



Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Reitor: Ricardo Vieira Alves de Castro

Vice-reitor: Paulo Roberto Volpato Dias

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

Diretor: Cid Manso de Mello Vianna

Vice-diretor: Michael Eduardo Reichenheim

LABORATÓRIO DE PESQUISAS SOBRE PRÁTICAS DE INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Coordenadora: Roseni Pinheiro

CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA

Presidente: Cid Manso de Mello Vianna

**CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Presidente: Maria Juraci de Andrade Dutra

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Representante da OPS/OMS no Brasil: Joaquín Molina

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Secretário: Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Departamento de Articulação Interfederativa

Diretor: André Bonifácio

Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESC

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar

Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-900

Telefones: (xx-21) 2334-0504 ramal 152

Fax: (xx-21) 2334-2152

URL: www.lappis.org.br / www.ims.uerj.br/cepesc

Endereço eletrônico: lappis.sus@ims.uerj.br

Roseni Pinheiro
Paula Renata Silva da Fontoura
Ana Maria Matheus Auler Peres
Marcela de Souza Caldas
Dilian Duarte Jorge Hill
Rodrigo Alves Torres Oliveira
(ORGANIZADORES)



Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira

1a. Edição
CEPESC - COSEMS-RJ - OPAS - IMS-UERJ

Rio de Janeiro
2013

APOIADORES REGIONAIS: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

ROSENI PINHEIRO, PAULA RENATA SILVA DA FONTOURA, ANA MARIA MATHEUS AULER PERES,
MARCELA DE SOUZA CALDAS, DILIAN DUARTE JORGE HILL E RODRIGO ALVES TORRES OLIVEIRA
(organizadores)

COLEÇÃO SAÚDE PARTICIPATIVA

1ª edição / maio 2013

Supervisão editorial: Marcela de Souza Caldas, Paula Renata Silva da Fontoura
e Ana Maria Matheus Auler Peres

Bolsista: Gabriel Velloso

Revisão: Ana Silvia Gesteira

Capa e editoração eletrônica: Mauro Corrêa Filho

Logomarca do projeto: Marina Herriges

Indexação na base de dados LILACS

Ficha catalográfica elaborada por UERJ/REDE SIRIUS/CBC

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / CBC

A643 Apoiadores regionais: uma experiência brasileira / Roseni Pinheiro...
[et al.] (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ:
COSEMS/RJ: OPAS, 2013.
220 p.

ISBN: 978-85-89737-79-1

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Política de saúde - Brasil.
3. Serviços de saúde - Brasil. I. Pinheiro, Roseni. II. Centro de Estudos e
Pesquisa em Saúde Coletiva. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Medicina Social. IV. Conselho de Secretarias Municipais de
Saúde do Rio de Janeiro. V. Organização Pan-Americana da Saúde.

CDU 614.2(81)

Impresso no Brasil

Copyright © 2013 dos organizadores

Os textos que compõem esta coletânea são de inteira responsabilidade de seus respectivos autores.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Presidente

Maria Juraci de Andrade Dutra (Iguaba Grande)

Primeiro Vice-Presidente

Suely Das Graças Alves Pinto (Volta Redonda)

Segundo Vice-Presidente

Hans Fernando Rocha Dohmann (Rio de Janeiro)

Secretário Geral

Luis Antonio de Souza Teixeira Junior (Nova Iguaçu)

Diretor Financeiro

Maria da Conceição de Souza Rocha (Piraí)

Diretor de Comunicação

Carlos Otávio Sant'Anna (Teresópolis)

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares

Francisco D'Ángelo (Niterói)

Diretor Direito Sanitário

Flávio dos Santos Antunes (Macaé)

Diretor de Regionalização e Descentralização

Luiz Alberto Barbosa (Três Rios)

Vice-Presidentes Regionais – Titulares e Suplentes

Noroeste

(T) Izaura Magalhães (Porciúncula)

(S) Charb Francisco Tanus Florido (Italva)

Norte

(T) Geraldo Augusto Venâncio (Campos dos Goyacazes)

(S) Hélio Conceição da Cruz (Quissamã)

Serrana

(T) André Leonardo Earp (Petrópolis)

