 71,87 e, ao final de 2011, com coeficiente de 35,94 – também o menor índice da história de Recife;
- ausência de casos novos de sarampo, difteria e rubéola desde 2009;
- redução de 25% do óbitos por tuberculose em relação ao ano de 2008;
- nenhum caso de tétano acidental em 2011.

Entendemos a experiência na saúde de Recife como a afirmação da sustentabilidade e legitimidade do SUS. Como uma aposta em que a dimensão do público e do coletivo precisa ser entendida como a dimensão das redes e, dessa forma, no coletivo, não há propriedade particular, nada que seja privado, devendo o Movimento em Defesa da Vida ter o sentimento de experimentação. Uma rede quente, que comporta esperança, vínculo, solidariedade e outra concepção de relação entre as pessoas e os grupos, muitas vezes tomados como objeto pelas instituições de saúde. Mais do que experimentação, trata-se de um movimento de resistência biopolítica. Por um SUS público, comum na produção de autonomia e na produção de saúde. ■

Referências

CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

COELHO, B.; COUTO, G.A. O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa de produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 44, p. 113-122, mai. 2009.

SANTOS, M. *Técnica, espaço, tempo*. Globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS-FILHO, S.B. *Avaliação e Humanização em Saúde: aproximações metodológicas*. Ijuí: Unijuí, 2009.

RIGHI, L. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, v. 2. 2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

Planejamento e gestão da saúde em Diadema: como superar o planejamento normativo e construir estratégias de mudanças no coletivo?

Planning and health management in Diadema: how to overcome normative planning and building strategies changes in collective?

Aparecida Linhares Pimenta¹, Lidia Tobias Silveira², Flavius Augusto Olivetti Albieri³

¹ Doutora em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Secretária Municipal de Saúde de Diadema – Diadema (SP), Brasil. aparecida.pimenta@diadema.sp.gov.br

² Doutora em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Assistente de Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema – Diadema (SP), Brasil. lidia.silveira@diadema.sp.gov.br

³ Mestrando em Medicina Preventiva pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. MBA Executivo em Gestão da Saúde pelo Instituto de Ensino e Pesquisa/Hospital Israelita Albert Einstein (INSPER/HIAE) – São Paulo (SP), Brasil. Diretor Geral da Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. – Diadema (SP), Brasil. dr.flavius@uol.com.br

RESUMO Este artigo relata a experiência de planejamento e gestão da Rede de Atenção à Saúde de Diadema pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde entre 2009 e 2011. Para tal, foram referências as normas do Sistema Único de Saúde e o processo coletivo de elaboração do Plano Municipal de Saúde de Diadema – 2009 a 2012, dos Relatórios Anuais de Gestão de 2009, 2010 e 2011, e as Programações Anuais de Saúde de 2010 e 2011; abordou-se ainda o processo de discussão e deliberação desses documentos pelo Conselho Municipal de Saúde. Os autores deste artigo, sujeitos implicados no processo, avaliam que houve, nesses 3 anos, crescente implicação do coletivo dirigente da secretaria na construção do planejamento estratégico e gestão colegiada, com objetivo de qualificar a gestão e a produção do cuidado. Buscou-se superar o planejamento normativo, além de trabalhar as tensões e os conflitos de uma área tão complexa como é a da saúde nos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Planejamento em Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This article reports Diadema Health Care Networks planning and management experiences by Municipal Health Secretariat's managers from 2009 to 2011, taking as reference the Unified Health System standards and the collective process of Municipal Health Plan elaboration – 2009 to 2012, Annuals Management Reports (2009, 2010 and 2011), and Annuals Health Programs (2010 and 2011); we also address the discussion process and deliberation of these documents by the Municipal Health Council. The authors of this article, subjects involved in the process, evaluate that happened, in those 3 years, an increasing implication of health secretariat collective head on building of strategic planning and management collegiate, with the objective of qualifying management and caring production. It was sought to overcome the normative planning, work tensions and conflicts an area as complex as health in municipalities.*

KEYWORDS: Health Planning; Health Management; Unified Health System.

Planejamento e gestão em saúde

A equipe dirigente da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (SMSD) vem utilizando o planejamento estratégico como processo permanente de discussão e análise dos problemas de saúde do município com o objetivo de orientar a tomada de decisão. Nesse processo, é fundamental considerar as tensões presentes no interior da instituição e do governo do município, espaços em que diferentes atores disputam seus projetos.

Segundo Testa (1992), a incorporação da política é a característica definidora do planejamento estratégico – tomando ‘estratégia’ como a forma de implantação de uma política, e ‘política’ como distribuição do poder. Ainda segundo esse autor, os tipos principais de poder no caso da saúde são o técnico, o administrativo e o político. Poder técnico diz respeito à capacidade de gerar, aceder e lidar com a informação; poder administrativo à capacidade de se apropriar e de atribuir recursos; e poder político à capacidade de mobilizar grupos sociais para o atendimento de suas necessidades ou interesses.

A equipe dirigente da SMSD busca aplicar, na gestão cotidiana da saúde, as ferramentas do planejamento estratégico, ao considerar as relações de poder e as disputas de projetos fundamentais para operar mudanças no modelo assistencial e, ao mesmo tempo, intenta definir e construir consensos provisórios dentro da organização, incorporando trabalhadores e usuários nesse processo, conforme propõe Mário Testa (1992).

A contribuição do pensamento de Matus (1996) para a gestão da Saúde, em Diadema, tem sido fundamental, particularmente em relação à análise situacional e à proposta do Triângulo de Governo. A utilização da noção de situação facilita o processo de planejamento nas organizações de saúde, na medida em que considera que o lugar social em que está situado o ator determina, em grande medida, a ação desse ator. Planejar mudanças de modelo assistencial e de gestão, considerando a situação concreta dos atores, com seus projetos e sua capacidade de autogoverno, aumenta a potência das ações das equipes de gestão, inclusive ao reconhecer que suas próprias ações também são condicionadas pela situação. Nesse sentido, colocar em prática a ideia de Matus, de que “planeja quem faz” contribui de maneira significativa para superar o planejamento normativo. Assim, o

planejamento estratégico deve ser um instrumento de gestão em todos os espaços da organização de saúde, superando a ideia de que as organizações de saúde devem ter equipes de planejadores separadas da equipe que faz a gestão e que produz saúde.

A aplicação da ferramenta conceitual ‘Triângulo de Governo’, de Matus (1996), contribui para que gestores façam a disputa na arena política do Sistema Único de Saúde (SUS) e do município. Para isso, é fundamental que a equipe dirigente invista na construção de um determinado projeto de saúde com direcionalidade referendada por alguns atores, e não por todos, pois todo ator em situação de governo vai governar num cenário em que todos governam. A governabilidade da equipe dirigente depende sempre da relação com os outros atores e da capacidade de governo, ou seja, da articulação dos recursos que os gestores dispõem para construir seu projeto e, com isso, aumentar a sua governabilidade (MATUS, 1996).

Trabalhar com essa ferramenta conceitual, disseminando seu conhecimento para os vários espaços da gestão, contribui, de maneira significativa, para aumentar a eficácia política na implementação do projeto.

Merhy (2002), ao discutir capacidade de governo nas organizações de saúde, propõe a composição de uma caixa de ferramentas para governar, que deve conter saberes e procedimentos do agir governamental, enfatizando a importância de compreender as tecnologias desse ‘saber fazer’ governamental. Merhy coloca que o gestor de saúde deve compreender o que é marcador do território da saúde e quais são as relações sociais que esse gestor tem capacidade de governar. Segundo ele, tais relações são de natureza política, organizacional e produtiva. Merhy (2002) complementa a ideia de caixa de ferramentas dos gestores em saúde, afirmando que essa caixa deve conter tecnologias que permitam sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho.

Ao propor a reflexão sobre o ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde, como o desafio permanente de algumas estratégias gerenciais, Merhy avança na discussão sobre configuração tecnológica do trabalho em saúde e coloca que a eficácia dos sistemas de saúde vai depender da conformação adequada entre as tecnologias leves, leve-duras e duras.

Campos (2000) propõe a criação de coletivos organizados para a produção, com capacidade de análise e de cogestão para lidar com a produção de bens e serviços e com sua própria constituição, enquanto grupo. A cogestão depende da construção ampliada de capacidade de direção entre o conjunto das pessoas de uma instituição e não somente entre sua cúpula. Para Campos, tão importante quanto produzir saúde seria produzir instituições mais democráticas e sujeitos mais comprometidos com o interesse público. Ou seja, democracia como produto de grupo Sujeito e produtora de sujeitos, que depende da correlação de forças e do confronto entre movimentos sociais e poderes instituídos. Assim, para construir a democracia institucional, haveria que se constituírem espaços de poder compartilhado para tomada de decisões.

Para mudar o método gerencial hegemônico e para se construir a cogestão, é necessário ter vontade política e condições objetivas para operar mudanças nas instituições.

Para a compreensão da tensão constitutiva das organizações de saúde, as contribuições de Campos (1992) e de Matus (1997) são fundamentais, pois orientam a gestão e o planejamento estratégico nas organizações de saúde, no sentido de organizar uma gestão mais democrática e participativa. Outra contribuição desses autores relaciona-se com a incorporação da subjetividade como elemento fundamental da gestão e do planejamento.

No dia a dia da gestão, as contribuições desses autores fazem parte da caixa de ferramenta dos gestores de Diadema, para o aperfeiçoamento do planejamento estratégico e da gestão.

Instrumentos de gestão do SUS

A Constituição de 1988 estabeleceu saúde como direito universal, corrigindo a histórica distorção da sociedade brasileira. A Lei Orgânica da Saúde, número 8.080, de 19 de setembro de 1990, definiu a competência dos municípios, explicitando que compete à direção municipal do SUS “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de Saúde e gerir e executar os serviços públicos de Saúde”, estabelecendo ainda que tal competência abrangia “participar do planejamento, programação e

organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS, em articulação com sua direção estadual”. A lei 8.080 definiu as possibilidades e os limites dessa competência, ao autorizar os Estados e Municípios a “normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação” (BRASIL, 1990a). Assim, a Constituição de 1988, na área da saúde, de fato, estabelece mecanismos de descentralização do poder decisório.

O planejamento é objeto de grande parte do arcabouço legal do SUS, tanto indicando processos e métodos de formulação, como por meio de requisitos para orientar o repasse de recursos e de controle e auditoria, destacando, inicialmente, as leis 8.080/1990 e 8.142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde) e as Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira lei atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal”, estabelecendo que processo de planejamento e orçamento do SUS serão ascendentes

do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. (BRASIL, 1990a, Art. 36).

Essa lógica de formulação ascendente é um dos mecanismos relevantes na observância do princípio de unicidade do SUS. Seu cumprimento é um desafio importante, tendo em conta as peculiaridades e necessidades próprias de cada município, Estado e região do país, o que dificulta a adoção de um modelo único aplicável a todas as instâncias. No parágrafo 1º do art. 36 estabelece que “os *planos de saúde* serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária” (grifos nossos).

A lei 8.142/1990 fixa que os municípios, Estados e o Distrito Federal devem contar com Plano de Saúde (PS) e Relatório de Gestão “que permitam o controle de que trata o §4º do artigo 33 da Lei nº 8.080” (BRASIL, 1990b), sendo este um dos requisitos para

o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde.

As NOB de 1991, 1993 e 1996 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) abordam o tema do planejamento do SUS no contexto das descentralização.

A portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006, “divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto” (BRASIL, 2006c); já a portaria 699, de 30 de março subsequente, “regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão”. O Pacto pela Saúde envolve três componentes:

- Pacto pela Vida;
- Pacto em Defesa do SUS;
- Pacto de Gestão.

No Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde. Conforme estabelece a portaria 3.085/2006, pactuada de forma tripartite, são instrumentos inerentes a todo o sistema de planejamento do SUS e, assim, às três esferas de gestão: o PS, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios Anuais de Gestão (RAG).

Assim sendo, o planejamento, denominado ascendente pela lei federal 8.080/90 e como prediz o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c), deve ser entendido como um ‘planejamento individual e integrado’ ao mesmo tempo, uma vez que o planejamento das unidades federativas (município, Estado e União) deve ser integrado para, a partir dos planejamentos unitários, comportar um planejamento regional que garanta o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde na região de saúde. Do planejamento emerge o ‘plano de saúde’, base de todas as atividades do SUS, o qual deve combinar as necessidades de saúde da população com os recursos orçamentários e ser elaborado mediante critérios demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos e de organização de serviços. O PS deve ser plurianual (a cada 4 anos) e executado de acordo com programação anual, com

explicitação das metas físicas anuais (técnicas e financeiras) a serem alcançadas. O PS deve prever a obtenção de resultados qualitativos, de acordo com prioridades e metas pactuadas anualmente por cada esfera de governo, com prioridade na redução das desigualdades em saúde; ampliação do acesso e atenção integral e regionalizada dos serviços de saúde; redução de riscos e agravos, bem como dos indicadores de saúde referentes a morbimortalidade por causas evitáveis nas faixas etárias, estratos sociais e condições de vida e da oferta ou utilização de ações e serviços de saúde evitáveis ou desnecessários; aprimoramento dos mecanismos de gestão, financiamento e controle social.

O PS, mais do que exigência formal, é um instrumento fundamental para a consolidação do SUS. De fato, tal instrumento torna-se cada vez mais uma necessidade, à medida que o SUS avança rumo a essa consolidação, sobretudo no que concerne à direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços. As ações e outros elementos que dão consequência prática ao plano são explicitados na respectiva PAS. A citada portaria define a essa programação anual como

o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. (BRASIL, 2006a, p. §1º do Art. 3º).

Os resultados e ações oriundos da programação anual devem compor o RAG, “instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários” (BRASIL, 2006b, p. Art. 4º da Portaria 3.332/2006). Considerando a dinâmica do SUS, a PAS, ao estabelecer ações, metas e recursos para cada ano, permite a revisão e a atualização do PS, que é plurianual e requer revisões periódicas. Por outro lado, da mesma forma que a programação, a cada ano será elaborado o RAG, que indicará, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no PS.

Ao final do período de vigência do PS, é fundamental a realização de sua avaliação, a ser expressa em documento que retrate os resultados efetivamente alcançados, capaz de subsidiar a elaboração do novo plano. Para tanto, os RAG configuram-se como instrumento fundamental, devendo contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, e conter análise acerca do processo de desenvolvimento do plano, assinalando os avanços e obstáculos, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas para superar os nós críticos detectados.

Cabe ressaltar, ainda, que o plano e suas respectivas PAS e os RAG devem ser claros e precisos, de modo a facilitar o entendimento, não só por parte dos gestores e técnicos envolvidos diretamente, como da sociedade, na medida em que envolvem a participação efetiva da população e cujos fóruns privilegiados para tanto são os Conselhos de Saúde. É oportuno assinalar, por fim, que o PS e o RAG devem ser submetidos à apreciação e aprovação dos respectivos Conselhos de Saúde.

Fundamental ainda, nesse processo de planejamento e gestão, é a incorporação das deliberações das conferências de saúde nos objetivos a serem perseguidos pelos dirigentes do SUS.

O município de Diadema e o sistema municipal de saúde

Diadema conta com 388.898 habitantes (IBGE, 2011), apresentando densidade demográfica de 13.090.27 habitantes por km² – considerada uma das maiores do país. O município pertence à região do Grande ABC Paulista, que também abrange outros seis municípios.

O Sistema Municipal de Saúde de Diadema está estruturado da seguinte maneira:

- 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 70 Equipes de Saúde da Família (ESF) com médico generalista, 30 ESF com médico que cuidam de especialidades básicas (pediatra, clínico geral e ginecologista), 44 equipes de saúde bucal, e 8 Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF);
- duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)

- um pronto-socorro central;
- um hospital municipal que conta com 206 leitos, com pronto-socorro;
- um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- um Central de Regulação de Urgência e Emergência;
- um Quarteirão da Saúde, onde funcionam o Centro Médico de Especialidades (CEMED), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Laboratório Municipal de Análises Clínicas, o Serviço de Fisioterapia e Reabilitação, os Serviços de Apoio Diagnóstico e o Centro Cirúrgico
- um Centro de Referência em DST/AIDS e Hepatites;
- um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo III, um CAPS III de Álcool e Drogas e um CAPS Infantil;
- Vigilância à Saúde (Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica);
- um Centro de Controle de Zoonoses;
- um Setor de Transporte de Pacientes;
- uma Divisão de Regulação, Auditoria, Avaliação, Controle (DRAAC).

Segundo dados do Departamento de Recursos Humanos da SMS Diadema, e que constam no RAG de novembro de 2011, a SMS conta com 3.866 profissionais, incluindo 541 médicos, 305 enfermeiros, 92 dentistas, 181 profissionais de nível universitário de outras categorias; 1.022 auxiliares e técnicos de enfermagem, 477 agentes comunitários de saúde, 523 administrativos, entre outros.

O município investiu em torno de 30% de seu orçamento próprio em saúde nos últimos 10 anos para manter em funcionamento uma ampla e complexa rede de serviços e, em 2011, segundo o RAG, investiu

31,4% de recursos do Tesouro Municipal nesta área, porcentagem que representa mais que o dobro do que foi definido na Emenda Constitucional 29.

Plano Municipal de Saúde de Diadema – 2009 a 2012

Em janeiro de 2009, teve início a gestão do novo Governo Municipal em Diadema, eleito democraticamente e que expôs para a disputa eleitoral seu Plano de Governo para o período de 2009 a 2012, incluindo a área de Saúde. Para detalhar as diretrizes, objetivos, metas e ações que seriam realizadas na Saúde foi elaborado o Plano Municipal de Saúde (PMS), que vem sendo implementado durante o atual Governo do Prefeito Mario Reali.

O PMS é um instrumento de gestão do SUS destinado a orientar e fortalecer a Gestão Estratégica e Participativa, sendo obrigatório que o mesmo seja apresentado, discutido e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS). Além disso, deve orientar a elaboração das PAS e dos RAG, durante a vigência do plano.

Considerando que ‘planeja quem faz’, a responsabilidade pela elaboração dos Planos de Saúde deve ser da equipe dirigente da Saúde nos municípios, nos governos estaduais e no Ministério da Saúde.

Em Diadema, as várias áreas que conformam o Sistema Local de Saúde contam com coordenadores, sendo que alguns já estavam habituados a planejar e avaliar suas áreas, mas não havia experiência prática de trabalhar com planejamento estratégico de forma coletiva. Assim, o primeiro desafio, em 2009, foi definir exatamente quais seriam os atores que comporiam a equipe dirigente. Definida a composição do Colegiado Gestor, foi estabelecido que o mesmo se reuniria semanalmente, com dia e horário definidos, para elaboração do PS. O Colegiado Gestor ficou assim constituído: Secretária de Saúde, três assistentes do Gabinete e os coordenadores das áreas de Atenção Básica, Quarteirão da Saúde, do pronto-socorro central, hospital municipal, Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Central de Regulação, Escola de Saúde, SAMU e Assistência Farmacêutica.

A nova forma de planejar as prioridades da Saúde trouxe para esse coletivo outro desafio: constituir-se, de

fato, como sujeito coletivo responsável pela gestão da saúde no município, com todas as implicações que processos como esse trazem para o cotidiano da instituição e dos sujeitos, inclusive no sentido de construir relações de confiança entre esses sujeitos.

Dois outros elementos marcaram tal processo: a necessidade de cada área ou equipamento apropriar-se minimamente da lógica de funcionamento das outras áreas e do sistema de saúde como um todo e a análise da viabilidade financeira, para realizar o que cada área considerava necessário, pois havia pouca discussão acumulada sobre o tema do financiamento entre os coordenadores.

O processo de planejamento teve início em fevereiro de 2009 e, durante 6 meses, o Colegiado discutiu detalhadamente o diagnóstico da saúde em Diadema (o perfil epidemiológico, a produção da rede existente e parâmetros, o financiamento, a gestão do trabalho), elaborando as propostas para os próximos 4 anos, com a definição das diretrizes gerais. Explicitou o modelo de atenção e de gestão que se pretendia construir e a política de Educação Permanente para viabilizar essa construção, além das propostas específicas das áreas e equipamentos. Foi proposta ainda a articulação com a Região de Saúde e com o Colegiado de Gestão Regional (CGR).

A gestão da Saúde é um processo permanente, que pressupõe o momento do planejamento estratégico, seguido das etapas de execução, avaliação, revisão e novo planejamento, num movimento contínuo, cujo objetivo principal é contribuir para que os atores do projeto possam definir e monitorar a direcionalidade do que está sendo executado. No caso do SUS, os instrumentos de planejamento devem contribuir para planejar e avaliar se as diretrizes de acesso universal, atenção integral, equidade e controle social estão sendo consideradas.

Do ponto de vista dos documentos que expressam esse processo no SUS, o PS trata dos quatro anos de governo; o Relatório de Gestão avalia o que foi realizado anualmente e as PAS fazem a revisão e atualização do plano, a cada ano.

Em Diadema, o PS foi discutido em vários espaços da gestão: em duas oficinas com coordenadores e técnicos de várias áreas; com apoiadores e gerentes da Atenção Básica; com os coordenadores dos serviços que

atendem 24 horas; com a equipe da regulação; com os profissionais da área da Vigilância à Saúde, entre outros.

Com o objetivo de ampliar a discussão com usuários e trabalhadores, realizou-se um seminário de 2 dias, em setembro, para discutir o SUS e o PS de Diadema. O evento contou com a participação dos Conselheiros de Saúde, do Conselho Municipal, do Conselho Popular e dos Conselhos Gestores de Serviços, como também dos membros do Colegiado Gestor, gerentes e profissionais de saúde.

No seminário, o PS foi apresentado e discutido em grupos de trabalho, nos quais novas propostas foram apresentadas e referendadas em plenária ao final.

Na reunião ordinária do CMS de outubro de 2009, foi apresentado, discutido e aprovado o PMS de Diadema – 2009 a 2012, que foi editado no formato de revista e amplamente distribuído para os conselheiros e para todas as equipes e serviços de saúde.

Além do plano, as deliberações da 6ª e 7ª Conferência Municipal de Saúde, realizadas em 2006 e 2010, respectivamente, são referências importantes para a gestão da secretaria.

Nesses 3 anos, o plano vem orientando o trabalho do Colegiado Gestor e de toda a SMS, além de se constituir em importante instrumento de controle social por parte dos Conselheiros de Saúde.

No PS de Diadema, é explicitada a intencionalidade dos gestores quando é colocada a pretensão de construir um modelo de atenção à saúde, voltado para a integralidade, no que diz respeito à maior integração dos serviços e áreas, como também para a integralidade do cuidado. Observa-se ainda que a Atenção Básica deve ocupar papel de centralidade no Sistema Municipal de Saúde que, para isso, aponta a necessidade de realizar mudanças profundas na organização e integração dos serviços.

O PMS coloca a necessidade de investir na reorganização dos processos de trabalho, no sentido de acolher o usuário, fazer escuta qualificada para compreender as necessidades da comunidade e diversificar o cardápio de ofertas das equipes, particularmente das UBS, que lidam com problemas de saúde pouco estruturados, relacionados com o modo de viver das comunidades. O plano adverte que tais problemas não respondem favoravelmente à oferta de “consultas médicas-exames de apoio diagnóstico – medicamentos” e, para enfrentá-los,

as equipes devem trabalhar de maneira interdisciplinar, utilizando conhecimentos dos vários núcleos profissionais para, por meio de uma clínica ampliada, criar um campo compartilhado de ‘saber fazer’, que contribua para melhorar o quadro de morbimortalidade e a qualidade de vida da população. E conclui que essa mudança é um dos maiores desafios do SUS de Diadema, pois implica formar profissionais, por intermédio de processos de educação permanente, para mudar radicalmente sua forma de trabalhar, bem como demonstrar e contar com o apoio dos usuários para a compreensão das mudanças na forma hegemônica dos usuários consumirem ações de saúde.

Um dos elementos estruturantes do modelo de atenção apontado no plano é a integração das ações e serviços, com vistas à construção da Rede de Atenção à Saúde; são sugeridos dispositivos que poderão auxiliar nessa integração, como a implantação das linhas de cuidado. O plano discorre ainda sobre a integração da Atenção Básica com os vários pontos de atenção, dedicando vários parágrafos à saúde mental, e explicita a necessidade de enfrentar o desafio de incorporar o atendimento de pacientes com transtornos mentais de menor gravidade na Atenção Básica e trabalhar de forma integrada com as equipes dos CAPS.

Sobre o modelo de atenção, o plano refere ainda a necessidade de incorporar a avaliação como rotina da gestão, tendo em vista a complexidade do Sistema de Saúde de Diadema. No final do texto, são apresentadas as metas para 2009 e os indicadores do Pacto pela Vida e do Pacto de Gestão.

Não é pretensão dos autores deste artigo reproduzir todas as propostas do PMS, mas fazer referência aos enunciados do plano que compõem a intencionalidade e o caráter estratégico das propostas.

Nesse sentido, é importante referir que o plano considera como atores principais das mudanças desejadas os gestores, os gerentes, os profissionais de saúde e os próprios usuários. E aponta para necessidade de considerar a existência de outros atores, como o prefeito e seu secretariado, vereadores, lideranças e partidos políticos, deixando claro que, além da necessidade de ser um projeto de mudanças e capacidade técnica para implementar as ações definidas no plano, é essencial garantir governabilidade à equipe dirigente da secretaria,

para concretizar suas intenções, na disputa dos vários projetos de organização do Sistema Local de Saúde.

Como o Plano foi aprovado em outubro de 2009, a PAS não foi elaborada e o Relatório de Gestão desse ano reflete mais o processo da gestão que está se instituindo na saúde de Diadema, do que a avaliação das propostas apresentadas no plano recém-aprovado no CMS.

Relatório de Gestão de 2009 e PAS de 2010

O Colegiado Gestor iniciou o processo de avaliação das ações desenvolvidas pelas diferentes áreas da secretaria em janeiro de 2010, e esse processo ocorreu durante o primeiro trimestre daquele ano. A avaliação ficou expressa no RAG de 2009, que inclui também a prestação de contas dos recursos financeiros utilizados na saúde para execução das ações desenvolvidas durante o ano.

O relatório foi organizado a partir das prioridades do Pacto pela Saúde, estruturadas em objetivos, diretrizes, metas, indicadores e ações e atividades, lembrando que alguns objetivos se desdobravam em mais de uma diretriz e estas, por sua vez, também podiam contemplar mais de um indicador, do Pacto pela Vida ou do Pacto de Gestão.

Foram elencadas as seguintes prioridades do Pacto pela Vida: redução da mortalidade infantil e materna; controle do câncer de colo de útero e de mama; atenção à saúde do idoso; fortalecimento da Atenção Básica; promoção da saúde; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias (dengue, tuberculose, hanseníase, influenza A, doenças imunopreveníveis, hepatites e AIDS); atenção à saúde do trabalhador; atenção à saúde mental; prevenção da violência.

Para completar a avaliação das ações desenvolvidas em 2009, o colegiado decidiu tratar no Relatório de Gestão mais sete prioridades relacionadas ao Pacto de Gestão e ao Pacto em Defesa do SUS – com algumas prioridades locais:

1. controle ao risco sanitário;
2. qualificação das ações ambulatoriais de média e alta complexidade;
3. atenção às urgências e emergências;

4. atenção hospitalar;
5. assistência farmacêutica;
6. regulação, avaliação, controle e auditoria;
7. modelo de gestão;
8. fortalecimento do controle social e defesa do SUS.

Dessa maneira, o documento integra objetivos, diretrizes e indicadores com as ações e as atividades, relatando o trabalho desenvolvido na SMS de Diadema em 2009.

À luz do Plano, o RAG 2009 já explicita o esforço da gestão para aperfeiçoar o acolhimento dos usuários, a resolutividade em toda a rede de serviços, a responsabilização dos profissionais e equipes de saúde pelo cuidado dos pacientes, e as iniciativas voltadas para a integração dos serviços por meio de linhas de cuidado e maior articulação entre os vários níveis do sistema local de saúde.

O RAG 2009 aponta também as atividades de controle social realizadas, como a aprovação do RAG 2008 pelo CMS, as prestações de contas trimestrais apresentadas em Audiências Públicas na Câmara de Vereadores, e a realização das reuniões ordinárias do conselho para debater e deliberar sobre temas do SUS municipal.

Como já dito, o Colegiado Gestor conseguiu avaliar o que foi realizado na saúde, em 2009, nos aspectos mais gerais colocados no plano, como houve também um esforço para avaliar em espaços compartilhados pelos coordenadores das diferentes áreas, as metas e indicadores, com o objetivo de superar a integração insuficiente que prevalecia na gestão da saúde. Esse esforço atingiu resultados parciais, pois há de se reconhecer que a integração dos pontos da Rede de Atenção é processual e exige vontade política, desejo dos atores de trabalhar no coletivo, capacidade técnica, tendo em vista que conflitos e diversidade de interesse sempre ocorrerão nos coletivos dirigentes de organizações complexas, como a saúde.

Outra iniciativa importante para promover integração e planejamento de forma coletiva foi a decisão tomada pelo Colegiado Gestor de que as propostas colocadas no plano pelas diferentes áreas fossem transformadas em planos de ação e, para aquelas que exigissem, em sua implantação, o trabalho de mais de uma área, o

plano de ação deveria ser elaborado em conjunto, com atores das áreas envolvidas.

Inicialmente, os planos de ação foram elaborados e discutidos internamente com os gestores e trabalhadores da área; em seguida, esses planos foram apresentados, discutidos e aperfeiçoados nas reuniões semanais do Colegiado Gestor. E cada um deles foi apresentado e discutido nas reuniões ordinárias do CMS, que decidiu mensalmente destinar 1 hora durante as reuniões ordinárias para conhecer e debater os planos de ação de cada área da secretaria.

O colegiado optou por recolocar na PAS de 2010 o conjunto de objetivos estratégicos elencados no Plano Municipal, no que diz respeito à reorganização dos serviços e do sistema de saúde municipal (modelo de atenção), bem como à forma de gestão (modelo de gestão) e complementar a PAS com as ações e atividades definidas em cada plano de ação das áreas da SMS, no sentido de representar as estratégias e caminhos pensados para dar concretude aos objetivos do plano.

As ações da PAS de 2010 foram elaboradas pelo Gabinete e pelas oito coordenações das áreas de saúde de Diadema: Atenção Básica, Serviços de Urgência e Emergência, Hospital Municipal, Quarteirão da Saúde, Saúde Mental, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Regulação e Escola de Saúde/Educação Permanente. A elaboração da programação das áreas de Gestão do Trabalho e Gestão Administrativa e Financeira ficou sob a responsabilidade direta do Gabinete da Secretária de Saúde.

As metas para 2010, assim como os indicadores do Pacto para a Saúde, foram colocados na PAS de 2010, com a finalidade de articular e integrar os diferentes instrumentos de planejamento e avaliação do SUS.

O Colegiado Gestor realizou 40 reuniões em 2010 para discutir e deliberar temas relacionados ao planejamento e à gestão: Relatório de Gestão de 2009, PAS de 2010, avaliação dos planos de ação das várias áreas, a 7ª Conferência Municipal de Saúde, a Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial Sistêmica e do *Diabetes Mellitus*, o quadro financeiro e orçamentário da SMS e os problemas do cotidiano dos serviços. Nesse processo, ao discutir a programação do ano, percebeu-se a necessidade de criar indicadores para as prioridades locais, ou seja, aquelas definidas em função dos objetivos

estratégicos do plano, relacionados com as mudanças que se pretendiam operar no modelo de gestão da saúde municipal. Dessa forma, foi criado um grupo de trabalho, que, ao longo de 6 meses, elaborou um quadro de indicadores para avaliar as ações da média complexidade, das áreas de urgência e emergência, hospitalar e assistência farmacêutica. No caso da Atenção Básica, da vigilância em saúde, da saúde mental e da regulação, foram acrescentados alguns indicadores, considerados importantes para a realidade de Diadema. Esse trabalho resultou num painel de 66 indicadores, sendo 30 de base local e 36 do Pacto pela Saúde.

Relatório de Gestão de 2010 e PAS de 2011

O RAG de 2010 foi elaborado de maneira semelhante ao de 2009, mas as discussões compartilhadas avançaram mais, em função da experiência de elaboração do relatório de 2009, como também pelo amadurecimento tenso do Colegiado Gestor.

Para sua elaboração, o PMS de Diadema e a PAS de 2010 constituíram as referências principais. Como o anterior, o RAG 2010 foi organizado a partir das prioridades do Pacto pela Saúde e das prioridades locais, avaliadas por meio de objetivos, indicadores e ações desenvolvidas pelas áreas e serviços, para atingir as metas colocadas na programação.

Em grande medida, a discussão do relatório aconteceu nos colegiados das áreas de Atenção Básica, Gerentes de UBS, Quarteirão da Saúde, Vigilância em Saúde, Saúde Mental, Urgências e Emergências e SAMU e do Hospital Municipal. Para várias prioridades, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil e a redução da mortalidade materna, representantes dos colegiados (Atenção Básica, Gerentes de UBS, Quarteirão da Saúde, Vigilância em Saúde, Urgências e Emergências e do Hospital Municipal) e do Comitê Municipal de Mortalidade Infantil e Materna discutiram, em diversas reuniões, o tema, desde a organização dos serviços e ações desenvolvidas no pré-natal, na atenção ao parto e à criança até 2 anos de idade, as ações para o controle da sífilis congênita, até a análise dos indicadores para a avaliação das metas pactuadas para o ano de 2010.

No RAG 2010, uma dos maiores problemas descritos foi a dificuldade para contratação e fixação de médicos nos serviços, tanto nas UBS como nos serviços de Pronto Atendimento (PA) e no pronto-socorro central. A insuficiência de médicos para o SUS é um problema nacional e a situação de Diadema vem se agravando com a migração de médicos para municípios vizinhos, em decorrência do aumento significativo do salário em algumas prefeituras da região. Segundo o RAG, outro grande problema evidenciado foi a insuficiência de recursos financeiros e orçamentários para o custeio da saúde municipal. Isso porque a extensa rede de serviços de saúde custa para o tesouro municipal 30% do orçamento. A ausência de recursos do Governo do Estado para cofinanciar esses serviços, bem como a insuficiência de recursos repassados pelo Ministério da Saúde para o SUS de Diadema, faz com que o equilíbrio entre receitas e despesas seja uma das maiores dificuldades enfrentada pelos gestores da Saúde em Diadema em 2010.

Entre os avanços apontados no relatório, destacam-se a reorganização interna da área administrativa e financeira, e a maior articulação com a Secretaria de Finanças; a criação do Colegiado de Gestão da área Administrativa Financeira e a maior integração do setor de compras com o setor de suprimentos e com as áreas assistenciais da SMS. Essas mudanças criaram condições objetivas para a SMS assumir o controle da gestão orçamentária e financeira do Fundo Municipal de Saúde.

Com relação à mudanças de modelo, sobressai o investimento na organização de ações transversais voltadas para a qualificação do cuidado em saúde mental na Atenção Básica, sob a responsabilidade das duas coordenações (Atenção Básica e Saúde Mental), com mudanças importantes no desenho de integração das duas áreas, por meio da utilização do dispositivo do matriciamento, para a capacitação dos profissionais que trabalham nas equipes de saúde da família das UBS.

A PAS de 2011 foi elaborada de maneira bem mais coletiva que a de 2010, em função do amadurecimento do Colegiado Gestor, como também das experiências de integração das várias áreas na organização da Rede de Atenção à Saúde. Na PAS de 2011, em conformidade com o que está estabelecido no PMS, o Colegiado Gestor definiu 37 objetivos estratégicos, no que diz

respeito à reorganização dos serviços e do sistema de saúde municipal, bem como à forma de gestão, com o propósito de nortear as estratégias e ações das diversas áreas da gestão da SMSD.

Como nos anos anteriores, o ator político responsável pela elaboração da PAS de 2011 foi o Colegiado Gestor. As áreas de Gestão do Trabalho e Gestão Administrativa e Financeira ficaram sob a responsabilidade direta do Gabinete da Secretária de Saúde, como no ano anterior.

Cada área, com suas equipes ou compartilhando responsabilidades com outras áreas, elaborara suas programações, tendo como referência o Plano Municipal, a Programação 2010 e o Relatório de Gestão 2010. As ações propostas estão apresentadas na PAS, segundo as prioridades definidas nacionalmente (Pacto pela Saúde) e as prioridades locais, orientadas em função da realidade epidemiológica de Diadema e dos objetivos estratégicos assumidos com as mudanças do modelo assistencial e de gestão, apontadas no PMS. A discussão e a apresentação das ações para atingir as metas exigem, em geral, o compartilhamentos de várias áreas, e esse planejamento conjunto é fruto da nova maneira de fazer a gestão em Diadema.

Além disso, foram acrescentados os objetivos e as metas pactuadas para 2011 do SISPACTO, e as ações foram organizadas de acordo com esses objetivos e metas, articulando assim os instrumentos de planejamento e avaliação do SUS e possibilitando sua avaliação no relatório de 2011, que se encontra em fase de construção, com a mesma metodologia usada nos anos anteriores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os objetivos estratégicos do PMS de Diadema e das Programações de Saúde (avaliados nos Relatórios de Gestão) é possível perceber, de fato, ações concretas para garantir a intencionalidade de efetivar mudanças no modelo de gestão e no modelo de atenção à saúde no município. A experiência evidencia que o empoderamento de um coletivo dirigente é condição necessária para concretizar o planejamento e a gestão estratégica, e esse processo de planejamento é fundamental para a constituição desse coletivo enquanto sujeito.

A tensão constitutiva na produção da saúde, dada pela significativa quantidade de atores, interesses, recursos, relações de poder e capacidade de governo dos sujeitos implicados na produção do cuidado, permeia todo o processo de planejamento e gestão na disputa pela direcionalidade do projeto expresso no PS.

Os autores consideram que é possível utilizar os instrumentos de planejamento do SUS – PMS, PAS e RAG – no processo de planejamento e gestão local, de maneira criativa e dinâmica, buscando dispositivos para dar ‘vida’ ao planejamento, sem reduzir esses instrumentos ao cumprimento de normas prescritas pela legislação da saúde. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 699/2006 de 30 de março de 2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília. Diário Oficial da União, 30 de março de 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 3.332, de 28 de dezembro de 2006*. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Brasília. Diário Oficial da União, de 28 de dezembro de 2006b.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 399/2006: Pacto pela Saúde – 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto*. Brasília: Diário Oficial da União, 22 de fevereiro de 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Organização e Funcionamento. Cadernos de Planejamento do Ministério de Saúde, 2006d*.
- _____. *Lei n.º 8080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990a. p. 28-40.
- _____. *Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 31 de dezembro de 1990b.
- CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- _____. *Reforma da Reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- DIADEMA. *Programação Anual de Saúde 2010 e 2011 da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema*. Elaborado pelo Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema de 2010 e de 2011. 2011a. Disponível em: <www.diadema.sp.gov.br>. Acesso em: 15 abr 2012.
- _____. *Relatório Anual de Gestão de 2009, 2010 e 2011 da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema*., Elaborado pelo Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema de 2010 e de 2011. 2011b. Disponível em: <www.diadema.sp.gov.br>. Acesso em: 15 abr 2012.
- _____. *Plano Municipal de Saúde 2009 a 2012*. Elaborado pelo Colegiado Gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema de 2009; Aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 22/10/2009. Publicado pela Secretaria de Comunicação da Prefeitura de Diadema, dezembro de 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico*. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 15 abr 2012.
- MATUS, C. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- _____. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1996.
- TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/ ABRASCO, 1992.

A contribuição do Projeto Apoiador Regional do COSEMS-MG no fortalecimento da gestão regional de saúde*

The contribution of the Regional Project Supporter COSEMS-MG in strengthening the regional management of health

Mauro Guimarães Junqueira¹, Paola Soares Motta²

¹ Especialista em Saúde Pública pela UNICOR. Presidente do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Secretário Municipal de Saúde de São Lourenço – São Lourenço (MG), Brasil. presidente@cosemsg.org.br

² Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro – Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenadora da Assessoria Técnica do COSEMS-MG – Belo Horizonte (MG), Brasil. paola.motta@cosemsg.org.br

RESUMO O presente artigo relata a experiência do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais avaliando a estratégia de implementação do Projeto Apoiador na efetivação e no fortalecimento do espaço de gestão regional. A avaliação apresentada é fruto da aplicação de questionário para subsidiar a análise da contribuição do projeto nos eixos 'informação' e 'participação'; avaliam-se, ainda, o perfil do entrevistado, seu conhecimento e sua percepção acerca da atuação do apoiador. Os principais resultados aferidos apontam que o projeto. Os resultados obtidos apontam que Projeto rebaixa os custos de transação, propiciando a cooperação na relação intergestores no espaço regional; promove a disseminação de informações; fortalece a atuação regional do colegiado bem como a capacidade político institucional dos municípios e da representação regional do mesmo nas relações intergovernamentais que precisam de cooperação e coordenação em nosso Estado Federativo; aglutina gestores no colegiado regional, e possibilita a contextualização da discussão estadual do colegiado mineiro com os demais entes.

PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde; Regionalização; Projeto Apoiador.

ABSTRACT *This article reports the experience of the Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais, evaluating the implementation strategy of the Project Supporter in the realization and strengthening of regional management space. The assessment presented is the result of a questionnaire to help analyzing the contribution of the project in the axes 'information' and 'participation', and evaluates also the profile of the respondent and his knowledge and perception of the role of supporter. The main measured results show that design lowers transaction costs in providing cooperation against Inter in the regional space, promotes the dissemination of information, strengthen the role of the regional collegiate and political institutional capacity of municipalities and regional representation of that intergovernmental relations that require cooperation and coordination in our federal state, binds managers in the regional college, and enables the contextualization of this collegiate's state discussion with other entities.*

KEYWORDS: Health Management; Regional Health Planning; Project Supporter.

* Os dados deste artigo foram retirados da dissertação apresentada em abril de 2012 para obtenção do título de Mestre.

Introdução

A implementação da política de saúde, num país federativo como o Brasil, demanda a integração de ações dos diversos níveis de governo com equilíbrio entre competição e cooperação, mantendo a unidade na diversidade, o entrelaçamento entre os níveis de governo, e a relação de equilíbrio entre a autonomia dos pactuantes e a interdependência entre eles. A relação intergovernamental inerente ao processo de descentralização remete ao problema teórico clássico sobre a possibilidade de ação coletiva ou de cooperação entre os entes autônomos, na adesão à política nacional de saúde.

Para potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locais possam ser organizadas e expressadas na região, é reforçada a diretriz da regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa diretriz desperta para o fato de que a capacidade de governo das municipalidades é condição necessária à coesão entre os agentes políticos e sociais de uma Região de Saúde. Os entes locais executam as ações de saúde, mas precisam de colaboração horizontal e vertical para desenvolver as capacidades técnico/administrativas requeridas para a efetivação da gestão do sistema público de saúde, nos âmbitos municipal e regional.

No Estado de Minas Gerais, que conta com uma população de 19.728.701 habitantes (IBGE, 2011) dispersa em 853 municípios, a adesão municipal na gestão do SUS atinge 100% dos municípios mineiros. Esses municípios estão assistencialmente divididos em 76 microrregiões de saúde, contando, em cada uma delas, com uma Comissão Intergestora Microrregional (CIB Micro). As CIBs Micro refletem não só a capacidade gestora, o grau de qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo.

O processo de regionalização da atenção à saúde em Minas Gerais, especialmente referente à gestão regional de saúde trouxe à luz um novo cenário para o Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG). As 25 representações

regionais do COSEMS-MG não contavam com apoio suficiente para acompanhar as decisões emanadas das 76 CIBs Micro, levar propostas à CIB Estadual e tampouco capilarizar as decisões da CIB Estadual para essas instâncias regionais de gestão. Também como efeito da regionalização, aconteceu o enfraquecimento dos COSEMS regionais, com a atomização de encontros de gestores em diversas CIBs Micro dentro do mesmo território de COSEMS regional, dificultando sua mobilização, a disseminação de informações para a implementação de políticas de saúde e a formação de consensos de base regional.

Esse cenário impôs uma nova proposta de atuação do COSEMS-MG frente à gestão regional de saúde, buscando fortalecer a instituição, os COSEMS regionais e os gestores municipais na gestão microrregional de saúde. Em maio de 2009, o COSEMS-MG implantou o Projeto Apoiador, que subsidia tecnicamente as decisões dos gestores municipais de saúde nos espaços regionais, fortalecendo a representação dos secretários municipais de saúde em todas as instâncias e de fóruns, como o COSEMS regional e as CIBs Micro.

Durante o seminário promovido pelo COSEMS-MG em junho de 2011, que contou com a presença de aproximadamente 200 pessoas, que atuam nas CIBs Micro, foi aplicado um questionário estruturado com respostas fechadas e campo final de observações, para subsidiar a análise de vários eixos que podem contribuir no espaço de gestão regional a partir da implantação do Projeto Apoiador. Os eixos pesquisados foram: 'informação', 'participação', 'aproximação dos atores', 'fortalecimento da gestão microrregional' e 'representação institucional'. Além desses eixos, quanto ao perfil do entrevistado, o questionário apura o tempo de atuação na gestão de saúde e ao conhecimento e percepção da atuação do apoiador.

Este artigo, além da introdução, está estruturado em quatro partes. A primeira resgata o processo de regionalização em Minas Gerais e a gestão compartilhada do SUS-MG; a segunda apresenta a atuação regional do COSEMS-MG com o Projeto Apoiador; a terceira parte aponta os resultados da avaliação de questionário sobre a atuação do Apoiador na ótica da gestão regional da Secretaria de Estado da Saúde (SES) e dos gestores municipais quanto ao perfil do entrevistado e dos eixos

‘informação’ e ‘participação’. Na última parte, é apresentada a conclusão com análises dos resultados e indicadores de atuação do COSEMS-MG.

O processo de regionalização em Minas Gerais e a gestão compartilhada do SUS-MG

Os 853 municípios mineiros são responsáveis pela gestão de saúde de seu território. Administrativamente a SES-MG está representada nos espaços regionais por 18 Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e 10 Gerências Regionais de Saúde (GRS). Já o COSEMS está representado por 25 COSEMS regionais, que agrupam as 28 regiões administrativas de saúde do Estado.

No Estado de Minas Gerais, a regionalização da saúde já vinha sendo discutida desde 1999 e constava como uma das propostas do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). Com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que atribuiu às SES a responsabilidade pela coordenação e pactuação, com vistas à organização de redes de assistência resolutivas, foi desenhado o primeiro Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG).

O PDR-MG visa organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais dentro dos princípios preconizados pelo SUS, com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua moradia, conforme sejam as ações e os serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos polos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade.

Elaborado no ano de 2001³, o PDR passou por ajustes em 2003, visando à adequação aos princípios de economia de escala, escopo, acessibilidade viária e

geográfica. Para realizar essa estruturação, o PDR dividiu o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias e 75 microrregiões sanitárias. Vigente até dezembro de 2011, contava com o mesmo número de macrorregiões e com 76⁴ microrregiões. Sua última revisão, em novembro de 2011, manteve o mesmo número de macrorregiões e passou para 77⁵ microrregiões, incluindo agora a micro de João Pinheiro.

As primeiras comissões bipartites no espaço regional, CIB regional, de Minas Gerais foram instituídas em 1993 pela resolução 637/SES-MG, de 25 de junho de 1993. Essas CIB-R se organizavam no espaço administrativo regional de atuação das GRS e dos COSEMS regionais. A organização da CIB-R foi alterada pela deliberação CIB-MG 007, de 1o de março de 1999, fixando que um dos representantes do COSEMS deveria ser o presidente regional do COSEMS.

Ficavam instituídos, então, os espaços de pactuação intergestores, na mesma área da abrangência das GRS e, por conseguinte, na mesma área de atuação do COSEMS regional, com a representação do presidente do COSEMS assegurada nesses espaços de negociação e pactuação regional.

Com a deliberação CIB/SUS-MG 095 de 17 de maio de 2004, o SUS-MG passou a contar com instâncias de pactuação intergestores microrregional (CIB Micro) e instâncias de pactuação intergestores macrorregional (CIB Macro) com composição que contempla a participação de todos os gestores municipais nas reuniões de CIB Micro e da representação de todas as microrregiões na CIB Macro. São 76 CIBs Micro e 13 CIBs Macro⁶. Assim, todos os municípios mineiros têm a responsabilidade de participar das instâncias regionais de gestão.

A deliberação CIB/SUS-MG 377/07⁷ definiu CIBs Micro, criadas pela deliberação CIB/SUS-MG 095 de 17 de maio de 2004, como sendo os Colegiados de Gestão Regional (CGR) de Minas Gerais; as atribuições das CIBs Micro/Macro poderão ser revistas visando à adequação ao que estabelece a referida portaria.

³ Nos termos da regionalização proposta, o Estado foi dividido em 7 macrorregiões, 95 microrregiões e 21 regiões assistenciais.

⁴ De acordo com o PDR vigente até 31 de dezembro de 2011.

⁵ Deliberação CIB-SUS/MG n.º 978, de 16 de novembro de 2011, que aprova o ajuste do plano diretor de regionalização, PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013.

⁶ Vigente até 31 de dezembro de 2011.

⁷ A Deliberação CIB/SUS-MG 377, de 20 de setembro de 2007 que aprova o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Estado de Minas Gerais e dos municípios que menciona.

Com a edição do decreto 7.508/11⁸ as regiões assistenciais de saúde deverão ser revistas, bem como a organização da Comissão Intergestores Regional (CIR), responsável por realizar a gestão descentralizada do SUS no espaço regional.