(S) Dagoberto José da Silva (Nova Friburgo)

Baixada Litorânea

(T) Carlos Eduardo Andrade Coelho (Saquarema)

(S) Armando de Nijs (Casimiro Abreu)

Metropolitana II

(T) Edilson Francisco dos Santos (Itaboraí)

(S) Janete Valladão (Maricá)

Metropolitana I

(T) Oscar Jorge Berro (São João de Meriti)

(S) Camilo Junqueira (Duque de Caxias)

Centro Sul

(T) Altair Paulino de Oliveira Campos (Vassouras)

(S) Adriano Seixas Vasconcellos (Comendador Levy Gasparian)

Médio Paraíba

(T) João Ferreira de Lima (Itatiaia)

(S) Stella Reis (Rio Claro)

Baía da Ilha Grande

(T) Carlos Alberto Moutinho Saldanha de Vasconcellos (Angra dos Reis)

(S) Sergio Rabinovici (Mangaratiba)

Conselho Fiscal

Analice Martins (São Pedro d'Aldeia)

Fátima Poubel Marques (Japeri)

Egídio Alcides Bonin de Azevedo (Trajano de Moraes)

Marilize Quintana Juliano (São Sebastião do Alto)

Wellington Pires (Bom Jardim)

Gerson de Freitas Schueng (Cordeiro)

SUMÁRIO

PREFÁCIO	09
LUIZ ODORICO MONTEIRO DE ANDRADE	

PRÓLOGO	11
ROSENI PINHEIRO	

APRESENTAÇÃO	13
DIRETORIA DO COSEMS-RJ	

PARTE I - Apoiadores regionais no COSEMS-RJ: uma experiência de cooperação entre atores em redes

Consolidação da gestão solidária: histórico da regionalização na saúde pública fluminense	17
MONIQUE ZITA DOS SANTOS FAZZI	

O COSEMS-RJ: origem e identidade	27
DILIAN DUARTE JORGE HILL	

A Função Apoio: um ensaio sobre a luta pelo equilíbrio democrático na cogestão em saúde	41
MARCELA DE SOUZA CALDAS	

Apoiadores regionais: a experiência do Estado do Rio de Janeiro	49
PAULA RENATA SILVA DA FONTOURA	

PARTE II - Experiências regionais e interfederativa de apoio: construindo estratégias de fortalecimento da gestão regional do SUS

O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal com estados e municípios: a experiência vivida e a vivência atual	59
ANDRÉ LUIS BONIFÁCIO DE CARVALHO	

Estratégias de apoio institucional do COSEMS-MG visando fortalecer a gestão municipal no espaço de gestão regional do SUS	85
MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA e PAOLA SOARES MOTTA	

Apoiador regional: ferramenta de fortalecimento do SUS em Alagoas	115
PEDRO HERMANN MADEIRO	

Estratégia Apoiadores: dispositivo do COSEMS-SP para qualificar a ação dos gestores municipais de saúde e potencializar o processo de regionalização	125
ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS REIS, ELAINE MARIA GIANOTTI, LUMENA ALMEIDA CASTRO FURTADO, MÁRCIA MARINHO TUBONE, FLORIANO NUNO DE BARROS PEREIRA FILHO e MARIA DO CARMO CABRAL CARPINTERO	

A Estratégia de Apoio Institucional na agenda do CONASEMS e dos COSEMS	169
ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI	

PARTE III - Documentos oficiais

Carta de Angra	177
Carta de Búzios	180
Carta do Rio	183
Estatuto do COSEMS-RJ	185
Regimento da CIB	201
Regimento da CIR	208

PREFÁCIO

**LUIZ ODORICO MONTEIRO DE
ANDRADE**

Secretário de Gestão Estratégica
e Participativa do Ministério da
Saúde

É com muita satisfação que escrevemos o prefácio desta publicação, que trata da institucionalização de uma estratégia fundamental para o processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O processo de apoio institucional, neste contexto, assume papel fundamental como dispositivo capaz de materializar as estratégias capazes de articular um conjunto de forças em prol da mobilização e dinamização de projetos estratégicos em diferentes espaços da gestão do SUS.