Atuação regional do COSEMS com o Projeto Apoiador

O COSEMS-MG, que antes contava com representação de seu presidente regional em todos os espaços de pactuação integrestores regional, deixou de contar com tal presença, pois um só COSEMS regional estava diluído em um número maior de CIBs Micro que estivessem em seu território. Ocorreu, então, a fragmentação do COSEMS regional. Como consequência, houve a atomização dos municípios em diversas microrregiões e não mais no entorno dos COSEMS regional, dificultando a representação regional e estadual do Colegiado de Secretários de Minas Gerais (Figura 1).

Se, por um lado, houve o ganho da participação municipal com a garantia de representação de 100%

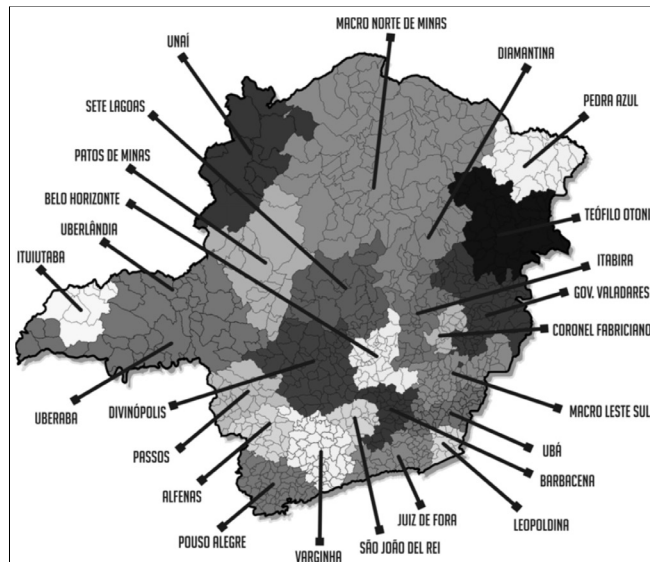
dos municípios mineiros nas instâncias de pactuação regional do SUS-MG, por outro lado os COSEMS regionais sofreram uma pulverização dos municípios que o compunham, pois as reuniões dos secretários de saúde dos COSEMS regionais precediam as reuniões de CIB regional. Como cada gestor de determinado COSEMS regional pertence a CIBs Micro diferentes, o momento de reunião presencial dos gestores estava prejudicado, pois não era mais uma CIB regional com o mesmo espaço de atuação do COSEMS regional, e sim várias CIBs Micro dentro do espaço de atuação de um só COSEMS regional.

O processo de regionalização da atenção à saúde em Minas Gerais impôs uma nova proposta de atuação do COSEMS-MG frente à gestão regional de saúde. As 25 representações regionais do COSEMS-MG não contavam com apoio suficiente para mobilizar os gestores municipais de seu território, acompanhar as decisões emanadas das 76 microrregiões de saúde, levar propostas à CIB Estadual e tampouco capilarizar as decisões da CIB Estadual para essas instâncias de gestão.

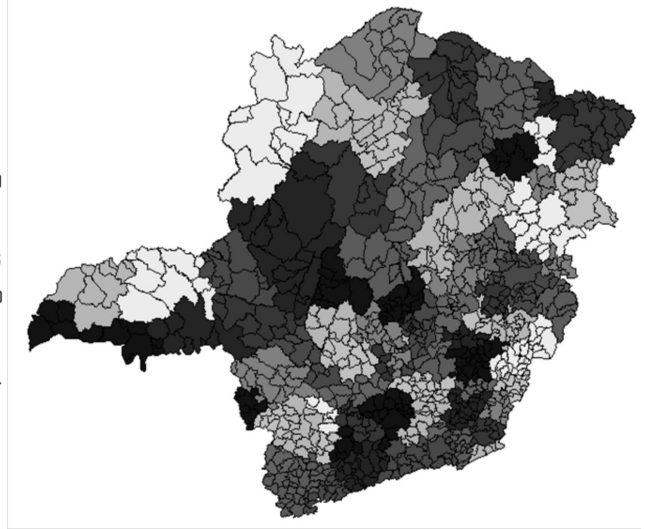
Buscando enfrentar os problemas advindos da assimetria de informação, fragmentação institucional

Figura 1. MAPA DA DIVISÃO DO COSEMS REGIONAL

Área dos COSEMS/Regionais



Divisão da área do COSEMS/Regional



Fonte: COSEMS-MG.

⁸ Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências

do COSEMS e fortalecimento da capacidade técnica municipal, a partir de maio de 2009 o COSEMS-MG passou a utilizar recursos de incentivo dos CGRs⁹ para garantir o Projeto Apoiador COSEMS-MG. Esse projeto subsidia tecnicamente as decisões dos gestores municipais de saúde nos espaços regionais, fortalecendo a representação dos secretários municipais de saúde em todas as instâncias e de fóruns como o COSEMS regional e CIB Micro.

Os principais objetivos do projeto são: fortalecer os COSEMS regional que estavam fragmentados em diversas CIBs Micros; subsidiar tecnicamente os gestores municipais de saúde nos 76 CGR; apoiar a qualificação do funcionamento desses colegiados; apoiar, acompanhar e monitorar o processo de implantação e sustentabilidade do Pacto pela Saúde no Estado; disseminar informação de interesse para a gestão municipal de saúde e buscar a qualificação da informação para a gestão regional

O projeto teve início em 26 de maio de 2009, contando com 22 apoiadores descentralizados responsáveis por, no mínimo, 2 e, no máximo, 6 CIBs Micro, além de 2 apoiadores centralizados responsáveis pela coordenação e assessoramento técnico para atuação dos apoiadores descentralizados. Todos os apoiadores descentralizados estão referenciados a presidentes regionais do COSEMS e gestores municipais de determinado território, subsidiando-os nas ações regionais.

As atividades dos apoiadores têm o âmbito de atuação regional, que tem aplicação regional e municipal, mas não é atribuição do apoiador o suporte dentro do território municipal. Todos têm orientação de não se manifestar nas reuniões de CIB Micro, cabendo ao presidente regional solicitar sua manifestação. A vocalização dos gestores é o que se busca nessas reuniões, mas o subsídio técnico é dado pelos apoiadores. Os apoiadores participam ativamente das reuniões de COSEMS regional e dão subsídios técnicos nessas ocasiões

Esses apoiadores são contratados como prestadores de serviço e contam com apoio financeiro para realizar despesas com deslocamento, alimentação e hospedagem, quando da realização das atividades requeridas,

e foram selecionados por empresa terceirizada de recrutamento de pessoal. Depois de contratados, os apoiadores passam por capacitação específica ofertada pelo nível central do COSEMS-MG e, antes de iniciarem sua atuação no espaço regional, são formalmente apresentados em reunião de COSEMS regional e Estadual, bem como a direção da SRS/GRS específica pela presidência do COSEMS regional.

Essa apresentação consiste em marcar um horário com a direção da SRS/GRS para explicitar os objetivos do projeto e, para uniformizar essa informação, foi elaborada uma carta de apresentação assinada pela presidência do COSEMS-MG e pela coordenação das SRS/GRS no nível central da SES-MG. Não obstante o apoio institucional da SES-MG na pessoa do seu Secretário Adjunto à época e atual Secretário de Estado, no momento de implantação do projeto, a área responsável pela coordenação das GRS centralizada no nível estadual desconhecia o alcance da nova proposta. Para que essa carta seguisse assinada pelo COSEMS-MG e pela SES-MG, foi necessário o convencimento da coordenação da representação regional da SES de que o Projeto contribuiria com a gestão do SUS-MG no espaço regional, o qual foi conduzido pelo presidente do COSEMS pessoalmente. Ainda, para reforçar os objetivos da atuação do apoiador e buscar a parceria da SES-MG, ao longo do projeto, o presidente do COSEMS-MG reuniu-se três vezes com todos os diretores das SRS/GRS.

Nas reuniões do COSEMS regional, a apresentação do apoiador foi conduzida pelos presidentes regionais, descrevendo sua atuação no espaço de gestão regional, como se daria o apoio nas reuniões de COSEMS e CIB Micro e Macro.

Para subsidiar as atividades dos apoiadores descentralizados, as áreas técnica e de informática do COSEMS-MG desenvolveram um sistema de registro e comunicação digital, estruturado em relatórios validados on-line pelos presidentes regionais.

O sistema de comunicação do projeto atua em três níveis, por meio de endereços eletrônicos previamente cadastrados: entre os apoiadores e seu

⁹ A portaria 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle, define o valor de R\$ 20.000,00/ano para cada CGR reconhecido pela CIT.

território; dos apoiadores com seu presidente; e ainda com o nível central do COSEMS. Outra potente ferramenta de comunicação é o Fórum dos Apoiadores que, por sistema virtual, garante a comunicação ágil entre os apoiadores e a coordenação, possibilitando a troca de experiências entre os territórios, bem como o rápido acesso às ações desencadeadas em cada espaço regional, subsidiando o encaminhamento de soluções pactuadas pela SES e pelo COSEMS em todo o Estado de Minas Gerais.

Os resultados da avaliação de questionário sobre a atuação do Apoiador

Durante o Seminário As responsabilidades Municipais e Regionais à luz do pacto pela Saúde, que aconteceu em Belo Horizonte, no período de 28 a 30 de junho de 2011, que contou com a presença de aproximadamente 200 pessoas atuantes nas CIBs Micro, foi aplicado um questionário estruturado com respostas fechadas e campo final de observações, para subsidiar a análise de vários eixos que podem contribuir no espaço de gestão regional a partir da implantação do Projeto Apoiador.

Os eixos pesquisados, analisados neste artigo, são 'informação' e 'participação'. Além desses eixos, quanto ao perfil do entrevistado, o questionário apura o tempo de atuação na gestão de saúde e o conhecimento e a percepção da atuação do apoiador.

Descartando as respostas nulas ou em branco, foram analisados 159 questionários, sendo 93 respondidos por gestores municipais e 66 respondidos por profissionais da SES-MG que atuam nas CIBs Micro. Com a resposta ao questionário, esse grupo de pessoas representou 22 das 28 SRS/GRS do Estado e 50 das 76 Microrregiões de Saúde, portanto das 76 CIB Micros existentes.

Perfil do entrevistado

O perfil do entrevistado, quando analisado o tempo de atuação na gestão de saúde, confirma a necessidade de apoio técnico pela rotatividade dos gestores municipais, pois apenas 4,5% da representação estadual atuam na

gestão de saúde há menos de 2 anos, enquanto que, na gestão municipal, 28% dos gestores atuam a menos de 2 anos.

Para Souza (2005), uma das dificuldades para a implementação do federalismo cooperativo está nas diferentes capacidades dos governos subnacionais de implementarem políticas públicas, dadas as enormes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes. Na mesma direção, afeta a capacidade institucional; Arretche (2000) destaca que, como o Brasil é dotado de uma maioria de municípios de pequeno porte e historicamente dependentes da capacitação institucional dos governos estaduais e federal para a prestação de serviços sociais, o processo de descentralização do Sistema de Proteção Social depende da ação política deliberada dos níveis mais abrangentes de governo.

A rotatividade de gestores municipais impõe ao COSEMS-MG estratégia para fortalecer a capacidade técnica e administrativa da gestão municipal das políticas públicas, considerando as competências descritas em toda a legislação do SUS atinente a esse assunto, bem como os destaques trazidos por alguns autores.

Ainda no perfil do entrevistado, outro item do questionário reflete se os respondentes conhecem e percebem a atuação do apoiador no espaço regional. Os dados apontam que tanto os gestores quanto os profissionais que atuam na SRS/GRS do Estado conhecem os apoiadores que atuam em seu território. Já quanto à percepção da atuação do apoiador, os gestores municipais percebem em quase 9% a mais a atuação do apoiador no território. A distância entre 'conhecer' e 'perceber' os apoiadores para os profissionais das SRS/GRS chega a 10,6% e, já para os gestores municipais, chega a apenas 2,15%. Aqui podemos resgatar a estratégia de apresentação dos apoiadores à representação regional da Secretaria de Estado da Saúde. A carta de apresentação assinada pelo COSEMS e SES-MG foi importante para apresentar esse novo ator no espaço de atuação regional, mas parece que, para a gestão estadual no espaço regional, sua atuação não restou clara. Como a estratégia de apresentação do apoiador nas reuniões do COSEMS regional foi conduzida pelos presidentes regionais, descrevendo sua atuação no espaço de gestão regional e como se daria o apoio nas reuniões de COSEMS e CIB Micro e Macro, a percepção da atuação do apoiador é mais destacada pela gestão municipal.

Eixo 'informação'

Destaque especial desse eixo merece o fato de 100% dos gestores municipais avaliarem que a informação está chegando com mais agilidade aos gestores municipais. Esse também foi o item melhor avaliado, com 93,85%, pela representação estadual no espaço regional.

É possível verificar que em todos os itens a opinião dos gestores municipais está avaliada positivamente ($\geq 89,4\%$) e, na visão da gestão estadual, $\geq 51,6\%$. Esse dado reflete que a gestão municipal tem uma visão muito mais positiva da atuação do apoiador no eixo 'informação', do que a gestão estadual que atua no mesmo território.

O item pior avaliado pela gestão municipal alcançou 89,4% de avaliação positiva e se refere à informação chegando aos gestores municipais contextualizada de acordo com as especificidades da região.

Para a atuação nas Comissões Regionais, a informação contextualizada é fator de grande importância. A percepção do contexto é aspecto destacado por Menicucci (2008) que ressalta que, para perceber como a cooperação é ou não produzida, um dos aspectos que deve ser observado no processo de interação estratégica entre os atores é o contexto da ação. Na mesma direção, como destaca Elster (1994), as oportunidades são objetivas e externas aos agentes. Atuam coercitivamente sobre os mesmos, restringindo o conjunto das ações exequíveis, portanto, passíveis de serem avaliadas e implementadas numa dada situação concreta. Assim, a ideia de racionalidade se refere ao comportamento do agente em um ambiente, assumindo uma configuração contextual. Ações vistas como opção racional num dado contexto podem deixar de ser a escolha mais adequada ou sequer estarem abertas à avaliação do agente num ambiente distinto.

A avaliação do contexto também é destacada por Reis (1988) que ressalta que a ação racional deve ser vista como ação informada, no sentido de o agente buscar um diagnóstico lúcido da situação, o que supõe

capacidade de percepção e interpretação das oportunidades associadas às circunstâncias nas quais a atuação é desenvolvida. O acesso, o controle e o processamento de informações instrumentalizam a escolha da alternativa de conduta que o agente considera mais eficaz dentre o espectro de opções compatíveis com seus propósitos e recursos e factíveis com as restrições do contexto.

A avaliação média positiva da gestão municipal, no eixo 'informação', é 26,5% superior em relação à visão da representação estadual no espaço regional, que alcança 92,45% do total de respondentes da gestão municipal e 65,91% de respondentes da gestão estadual. O reconhecimento da importância da informação para a gestão da área da saúde também é destacado por alguns autores e para o cumprimento da visão e do negócio do COSEMS-MG.

Com informação disseminada com agilidade, qualificada e contextualizada, esta passa a ser um recurso importante para a ação da gestão municipal. Ainda reportando a Reis (1988), a questão de selecionar, dentre as alternativas de conduta ao alcance do indivíduo, aquela que se configura como a mais indicada vai ser resolvida analiticamente pelo recurso à ideia de eficiência. Isso porque o autor destaca que o modelo analítico da escolha racional inclui a preocupação com a eficiência pois, ao articular os recursos disponíveis, com o intuito de alcançar os objetivos a que se propõe, o agente procura a melhor forma possível para sua realização. A orientação no sentido da eficiência constitui, como afirma o autor, elemento indispensável para a caracterização da ação como racional.

Considerando a importância da informação para os gestores no espaço regional, como já aqui destacado na literatura e percebido pelos gestores, podemos apontar que, nesse eixo, houve contribuição do projeto no espaço de gestão regional para a atuação dos gestores municipais.

A disseminação, a qualificação e a contextualização da informação, rebaixam os custos de transação¹⁰ para a ação coletiva no espaço regional de gestão, propiciando

¹⁰ Como destacado por Carneiro *et al.* (2010), os custos de transação advêm primariamente dos custos de informação relacionados a negociar, mensurar e fiscalizar os direitos de propriedade, envolvendo monitorar *performances* e organizar atividades (MERCURIO; MEDEMA, 1997). Na concepção econômica, custos de transação representam uma categoria analítica ampla, congregando todos os fatores que dificultam a especificação, o monitoramento e a observância ou o cumprimento de uma dada transação entre os agentes, sendo que se destaca o custo de obter e de processar informações relevantes. A transposição do conceito da economia para o campo da análise política fundamenta-se no reconhecimento da racionalidade instrumental dos atores políticos (EPSTEIN; O'HALLORAN, 1999).

aos gestores municipais de saúde uma postura de cooperação e de racionalidade nos espaços regionais com posicionamento eficiente a frente da gestão, destacando assim a contribuição do Projeto Apoiador.

Eixo 'participação'

A análise da participação foi dividida em dois espaços: participação na CIB Micro e participação no COSEMS regional.

Quanto à participação na CIB Micro, foi possível verificar que, em todos os itens, a opinião dos gestores municipais está avaliada positivamente $\geq 80\%$ e, na visão da gestão estadual, $\geq 30\%$. A avaliação média positiva da gestão municipal é quase 40% superior à visão da representação estadual no espaço regional, que alcança 88,15% do total de respondentes da gestão municipal e 48,78% de respondentes da gestão estadual. Portanto, novamente um olhar muito mais negativo/pessimista da gestão estadual nos reflexos da atuação do apoiador na participação dos gestores municipais nas CIBs Micro.

Cabe aqui também destacar a contribuição de Wagner (2006), que aponta que nenhum órgão colegiado, ainda que seu regulamento seja democrático, elimina a diferença de poder acumulado pelos distintos atores sociais: a capacidade de produzir argumentos, de eleger temas prioritários e de influenciar na tomada de decisões reflete o contexto anterior. Assim, a avaliação negativa da gestão estadual no espaço regional pode estar tendo dificuldade em reconhecer a nova característica de participação dos gestores municipais que, na ótica municipal, está mais segura na argumentação, reflete o olhar municipal sobre os temas tratados, favorece a inserção de itens de pauta de interesse regional, estimula a vocalização dos gestores presentes nas discussões, facilita a formalização de compromissos intergovernamentais voltados para a solução de problemas locais regionais e fortalece a gestão bipartite (SES/COSEMS) das políticas públicas regionais.

Cabe ressaltar também que, para mais de 80% da gestão municipal, o projeto está estimulando a presença mais frequente de gestores municipais e a regularidade das reuniões da CIBs Micro, o que favorece a

cooperação nas reuniões de gestão regional. Menicucci (2008) destaca que, em situações em que o jogo se repete ou quando os indivíduos têm a possibilidade suficientemente grande de se encontrarem, é possível a cooperação, pois, quando se joga repetidamente, a participação de um depende do que fazem os demais. Os membros de um grupo podem aprender a colaborar, desde que todos cooperem, ou seja, em situação em que se siga uma estratégia condicionalmente cooperativa, baseada na reciprocidade. Ainda segundo a autora, as comissões intergestores micro e macrorregionais favorecem a cooperação ao propiciar a interação repetida e continuada entre todos os municípios integrantes de uma região.

Na mesma direção, Carneiro e Brasil (2011) destacam que a probabilidade de êxito na obtenção de resultados cooperativos guarda relação com a capacidade de as instituições, sob as quais os indivíduos interagem, rebaixarem os custos de transação e as incertezas quanto ao que esperar no tocante às condutas a serem adotadas pelas partes relevantes à negociação. A esse respeito, cabe destacar, como mencionado anteriormente, que a cooperação tende a ser favorecida em transações que se reiteram no tempo, as quais provêm informações sobre os comportamentos pretéritos das partes implicadas no acordo, permitindo, em particular, a construção de reputações quanto à confiabilidade na observância dos compromissos acordados. Por sua vez, a estabilidade dos arranjos negociados guarda relação com sua eficiência no cumprimento das funções para as quais foram criados, que gera efeitos de *feedback* no sentido de reforçar a disposição a cooperar dos indivíduos, para além, inclusive, do acordo originalmente celebrado, com a inclusão de novos temas na agenda.

Para Souza (2005), dentre os problemas atuais do federalismo no Brasil está a escassa existência de mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, tanto vertical como horizontal, coibindo a criação de canais de negociação que diminuam a competição entre os entes federados. As CIBs Micro são, assim, um dos espaços de cooperação e coordenação do SUS-MG. Segundo Viana e Lima (2007), as CIBs vêm se tornando, para os municípios, a garantia de informação e atualização dos instrumentos técnico-operativos da política de saúde, de implementação dos avanços na

descentralização do sistema de saúde e de fiscalização das ações do Estado na defesa de seus interesses. Desse modo, o maior estímulo à participação dessas instâncias de cooperação e de coordenação regional é contribuição inegável do projeto.

Interessante destacar que a melhoria da participação dos gestores municipais nesta Instância da Pactuação – CIB Micro – era um dos propósitos iniciais do projeto que, na visão dos gestores municipais, foi amplamente alcançado. Deve-se destacar também que os apoiadores devem participar das reuniões de CIB Micro somente como suporte técnico aos gestores, não cabendo a eles a vocalização própria desses espaços, mas aos gestores municipais de saúde.

A importância do funcionamento adequado e a participação efetiva dos gestores municipais na CIB Micro têm direta ligação com a capacidade de governo no espaço regional, ponto reconhecido pela gestão municipal como muito favorecido após a implantação do projeto. Com a avaliação positiva desse item, podemos aferir que o projeto contribuiu para a qualificação da negociação dos gestores municipais.

No eixo 'participação' do COSEMS regional, os respondentes estaduais que atuam no espaço regional foram dispensados de responder a tais itens, por não integrarem a composição da reunião do COSEMS regional. Os dados apontam que 97,70% dos gestores municipais reconhecem que, a partir da atuação do apoiador, houve um fortalecimento do COSEMS regional. O item pior avaliado pelos gestores, mas mesmo assim com patamar muito positivo de avaliação (87,35%), refere-se ao aumento da frequência dos participantes na reunião do COSEMS regional. Importante lembrar que a fragmentação do COSEMS regional e de várias CIBs Micro impacta diretamente da presença do gestor na reunião de COSEMS regional, pois o encontro presencial dos gestores está disperso nas reuniões de CIBs Micro que acontecem em vários pontos do território de um mesmo COSEMS regional. No projeto, a comunicação do COSEMS regional é sempre por meio virtual.

A avaliação média positiva dos itens que avaliam a participação na reunião do COSEMS regional é de 93,26%, apontando que, também nesse aspecto, os gestores municipais avaliam que, a partir da atuação dos

apoiadores COSEMS, houve contribuição do Projeto Apoiador, que se confirma como uma estratégia de aglutinação dos COSEMS regional que foram fragmentados em diversos CGR/CIB Micros dentro de seu território de abrangência desde 2004.

A literatura e as diretrizes de mobilização dos Secretários Municipais de Saúde corroboram os dados encontrados.

Na revista do COSEMS-MG (2011, p. 35), os presidentes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do COSEMS-MG destacam que

devido à dimensão do estado de Minas Gerais, a busca de soluções compartilhadas no âmbito das regiões contribui com a criatividade e a solidariedade entre municípios de um mesmo território, portanto a mobilização dos gestores para a troca de experiências e acima de tudo, acabar com o isolamento do gestor municipal por meio de organização de espaços coletivos regionais que possibilitem a capilarização de informações é uma das propostas fortalecidas com o Projeto Apoiador.

A Carta de Gramado, em sua 15ª diretriz, aponta que o CONASEMS tem a orientação, emanada do encontro nacional de Secretários Municipais de Saúde em 2010, de fortalecer os COSEMS, visando à qualificação de sua atuação política nos espaços de pactuação, além de estabelecer linhas de financiamento que possibilitem o adequado desempenho de suas atribuições. Na mesma direção, podemos apreender que, ao COSEMS Estadual, cabe fortalecer sua representação regional. Esse fortalecimento está refletivo no alto grau de avaliação positiva afeto a participação da gestão municipal no COSEMS regional incentivada pelo Projeto Apoiador.

Wagner (2006) destaca que a descentralização modificou as relações de poder do sistema público de saúde do Brasil, trazendo os municípios para o cenário nos quais se tomam decisões. Aponta ainda que, como consequência, obrigou secretários estaduais e municipais a se organizarem em associações, que necessitam de um funcionamento dinâmico e complexo para construir consensos ou tomar decisões que serão, posteriormente,

apresentadas nas comissões e conselhos. No caso em tela, a organização do COSEMS regional, que depois refletirá no COSEMS Estadual e, por conseguinte no CONASEMS. Esse fortalecimento permite um posicionamento de acordo com os interesses e as realidades locais no espaço de gestão regional, estadual e nacional.

Cabe destacar a contribuição de Arretche (1996) quando ressalta que é no plano dos municípios que ocorre hoje um expressivo processo de inovação política (as chamadas ‘novidades vindas de baixo’) bem como aponta Abrúcio (2006) sobre a importância da disseminação de informações sobre fórmulas administrativas bem-sucedidas. A reunião de COSEMS regional permite a troca de experiência entre os gestores, bem como que a organização institucional do COSEMS Estadual possa disseminar e viabilizar essas ‘novidades vindas de baixo’.

A preocupação com uma possível recentralização de políticas sociais é tratada por Arretche (1996) quando alerta que uma eventual recentralização possa ocorrer, se os fatores (ou parte deles) que provocam a crise das capacidades estatais do governo federal se alterarem e se as equipes governamentais tiverem tal orientação e competência política para realizá-la.

Cabe aqui alertar para a importância do fortalecimento institucional do COSEMS, para refletir e acompanhar as demandas de implementação do SUS junto ao CONASEMS e na Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

No eixo participação, analisando tanto a participação na CIB Micro e COSEMS regional, a avaliação positiva é de 89,97% – avaliação muito positiva quanto à contribuição do Projeto Apoiador para a participação do gestor municipal na gestão regional.

Conclusões

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário, quando analisado o tempo de atuação do gestor na gestão de saúde, confirmam a necessidade de apoio técnico pela rotatividade dos gestores municipais. Cabe ao COSEMS-MG desenvolver estratégias para capacitação permanente dos gestores municipais, responsáveis pela execução da gestão da saúde pública de

seu território, desenvolvendo as competências descritas em toda a legislação do SUS.

Destaque especial ao resultado de que 100% dos gestores municipais avaliaram que a informação está chegando com mais agilidade aos gestores municipais e que esse também foi o item melhor avaliado (93,85%) pela representação estadual no espaço regional. Consideramos também que levar esse recurso para subsidiar a ação informada dos gestores era um dos principais objetivos do projeto, ou seja, o êxito nessa atividade está constatado pelos resultados.

O projeto rebaixou os custos de transação, com a obtenção e processamento da informação, propiciando maior cooperação no processo de ação coletiva e participação da gestão municipal na CIB Micro, instância responsável pela relação intergovernamental no SUS. A cooperação também é reforçada nas CIBs Micro com maior participação de gestores a partir da implantação do projeto, propiciando que os mesmos participando repetidamente da reunião, possam cooperar e não competir para a construção da política coletiva de saúde, pois percebem o posicionamento e encaminhamento dos demais gestores envolvidos na gestão microrregional.

O projeto contribuiu para mobilizar o COSEMS regional. Esse fortalecimento está refletivo no alto grau de avaliação positiva afeto a participação da gestão municipal no COSEMS regional incentivada pelo Projeto Apoiador. A organização do COSEMS regional, que depois refletirá no COSEMS Estadual e, por conseguinte, no CONASEMS permite um posicionamento de acordo com os interesses e realidades locais no espaço de gestão regional, estadual e nacional.

É possível verificar que, em todos os itens, a opinião dos gestores municipais está avaliada positivamente e que persiste um olhar muito mais negativo/pessimista da gestão estadual nos reflexos da atuação do apoiador. É necessário resgatar a estratégia de apresentação dos apoiadores e o apoio da direção imediata da SES à época para verificar se esse resultado, sempre mais negativo na ótica da gestão estadual no espaço regional, é reflexo desse contexto. Outro fator que pode interferir na avaliação mais negativa refere-se à postura institucional. Os apoiadores atuam de forma contributiva/colaborativa com a instituição COSEMS, já os técnicos das SRS/GRS atuam de forma executiva com a instituição

SES-MG. Isso tem um impacto muito importante na implementação das políticas públicas normatizadas pelo Ministério da Saúde e SES-MG, pois, enquanto os últimos precisam de autorização normativa de como agir e quando agir, os primeiros disseminam as informações e, a partir do retorno dos municípios, modelam e modulam a ação com o apoio do nível central do COSEMS-MG.

Para o COSEMS-MG os resultados obtidos apontam que projeto promove a disseminação e contextualização de informações; fortalece a atuação regional do COSEMS; fortalece a capacidade político institucional dos municípios e dos COSEMS Regionais nas relações intergovernamentais que precisam de cooperação e coordenação em nosso Estado Federativo; aglutina gestores no COSEMS Regional e possibilita a contextualização da discussão estadual do COSEMS com a SES, estabelecendo, assim, um círculo virtuoso de participação nas instâncias gestoras do SUS.

Com a edição do decreto 7.508/11, a CIB estadual deverá pactuar a constituição das CIRs como foro interfederativo regional de negociação e pactuação, momento oportuno para implementar novas ações

à luz dos resultados aqui obtidos, tais como: promover o envolvimento dos parceiros regionais com uma apresentação clara dos resultados e propostas do projeto; definir nova redação ao regimento das CIBs Micro (CIR); reagrupar os gestores municipais de um dado COSEMS Regional; garantir a institucionalização da ação de apoiador regional com contratação formal dos apoiadores pelo COSEMS.

A implantação do SUS não é um trabalho simples, pois depende de competência técnica e de grande habilidade política para compor interesses e distintas perspectivas culturais. Assim, o sucesso dessa política depende não somente de políticas adequadas dos governos federal e estadual, mas também da iniciativa arrojada das diversas instituições de representação da gestão.

A gestão pública de saúde depende não só de ideias e análises, mas, acima de tudo, de construir coalizões e, a partir dos resultados encontrados, será possível fortalecer essa coalização para a implantação do SUS em Minas Gerais, pois só as sinergias horizontal e vertical, entre os entes federados, são capazes de implementar políticas de saúde descentralizadas de forma regionalizada. ■

Referências

ABRÚCIO, F.L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, S. (org). *Democracia, descentralização e desenvolvimento*: Brasil, Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 77-126.

ARRETCHE, M. *Estado Federativo e políticas sociais*: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro/São Paulo: REVAN/FAPESP, 2000.

_____. Mitos da descentralização – Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 11, n. 31, p. 44-66, jun. 1996.

BRASIL. *Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2011.

_____. *Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual*: orientações para organização e funcionamento. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 10. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. *Portaria n.º 204/GM de 29 de janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. *Portaria GM/MS n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006 que Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. *Regionalização solidária e cooperativa*: orientações para sua implementação no SUS Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar/Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.*

CARNEIRO R.; LONGOBUCCO, B.; BRASIL, F.D. *Desafios da ação coletiva e relações intergovernamentais: uma análise do novo arranjo institucional de gestão da região metropolitana de Belo Horizonte*. 34º Encontro anual da ANPOCS. Caxambu – 25 a 29 de outubro de 2010.

_____. *Desafios da governança metropolitana: considerações a partir do modelo institucional de gestão da Região Metropolitana de Belo Horizonte* (RMBH). Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2011.

COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS (COSEMS-MG). Em defesa dos interesses da saúde pública dos municípios. *Revista Comemorativa dos 20 anos do COSEMS/MG*, 2011.

_____. *Estatuto do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais*. COSEMS/MG 2009. Disponível em <http://www.cosemsg.org.br/cosems/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=10&task=viewcategory&catid=20>. Acesso em: 9 abr 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). *Carta de Gramado*. In: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 26; CONGRESSO BRASILEIRO DE CULTURA DE PAZ E NÃO-VIOLÊNCIA, 7 Gramado, 25 a 28 de maio de 2010.

ELSTER, J. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

EPSTEIN, D; O'HALLORAN, S. *Delegating powers: a transaction cost politics approach to policy making under separate powers*, Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2011. 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/default.shtm>>. Acesso em: 3 abr 2012.

MENICUCCI, T.M.G. *Relações intergovernamentais e cooperação: a experiência da regionalização na assistência à saúde*. VI Congresso da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP). Campinas, julho de 2008.

MERCURO, N.; MEDEMA, S.G. *Economics and the law: from posner to postmodernism*. Princeton: Princeton University Press, 1997.

MINAS GERAIS. *Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011 que dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*. Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. 2011a.

_____. *Lei Delegada 180, de 20 de janeiro de 2011 que dispõe sobre a estrutura orgânica da Administração Pública do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais e dá outras providências*. Minas Gerais: Diário do Executivo, 21/1/2011b. p. 1. col. 1.

_____. *Lei Delegada 179 de 1º de janeiro de 2011 que dispõe sobre a organização básica e a estrutura da Administração Pública do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais*. 2011c. Disponível em: <<http://www.casacivil.mg.gov.br/conteudo/31/Legisla%C3%A7%C3%A3o.aspx>>.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011 que aprova o ajuste do plano diretor de regionalização /PDR-MG 2011 e diretrizes para o ajuste em 2013*. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais 2011d.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 377, de 20 de setembro de 2007*. Aprova o Termo de Compromisso de Gestão – TCG do estado de Minas Gerais e dos municípios que menciona. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Deliberação CIB-SUS-MG Nº 095 de 17 de maio de 2004*. Cria, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais – CIB/SUS-MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais e dá outras providências. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Deliberação CIB-MG n.º 007, de 01 de março de 1999*. Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais 1999a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução SES nº 050, de 01 de março de 1999*. Extingue as Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais de que trataram as Resoluções SES n.º 657, de 24/04/97, e n.º 804, de 16/10/97. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999b.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Resolução SES n.º 637, de 25 de junho de 1993*. Cria a Comissão Intergestores Bipartite de que trata a Portaria 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1993.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais*. 2008/2011. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, julho de 2008.

REIS, F.W. Identidade, política e a teoria da escolha racional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 3, n. 6, p. 26-38, 1988.

SOUZA, C. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós-1988. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, n. 24, 2005.

WAGNER, G. *Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de saúde do Brasil*. In: FLEURY, S. (org.). Democracia,

descentralização e desenvolvimento: Brasil, Espanha. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p. 417-42.

VIANA, A.L.; LIMA LD. *Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite – As CIBs e os Modelos de indução da regionalização no SUS*. Brasília. Ministério da Saúde 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/pdf/projeto_cibs.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2012.

Processo organizativo de saúde no município de Borba (AM): a ousadia de fazer a Atenção Básica acontecer no interior do Amazonas

Organizational health process in the municipality of Borba (AM): daring to make the Primary Health happen inside the Amazon

Adriana Kitajima¹, Maria Adriana Moreira²

¹ Especialista em Saúde Pública para Gestores do SUS-AM pelo Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Manaus (AM), Brasil. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) | Maria José Pantoja. Apoiadora Técnica do Conselho Municipal de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Borba – Borba (AM), Brasil. kitajimaadriana@hotmail.com

² Especialista em Saúde Pública para Gestores do SUS-AM pelo Instituto Leônidas e Maria Deane, FIOCRUZ – Manaus (AM), Brasil. Enfermeira da SEMSA de Borba – Borba (AM), Brasil. adrianamoreira2005@yahoo.com.br

RESUMO O estudo teve por objetivo discutir o processo organizativo em saúde no município de Borba (AM), no período de 2005 até o presente momento – em principal, a Atenção Primária em Saúde, os processos de trabalho, os avanços e desafios enfrentados num município de pequeno porte da região amazônica diante do desenvolvimento das políticas públicas em saúde. Apresenta-se a análise crítica do caminho percorrido e das perspectivas vislumbradas pela gestão em saúde municipal, a partir das estratégias no enfrentamento das iniquidades no acesso aos serviços, na qualidade da atenção prestada, na ampliação da oferta de serviços e, também, a fim diminuir o distanciamento existente entre as políticas públicas e a factibilidade da regulamentação em saúde nos serviços de saúde da região Norte, dando visibilidade às peculiaridades ambientais e sociopolíticas, nas quais questões como fixação de profissionais, participação social, atendimento em urgência e emergência, cofinanciamento estadual, regionalização e desenvolvimento sustentável, são os grandes desafios presentes nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde; Amazonas.

ABSTRACT *The study aimed to discuss the organizational health in the municipality of Borba (AM, Brazil), from 2005 to date. In the main, the Primary Health Care, work processes, advances and challenges in a small town in the Amazon region in front of development of public health policies. We present a critical analysis of the path and prospects envisioned by the municipal health management, from strategy to cope the inequities in access to services, quality of care, the expansion of service offerings, and also to decrease the gap between public policy and regulatory feasibility of the health in health services in the Northern region, giving visibility to the environmental and sociopolitical peculiarities, in which issues such as establishment of professional, social participation, in urgent and emergency care, state co-financing, regionalization and sustainable development are the major challenges in the process.*

KEYWORDS: *Primary Health Care; Health Management; Unified Health System; Amazonas.*

Considerações iniciais

A classificação de atenção primária foi empregada pela primeira vez em 1920, pelo governo inglês, no Relatório Dawson, que a apresenta como forma de organização do modelo de atenção em saúde. Segundo Matta e Morosini (2009), o referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde. Em 1978, a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representou o marco referencial nas políticas de saúde no mundo, reafirmando a saúde como direito humano fundamental, tendo os cuidados primários como a base estruturante no conjunto de ações que integram: a ação intersetorial, a participação social e o desenvolvimento econômico com vistas à justiça social.

O conceito de Atenção Primária em Saúde (APS), com o passar do tempo, foi desenvolvido internacionalmente com diversas interpretações. Segundo Gil (2006), essas interpretações variam entre como estratégia de reordenamento do setor saúde; estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e programa com objetivos restritos e voltados especificamente à satisfação de algumas necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade. Segundo avaliação da OMS, o sistema de saúde que assume os princípios da APS obtém melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema (ABRAHÃO, 2007).

No Brasil, a atenção primária, em 1982, teve como marco inicial o programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) contribuindo com a universalização do direito à saúde. Seguida do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, um programa praticamente transitório, já em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a Atenção Básica engloba o conjunto de ações dirigidas às pessoas e ao ambiente, contemplando a prevenção de agravos e as necessidades de promoção à saúde de acordo com o contexto social. Em meados de 1992, iniciou-se a ênfase na expansão da qualificação da atenção primária como Política

Nacional, sendo iniciado, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que, a princípio, tinha como objetivo a cobertura assistencial nas áreas de maior risco social, com a implementação do programa. Mais tarde, o mesmo passa a desempenhar o papel de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde da comunidade. O Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), no sentido de fortalecer a atenção primária, propõe a articulação, a integração e as negociações entre gestores e Equipes do Programa de Saúde da Família, além da viabilização da política estadual de financiamento para a Atenção Primária, de acordo com pactuações regionais, garantia de referência e contrarreferência, além de pactuar com o Ministério da Saúde (MS) um Piso de Atenção Básica (PAB) compatível com as necessidades da Atenção Primária (CONASS, 2004).

Segundo Campos e Dimitri (2007) a organização da produção do cuidado é tão importante quanto a sua própria execução. A organização dos serviços não acontece ao acaso e as práticas profissionais, em seu interior, ocorrem articuladas a um corpo de ideias, a um conjunto de ações coordenadas que configuram um determinado processo de trabalho em saúde estruturado pela forma como os serviços são organizados, geridos e financiados (GIL, 2006).

Ampliando o rol de 'ideias' ao de conjecturas: do gestor, dos usuários, da conjuntura política local e nacional, o processo organizativo em saúde não deve ser visto estritamente à luz do procedimento estéril normativo, pois considerando a diversa realidade de um país de dimensões continentais como o Brasil, a configuração desses processos se dá de maneira extremamente peculiar, ora convergindo, ora divergindo, às diretrizes preconizadas na medida em que tais políticas não contemplem os aspectos culturais, ambientais, estruturais e sociais da realidade local. Nesse sentido, divergência não quer dizer, necessariamente, estar na contramão ou não conformidade do processo, mas dar visibilidade e acolhimento às questões essenciais dos territórios e seus habitantes, ampliando a discussão a cerca da complexidade na organização da APS, com vistas à efetivamente participar de uma política de saúde inclusiva, equânime e integralizada.

Na perspectiva de promover mudanças no processo organizativo, o gestor em saúde precisa definir ações a curto, médio e longo prazo, que favoreçam as adequações pertinentes à conjuntura social, epidemiológica e, principalmente, a política local. Pois, de acordo com a vontade política do poder executivo municipal, o processo de mudanças fica vulnerável à manutenção ou à instituição de situações irregulares e de baixo ou nenhum impacto nos determinantes de saúde, fragilizando a governabilidade do gestor em saúde. Além da realidade local, as situações externas provenientes das esferas estadual e da união também podem ser geradoras de fragilidades à gestão em saúde municipal, no que tange ao cofinanciamento das ações, a cooperação técnica e a formulação das políticas públicas.

Contexto do processo organizativo de saúde em Borba

O município de Borba é localizado na calha do Rio Madeira, região sudeste do Estado do Amazonas, com população de 34.961 habitantes (IBGE, 2010), tem extensão territorial de 44.251,701 km², densidade demográfica de 0,8 hab./km² na zona urbana, sendo 0,45 hab./km² na zona rural, que perfaz 240 comunidades, entre ribeirinhas, aldeias indígenas e assentamentos. As condições das habitações, segundo levantamento da Estratégia Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ESF/PACS), são: 0,9% tijolo, 0,8% taipa revestida, 0,14% taipa não revestida, 95,2% madeira, 0,68% material aproveitado, 2,2% outros materiais e a cobertura da rede de energia elétrica atinge 76,9% dos domicílios. O acesso intermunicipal é realizado por meio de transporte aéreo e fluvial. Nesse contexto, além dos aspectos socioculturais, principalmente em relação aos povos tradicionais, as especificidades ambientais inerentes à região amazônica, como extensa área territorial, vasta rede hidrográfica de rios e igarapés e influência da sazonalidade no acesso às comunidades, têm impacto determinante na execução das ações de saúde.

Em relação à população indígena, o município abrange duas terras indígenas: Kwatá-Laranjal e Cunhã-Sapucaia, com cerca de 7.500 indígenas dos

povos indígenas Mura, Mundurukú e Saterê-mawé, distribuídos em 60 aldeias. Devido ao tempo de contato com a população ribeirinha e do entorno, não há barreira linguística. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é uma área do MS criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional. É responsabilidade da SESAI também identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (BRASIL, 2012). O subsistema, por meio do DSEI-Manaus, conta com controle social próprio, o Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e também tem representação no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Borba. Na prática, embora a execução seja de responsabilidade do DSEI/SESAI, o município, desde 2005, tem operacionalizado a logística e o suprimento de insumos das três equipes em área. A constante mudança na direção dos distritos e no entendimento sobre as competências municipais e do subsistema fomentam o debate a cerca do uso racional dos recursos. Com a publicação do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei n.º 8.080, fica prevista a celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), por meio do qual se espera organizar e esclarecer as competências, além de integrar as ações e os serviços de saúde, bem como a alocação dos recursos financeiros.

Entende-se a APS como um conjunto de ações na organização da atenção em saúde, a qual configura a ESF como a porta de entrada do sistema de saúde, a partir da responsabilização da atenção no território de abrangência e do estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários – família, derivando um conjunto de ações no seguimento longitudinal e integrado aos níveis de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e também aos demais setores da gestão pública e da sociedade. O processo de trabalho como um agrupamento de atividades, que permeiam ações como planejamento, operacionalização das ações (desde o atendimento ao usuário à alimentação dos sistemas de informação), monitoramento e avaliação.

Em 2005, iniciou-se o processo de descentralização da APS com a organização dos processos de trabalhos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), trabalhando-se a estrutura física, os equipamentos e a contratação de recursos humanos, que gradualmente propiciou a ampliação dos serviços de saúde. Em síntese, passou-se de duas para seis equipes da ESF e seis Academias da Terceira Idade (ATI) na zona urbana; implantaram-se três equipes da ESF (sendo uma itinerante) e uma ATI; ampliou-se o quadro de microscopistas na Zona Rural, os quais também passaram por uma distribuição estratégica. Houve ainda a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2006; a reforma e a sistematização do serviço de Vigilância Sanitária; sala e profissional viabilizados para apoio às atividades do CMS, com a implantação do Plano de Assistência Farmacêutica coordenado por uma farmacêutica em dedicação exclusiva; adequações na estrutura física da sede da SEMSA para a construção da Central de Abastecimento Farmacêutico e implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em 2010.

Considerando a portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS, para a ESF e o PACS, no que tange ao acesso da população vivendo na área rural e ribeirinha às ações básicas, era necessária a inclusão de uma equipe volante. Isso porque, nessa área do Rio Madeira acima, não há nenhuma comunidade com população e extensão territorial que possa centralizar uma equipe de saúde da família. Para a operacionalização das atividades, um barco é fretado e, periodicamente, é feito o atendimento nas comunidades ribeirinhas. Contudo enquanto a política nacional de APS não contemplava as especificidades da região amazônica, tornando-se inviável a construção de unidade fluvial, o município de Borba, assim como diversos outros da região, desenvolveu as ações de saúde em embarcações, escolas, centros comunitários e também em domicílio, sem comprometer a integridade física e moral do cidadão.

Essas embarcações alugadas, embora de madeira com motor de centro, não são construídas para essa finalidade, de modo que se observam que os preceitos da prudência, da biossegurança e da dignidade na organização e realização das atividades passavam por

diversas adaptações para o acondicionamento correto dos insumos, medicamentos, prontuários, impressos e equipamentos portáteis, como, por exemplo, maleta de consultório odontológico e de esterilização. Sendo possível e de acordo com a embarcação, havia a organização para um consultório clínico e área para o atendimento odontológico, além da acomodação dos profissionais da equipe, de modo a se tornar viável a realização das atividades programáticas dos programas de saúde. Em relação à sala de vacina, as ações de imunização ocorrem de acordo com as orientações e normas técnicas do Programa Nacional de Imunização, cujas condições para realização correspondem aos padrões técnicos e de qualidade específicos à atividade na região.

As viagens são realizadas a cada 40 dias (a contar do primeiro dia de viagem) a todas as comunidades, durando cerca de 20 dias em área. Quando a equipe encerra a viagem, os profissionais consolidam as informações, tiram as folgas e, no retorno, elaboram o planejamento da viagem seguinte. Visando à continuidade e à longitudinalidade da assistência individualizada e familiar em saúde, é realizado o registro do atendimento dos usuários de todas as comunidades (incluindo indígenas) em prontuário de seguimento clínico, além de alimentar os sistemas de informação em saúde mensalmente, sendo operacionalizado de forma regular o fluxo de referência e articulação aos demais serviços integrados à rede de saúde. Embora essas ações sejam desenvolvidas desde 2005, devido à impossibilidade de registro adequado no sistema, o cadastro da equipe itinerante foi regularizado após a publicação da portaria n.º 180/SAS, de 29 de abril de 2011, que estabelece normas para o cadastramento as equipes da ESF para as Populações Ribeirinhas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e, com a publicação da portaria 2.191/MS, de 3 de agosto de 2010, que institui critérios diferenciados com vistas à implantação, ao financiamento e à manutenção da ESF para as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e Mato Grosso do Sul, o município conseguiu, junto ao MS, a aprovação da proposta 31.923/2011 para a construção de uma unidade fluvial adequada para o desenvolvimento das atividades de saúde, proporcionando maior conforto

aos usuários e melhores condições de acomodação dos profissionais.

A dificuldade para a fixação de profissionais de nível superior, principalmente médico, é uma realidade presente nos municípios afastados dos grandes centros urbanos. Além da insuficiência de atrativos de lazer, cultura e serviços na estrutura municipal, a concorrência na oferta dos altos salários ('leilão') contribui para dificultar a contratação desses profissionais. No afã de viabilizar a fixação de profissionais, a SEMSA de Borba tem adequado a jornada de trabalho dos servidores participantes de cursos de aprimoramento e especialização, além de estimular os profissionais na produção de pesquisa e participação de congressos e eventos da área de atuação respectiva. Mas, o enfrentamento desse fato perpassa ações articuladas nos três níveis de governo, agregando também responsabilidades ao setor de educação, do trabalho e de justiça, sobre a formação hospitalocêntrica e desarticulada das políticas públicas de saúde e os altos salários solicitados pelos médicos, indo de encontro com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Planejamento, monitoramento e avaliação

O planejamento configura o processo estratégico para a gestão do SUS, a partir da formulação de metodologias e instrumentos básicos ao processo de planejamento, monitoramento e avaliação, de modo a atender as particularidades loco-regionais da gestão e, principalmente, na socialização e qualificação da cultura de planejamento no cotidiano dos profissionais de saúde e usuários do sistema, objetivando a transparência e a participação na gestão do SUS.

O Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2010/2013 foi elaborado, a partir do perfil epidemiológico e do levantamento de prioridades em reuniões comunitárias, in loco, com a participação de representantes do CMS que, posteriormente, realizou a análise e aprovação, de acordo com as portarias GM/MS 3.332/06 e 3.085/06. Na 161ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Amazonas (CIB-AM), foi consensuado e aprovado o Termo de Compromisso de Gestão do Município de Borba,

deliberação publicada na resolução CIB 072/2010 de 31 de maio de 2010.