Cabe destacar que, com a implementação do SUS, novas competências e responsabilidades governamentais vêm sendo estabelecidas, implicando a organização de espaço de constantes negociações e pactuações intergestores, como também a introdução de inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais que influem cotidianamente no exercício da gestão setorial, organizada muitas vezes em condições heterogêneas, diversas e plurais.

Nesse espaço estratégico, além do desenvolvimento de um conjunto de ações e atividades baseadas em necessidades, vulnerabilidades e riscos, faz-se imprescindível o exercício da mediação política e a definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social e, neste sentido, a prática da cooperação e apoio

institucional ganha força e se torna fundamental. O processo do apoio integrado que vem sendo trabalhado pelo Ministério da Saúde implica um modo de construir espaços de relação com os outros entes federados para além das normas e da indução financeira, onde todos aprendem e procuram aprimorar sua prática gestora.

Sem sombra de dúvida, esta estratégia tem contribuído para que possamos fortalecer a horizontalidade nas relações federativas, estabelecer uma maior cooperação no processo de construção das Redes de Atenção à Saúde, fomentar a qualificação da Atenção Básica e propiciar o aprimoramento do Pacto Federativo por meio da instituição do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), possibilitando o desenvolvimento das práticas de atenção e gestão, que produzam acolhimento, com ampliação do acesso e qualidade no SUS.

PRÓLOGO

Apoiadores Regionais no SUS: a importância dos COSEMS na efetivação em rede do direito humano à saúde

ROSENI PINHEIRO

Doutora em Saúde Coletiva e professora adjunta (IMS-UERJ); pró-cientista da UERJ/FAPERJ; líder do Grupo de Pesquisa do CNPq – LAPPIS. E-mail: rosenisaude@uol.com.br

É com satisfação que escrevo o prólogo desta coletânea, intitulada *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*, que evidencia a importância do papel dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde no apoio à consolidação dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). A coletânea representa o conjunto de esforços da Diretoria do COSEMS-RJ, em parceria do Grupo de Pesquisa do CNPq - LAPPIS, no sentido de contribuir para o compartilhamento de experiências de apoio no âmbito das instituições de saúde, numa perspectiva de rede relacionando atenção ao cuidado na oferta de ações de saúde.

Trata-se de uma ideia de apoio centrada nos princípios de cogestão, responsabilização, cooperação e compartilhamento das ações de governança, que se apresenta em diferentes modalidades e formas de intervenção, seja no âmbito nacional, estadual ou regional. Todavia, as fontes de inspiração para sua formulação ético-político-conceitual apoiam-se em referenciais teórico-práticos, todos tributários de contribuições originais e profícuas desenvolvidas pelo Professor Gastão Wagner Campos, nosso grande mestre no campo da Saúde Coletiva e na defesa do SUS.

Dividida de forma didática em três partes, esta publicação reúne os textos originais e documentos oficiais que visam ao fortalecimento de dispositivos de gestão e organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante a sua governança institucional e integração das ações e serviços dos entes federativos.

Na parte I, “Apoiadores regionais no COSEMS-RJ: uma experiência de cooperação entre atores em redes”, são abordados aspectos históricos, políticos e institucionais da trajetória do COSEMS-RJ na consolidação da gestão regionalizada do SUS no Estado do Rio de Janeiro e compartilhadas as ideias de apoio utilizadas, com relatos de experiências do Projeto *Apoiadores Regionais*.

A parte II, “Experiências regionais e interfederativa de apoio: construindo estratégias de fortalecimento da gestão regional do SUS”, traz as diferentes visões dos atores/autores das experiências que, ao narrarem suas vivências na promoção, execução e difusão de seus efeitos, nos oferecem evidências da vivacidade do compromisso em cumprir o legado constitucional de efetivar o direito à saúde.

Por fim, na terceira parte, são apresentados os principais documentos que marcaram a trajetória do COSEMS-RJ e que servem de referência para aqueles que buscam subsídios acerca do SUS no Estado do Rio de Janeiro.

Estimo que esta coletânea, fruto do esforço coletivo e solidário de todos implicados em sua produção, possa oferecer aos leitores possibilidades de compreensão crítica, reflexiva e de aprendizado na defesa de um sistema público universal de saúde, com integralidade em todos os níveis de atenção.