O acompanhamento contínuo das informações produzidas nos serviços de saúde é de fundamental importância na avaliação da execução do Plano Municipal de Saúde e, também, no atingimento dos indicadores pactuados pelo município. No ano de 2008, a SEMSA de Borba realizou reuniões mensais com os profissionais das ESF, como estratégia de acompanhamento das ações, porém, no fim do mesmo ano, observou um perfil muito heterogêneo dos indicadores alcançados nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) – variando de acordo com as áreas de interesse dos profissionais nos serviços. Nesse contexto, houve a adoção de um instrumento de monitoramento das atividades, visando ao fortalecimento da organização de serviços adequado às necessidades: do gestor em saúde, do coordenador da Atenção Básica e dos profissionais na busca de estratégias para vencer as dificuldades encontradas, valorizar as iniciativas bem sucedidas e sem burocratizar ainda mais a grande demanda de registro em saúde, objetivando apresentar às equipes um modelo de trabalho crítico e participativo, no qual todos saibam (1) o que fazer, (2) por que estão fazendo e (3) em busca de que as ações são planejadas, foi elaborado em 2009, revisado e operacionalizado em 2011; sua apresentação na forma de caderno, facilita a manipulação e alimentação de dados na rotina diária das equipes. O conteúdo deriva da compilação de diversos formulários utilizados na Atenção Básica, uniformizando os instrumentos de registro e a coleta de informação. Também apresenta o quadro de acompanhamento dos indicadores de saúde (Pacto Pela Vida e Programação das Ações de Vigilância em Saúde – PAVS) para que as ESF possam acompanhar e planejar os indicadores produzidos em 'nível micro-local' diariamente nos serviços, mensalmente, pela coordenação de planejamento, e semestralmente, nas reuniões de avaliação dos indicadores de saúde com a participação dos profissionais, gestores e representantes do CMS.

Em 2010 foi criada a coordenação de planejamento na SEMSA, com vistas a fortalecer a qualificação das ações de planejamento em saúde na secretaria e nos serviços de saúde do município.

Gestão do Fundo Municipal de Saúde

O SUS deverá ter direção única e com a responsabilidade de gerenciar e movimentar os recursos financeiros. A lei municipal 210/1991, que instituiu o Fundo Municipal de Saúde (FMS), determina que sua administração deverá ser realizada pelo prefeito, detectada a não conformidade no procedimento de auditoria – Relatório de auditoria 10.051, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS); acatando a recomendação, foi sancionada a lei municipal 075/2010-GPMB, de 8 de setembro de 2010, que reorganiza o FMS, por meio do prefeito e da Secretária de Saúde. Apesar de os recursos do FMS serem geridos pela secretária municipal de saúde, a movimentação dos recursos, na prática, foi condicionada à subscrição da secretária de saúde. Em 2011, a SEMSA organizou seu setor financeiro para a realização da gestão e prestação de contas do FMS ao CMS e à Câmara dos Vereadores, trimestralmente.

No tocante a aplicação de recursos, o município de Borba, assim como os demais municípios do Estado do Amazonas, conta apenas com recursos próprios e com repasses da União para a manutenção das ações do Bloco de Atenção Básica. Sobre os recursos do tesouro municipal para as ações e serviços de saúde, esses foram previstos, aprovados e efetuados de acordo com as Leis do Orçamento Anual, do período de 2005 a 2011. A publicação do decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 sinaliza a eminência do já atrasado processo de regionalização do Estado do Amazonas. O COAP favorecerá a pactuação do cumprimento da EC-29, no tocante à participação do Estado no cofinanciamento da Atenção Básica.

Quanto aos procedimentos de aquisição de equipamentos médico-hospitalares: pesquisa de preços, via pregão, sobre o processo de aquisição, ocorre trimestralmente conforme art. 24, inciso VIII da lei 8.666/93 e art. 4o, parágrafo 1o da lei 8.080/90 por compra de órgão, dos laboratórios IQUEGO e FURP. Para as medicações não disponibilizadas no momento da compra, são realizados processos licitatórios. Em relação à logística de distribuição de medicamentos e insumos químico-cirúrgicos, é realizada por via fluvial e ficando ao encargo da empresa a responsabilidade referente ao embarque dos medicamentos e insumos, exceto nas

situações de processos licitatórios, nas quais a SEMSA fica responsável pelo pagamento do frete.

Matriciamento, intersetorialidade e promoção em saúde

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de se realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários (CAMPOS; DIMITRI, 2007).

A implantação do NASF, em 2006, iniciou o olhar sobre a realização da clínica ampliada como uma contribuição fundamental ao trabalho desenvolvido pelas equipes da ESF e consagrado pela população. Além do atendimento assistencial, as ações de educação e promoção em saúde no município obtiveram com ênfase a partir do Projeto Viver Bem é Viver em Borba – ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTs) – que foi vinculado à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Nesse projeto, estão sendo desenvolvidas atividades como: caminhadas nas UBSFs; orientação e acompanhamento nas ATIs; Programa Mamãe é Nota Dez! no hospital; aulas de ginástica no centro de eventos municipal; capoeira no CAPS; implantação da Rede de Prevenção de Acidentes e Violência; além das atividades de mobilização comunitária do calendário da saúde.

Considerando o acesso universal do cidadão ao SUS, a responsabilidade do município nas ações de saúde, a reformulação do modelo de atendimento em saúde mental e a consolidação das ações do CAPS I em Borba, no segundo semestre de 2011 foi iniciado o atendimento da equipe CAPS integrado à equipe da zona rural de Foz do Canumã, o apoio matricial prevê atendimento na UBSF, visita domiciliar, suporte técnico quanto ao manejo clínico, compor a análise situacional dos casos, propondo estratégias para uma abordagem ‘viável’ em saúde mental aos povos tradicionais residentes na zona rural de Borba. A integração das ações de

saúde mental na Atenção Básica em área ribeirinha e indígena é um desafio logístico e assistencial a ser conquistado, com vistas a promover a equidade no acesso de povos tradicionais nessa área específica, de modo a acolher a demanda reprimida e minimizar o impacto do sofrimento psíquico ao indivíduo, seu núcleo familiar e comunidade.

As ações intersetoriais (incluindo as organizações da sociedade civil) têm sido desenvolvidas no cotidiano das atividades. Considerando os paradigmas culturais e o processo de trabalho em cada setor, esse processo passa por altos e baixos, sendo que atitudes como o diálogo, a escuta qualificada e a elaboração conjunta do planejamento de calendário de ações de mobilização social em educação, promoção da saúde e prestação de serviços, têm apresentado resultado positivo no enfrentamento dos óbices entre os atores envolvidos. Merecem destaque por suas ações: Rede dos Municípios Potencialmente Saudáveis; Comitê de Dengue; GT de Integração DABE/FVS; Bloco de Carnaval da Saúde; Projeto Viver Bem é Viver em Borba; Programa Saúde na Escola (PSE); Mobilização do Dia Mundial da Saúde; Programa Lixo na Lixeira, Borba Sem Sujeira; Mobilização de Educação para o Trânsito; Atuação da Vigilância Sanitária e, mais recentemente, a Rede de Prevenção de Acidentes e Violência.

Nesse sentido, será de primordial importância o apoio da gestão pública para o sucesso na articulação intersetorial, pois, além de ofertar atividades, dá visibilidade e acesso aos direitos civis e sociais, de modo a facilitar a acessibilidade do munícipe aos serviços da rede local e de referência.

Controle social: o CMS

A lei municipal 209-PMB, de 2 de agosto de 1991 criou o CMS de Borba, porém, em 2005, após a mudança do poder executivo, não havia memória (registro) das ações desenvolvidas desses 14 anos de existência, somente relatos de suposta atuação cartorial. Diante dessa situação, a secretaria de saúde iniciou o processo de revitalização do CMS, em 2005, com a organização estrutural do conselho, eleição da mesa diretora, capacitação de conselheiros e o estabelecimento do cronograma de

reuniões ordinárias. A publicação do Pacto pela Saúde, portaria/GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, acelerou o desafio de mudanças na qualificação da gestão e sensibilização da comunidade sobre sua atuação no controle social (KITAJIMA; MOREIRA, 2011).

O orçamento para funcionamento do CMS foi contemplado na LDO 2011, aprovada na Câmara de Vereadores. O município pleiteou a capacitação para os conselheiros junto ao Conselho Estadual de Saúde; como não ocorreu, o município realizou a Oficina para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, no primeiro semestre de 2011, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz-Amazonas (FIOCRUZ-AM).

Com vistas a promover o fortalecimento do controle social na comunidade, são realizadas reuniões itinerantes do CMS nos bairros, para debater a situação de saúde na comunidade, divulgar as ações do conselho e a fomentar a criação de conselhos locais de saúde; alimentação e divulgação do ParticipaNetSUS e da rede social (Facebook); organização da quarta Conferência Municipal de Saúde e do emprego e prestação de contas dos recursos do FMS. No sentido de promover o empoderamento quanto às políticas públicas de saúde, a SEMSA tem viabilizado a participação de profissionais e conselheiros de saúde nos eventos de controle social e de áreas técnicas do SUS.

A prática tem apresentado seus frutos, com o cumprimento do cronograma de reuniões ordinárias, a formação de três conselhos locais de saúde (um deles em comunidade ribeirinha), na continuidade das reuniões itinerantes do CMS e na atuação questionadora dos conselheiros. Também vale citar a apresentação da experiência municipal em dois eventos: o Seminário Internacional: Inclusão dos Cidadãos nas Políticas Públicas de Saúde (CNS/OPAS), representado por um Agente Comunitário de Saúde (ACS) e uma enfermeira, em novembro de 2011, e a 14ª Conferência Nacional de Saúde, na qual o ex-presidente do CMS de Borba (liderança de assentamento rural) participou como painelistas, em dezembro de 2011, além da quarta colocação do artigo: “Controle social: desafios no equilíbrio entre as dimensões política e técnica no Conselho Municipal de Saúde de Borba – AM”, no Prêmio Sérgio Arouca/2011, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Ministério da Saúde (SGEP/MS).

Considerações finais

Foi realizada aqui a análise crítica do caminho percorrido e das perspectivas vislumbradas pela gestão em saúde municipal de Borba, a partir da organização da APS, contemplando as estratégias no enfrentamento das iniquidades no acesso aos serviços, no monitoramento da qualidade da atenção prestada, na ampliação da oferta de serviços, e, também, a fim diminuir o distanciamento existente entre as políticas públicas e a factibilidade da regulamentação em saúde nos serviços de saúde da região Norte, dando visibilidade às peculiaridades ambientais e sociopolíticas, nas quais questões como fixação de profissionais, participação social, atendimento em urgência e emergência, cofinanciamento estadual, regionalização e desenvolvimento sustentável são os grandes desafios presentes nesse processo.

As ações de promoção de saúde e o apoio matricial trouxeram elementos inovadores à prática de saúde local, numa realidade na qual antes não era possível conceber os conceitos de 'clínica ampliada' e 'promoção em saúde'. A vivência cotidiana dos conceitos de 'articulação', 'formação de parcerias' e 'intersetorialidade' favorece a potencialidade de competências e capacidades, além do uso racional dos recursos financeiros. Concomitantemente, os caminhos na formação de uma rede de proteção social também estão sendo desenhados, a partir da mobilização intersetorial, com o desenvolvimento de núcleos permanentes de atividades culturais, educação em saúde, prática esportiva e exercício da cidadania.

A publicação do decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 traz a perspectiva de aceleração no processo de regionalização do Estado do Amazonas. A realização de qualificação técnica e de mesas de negociação prévias, entre a Secretaria de Estado da Saúde no Amazonas, municípios e a SESAI, desenha-se como ações estratégicas para a pactuação do COAP. Sendo também este o momento oportuno para a organização dos gestores, junto às Comissões Interfederativas Regionais (CIR), ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e CIB-AM, em relação ao cumprimento da participação do Estado no cofinanciamento da Atenção Básica, de acordo com a EC-29. Também fomentará, dentro das CIRs, a gestão solidária no enfrentamento dos obstáculos entre os municípios do interior do Amazonas, sendo fundamental a articulação da rede de assistência no nível loco-regional e a constante militância pela inclusão das especificidades regionais na formulação das políticas públicas em saúde.

O processo organizativo da APS demanda mudanças estruturais, algumas delas ousadas, visando à adequação dos processos de trabalho. Nesse contexto, faz-se necessária a investigação na produção do conhecimento aprofundado sobre os condicionantes e determinantes sociais, ambientais e de saúde, para o planejamento e definição de estratégias de curto, médio e longo prazo, favorecendo as adequações pertinentes à conjuntura social, epidemiológica e, principalmente, política. Tacitamente, a análise demonstra a necessidade da constante qualificação da gestão, vislumbrando o enfrentamento oportuno e embasado das situações inerentes e/ou inesperadas da prática em saúde. ■

Referências

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em Promoção da Saúde*, v. 3, n. 1 p. 1-3, jan-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 15 fev 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. *Conheça a SESAI*. Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>. Acesso em: 26 fev 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Atenção Primária*. Seminário do CONASS para construção de consensos. Brasília, DF: CONASS, 2004. (CONASS Documenta. v. 2).

CAMPOS, G.W.S.; DIMITRI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 2, p. 399-407, fev, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>>. Acesso em: 16 fev 2012.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>> . Acesso em: 15 fev 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *IBGE Cidades*. S.d. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 jan 2012

KITAJIMA, A.; MOREIRA, M.A. *Controle Social: Desafios no Equilíbrio entre as Dimensões Política e Técnica no Conselho Municipal*

de Saúde de Borba – AM. Prêmio Sérgio Arouca, categoria Experiências Exitosas em Gestão Participativa em Municípios até 50.000 Habitantes. MS/SGEP/CONASEMS/CONASS, 2011.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. *Atenção Primária à Saúde*. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em: 25 fev 2012.

Vigilância sanitária: conhecer e aproximar para atuar

Sanitary surveillance: knowledge, approach to work

Lucélia Borges de Abreu Ferreira¹

¹ Especialista em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Pneumologia Sanitária pela FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Especialista em Planejamento Educacional pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO) – Niterói (RJ), Brasil; Secretária de Saúde de Iporá – Iporá (GO), Brasil. Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.
luceliaabreu@yahoo.com.br

RESUMO As ações de Vigilância Sanitária em municípios de pequeno porte, onde observam-se relações de proximidade entre as pessoas da comunidade, a gestão e os fiscais, bem como as dificuldades que tal contexto pode favorecer, devem considerar sua realidade socioeconômica e cultural, além dos fatores de risco. Assim, são fortalecidas as ações educativas e o envolvimento da população, para atuar sem omissão e obter melhores resultados.

PALAVRAS-CHAVE: Vigilância Sanitária; Educação em Saúde; Estudos de Intervenção.

ABSTRACT *The actions of Sanitary Surveillance in small towns, where we observe the proximity relations between people of the community, the management, and the auditors, as well as the difficulties that this context can improve, must take into account its socioeconomic and cultural reality, and risk factors. In this manner, educational activities and community involvement will be strengthened, to act without omission and get better results.*

KEYWORDS: *Sanitary Surveillance; Health Education; Intervention Studies.*

Introdução

Os desafios apresentados quanto à forma de planejar, atuar no território, gerir e avaliar as políticas de saúde, em contextos descentralizados e autônomos, exigem articulação intersetorial e intergovernamental, além da participação da comunidade nas decisões do setor (PIOVESAN *et al.*, 2005, p. 85; BARCELLOS, 2000).

Para atuar no território, devem-se identificar e interpretar a organização e a dinâmica das populações que nele habitam, bem como compreender a forma como funcionam e se articulam as condições econômicas, sociais e culturais, quais os atores sociais em questão e sua relação com seus espaços de vida e de trabalho (PIOVESAN *et al.*, 2005, p. 87; TEIXEIRA, 2000, p. 67).

A identificação desses fatores possibilita minimizar os problemas sanitários a que estão expostos indivíduos, grupos sociais e objetos, e agir sobre os fatores que determinam e condicionam a ocorrência de agravos e danos, reconhecendo a atuação da Vigilância Sanitária (VISA) como um conjunto de ações de saúde pública, voltadas para a promoção e a proteção da saúde, mediante o controle sanitário dos processos, produtos e serviços de interesse da saúde, do meio ambiente e dos ambientes de trabalho (LUCHESSÉ, 2001).

A atuação da VISA em municípios de pequeno porte, mais do que em outras realidades, deve considerar a organização e a dinâmica econômica social para mesmo, levando em conta as relações próximas e todas as possíveis interferências em que isso pode acarretar, sem deixar de exercer as atribuições e o uso dos instrumentos e ações legais para a proteção da população (ANVISA, 2003; PEREIRA, 2003, p. 486).

O município de Iporá (GO) possui uma população de 32 mil habitantes e é polo da Região Oeste I e sede da Administração Regional de Saúde. A região tem densidade demográfica menor que 20 hab/km², dista 220 km da capital e está a mesma distância do limite com o Mato Grosso.

Iporá limita seu território com 7 dos 16 municípios da região, que consomem seus produtos e serviços. Tem deficiências de recursos humanos para a adequada atuação na realização de ações de maior complexidade em VISA, porém procura romper com as deficiências e

a fragmentação das ações, buscando parcerias e apoio da população para intervir, priorizando os fatores que condicionam e determinam a ocorrência de agravos.

Nesse município, as ações de VISA estão sendo assumidas gradativamente e com prioridade em sua realidade, para que haja intervenção e ampliação do conhecimento, além do apoio tanto do setor regulado quanto da população. O município não possui grandes indústrias; possui 30 farmácias que já são fiscalizadas pelo município, 3 hospitais (1 municipal), 5 laboratórios de patologia clínica (1 municipal), 10 laboratórios de próteses, 35 consultórios odontológicos, 2 clínicas de radiologia especializada em odontologia, 8 Equipes de Saúde da Família, 1 serviço de reabilitação, 1 centro de especialidades odontológicas, 1 unidade de coleta e transfusão, central de regulação da assistência, central de regulação médica de urgência (Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192), 1 serviço municipal de atenção especializada com 10 especialidades, ecografia, endoscopia, mamografia, radiologia, eletrocardiograma, ultrassonografias. Ampliou em mais de 60% o número de estabelecimentos cadastrados em relação ao ano de 2008, o que configura resultado expressivo de cadastramento, considerando a quantidade de comércio informal. O alvará, anteriormente expedido sem vistoria, atualmente é uma das estratégias usadas para a adequação às normas sanitárias, pois a liberação somente é feita após o cumprimento dos itens notificados para correção.

Realizam-se ações educativas prévias à expedição do alvará, com distribuição de material educativo e cartilhas, além de acompanhamento para correção/adequação das não conformidades.

O projeto Ação X Reação = Transformação

O projeto *Ação X Reação = Transformação* tem como objetivo promover a adequação e a legalidade dos estabelecimentos regulados pela VISA, de acordo com as normas vigentes. O projeto promove um trabalho contínuo que visa à educação permanente por meio de inspeções de rotina, capacitações e liberações de alvarás de acordo com a adequação do ambiente e dos serviços oferecidos. Com essa ação, esperam-se

alcançar resultados positivos, como a melhoria das condições de atendimento dos estabelecimentos regulados pela VISA. Isso porque os resultados alcançados têm refletido em melhor qualidade do espaço físico e das condições sanitárias dos comércios; houve adequação, reforma e construção de novos prédios; implantação de fábricas dentro das normas estabelecidas pela legislação vigente; e melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população.

A conclusão a que se chega é de que a interferência positiva da VISA estimula a população a se interessar em conhecer melhor sua verdadeira função e demonstra a importância de contar com a regulação da mesma sobre os diferentes tipos de comércios. Sabendo que é função da VISA difundir as informações para que produtores e consumidores tenham acesso a serviço de qualidade, espera-se contar com todos os cidadãos como agentes voluntários de transformação. Vale ressaltar que todas as conquistas alcançadas pela VISA se deram com base na educação e na orientação, sem a necessidade de punições (multas) – sendo que os comerciantes tinham como objetivo a conquista do alvará sanitário e a VISA, a adequação às normas.

É importante ressaltar que só em 2011, após vencer algumas resistências, o município teve seu Código Sanitário aprovado pela câmara.

Em atuação em parceria com o Ministério Público e a Polícia Militar, foi realizado o cadastro da maioria dos bares e adequação dos mesmos, embora a alta informalidade e mudanças de endereços demandam intervenções contínuas.

Projeto A VISAM nos Festejos Populares

O projeto *A VISAM nos Festejos Populares* é desenvolvido com a Equipe de Vigilância Sanitária Municipal de Iporá e o objetivo é fiscalizar e orientar os serviços de alimentação e comércios de alimentos, conscientizar a população consumidora sobre os riscos sanitários, e realizar ações educativas junto à comunidade e aos comerciantes.

O trabalho é desenvolvido durante os seguintes eventos: Festa de Maio, festa religiosa da padroeira da cidade, Carnaval; Exposição Agropecuária (em julho);

Jeep Cross (em setembro), *Moto Fest* (em outubro) e Encontro de Muladeiros (que ocorre em janeiro e há grande concentração de criadores de muaras nacionais e internacionais). São festejos populares com grande concentração de pessoas, visto que a localização geográfica de Iporá favorece a visita de turistas e comerciantes de vários Estados do Brasil – vários desses comerciantes atuam no ramo de serviços e comércios de alimentos, tornando oportuna e necessária a realização de trabalhos preventivos, educativos e informativos.

O público atendido (público-alvo) são os comerciantes de serviços e de alimentos e a população consumidora, que são orientados quanto à manipulação, conservação, higiene e consumo de alimentos comercializados nas barracas.

A VISAM – Iporá adota a metodologia sociointeracionista para o trabalho com a sociedade, enfocando a construção do conhecimento por meio da interação e da mediação, cuja informação é relevante quando se tratam de cultura, interação social e meios preventivos.

A mediação de informação é extremamente importante para a comunidade que, em meio aos seus costumes e a sua cultura, tem oportunidade de interagir e construir um pensamento mais preventivo em relação à saúde e à alimentação, com base em mecanismos legais.

Metodologia

- Promover a conscientização dos comerciantes e da população consumidora, por meio da distribuição de material educativo e confecção de *banners* que estimulam a própria população a fiscalizar os serviços e os produtos oferecidos, cobrando higiene e qualidade;
- Fiscalizar e orientar *in loco* todas as barracas e ambulantes de serviços e comércios de alimentos, ressaltando sobre a importância da higiene e da qualidade dos serviços oferecidos;
- Atuar conjuntamente com a Divisão de Ação Urbana, proporcionando a todos os interessados informações quanto à disposição das águas servidas, acondicionamento e disposição de

lixo e uso de banheiros químicos. Quanto aos comerciantes que trabalham com alimentos, estes recebem orientações específicas quanto ao acondicionamento e à manipulação de alimentos, e sobre o uso da água para consumo;

- Atuar conjuntamente com o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, orientando quanto à prevenção e os sintomas da Influenza A (H1N1);
- Dispor de uma barraca intitulada “Barraca da Saúde” que serve como ponto de referência para a população e os ambulantes na busca de orientação, sugestão e denúncia. A Equipe de VISAM fica de prontidão durante todo o evento para desencadear ações de acordo com a necessidade;
- Atuar previamente em parceria com a Secretaria de Finanças, quando os comerciantes a procuram para locação dos espaços e já recebem material informativo e orientação de que será procurado pela VISA para adequações necessária.

A Vigilância Sanitária Municipal de Iporá atua nos festejos todos os anos, repensando e redirecionando as ações para torná-las cada vez mais eficazes e eficientes na prevenção de riscos à saúde, sendo que, a cada ano que passa, percebe-se que os comerciantes e a população estão mais esclarecidos e conscientes, tanto no âmbito sanitário quanto no ambiental. Sendo percebidos tais resultados positivos, propõe-se dar continuidade aos trabalhos. O projeto *A VISAM nos Festejos Populares* tem alcançado avaliação positiva sob a ótica do Coordenador do Núcleo de Vigilância Sanitária e Equipe Executora, pela Gestora da Saúde Municipal, pelos parceiros que atuam em ações conjuntas e, em especial, pela comunidade assistida, devido à constante procura na ‘Barraca da Saúde’ para orientações, sugestões e elogios ao trabalho desenvolvido.

Atuação do projeto Cuidando do Cuidador junto às instituições de longa permanência

A VISA, em parceria com entidades mantenedoras, a Prefeitura, a Secretaria de Assistência Social, o Ministério Público e o Conselho Municipal do Idoso,

atua no projeto ‘Cuidando do Cuidador’. Esse trabalho visa identificar, acompanhar e intervir positivamente nas condições sanitárias das instituições de longa permanência (ILP) de Iporá.

A população mundial, de modo geral, está envelhecendo e o Brasil tem acompanhado essa mudança em seu perfil demográfico. Nosso país tem hoje cerca de 13 milhões de idosos, o que corresponde a 7,8% da população total; projeções apontam para uma população com mais de 30 milhões de pessoas com 60 anos de idade ou mais até 2025, chegando a 15% da população (JUNQUEIRA, 2000, p. 35; TEIXEIRA, 2000, p. 69; VERAS *et al.*, 1987, p. 227).

Acrescido ao fato de que o envelhecimento é um processo complexo, que envolve dimensões biológicas, psicológicas e socioculturais que afetam o estilo e a forma do envelhecimento humano, observa-se que essa transição demográfica traz em seu bojo o aumento das doenças crônicas degenerativas com suas consequências inevitáveis, como limitações a esses idosos, que passarão a necessitar de ajuda (temporária ou permanente) em suas atividades diárias (COSTA; ROSENFELD, 2000, p. 20; JUNQUEIRA, 2000, p. 39; VERAS, 2003, p. 710).

A Atenção à Saúde do Idoso exige um conhecimento sobre as alterações decorrentes do processo de envelhecimento normal, as doenças crônicas típicas dessa etapa do ciclo de vida e, principalmente, as situações que permeiam as síndromes geriátricas, assim como a compreensão do contexto psicológico e da dinâmica familiar (VERAS, 2003, p. 712).

O município de Iporá possui três ILPs (todas filantrópicas e ligadas à denominações religiosas), duas casalar e uma casa de acolhimento de portadores de necessidades especiais. O projeto tem parcerias com as entidades mantenedoras, a Prefeitura, a Secretaria de Assistência Social, o Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A VISA objetiva, assim, identificar, acompanhar e intervir positivamente nas condições sanitárias das ILPs de Iporá, cadastrar e fazer um diagnóstico inicial das condições sanitárias dessas instituições, definir prioridades e condutas frente aos problemas detectados, padronizar as ações de fiscalização pela elaboração e aplicação

de um roteiro de inspeção específico, acompanhar e intervir nas condições sanitárias das ILPs com ações educativas e fiscalizadoras.

Em conjunto com seus parceiros, a VISA tem acompanhado adequações na estrutura física, no registro, na documentação nas condições de água e esgoto das ILPs, bem como no atendimento à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e à capacitação do cuidador.

O projeto *Cuidando do Cuidador* é realizado em parceria com os profissionais do NASF, visando a orientações teórico-práticas básicas para cuidadores de idosos, no sentido de melhorar a qualidade da atenção ao idoso, e a qualidade de vida do idoso e do cuidador. Os primeiros resultados já se apresentam com as estruturas físicas adequadas e as capacitações já em desenvolvimento, o que traz boas expectativas. ■

Referências

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). *Projeto Redevisa – Planejamento Participativo em Vigilância Sanitária: Relato da experiência na Paraíba*. Brasília, DF, 2003.
- BARCELLOS, C. *Organização do espaço, saúde e qualidade de vida*. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. (FIOCRUZ: Eventos Científicos, 2)
- BRASIL. *Lei Federal n.º 10.741, 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003.
- _____. *Resolução Federal n.º 283/2005/RDC/ANVISA, de 27 de setembro de 2005*. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005.
- _____. *Lei Federal n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan. 1994.
- _____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n.º 810, de 22 de setembro de 1989*. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 1989.
- COSTA, E.A. *Vigilância sanitária*. Proteção e defesa da saúde. São Paulo: Huitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1999.
- COSTA, E.A.; ROSENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROSENFELD, S. *Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 15-40.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 35-45, 2000.
- LUCHESSA, G. *Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.
- PEREIRA, M.G. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- PIOVESAN, M.F. et al. VISA: Uma proposta de análise dos contextos locais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95, 2005.
- SILVA, M.C. *Políticas sociais para a terceira idade no Brasil contemporâneo*. Disponível em: <<http://www.portaldovoluntario.org.br/site/pagina.php?idconteudo=778>>. Acesso em: 20 jan. 2012.
- TEIXEIRA, C.; PAIM, J. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 63-80, 2000.
- VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, 2003.
- VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 21, p. 225-233, 1987.

Avaliação dos custos com medicamentos da assistência farmacêutica na Atenção Básica em município de pequeno porte

Evaluation of the drug costs of pharmaceutical services in Primary Care in a small city

Suetônio Queiroz de Araújo¹, Pedro Hermann Madeiro², Erivaldo Gomes da Silva Júnior³

¹ Especialista em Sistema Único de Saúde (SUS): Gestão e Auditoria e em Citopatologia Mamária e do Trato Genital Feminino pelo Instituto Brasileiro de Pós- Graduação, Pesquisa e Extensão (IBPEX) – Maceió (AL) e Recife (PE), Brasil. Professor de Pós- Graduação, Pesquisa e Extensão no IBPEX e da Faculdade Integrada Tiradentes (FITS) – Maceió (AL), Brasil. suetonioqueiroz@gmail.com

² Especialista em Sistema de Informação em Saúde pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – Maceió (AL), Brasil. Secretário Municipal de Saúde de Quebrangulo – Quebrangulo (AL), Brasil. pedromadeiro@globocom

³ Especialista em Farmacologia Clínica pelo IBPEX – Maceió (AL), Brasil. Farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Quebrangulo – Quebrangulo (AL), Brasil. erijr_farmacia@hotmail.com

RESUMO A discussão proposta neste artigo está voltada a avaliar os resultados obtidos em um município de pequeno porte, realidade da maioria no país, após a incorporação em suas rotinas gerenciais de instrumentos de apoio à gestão, como o Banco de Preços em Saúde, o Sistema Hórus e a aplicação em compras públicas da exigência do Preço Máximo de Venda ao Governo por fornecedores. Tomou-se como base o questionamento sobre a qualificação da gestão da assistência farmacêutica emitido em relatórios e acórdão por órgãos de controle e também por gestores sobre os custos da assistência farmacêutica na Atenção Básica. Para tal, foram utilizadas informações de compras locais e as bases de dados nacionais, observando ampliação do acesso e a redução de custos.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica; Atenção Primária à Saúde; Banco de Preços em Saúde; Hórus; Preço Máximo de Venda ao Governo.

ABSTRACT *The discussion proposed in this paper is focused on evaluating the results obtained in a small city, actually the majority in the country, after the adoption of their routine management tools to support management as the Bank Rates in Health, Horus System and the application of public procurement requirement of maximum selling price to the government by providers. Based on questioning the qualifications of the management of pharmaceutical care and judgment in reports issued by the control agencies and also by managers on the costs of pharmaceutical services in Primary Care, we used this information to local shopping and national databases, noting increased access and reduced costs.*

KEYWORDS: *Pharmaceutical Services; Primary Health Care; Health Stock Prices, Horus, PMVG.*

Introdução

Nas duas últimas décadas, a crescente preocupação dos gestores públicos com as despesas relacionadas à saúde vem ocasionando muitas discussões nas três esferas de governo, principalmente quando o tema está ligado à aquisição de medicamentos. A evolução histórica dos valores investidos pelo Ministério da Saúde (MS) para aquisição medicamentos aumentou significativamente nesse período, passando de R\$ 1.912.384.000,00, em 2003, para uma despesa para o erário no valor de R\$ 7.507.853.999,00, em 2011 (COSTA, 2011).

Esse crescimento constante e assustador das despesas públicas preocupam todos os níveis de gestão e, paralelamente, crescem também as fiscalizações pelos órgãos de controle internos e externos, no tocante ao uso dos recursos públicos pelas gestões estaduais e municipais. Tal situação é capaz de identificar diversas irregularidades em todo o Ciclo de Assistência Farmacêutica em muitas dessas auditorias em todo o país e, entre essas irregularidades, estão as relacionadas aos recursos destinados à aquisição de medicamentos e de insumos da assistência farmacêutica básica.

Na aquisição desse grupo de medicamentos da assistência farmacêutica básica, conforme demonstrado por Vieira (2009), algo em torno de 57,14% das auditorias da Controladoria Geral da União apontaram preços acima do Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG) especificado pela Resolução da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos/Agência Nacional de Vigilância Sanitária (CMED/ANVISA) n.º04/06, além de preços acima do praticado e informado no Banco de Preços em Saúde (BPS) do MS, instrumento fundamental para a pesquisa de preços no país e na América do Sul ainda demonstra que:

O aspecto que mais contribuiu para esse desperdício foi à aquisição de medicamentos a preços superiores ao Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG). O PMVG foi instituído pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) em 2006 e consiste no resultado da aplicação do desconto de 24,92% (Coeficiente de Adequação de Preço – CAP) sobre o preço-fábrica de medicamentos, sem imposto,

para vendas à administração pública por parte de laboratórios farmacêuticos e distribuidoras. (VIEIRA, 2009, p. 13).

O município de Quebrangulo, base para esta pesquisa, está situado na parte norte de Alagoas, compondo a 4ª Região de Saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de 2011 (PDR-2011) e possui uma população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 11.480 habitantes, tendo apresentado, em 2011, um Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) de 5,98 de acordo com o MS, sendo o 14º no ranking do Estado. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Departamento de Atenção Básica do MS, o município tem cobertura de 98,97% de Equipes de Saúde da Família (ESF), ou seja, cinco ESF, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e uma unidade hospitalar.

A atual estrutura da assistência farmacêutica do município contempla uma Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e, após a implantação do Sistema Hórus, em 2010, por meio do qual optou-se por uma centralização parcial dos estoques, há apenas duas unidades de dispensação de medicamentos e insumos: a Farmácia Central da Unidade de Saúde da Família (USF) Rosivaldo de Araújo Medeiros e a Farmácia do Centro de Apoio Psicossocial.

Diante do quadro apresentado, a presente pesquisa se propõe a trabalhar com os dados apresentados por um município de pequeno porte, descrito anteriormente, que compartilha com semelhanças com a maioria dos municípios brasileiros, avaliando o impacto na gestão dos medicamentos destinados a assistência farmacêutica na Atenção Básica após a utilização dos instrumentos legais e tecnológicos para aquisição e controle desses insumos.

Nesse contexto, as informações apresentadas na pesquisa buscam demonstrar os impactos obtidos no aspecto financeiro e de acesso aos medicamentos relacionados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS 3.237/2007, Portaria GM/MS 2.982/2009 e Portaria GM/MS 4.217/2010), durante os anos de 2009, 2010 e 2011, após a utilização

do arcabouço legal voltado à regulação do mercado farmacêutico e à incorporação dos sistemas de informação inovadores, BPS e Hórus, disponibilizados de forma pública pelo MS e podendo, dessa forma, contribuir para a qualificação da gestão da assistência farmacêutica no país.

Fundamentação teórica

Quando o problema relacionado aos preços abusivos praticados pelo mercado farmacêutico nas vendas públicas de medicamentos é trazido à tona e seus principais atores se posicionam, verificamos uma convergência nas opiniões e um foco no tripé financiamento-qualificação da gestão-ampliação do acesso, todos fundamentais e diretamente ligados ao problema em questão. Isso porque

No Brasil, o financiamento dos medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual/distrito federal e municipal) e são destinados aos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), organizados em diferentes programas, com destaque para: medicamentos para Atenção Básica, Programa de Saúde Mental, Medicamentos Anti- retrovirais e Medicamentos Excepcionais. (BLATT, 2005, p. 28).

No âmbito estadual, não sendo diferente no municipal, observa-se uma grande preocupação na qualidade do gerenciamento da assistência farmacêutica, sendo esse ponto identificado pelas três esferas como primordial para uma melhor gestão dos recursos públicos destinados a esse fim, como destacado nos posicionamentos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), conforme demonstrado a seguir:

A qualificação do gerenciamento da Assistência Farmacêutica é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população. (CONASS, 2007, p.19).

Basicamente, as gerências/coordenações estaduais têm a responsabilidade de coordenar as atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica, que abrange a seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, além do acompanhamento, da avaliação e da supervisão das ações. (CONASS, 2007, p. 30).

A necessidade de qualificação da gestão e, em especial, nas compras públicas de medicamentos, e seu controle e uso racional, em municípios de pequeno e médio porte e em todo o país, mostram-se evidentes. Variações regionais de preços praticados e a desestruturação das assistências farmacêuticas, principalmente nos níveis estaduais e municipais, são características dessas atividades:

Deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado). (CONASS, 2007, p. 32).

Outros aspectos relevantes também foram diagnosticados e relatados pelo próprio MS:

Enquanto os gastos totais com saúde aumentaram em 9,6%, aqueles com medicamentos tiveram incremento de 123,9% no período de 2002 a 2006. Isso mostra como esse elemento de despesa precisa ser monitorado para identificar fatores que podem ter contribuído para essa discrepância. (VIEIRA, 2009, p. 14).

Para demonstrar como essa preocupação com os gastos públicos de medicamentos vem gerando grande mobilização não apenas de gestores, mas também dos órgãos de controle internos e externos, podem se analisar as auditorias realizadas pela Controladoria Geral da União de 2004 a 2007:

em 2007, destacou-se a perda de recursos pela não observância ao PMVG (quase 12 milhões de reais). Ressalta-se ainda que neste ano a perda de medicamentos por validade expirada foi de 359 mil reais. Essa situação revela dificuldades ou negligências na gestão da assistência farmacêutica, uma vez que o principal motivo para tal fato consiste na programação inadequada para atendimento à demanda e nos controle ineficientes dos estoques. (VIEIRA, 2009, p.13).

Analisar as despesas com saúde e, em especial, aquelas relacionadas aos medicamentos passou a ser prioridade dos gestores, sendo quase ponto permanente das discussões, inclusive no âmbito dos tribunais de justiça. Logo, o tema ‘financiamento da saúde’, nesse caso em especial da assistência farmacêutica, preocupa, tendo alcançado seu ponto crítico com a avalanche de ações judiciais principalmente contra os Estados e a União nos últimos anos, instâncias nas quais se verificaram os abusos praticados pelo mercado farmacêutico nas vendas públicas. Este constitui um dos fatos fundamentais para a definição do PMVG pela Câmara de Medicamentos da ANVISA:

Os gastos do SUS com procedimentos de alta complexidade apresentam, nos medicamentos de dispensação excepcional, uma situação crítica que pode configurar crescente ineficiência alocativa dos recursos públicos de saúde. A participação percentual dos gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional em relação aos gastos totais do Ministério da Saúde com medicamentos subiu de 14,9%, em 1995, para 35,3% em 2005. (CONASS, 2007, p. 114).

A discussão apresentada nesta pesquisa está fundamentada nos posicionamentos das três esferas de gestão do SUS, manifestada, inclusive, por meio da Nota Técnica Conjunta do MS, CONASS e CONASEMS publicada em 2008:

ampliar o acesso e garantir o uso racional de medicamentos, integrar a assistência farmacêutica e demais políticas de saúde, otimizar os recursos financeiros existentes, incorporar farmacêuticos na rede municipal de saúde, desenvolver e capacitar recursos humanos para implementar a Assistência Farmacêutica e tornar a gestão eficiente são alguns dos desafios colocados. (BRASIL, 2008).

Desse modo, buscou-se apontar, neste trabalho, alguns dos instrumentos voltados à qualificação das compras públicas e que apresentassem impactos significativos para que a gestão superasse esses desafios, mas principalmente para a ampliação do acesso aos medicamentos da Atenção Básica em municípios de pequeno porte, como é o caso de Quebrangulo, levantando também discussões sobre o impacto sobre seu financiamento.

Metodologia

Os processos administrativos de aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica e a base municipal de dados do Sistema Hórus foram utilizados para a coleta dos dados relacionados à gestão da assistência farmacêutica no município, seguindo as seguintes etapas e procedimentos de análise:

1. análise das despesas municipais com o elenco de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica frente aos recursos financeiros para custeio desses insumos no período de 2009 a 2011;
2. levantamento e análise dos processos de compras e preços praticados na aquisição de medicamentos voltados à assistência farmacêutica na Atenção Básica no período de 2009 a 2011 para a Secretaria Municipal de Saúde de Quebrangulo, sendo estes realizados pelo próprio órgão em caráter emergencial e/ou demandados para certame

a Comissão Permanente de Licitação do município;

- 2.1. análise dos processos administrativos da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão Permanente de Licitação para aquisição de medicamentos da assistência farmacêutica na Atenção Básica por preço unitário praticado nos anos de 2009, 2010 e 2011;
- 2.2. verificação da presença ou não, da exigência técnica e legal, da prática do PMVG e da utilização do BPS como referência para aquisição de medicamentos em editais de licitação e/ou compras em caráter emergencial realizadas no município no período de 2009 a 2011;
3. levantamento e análise do elenco de medicamentos do município disponibilizados na assistência farmacêutica na Atenção Básica no período de 2009 a 2011, comparando seu consumo e seu custo após a utilização do BPS e implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus.

Resultados

De acordo com as informações do Fundo Nacional de Saúde (FNS) do MS, os repasses federais destinados à aquisição de medicamentos do Bloco de Assistência Farmacêutica ao município, por meio de seu componente básico, partiu, em 1999, de R\$ 10.327,07 (Portaria MS n.º 176/1999) para aquisição de um elenco restrito de 19 medicamentos, conforme orientava a Portaria MS n.º 16/2000, para, em 2011, um total anual de repasses no valor de R\$ 58.986,60 conforme previsto na Portaria GM/MS n.º 4.217/2010.

Quando somadas as contrapartidas do próprio município e Estado, referentes a esse componente,

no valor de R\$ 1,86 por habitante/ano para cada ente, o montante anual disponível para aquisição de medicamentos perfaz um total de R\$ 102.012,12 de acordo com a população registrada pelo IBGE em 2009, porém, esse recurso passa a prever a aquisição de 127 fármacos em 220 apresentações farmacêuticas, além de 8 fitoterápicos e o elenco da homeopatia, conforme pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite, desde que os medicamentos constem da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para uso na Atenção Básica.

A partir dessas informações financeiras dos três entes, foram analisados os processos administrativos e se identificou que, em 2009, a comissão permanente de licitação de Quebrangulo não conseguiu licitar todos os medicamentos que foram solicitados pela Secretaria Municipal de Saúde para a assistência farmacêutica na Atenção Básica. Porém, foi iniciada a realização de aquisição, por meio de pregão presencial, antes realizado quase que exclusivamente por processos emergenciais ou abaixo de R\$ 8.000,00, mas todos ainda sem a exigência do PMVG, inclusive nos editais dos certames licitatórios. Nas estimativas desses processos não se constatou a utilização dos dados do BPS disponibilizado pelo MS.

Ainda em 2009, foi constatado que o município licitou o elenco da assistência farmacêutica na Atenção Básica, denominado de ‘farmácia básica’, com 82 medicamentos, perfazendo um valor total pago para essa aquisição de R\$ 145.000,00, por meio de pregão presencial. O instrumento tecnológico BPS do MS passa a ser incorporado às práticas licitatórias apenas a partir dos certames de 2010, quando foram licitados 119 medicamentos para a ‘farmácia básica’, porém a um custo total de R\$ 157.000,00.

Em 2011 o elenco licitado para a ‘farmácia básica’ passa a dispor de 118 medicamentos, baseado na RENAME 2010, gerando, porém, uma despesa maior que nos anos anteriores e perfazendo um total para esse elenco de R\$ 200.064,02 (Tabela 1), principalmente devido ao aumento significativo da demanda de usuários de hipertensão e diabetes (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1. Total de recursos anuais da União, Estado e município repassados para a aquisição de medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica e suas despesas anuais do município de Quebrangulo, em reais, de 2009 a 2011

Medicamentos	2009	2010	2011
	Portaria GM 3.237/2007	Portaria GM 2.982/2009	Portaria GM 4.217/2010
Recursos repassados das contrapartidas ao FMS (União, Estado e Município)	80.982,96	102.012,12	102.012,12
Despesas anuais com medicamentos licitados (AFB)	145.000,00	157.000,00	200.064,02
Déficit anual do FMS	64.017,04	54.987,88	98.051,90

Fonte: Fundo Nacional de Saúde e CPL de Quebrangulo.
GM (Gabinete do Ministro); ; FMS: Fundo Municipal de Saúde; AFB: Assistência Farmacêutica Básica.

Ao analisar as informações relacionadas ao custeio do elenco de medicamentos do componente básico, apresentadas na Tabela 1, percebe-se que os recursos repassados ao município de Quebrangulo, diretamente ao fundo municipal de saúde pelo Estado e União, mesmo que somados ao valor da contrapartida do município, não foram suficientes para suportar as despesas anuais da assistência farmacêutica básica, deixando um déficit para o fundo municipal de saúde, depois de somados os três exercícios, de R\$ 217.056,82.

O elenco de medicamentos selecionados para a assistência farmacêutica básica municipal, a partir de 2009, passou a obedecer algumas das recomendações da RENAME 2008. No entanto, tomando como base suas solicitações apenas nas demandas atendidas pela coordenação da assistência farmacêutica no ano anterior, sem a análise de demanda reprimida ou não atendida, e sem a análise do perfil epidemiológico loco-regional, sendo a coleta dessas informações prejudicadas pela ausência de um sistema informatizado na central de abastecimento farmacêutico e na coordenação da assistência farmacêutica que possibilitasse a gestão desses estoques, constatou-se que município ofertou, em 2009, apenas

82 apresentações farmacêuticas, a um custo total de R\$ 145.000,00.

No ano de 2010, passa a ser exigido o PMVG nos editais dos certames licitatórios e demais processos de aquisição de medicamentos, bem como a utilização do BPS para a consolidação das estimativas de preços, fato que evidenciou uma série de questionamentos por parte dos fornecedores participantes dos certames, sob alegação de preços abaixo da realidade do mercado, ocasionando mais de uma chamada até a adjudicação dos lotes licitados.

Porém, ficou evidente, nesses certames, a importância desse instrumento público, atrelado às práticas da comissão permanente de licitação, principalmente quando os preços licitados ano a ano foram comparados e os medicamentos de maior impacto para a gestão municipal foram identificados, cabendo destaque para os medicamentos metildopa 250 mg, amoxicilina 250 mg/mL, cefalexina 250 mg/5 mL, amoxicilina 500 mg comprimido como os cinco de maior impacto, deixando evidente a redução dos preços praticados de 2009 para 2010, mas com aumento das demandas municipais (Tabela 2).

Tabela 2. Despesas relacionadas aos medicamentos de maior impacto financeiro na assistência farmacêutica básica, em reais, no município de Quebrangulo, por meio das licitações em 2009, 2010 e 2011

Medicamentos	2009			2010			2011		
	Preço unitário	Quantidade	Despesa programada	Preço unitário	Quantidade	Despesa programada	Preço unitário	Quantidade	Despesa programada
Amoxicilina suspensão 250 mg/mL (frasco 60 mL)	0,16	96.000,00	15.360,00	0,07	96.000,00	6.720,00	0,06	133.000,00	7.980,00
Cefalexina suspensão 250 mg/5 mL (frasco 60 mL)	2,47	3.600,00	8.892,00	2,15	3.600,00	7.740,00	1,14	4.900,00	5.586,00
Amoxicilina 500 mg comprimido	3,69	1.200,00	4.428,00	2,07	1.200,00	2.484,00	2,14	1.950,00	4.173,00
Glibenclamida 5 mg comprimido	0,17	48.000,00	8.160,00	0,13	48.000,00	6.240,00	0,06	66.000,00	3.960,00
Hidroclorotiazida 25 mg comprimido	0,02	120.000,00	2.400,00	0,02	120.000,00	2.400,00	0,01	346.000,00	3.460,00
Captopril 25 mg (comprimido)	0,04	120.000,00	4.800,00	0,01	120.000,00	1.200,00	0,01	340.000,00	3.400,00
Metronidazol creme vaginal	0,03	240.000,00	7.200,00	0,02	360.000	720,00	0,01	340.000,00	3.400,00
100 mg/g (bispaga 50 g)	1,68	2.400,00	4.032,00	0,90	2.400,00	2.160,00	1,05	3.200,00	3.360,00
Paracetamol gotas 200 mg/mL (frasco 15 mL)	0,70	6.000,00	4.200,00	0,39	6.000,00	2.340,00	0,39	8.500,00	3.315,00
Salbutamol 100 µg/dose (aerossol inalatório, frasco)	12,60	600,00	7.560,00	8,10	600,00	4.860,00	3,89	700,00	2.723,00

Fonte: CAF/SMS e Sistema Hórus.

Na realização do certame licitatório em 2010, no mês de maio, não se utilizava no município o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) e a estimativa da demanda municipal não atendia as normas de programação recomendadas pelo MS, tendo sido constatado que o levantamento da mesma ocorreu de forma manual, pela coordenação da assistência farmacêutica, frente a mapas de consumo mensais

enviados pelas unidades de saúde a CAF municipal, que, à época, funcionava de forma precária na estrutura hospitalar e sem o devido controle dos estoques, o que ocasionou desabastecimento de alguns dos itens licitados.

Em 2011, com a utilização simultânea do BPS e do Sistema Hórus, iniciado em agosto de 2010, os avanços nas compras e o acesso a medicamentos foram

constatados conforme demonstra a Tabela 3, além de outros aspectos, como reorganização das estruturas gerenciais e assistenciais da coordenação de assistência farmacêutica, na qual a gestão com recursos próprios construiu uma Central de Abastecimento, segregada da estrutura da unidade hospitalar que anteriormente possuía apenas um auxiliar técnico responsável por todos os estoques do município, inclusive dispensação.

Foi definido que, a partir de agosto de 2010, seriam criadas duas unidades de dispensação de medicamentos (Farmácia Central da USF Rosivaldo de Araújo Medeiros e a Farmácia do Centro de Apoio Psicossocial)

em condições sanitárias adequadas e com recursos humanos destinados especificamente para operacionalização do Sistema Hórus em cada uma delas, sob a supervisão do farmacêutico responsável. O aumento do controle e a diminuição significativa de duplicidades de dispensação foram possíveis graças a uma maior segurança no controle de estoque em tempo real, uma vez que o Hórus possibilita a gestão dos estabelecimentos de saúde via web; além disso, foi claramente apontada uma demanda mais próxima do real, principalmente para os medicamentos de uso crônico da Atenção Básica (Tabela 3).

Tabela 3. Despesas relacionadas aos medicamentos de maior demanda para a assistência farmacêutica básica, em reais, no Município de Quebrangulo

Medicamentos	2009			2010			2011		
	Preço Unitário	Quantidade	Despesa	Preço unitário	Quantidade	Despesa parcial	Preço unitário	Quantidade	Despesa
Glibenclamida 5 mg (comprimido)	0,02	120000	2.400,00	0,02	120000	2.400,00	0,01	346000	3.460,00
Hidroclorotiazida 25 mg (comprimido)	0,04	120000	4.800,00	0,01	120000	1.200,00	0,01	340000	3.400,00
Captopril 25 mg (comprimido)	0,03	240000	7.200,00	0,02	360000	720,00	0,01	340000	3.400,00
Furosemida 40 mg (comprimido)	0,03	60000	1.800,00	0,02	60000	1.200,00	0,01	108500	1.085,00
Metildopa 250 mg (comprimido)	0,16	96000	15.360,00	0,07	96000	6.720,00	0,06	133000	7.980,00
Propranolol 40 mg (comprimido)	0,02	60000	1.200,00	0,02	60000	1.200,00	0,01	90000	900,00
Ácido acetilsalicílico 100 mg (comprimido)	0,02	60000	1.200,00	0,02	60000	1.200,00	0,01	86500	865,00
Paracetamol 500 mg (comprimido)	0,04	84000	3.360,00	0,02	84000	1.680,00	0,02	108000	2.160,00
Ranitidina 150 mg (comprimido)	0,10	36000	3.600,00	0,04	36000	1.440,00	0,03	56500	1.695,00
Amoxicilina 500 mg (cápsula)	0,17	48000	8.160,00	0,13	48000	6.240,00	0,06	66000	3.960,00

Fonte: CAF/SMS e Sistema Hórus.

Discussão

Alguns aspectos relevantes foram constatados no início da análise dos processos de aquisição da Secretaria Municipal de Saúde, principalmente quando da decisão da gestão em reduzir drasticamente os processos de dispensa de licitação por motivação emergencial e o fracionamento ou compras até R\$ 8.000,00 conforme recomenda a lei 8.666/93 (fato que pode ser evidenciado ao final de 2009) e a não utilização do BPS e do dispositivo legal de aplicação do PMVG pelos fornecedores (fatores importantes para comprometer o êxito do certame).

A simples adequação dos procedimentos legais, como a estimativa de preços pelo BPS e a exigência do PMVG, possibilitaram que o município ampliasse o acesso de medicamentos a população, a exemplo do captopril 25 mg, utilizado no tratamento da hipertensão, que, em 2009, era adquirido a R\$ 0,03 para uma demanda de 240 mil comprimidos, aumentando, para 2010, primeiro ano de uso desses instrumentos, para uma demanda de 360 mil comprimidos e sendo pago o preço unitário de R\$ 0,02. Em 2011, com o ajuste de demanda complementado pelo sistema Hórus, obteve-se um preço unitário de R\$ 0,01, mantendo praticamente a mesma demanda de 2010.

Seguindo a mesma situação do captopril, o medicamento glibenclâmida 5 mg, usado no tratamento da diabetes, apresentou o comportamento de redução do preço unitário praticado em 2009, que foi de R\$ 0,02, chegando a 2011 com o preço de R\$ 0,01 – porém com o maior e mais significativo dado no tocante à ampliação da disponibilidade do item para acesso pela população, pois, em 2009, foram adquiridos 120.000 comprimidos, mas, em 2011, essa aquisição com o ajuste da demanda pelo sistema Hórus, atingiu os 346.000 comprimidos, ou seja, a aquisição do medicamento foi triplicada e o preço, reduzido, graças à integração das ações desses instrumentos.

Apesar das reduções dos preços praticados e do ganho significativo com a integração das informações obtidas nos sistemas de informação e com a legislação do PMVG no período analisado, os resultados apresentados apontam para uma situação preocupante para municípios de pequeno porte que optam pela aquisição

própria dos seus insumos, mesmo que por licitação. Embora se tenha constatado a redução dos preços dos medicamentos da Atenção Básica, verificou-se que, devido à demanda ter aumentado (principalmente em razão das doenças crônicas), o município perde em desempenho geral quando se avalia sua escala, pois o déficit do fundo municipal de saúde chegou a R\$ 217.000.000, o que, para municípios de pequeno porte como Quebrangulo, acaba por comprometer o custeio e o investimento em outras áreas e até mesmo na assistência farmacêutica (Tabela 1).

Considerações finais

As análises dos dados realizadas neste estudo demonstram que a utilização dos sistemas de informação disponibilizados pelo MS, o BPS e o Sistema Hórus, atrelados à exigência do PMVG em editais e processos administrativos de compra, constitui mais um instrumento de regulação do mercado farmacêutico. Em Quebrangulo, esses elementos se mostraram fundamentais para promover o impacto positivo nos preços praticados pelos fornecedores no período e altamente significativo para a ampliação do acesso aos medicamentos no município, podendo ser replicada a experiência em qualquer cidade do país.

E, fato que para que essa ação tenha resultado, também é necessário e urgente a qualificação da gestão da assistência farmacêutica e da instrumentalização dos setores de compras dos órgãos públicos para uma melhor utilização dos recursos, sempre relatados pelos gestores como escassos. No entanto, estes, mesmo que escassos, devem ser otimizados com a finalidade de gerar qualidade na assistência à saúde da população usuária do SUS.

Ficam ainda como preocupação e, ao mesmo tempo, base para uma rediscussão os valores repassados como contrapartida das três esferas de gestão para o custeio da assistência farmacêutica básica, pois como demonstrado, o déficit para município de pequeno porte fica evidente. Esse é um dos desafios a ser enfrentado de forma imediata, principalmente pelos gestores da saúde e legisladores.

Portanto, diante de um mercado farmacêutico agressivo e simultaneamente de uma demanda crescente de usuários, a utilização de práticas administrativas de baixo custo e de amplitude nacional, como o BPS e Hórus, atrelado ao PMVG e a outras bases legais, como o Sistema de Registro de Preços, aquisição centralizada de

medicamentos pelas secretarias de Estado ou por meio de consórcios intermunicipais, tende a apresentar uma eficácia maior, ganhando no tocante a economia de escala, inclusive com resultados significativos em curtíssimo prazo, refletindo diretamente para o SUS em garantia e ampliação do acesso aos medicamentos. ■

Referências

BLATT, C.R. Avaliação da assistência farmacêutica do Programa de Medicamentos Excepcionais do Estado de Santa Catarina no ano de 2002 a 2004. 2005. 210f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC. Florianópolis, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Nota Técnica Conjunta sobre Qualificação da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF. 2008. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/nota_tecnica_qualificacao_af.pdf>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2007. (Progestores: Para entender a gestão do SUS, 7).

COSTA, K.S. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Diretor. In: FÓRUM NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SAÚDE PÚBLICA, 6, Brasília, 2011. Apresentação Power Point, Brasília, 2011.

VIEIRA, F.S. A auditoria da Controladoria Geral da União sobre a gestão estadual: Promoção da transparência e da eficiência na área da saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00000097.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

Construindo a Política Pública de Saúde em Belo Horizonte: O Sistema Único de Saúde no município

Building Health Public Policies in Belo Horizonte: The Unified Health System in the municipality

Marcelo Gouvêa Teixeira¹, Susana M. Moreira Rates², Fabiano G. Pimenta Jr³, Janete Maria Ferreira⁴, Marcos José Mendes de Carvalho⁵

¹ Mestre em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. marceloteixeira@pbh.gov.br

² Especialista em Gestão Hospitalar pela Escola Nacional de Saúde Pública-Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Secretária Municipal Adjunta de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. susana.rates@hotmail.com

³ Mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Secretário Municipal Adjunto de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. fabiano.pimenta@pbh.gov.br

⁴ Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro – Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenadora Geral das Oficinas de Qualificação à Atenção Primária à Saúde e Assessora Técnica do Gabinete da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. janete.maria@pbh.gov.br

⁵ Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Chefe de Gabinete da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte – Belo Horizonte (MG), Brasil. marcosmendes@pbh.gov.br

RESUMO Em 22 anos de construção do Sistema Único de Saúde, Belo Horizonte apresenta importantes avanços, seja na ampliação do acesso aos serviços de saúde, seja na construção de uma rede de atenção integral para seus habitantes. A Estratégia da Saúde da Família, como o grande eixo estruturador da Atenção Primária à Saúde, foi implementada com os objetivos de coordenar o cuidado e fortalecer os vínculos dos usuários com os profissionais de saúde. Entretanto, desafios para organização e qualificação de fluxos e processos, além de questões inerentes ao financiamento ainda se fazem presentes. O presente artigo procurou descrever as especificidades dessa construção do Sistema Único de Saúde no espaço urbano do município, com destaque para a presente organização e gestão dos serviços de saúde, o planejamento e as proposições para os desafios atuais.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Rede de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde; Planejamento Estratégico.

ABSTRACT In 22 years since the construction of Unified Health System, Belo Horizonte presents important advances, either expanding access to health services, either on construction of an integral attention network for its residents. The Family's Health Strategy, as the major structural axis of Primary Health Care, was implemented aiming to coordinate the care and to consolidate ties between users and health professionals. However, challenges for organization and qualification of process flow, besides issues inherent in financing still are present. This article focused on description of the specificities of this Unified Health System' construction into urban space from county highlighting the present organization and management of health services, planning and propositions to current challenges.

KEYWORDS: Unified Health System; Health Attention Network; Primary Health Care; Strategic Planning.

Introdução

Belo Horizonte (BH), cidade mineira planejada para ser uma capital moderna, foi inaugurada em dezembro de 1897 e assistiu, ao longo de décadas, ao crescimento desordenado de dezenas de loteamentos na área suburbana, depois na área rural e, com a industrialização, também em seu entorno, abrindo caminho para a metropolização.

Nos anos 1980, com o processo de industrialização consolidado, registrava-se uma triste realidade: um em cada quatro habitantes de BH morava em vilas e favelas, o que indicava que a industrialização, além de não ter desempenhado um papel transformador, consolidou as diferenças na ocupação do espaço urbano da capital (MOURA, 1994 *apud* REIS, 1997).

Em 1991, a população de BH era de 2 milhões de habitantes e sua Região Metropolitana, que era composta, à época, por 30 cidades, ultrapassava os 3,8 milhões de habitantes. Naquele cenário, uma série de políticas públicas passou a ser implementada com o objetivo de inverter as prioridades na capital. Com ações e dinâmica de governo renovadas e por meio de maior participação popular e democratização das políticas sociais, maiores investimentos passaram a ser destinados para onde se reconheciam as maiores necessidades.

No setor da saúde, isso significou o alinhamento com o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme preconizado pela Constituição de 1988. Guiado pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, o SUS foi regulamentado 2 anos após a promulgação da Constituição pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) e lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Em 28 de dezembro de 1990, a lei 8.142 proveu ao SUS mais uma característica: o controle social, fortalecendo, assim, a participação dos usuários nas deliberações sobre a política e a condução do sistema de saúde.

Ressalta-se que a 'municipalização', aqui entendida como a transferência para o município do poder de gestão dos serviços de saúde, até então centrado nos órgãos estaduais e federais, é adotada como estratégia prioritária para a Gestão do SUS.

Na trajetória crescente do SUS-BH, consolidou-se o compromisso de garantir o acesso universal e a atenção integral à saúde da população. O presente artigo

teve por objetivo apresentar as especificidades da construção do SUS no espaço urbano (território) do município de BH, sua organização e a gestão dos serviços de saúde na cidade, com destacar os desafios, o planejamento e as proposições para os tempos atuais.

SUS NO MUNICÍPIO DE BH O SUS e o território de BH

O conceito de território é bastante complexo, sendo estudado por diferentes correntes da geografia e de outras ciências. O território pode ser definido como "um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados em situação, na arena política" (MENDES, 1993, p. 245).

Como já descrita, a ocupação do espaço urbano de BH ocorreu de forma desigual desde seu início. O projeto urbanístico inicial previa sua organização em três setores: urbano, suburbano e rural. A área urbana era delimitada pela Avenida do Contorno, com terrenos planos, infraestrutura completa e um traçado rigoroso e moderno. A área suburbana previa um traçado e urbanização bem mais flexíveis destinada aos homens comuns e a área rural reservada para ser o cinturão verde da cidade. Os espaços modernos e com maiores recursos eram, assim, destinados a uma minoria.

Essa desigualdade histórica exigiu uma organização diferenciada do SUS referenciada pelo conceito ampliado de saúde (para além da ausência de doença). Essa organização era composta por três eixos: o do território, o dos problemas de saúde e da intersectorialidade (MENDES, 1993).

Pode-se dizer que o processo de 'territorialização' ou 'distritalização' da saúde é uma estratégia adotada em BH desde 1989 para construção de seu modelo de atenção à saúde. Esse processo compreende que a inserção espacial de uma população em dado território resulta de diferentes fatores econômico-produtivos e conduz a diferenças marcantes nas condições de vida e morte dos cidadãos. Ou seja, numa determinada sociedade e num dado momento, existem condições que podem melhorar ou deteriorar o estado de saúde das pessoas, conforme a ação sobre os fatores que lhe são determinantes.

Com o objetivo de construir um diagnóstico de cada um dos ‘territórios’ da cidade, a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), no ano de 1998, construiu um indicador composto denominado ‘Índice de Vulnerabilidade à Saúde’¹ (IVS), conhecido como ‘Indicador de Risco’. Esse índice associa indicadores de base populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tais como moradia e renda, com indicadores da saúde, como a mortalidade infantil e a mortalidade geral. O valor final do IVS varia entre 0 e 1 e é aplicado em cada setor censitário do município. Como esse índice, expressa um atributo negativo – a vulnerabilidade social de uma população – quanto maior seu valor, pior a situação da população naquele setor censitário, ou seja, mais vulnerável a população se encontra para adoecer e morrer.

Através do IVS, foram definidas quatro categorias de risco de adoecer e morrer no município: risco baixo (28% da população), risco médio (38% da população), risco elevado (27% da população) e risco muito elevado (7% da população).

Esse índice foi utilizado para toda a reordenação das políticas de saúde da cidade, buscando maior equidade para utilização dos recursos. Ele direcionou, inclusive, a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), iniciada em 2002, dando prioridade para as populações de risco muito elevado, elevado e de médio risco.

Na área de controle de endemias, o município de BH se antecipou no processo da territorialização das ações. Em 1992, contratou agentes sanitários e implementou, de imediato, ações de combate ao *Aedes aegypti*. Em 1994, implementou a política de descentralização das equipes para as áreas de abrangência dos centros de saúde, uma vez que até então eram centralizados nos Distritos Sanitários (RODRIGUES et al. 2010).

A Atenção Primária à Saúde e a organização dos serviços de saúde em BH

Em 1995, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorganização da assistência, com o objetivo de fortalecer

uma rede coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS). As Equipes de Saúde da Família (ESF) passam a atuar

em um território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias, planejando com base no diagnóstico situacional. (BRASIL, 2001, p. 13).

Tal visão de rede, em que a APS é o centro de comunicação e o ponto no qual a clínica ampliada é mais desenvolvida, respeitadas as diferenças nas densidades tecnológicas, é o que Mendes (2009) denomina de “construção poliárquica”. Starfield e Shi (2002) demonstraram que uma Atenção Primária robusta, com oferta integral de ações, promove resultados positivos sobre os indicadores de saúde da população e, como destaca Mendes (2009), resolve 85% dos problemas de saúde.

No ano de 2002, a ESF foi iniciada em BH em seus nove distritos sanitários. As equipes foram distribuídas de acordo com o IVS, sendo implementadas, preferencialmente, nas áreas de risco muito elevado, elevado ou médio.

Além das ESF, cada centro de saúde conta com um médico ginecologista, um pediatra e um clínico geral (com jornada de trabalho de 20 horas/semanais), que realizam apoio matricial às equipes. A APS é hoje a principal porta de entrada aos usuários no sistema de saúde. Atualmente, o município conta com 556 ESF responsáveis pela cobertura de 81% da população.

A rede de atenção complementar é composta por Centros de Especialidades Médicas, de Reabilitação (CREAB), Odontológica, além de farmácias, laboratórios e lavanderias distritais de apoio.

A atenção à urgência é composta por oito Unidades de Pronto Atendimento e oito hospitais públicos com portas abertas. São 33 hospitais, entre públicos, filantrópicos e contratados do SUS, para dar suporte às internações.

¹ Informações sobre o Índice de Vulnerabilidade à Saúde podem ser obtidas na intranet da Secretaria Municipal de Saúde, no endereço: <http://intranet.smsa.pbh>

Os desafios e a busca pelo fortalecimento das redes de atenção à saúde e pela qualidade dos serviços

O mundo contemporâneo apresenta questões que precisam ser absorvidas pelas políticas públicas de saúde, tais como: o aumento da prevalência das doenças crônicas e a adequada abordagem das mesmas, a maior proporção de idosos na população e as desigualdades sociais que determinam as situações de saúde.

Em BH, as taxas de mortalidade proporcional por principais grupos de causas, de 2003 a 2008, apresentaram como primeira causa de óbito as doenças cardiovasculares (25,6%), seguida das neoplasias (19%), causas externas (12,8%) e respiratórias (9,2%). As causas infecciosas e parasitárias não estão mais entre as principais, apontando a transição epidemiológica e o envelhecimento da população (BELO HORIZONTE, 2009a).

Esse cenário epidemiológico estimula reflexões sobre as práticas vigentes, a organização dos processos de trabalho e a necessidade do fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde. Essa rede é compreendida como uma organização contínua e integral coordenada pela APS, com comunicação facilitada entre os diferentes níveis da atenção, com lógica técnico-sanitária.

Para garantir a integralidade do cuidado com eficiência e qualidade, de modo a fortalecer e ordenar o acesso à APS, são necessárias ações organizacionais que facilitem vínculos e promovam seguimentos horizontais do cuidado, com definição de responsabilidades. É importante também ampliar a capacidade das equipes de saúde para abordar fatores estruturados externos e internos (culturais, familiares, de personalidade e de caráter). Portanto, é preciso avançar e agregar o saber dos usuários, combinando a objetividade da clínica e da epidemiologia com a singularidade da história dos sujeitos, grupos e coletividades (CAMPOS, 2000).

Acrescenta-se a essa discussão a não menos instigante e polêmica abordagem sobre a qualidade das práticas de saúde. Qualidade pode ser compreendida como a capacidade de dar respostas sociais diante dos problemas de saúde da população e seus determinantes e, também, pela potência de produção, distribuição e regulação de bens e serviços. Donabedian (1966) sistematizou a abordagem da qualidade na tríade: estrutura,

processo e resultados. A estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo, a tudo aquilo que perpassa a relação profissional-usuário; os resultados relacionam-se tanto com o produto das ações (consultas, exames e visitas) quanto com a modificação no estado de saúde de indivíduos e população. Assim, falar em qualidade dos serviços pressupõe assumir compromissos com os princípios da integralidade, da universalidade e de repensar modos de atenção e de gestão que operem na indissociabilidade entre a clínica e a promoção da saúde, entre necessidades sociais e ações do Estado (CAMPOS, 2004).

Nosso atual desafio é o de intensificar ações que permitam um aprimoramento do sistema, fortalecendo uma atenção integral e resolutiva à população de BH, com efetividade e responsabilidade sanitária. Para responder a esse desafio é necessário planejar, definir processos organizacionais de desenvolvimento e processos avaliativos das nossas práticas cotidianas. Faz-se fundamental repensar a política de educação permanente, aperfeiçoando-a de modo a promover o empoderamento dos trabalhadores com conhecimentos que contribuam à qualificação de suas práticas.

Nesse propósito, as Oficinas de Qualificação da Atenção Primária desenvolvidas pela rede municipal de saúde representaram um grande investimento para a qualificação dos trabalhadores. As oficinas foram compostas por um ciclo constituído por 10 módulos temáticos, ao longo de 30 meses, o que resultou na qualificação de 10.000 trabalhadores dos 147 centros de saúde da capital. Em 2009, ao iniciar as oficinas, as equipes de saúde viviam os dilemas da gestão da atenção programada e o atendimento da demanda espontânea, da vigilância e da promoção à saúde, além da integração destes com os demais pontos da rede de atenção no município. Além disso, especialmente após a implantação de mais de 500 ESE, a gestão percebia o desafio de disseminar e coletivizar as diretrizes institucionais do processo de trabalho local. Havia um problema central que residia na deficiência de padronização de processos. Assim, a criatividade extraordinária das equipes aproximava-se do voluntarismo e processos eram construídos muitas vezes de maneiras díspares e isoladas.

O objetivo principal das oficinas foi a consolidação da Atenção Primária como eixo estruturador

da atenção à saúde no município de BH por meio do fortalecimento do processo de implantação da ESF, da capacitação dos trabalhadores envolvidos na APS e da qualificação dos processos de trabalho locais. Os objetivos específicos foram a implementação de diretrizes institucionais capazes de conduzir a uma Atenção Primária qualificada e resolutiva; o alinhamento dos processos de trabalho para permitir o equilíbrio entre promoção, prevenção, a atenção ao agudo e ao crônico no cotidiano das agendas; a implantação de instrumentos de gestão clínica, de diagnóstico local, de programação local e municipal, de protocolo de classificação de risco e de contratos internos de gestão.

Durante a realização das oficinas, observaram-se a integração dos princípios acadêmicos e a experiência prática acumulada pelos profissionais da rede, além do produto das discussões coletivas no nível local. Para isso, os facilitadores das oficinas assumiram a importante função de acolher esses saberes para estimular os grupos no sentido de serem propositivos, gerando momentos de sistematização de seus processos de trabalho.

O primeiro ciclo de oficinas foi estratégico no sentido de enfrentar a necessidade de envolvimento dos profissionais de nível básico e técnico. A sensibilização para a abordagem dos trabalhadores de diferentes níveis de escolaridade foi um marco que possibilitou a maior aproximação entre profissionais da mesma equipe, o que resultou em importantes trocas de experiências. O encontro frequente das equipes no ambiente de trabalho tornou-se um embrião de educação permanente, fruto precioso dessas oficinas.

As oficinas provocaram discussões focadas em questões específicas relacionadas ao trabalho no município, o que possibilitou identificar os problemas e buscar as soluções por meio do estudo, associando a própria prática com a teoria. Na 'dispersão', quando os alunos-trabalhadores voltavam para o cotidiano, a proposta era de aplicarem na prática o que aprenderam no período de 'concentração' com seus colegas. Os facilitadores da dispersão foram os próprios trabalhadores da rede municipal.

A reorganização dos serviços, a busca pelo equilíbrio das agendas e a melhoria da assistência prestada à população podem ser destacadas como importantes resultados das oficinas.

O planejamento e as proposições para os tempos atuais

Segundo Matus (1993), planejar, no setor público, pressupõe uma reflexão sobre o fato de que o administrador público não pode atuar isoladamente, por estar se referindo a um processo social. Nessa perspectiva, o administrador precisa realizar um ato de reflexão, que deve ser coletivo. Tal reflexão implica na identificação dos agentes envolvidos e na definição de mecanismos de articulação entre eles, com vistas à consecução dos objetivos e a estratégia (forma) para alcançá-los. Percebe-se que o processo de planejamento estará sempre associado a mudanças e estas a conflitos de interesse (MATUS, 1993). Por isso, o planejamento torna-se estratégico. Segundo o mesmo autor, o planejamento envolve a mobilização dos agentes internos e externos da instituição, exigindo a criação de mecanismos para articular o conjunto de atores envolvidos em permanente comprometimento em relação ao que foi planejado.

Acredita-se que o planejamento estratégico se dá quando os diferentes sujeitos participam de sua construção, elaborando os diagnósticos de suas realidades e pactuando ações e estratégias norteadoras. Campos (2007) ressalta a importância da criação de "espaços" para esses acertos que, reconhecendo a multiplicidade de lógicas, permitam lidar com essa polaridade do coletivo, de modo a situar os trabalhadores como sujeitos sociais.

Em busca da construção desses 'espaços', a SMSA tem adotado, desde o início desta gestão, em 2009, estratégias estruturadas a partir do Plano Macroestratégico desenvolvido e pactuado com gestores, trabalhadores e usuários (BELO HORIZONTE, 2009b).

Os principais objetivos para elaboração desse plano é o aprimoramento da Rede de Atenção do SUS-BH, em que a APS é o eixo estruturador, e a qualidade dos serviços prestados.

Serviram de apoio para o planejamento os projetos sustentadores pactuados com o governo municipal e pautados pela assistência integral das ações à saúde, pela profissionalização da gestão e pelo fortalecimento da logística e da infraestrutura. São quatro os Projetos Sustentadores da área da saúde:

1. a Regionalização da Saúde;
2. a Saúde da Família;
3. a Melhoria do Atendimento Hospitalar;
4. o Hospital Metropolitano.

Para a construção deste Plano Macroestratégico, foram conduzidos dois movimentos sincrônicos, um descendente e um ascendente, partindo de um breve diagnóstico situacional das gerências do nível central.

Os pilares da discussão foram os conceitos de rede de atenção à saúde, o papel de cada ponto de atenção e suas interseções. Essa discussão resultou em uma reestruturação organizativa da SMSA. Percebeu-se a necessidade de implementar um novo modus operandis, capaz de integrar as ações de gestão e, ao mesmo tempo, possibilitar maior autonomia e agilidade.

O primeiro eixo, o da Gestão do Território, apresenta as ações de vigilância em saúde no território, além de proposições administrativas e financeiras. O segundo traz as ações para a APS e, o terceiro, as das redes Complementar, de Apoio à Assistência, Hospitalar/Regulação e de Urgência.

No eixo da APS, vale destacar duas conquistas dos últimos anos: a qualificação da atenção, já abordada anteriormente e a ampliação do acesso. Para atender a essa última diretriz, a SMSA emvidou esforços para ampliar o número das equipes. Em 2008, eram 512 ESF e, em 2011, somam-se 556 ESF. As Academias da Cidade e o Projeto “Posso Ajudar?” foram implementados em todos os Centros de Saúde.

A partir desse ponto, esboçou-se uma primeira versão do plano com esses três eixos. Esse primeiro produto foi apresentado em um amplo seminário, que contou com a participação de todas as gerências da secretaria. Foram programadas oficinas em cada distrito, que contaram com a participação dos gerentes distritais e representantes dos trabalhadores. A seguir, a discussão foi ampliada e as oficinas aconteceram em cada Unidade de Saúde. Muitas propostas e sugestões foram incorporadas ao plano inicial. Assim, foi construído o quarto eixo: Educação e Gestão do Trabalho – ética e compromisso dos gestores e trabalhadores na construção do SUS-BH. O quinto eixo, Controle Social e Defesa do

SUS, desenvolveu-se com o apoio dos conselhos municipal, distritais e locais de saúde.

Para validação de todo esse processo e buscando pactuar os ajustes e as adequações necessárias, foi organizada a X Conferência Municipal de Saúde, em dezembro de 2009. A conferência foi um importante momento de reflexão das diretrizes e proposições de parceria com o Conselho Municipal de Saúde. A Conferência Municipal, em todas as suas etapas, contou com a participação de cerca de cinco mil pessoas entre usuários, trabalhadores, gestores, prestadores de serviços e instituições de ensino.

Cada um dos cinco eixos que permeiam o Planejamento Macroestratégico foi detalhado no Plano Municipal de Saúde 2009-2012, nos Planos de Ação: Processos de Trabalho e nos Planos Locais: Monitoramento da Atenção.

Considerações finais

O objetivo deste artigo foi apresentar a experiência da construção e qualificação do SUS município de BH. Diante do desafio cotidiano de conduzir suas ações e avançar na construção do SUS-BH, a atual gestão da SMSA procurou destacar o movimento imperativo da inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e instituições de ensino) na construção de políticas que resultem em uma ‘cidade mais saudável’. Esse processo significa, em termos práticos, a construção crescente de uma Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Primária, por meio de planejamento capaz de efetivar ações, objetivando a promoção, a prevenção, a reabilitação com qualidade.

Ainda que não tenham sido os objetivos deste artigo a descrição e a análise de resultados alcançados, é possível afirmar, com base nos dados do Relatório de Gestão de 2011 da SMSA, que o Planejamento Macroestratégico é um importante instrumento metodológico para a definição das ações prioritárias a serem empreendidas pela gestão. O ano de 2011 registrou a ampliação de 97.217 consultas de médicos generalistas na Atenção Primária, 88.387 consultas médicas em Unidade de Pronto Atendimento, 522.533 consultas

especializadas, além de 109.416 mil visitas domiciliares em relação ao de 2008. Ao longo desses 4 anos, 567 leitos foram abertos em hospitais 100% SUS, além da crescente oferta de exames, serviços especializados de reabilitação, odontologia, saúde mental, entre outros (BELO HORIZONTE, 2011).

Portanto, pode-se inferir que o Plano Macroestratégico, construído de forma participativa, é fundamental para estimular os diferentes sujeitos desse processo no aprimoramento de políticas e de estratégias capazes de promover aos cidadãos do município um SUS cada vez mais equânime, eficiente e com qualidade. ■

Referências

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. 2011.

_____. *Relatório de Gestão*. Mimeo. 2009a.

_____. *SUS-BH: Cidade Saudável*. Plano Macro-estratégico. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2009-2012. Mimeo. 2009b.

_____. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: 2001.

CAMPOS, G. Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

_____. Avaliação da política nacional de promoção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec. 2000.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly* [s.l.]. v. 44, n. 2, p. 166-206, 1966.

MATUS, C. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA. 1993.

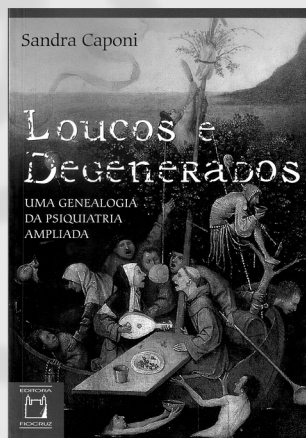
MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

_____. *Distrito Sanitário*. O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

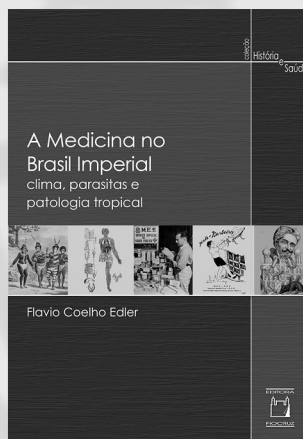
REIS, A.T. (org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã VM, 1997.

RODRIGUES, C.S. et al. O desafio da vigilância em saúde. In: MAGALHÃES-JUNIOR, H.M. *Desafios e inovações do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza, 2010.

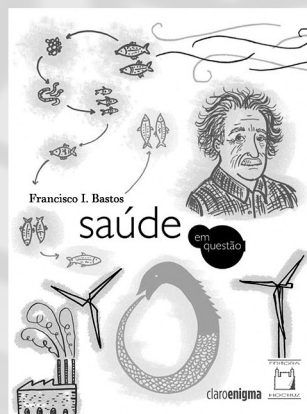
STARFIELD, B, SHI, L. Policy relevant determinants of health: an International perspective. *Health Policy*, v. 60, p. 201-218, 2002.



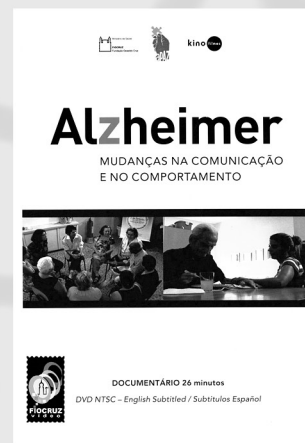
LOUCOS E DEGENERADOS:
UMA GENEALOGIA DA
PSIQUIATRIA AMPLIADA
Sandra Caponi
210p.
Preço: R\$29,00



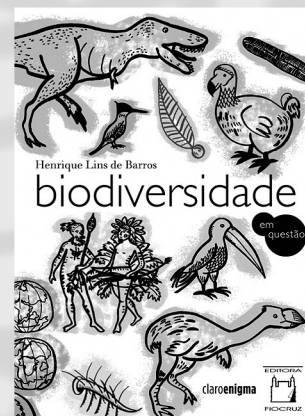
**A MEDICINA NO BRASIL
IMPERIAL: CLIMA, PARASITAS
E PATOLOGIA TROPICAL**
Flavio Coelho Edler
Coleção História e Saúde
298p.
Preço: R\$38,00



SAÚDE EM QUESTÃO
Francisco I. Bastos
Coedição: Claro Enigma
112p.
Preço: R\$ 24,00



ALZHEIMER:
MUDANÇAS NA COMUNICAÇÃO
E NO COMPORTAMENTO (DVD)
Thereza Jessouroun (direção)
Selo Fiocruz Vídeo
26 min.
Preço: R\$ 10,00



BIODIVERSIDADE EM QUESTÃO
Henrique Lins de Barros
Coedição: Claro Enigma
96p.
Preço: R\$24,00



Formação em Cidadania Para a Saúde: Temas Fundamentais da Reforma Sanitária

Projeto do CEBES realiza cursos de formação em cidadania para a saúde em diversos estados do Brasil. Acompanhe nossa página eletrônica ou informe-se com o núcleo do CEBES da sua região.

APOIO

Ministério
da Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Associe-se ao Cebes:

www.cebes.org.br • cebes@cebes.org.br

BIBLIOTECA VIRTUAL DO CEBES

O debate em saúde mais perto de você!



[http://www](http://www.cebes.org.br)



saúde
EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141, Fax.: (21) 2260-3782

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br

FRENTE NACIONAL POR MAIS RECURSOS PARA A SAÚDE

Há 36 anos, o CEBES luta pela garantia da saúde como um direito social e como prioridade do governo. O SUS, criado para ser universal, parece não passar de um sistema de baixa qualidade, destinado ao atendimento da população que não pode pagar por atenção médico-hospitalar. Nesse contexto, é necessário retomar as estratégias daqueles que defendem a saúde como interesse público.

Para isso, o CEBES ingressa na frente criada em torno do MOVIMENTO NACIONAL EM DEFESA DA SAÚDE PÚBLICA, pela aprovação de um PROJETO DE LEI DE INICIATIVA POPULAR para revisão imediata da Regulamentação da Emenda 29 e destinação de 10% da Renda Bruta da União para a saúde. Para chegar ao Congresso Nacional, precisamos recolher 1,4 milhão de assinaturas, ou seja, 1% do eleitorado brasileiro.

O CEBES está coletando assinaturas. O formulário para download pode ser encontrado através do endereço eletrônico: http://www.cebex.org.br/media/File/Coleta_de_Assinaturas_Cebes.doc

E na sede da sua secretaria executiva no Rio de Janeiro: Av. Brasil, 4036, Sala 802, Mangueiras.

ENTIDADES QUE ASSINARAM O MOVIMENTO:



ABRA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AUTISMO
ABRALE – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA ABRASCO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ABRAZ – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER
ABENFISIO – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO EM FISIOTERAPIA
AMB – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA
ANPG – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
APUBH – SINDICATO DOS PROFESSORES DE UNIVERSIDADES FEDERAIS DE BELO HORIZONTE
AMNB – ARTICULAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES DE MULHERES NEGRAS BRASILEIRAS
CCT – CENTRO DE CONHECIMENTO E TRABALHO
CEPA – CONFEDERAÇÃO ESPIRITA PANAMERICANA - BRASIL CES-MG CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS CONFEA – CONSELHO FEDERAL DE ENGENHARIA E AGRONOMIA CFF – CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
COFITO – CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CFF – CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA
CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CFN – CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS CFO – CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA
CFP – CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL
CGTB – CENTRAL GERAL DOS TRABALHADORES DO

BRASIL CMP – CENTRAL DOS MOVIMENTOS POPULARES
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE/MG
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA/CE
CNPL – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE PROFISSIONAIS LIBERAIS
CNTU – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES LIBERAIS UNIVERSITÁRIOS REGULAMENTADOS
CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
CNTS – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA SAÚDE
COBAP – CONFEDERAÇÃO DOS APOSENTADOS E PENSIONISTAS DO BRASIL
CONAM – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE MORADORES
CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
CONTAG – CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA
CSPB – CONFEDERAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO BRASIL
CTB – CENTRAL DOS TRABALHADORES E TRABALHADORAS DO BRASIL
CUT – CENTRAL ÚNICA DOS TRABALHADORES
FASUBRA – FEDERAÇÃO DOS SINDICATOS DOS TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS BRASILEIRAS.
FBASD – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE SÍNDROME DE DOWN

FENACELBRA – FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE CELÍACOS DO BRASIL
FENAFAR – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS
FENAFITO – FEDERAÇÃO NACIONAL DE FISIOTERAPUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAL
FENAM – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS
FENAPSI – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS PSICÓLOGOS
FNO – FEDERAÇÃO NACIONAL DO ODONTOLOGOS
FIO – FEDERAÇÃO INTERESTADUAL DOS ODONTOLOGISTAS
FNE – FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ENFERMEIROS
FENAS – FEDERAÇÃO NACIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS FORÇA SINDICAL
FST – FÓRUM SINDICAL DOS TRABALHADORES/DIAP
LBL – LIGA BRASILEIRA DE LÉSBICAS
MBHV – MOVIMENTO BRASILEIRO DE LUTA CONTRA AS HEPATITES VIRAIS
MOPEM – MOVIMENTO DOS PORTADORES DE ESCLEROSE MÚLTIPLA
MORHAN – MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DOS HANSENIANOS
NCST – NOVA CENTRAL SINDICAL DE TRABALHADORES
OAB – ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
PASTORAL DA SAÚDE – CNBB
PASTORAL DA CRIANÇA – CNBB
SINDINAP/FS – SINDICATO NACIONAL DOS APOSENTADOS
FORÇA SINDICAL
SINAGENCIAS – SINDICATO NACIONAL DOS SERVIDORES DAS AGENCIAS NACIONAIS REGULADORAS
UBM – UNIÃO BRASILEIRA DE MULHERES
UNE – UNIÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES
UNEGRO – UNIÃO DE NEGROS PELA IGUALDADE

CONASEMS

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente - Antônio Carlos Figueiredo Nardi
Vice-Presidente - Aparecida Linhares Pimenta
Vice-Presidente - Gustavo de Azevedo Couto
Diretor Administrativo - Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Diretor Administrativo Adjunto - Frederico Marcondes Neto
Diretor Financeiro - Mauro Guimarães Junqueira
Diretor Financeiro - Adjunto - Marina Sidineia Martins
Diretor de Comunicação Social - Celso Luiz Dellagiustina
Diretor de Comunicação Social - Adjunto - Afonso Emerick
Diretor de Descentralização e Regionalização - Maria Adriana Moreira
Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto - Leila Maria da Silva Lopes
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Pedro Hermann Madeiro
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto - Raul Moreira Molina
1º Vice-Presidente Regional - Região Norte - José da Silva Monteiro
2º Vice-Presidente Regional - Região Norte - Charles Cesar Tocantins de Souza
1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste - Murilo Porto de Andrade
2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste - Wilames Freire Bezerra
1º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste - Rosa Maria Blanco Manzano
2º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste - Josué da Silva Lopes
1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste - Hans Dohman
2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste - Silvani Alves Pereira
1º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Valdemar Ferreira Fonseca
2º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Aristides Feistler
Conselho Fiscal - 1º Membro - Roseana Meira Barbosa
Conselho Fiscal - 1º Membro / Suplente - Conceição Maria Soares Madeira
Conselho Fiscal - 2º Membro - José Carlos Cancigliere
Conselho Fiscal - 2º Membro / Suplente - Claudia da Costa Meireles
Conselho Fiscal - 3º Membro - Francisco das Chagas Teixeira
Conselho Fiscal - 3º Membro / Suplente - Gilmar Gervásio Vedovoto
Conselho Fiscal - 4º Membro - Gerônimo Paludo
Conselho Fiscal - 4º Membro / Suplente - Valdemir Scarpari
Conselho Fiscal - 5º Membro - Lauther da Silva Serra
Conselho Fiscal - 5º Membro / Suplente - Amilton Fernandes Prado

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

Sec. Extraordinária - Atenção à Saúde/Norte - Ivone Silva dos Santos
Sec. Extraordinária - Atenção à Saúde/Nordeste - Iolete Soares de Arruda
Sec. Extraordinária - Atenção à Saúde/Centro Oeste - Gercilene Ferreira
Sec. Extraordinária - Atenção à Saúde/Sudeste - Célia Cristina Pereira Bortoletto
Sec. Extraordinária - Atenção à Saúde/Sul - João José Cândido da Silva
Sec. Extraordinária Desc. Regional. e Regulação/Norte - Antonio de Castro da Silva Neto
Sec. Extraordinária Desc. Regional. e Regulação/Nordeste - Porcina dos Remédios G. Trigueiro
Sec. Extraordinária Desc. Regional. e Regulação/C. Oeste - Wisley Roni Clemente
Sec. Extraordinária Desc. Regional. e Regulação/Sudeste - Magali Rodrigues de Brito Araújo
Sec. Extraordinária Desc. Regional. e Regulação/Sul - Eunice Blender
Sec. Extraordinária Financiamento/Norte - Nara Maria Reis Carneiro Koide
Sec. Extraordinária Financiamento/Nordeste - Saulo Menezes Calasans Eloy dos Santos Filho
Sec. Extraordinária Financiamento/Centro Oeste - Luciano Aparecido da Silva
Sec. Extraordinária Financiamento/Sudeste - Moacir Teixeira Rosa Soraes
Sec. Extraordinária Financiamento/Sul - Angelita Hermann
Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Norte - Juliana Conceição Dias Garcez
Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Nordeste - Solane Maria Costa
Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Centro Oeste - Kelia Rosa da Silva Assunção
Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Sudeste - Suely das Graças Alves Pinto
Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Sul - Margarete Menoncin Debértolis
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Norte - Sara dos Santos Riça
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Nordeste - Maria Neuman de Azevedo
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Centro Oeste - Marcos Vinicius Paixão
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sudeste - Andreia Passamani Barbosa Corteletti
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sul - Roberto Ruiz
Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Norte - José Henrique Marinho de Oliveira
Sec. Extraordinária Participação e Contr. Social/Nordeste - Francisco Pedro da Silva Filho
Sec. Extraordinária Participação e Contr. Social/Centro Oeste - Aparecida Clestiana da C. Souza
Sec. Extraordinária Participação e Contr. Social/Sudeste - Conceição Aparecida Pereira Rezende
Sec. Extraordinária Participação e Contr. Social/Sul - Tarcísio Crócomo
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Norte - Armando Marcos dos Santos
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Nordeste - Eduardo Felipe Lima
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/C. Oeste - Maria Claudia Gelio M. Martins Batista
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Sudeste - Fábio Volnei Stasiak
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Sul - Haroldo Rodrigues Ferreira
Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Norte - Percio Luis Favacho Inajosa
Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Nordeste - Saulo Bezerra Xavier
Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/C. Oeste - Elizeth Lucia de Araujo
Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Sudeste - Armando Alberto Herminio de Nijis
Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Sul - Euriwelton Wagner Siqueira
Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Norte - Rosinete Bernardo Passos
Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Nordeste - José Sival Clemente da Silva
Sec. Extraordinária Município Médio Porte/C. Oeste - Silvia Regina Bosso Souza
Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Sudeste - Tânia Regina Gasparini Botelho Pupo
Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Sul - Jandira Cordeiro Bahia
Sec. Extraordinária Saúde indígena/Norte - Josianis Araújo Rodrigues
Sec. Extraordinária Saúde indígena /Nordeste - Charles Roberto Nascimento Batista
Sec. Extraordinária Saúde indígena /Centro Oeste - Nelson José Fernandes de Souza
Sec. Extraordinária Saúde indígena /Sudeste - José Nazareno de Melo
Sec. Extraordinária Saúde indígena /Sul - Kelen Carmo dos Santos
Sec. Extraordinária Mercosul - Cinthia Jaqueline Ramos
Sec. Extraordinária de Fronteiras - Liamara Baldissera Casanova
Sec. Extraordinária de Acompanhamento do Pacto - Jacqueline do Bonfim Farias

Sec. Extraordinária Saúde Bucal - Eloi Trevisan
Sec. Extraordinária Saúde Mental - Luis Fernando Nogueira Tofani
Sec. Extraordinária Amazônia Legal - Andréia Fabiana dos Reis
Sec. Extraordinária Amazônia Legal - Eduardo Novaes Medrado
Sec. Extraordinária Amazônia Legal - Osvaldo Sousa Leal Júnior
Sec. Extraordinária Direito Sanitário - Maria da Conceição de Farias Rego
Sec. Extraordinária Direito Sanitário - Silvia Elisabeth Forti Storti
Sec. Extraordinária Ciência e Tecnologia - Jorge Otávio Maia Barreto
Sec. Extraordinária Capitais - Marcelo Gouvea Teixeira
Sec. Extraordinária Atenção Urgência e Emergência - Eliane Regina de Veiga Chomatas
Sec. Extraordinária Modalidades de Gestão - Maria Heloísa Cella Conter
Sec. Extraordinária Assistência Farmacêutica - Lúcia Elisabeth Colombo

RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

COSEMS - AC - Tels: (68) 3212-4123 / (68) 9974-2452
Leila Maria da Silva Lopes
COSEMS - AL - Tel: (82) 3326-5859
Pedro Hermann Madeiro
COSEMS - AM - Tels: (92) 3643-6338 / 6300
Ildnav Mangueira Trajano
COSEMS - AP - Tel: (96) 3271-1390
Carlos Sampaio Duarte
COSEMS - BA - Tels: (71) 3115-5915 / 3115-5946
Raul Moreira Molina Barrios
COSEMS - CE - Tels: (85) 3101-5444 / 3219-9099
Wilames Freire Bezerra
COSEMS - ES - Tel: (27) 3026 2287
Luis Carlos Reblin
COSEMS - GO - Tel: (62) 3201-3412
Lucélia Borges de Abreu Ferreira
COSEMS - MA - Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985
Iolete Soares de Arruda
COSEMS - MG - Tels: (31) 3287-3220 / 5815
Mauro Guimarães Junqueira
COSEMS - MS - Tels: (67) 3312.1110 / 1108
Frederico Marcondes Neto
COSEMS - MT - Tel: (65) 3644-2406
Andréia Fabiana dos Reis
COSEMS - PA - Tels: (091) 3223-0271 / 3224-2333
Charles César Tocantins de Souza
COSEMS - PB - Tel: (83) 3218-7366
Roseana Maria Barbosa Meira
COSEMS - PE - Tels: (81) 3221-5162 / 3181-6256
Ana Claudia Callou Matos
COSEMS - PI - Tel: (86) 3211-0511
Ilvanete Tavares Beltrao
COSEMS - PR - Tel: (44) 3330.4417
Marina Sidineia Ricardo Martins
COSEMS - RJ - Tel: (21) 2240-3763
Maria Juraci de Andrade Dutra
COSEMS - RN - Tel: (84) 3222-8996
Solane Maria Costa
COSEMS - RO - Tel: (69) 3216-5371
Afonso Emerick
COSEMS - RR - Tel: (95) 3623-0817
Joseilson Câmara Silva
ASSEDISA - RS - Tel: (51) 3231-3833
Arilson da Silva Cardoso
COSEMS - SC - Tels: (48) 3221-2385 / 3221-2242
Elói Trevisan
COSEMS - SE - Tels: (79) 3214-6277 / 3346-1960
Saulo Menezes Calazans Eloy dos Santos Filho
COSEMS - SP - Tels: (11) 3066-8259 / 8146
Ademar Arthur Chioro dos Reis
COSEMS - TO - Tel: (63) 3218-1782
Eduardo Novaes Medrado

CONSELHO HONORÁRIO
Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Raggio, Gilson Cantarino O'Dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini, Neilton Araújo de Oliveira, Sílvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Sílvio Fernandes da Silva, Edmundo Costa Gomes e Helvécio Miranda Magalhães Júnior.

DISTRIBUIÇÃO: Ministério, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Prefeituras, Universidades, Instituições Nacionais e Internacionais, Diretores e Administradores de Entidades Públicas e Privadas ligadas à saúde.
Espanada dos Ministérios - Ministério da Saúde
Bloco "G", Edifício Anexo, "Ala B", sala 144 - Cep: 70.058-900 - Brasília-DF
Tel: (61) 3223-0155
Homepage: www.conasems.org.br
Email: conasems@conasems.org.br



Ministério
da Saúde