Grata a todos.

APRESENTAÇÃO

Apoio para consolidar e fortalecer o SUS

DIRETORIA DO COSEMS-RJ

A inclusão do apoio como estratégia para o aprimoramento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) já é uma realidade no país e tem sido trabalhada de diferentes modos. Se buscarmos a definição da palavra “apoio” no dicionário *Aurélio*, encontraremos sinônimos como amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, fundamentar e prestar auxílio mútuo. Na área da saúde, esses significados são reforçados quando trabalhamos para consolidar o processo de regionalização e buscar a gestão solidária.

Uma das diretrizes do SUS, a regionalização promove a ação cooperativa entre os gestores da saúde e o fortalecimento do controle social. É elemento fundamental para organizar a rede de ações e serviços da saúde, assegurando o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Parte de um processo iniciado pela Constituição Federal em 1988, a regionalização é um princípio organizacional do SUS que orienta a identificação e a construção das “regiões de saúde”, que devem ser organizadas para garantir o direito da população à saúde e para potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores.

Reafirmando sua missão de contribuir para a formulação e implementação de políticas e apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais, o COSEMS-RJ tem papel de destaque no fortalecimento do processo de regionalização no Estado do Rio de Janeiro. Nesta publicação, apresentaremos uma dessas iniciativas, que muito nos orgulha: o Projeto *Apoiadores Regionais*, realizado em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), promove o apoio institucional regionalizado aos gestores municipais da área da saúde, por meio da atuação de cinco apoiadores, profissionais capacitados que atuam distribuídos nas nove regiões de saúde fluminenses.

Implantado em 2012, além de estreitar a aproximação do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) com os gestores municipais, a iniciativa amplia a capacidade de articulação de secretários municipais e técnicos nos espaços de governança, e contribui para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro. Os resultados positivos das ações realizadas no âmbito do projeto estão registrados nestas páginas, que também apresentam a experiência pioneira dos estados de Alagoas e Minas Gerais, além da visão de representantes do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre o tema.

Boa Leitura!

PARTE I

Apoiadores regionais no COSEMS-RJ: uma experiência de cooperação entre atores em redes

Consolidação da gestão solidária: histórico da regionalização em saúde no Estado do Rio de Janeiro

MONIQUE ZITA DOS
SANTOS FAZZI*

Promover a integralidade da atenção, a equidade, corrigir desigualdades sociais e territoriais e potencializar a descentralização. Esses são os principais objetivos da regionalização em saúde. Diretriz do SUS, o processo possibilita o desenvolvimento de estratégias e instrumentos voltados para a integração de serviços, agentes, instituições e práticas que reforçam a relação interfederativa entre as três esferas de governo. Os diversos campos da atenção em saúde em um determinado território, como a assistência, as vigilâncias, a formação e gestão de recursos humanos, a produção e alocação de tecnologias e insumos para a saúde são beneficiados pela negociação e pactuação entre os gestores.

*Subsecretária Geral de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; mestre em Planejamento e Políticas de Saúde pelo IESC-UFRJ; pós-graduada em Gestão em Saúde pela FGV-RJ e em Gestão Hospitalar pela ENSP-FIOCRUZ.

No Estado do Rio de Janeiro, o processo foi iniciado com a adesão do Estado ao Pacto pela Saúde, em 2006, reafirmando o compromisso firmado por gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Em 2007, com a implantação do Programa Saúde na Área, da Secretaria de Estado e Saúde (SES), a regionalização ganhou força. A iniciativa tinha como finalidade aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos municípios e estabelecer uma relação mais próxima entre os gestores e a SES, caracterizando uma nova proposta para a gestão em saúde. Em 2009, foram realizados pela SES eventos como a Acolhida aos Secretários Municipais de Saúde, Oficinas de Regionalização e Seminários de Planejamento Regional. Em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no mesmo ano, e partir da Deliberação nº 1.452, as regiões de saúde foram redefinidas e os Colegiados de Gestão Regional (CGRs) – chamados atualmente de Comissões Intergestores Regionais (CIRs) por determinação do Decreto Presidencial nº 7.508/11 – foram criados.

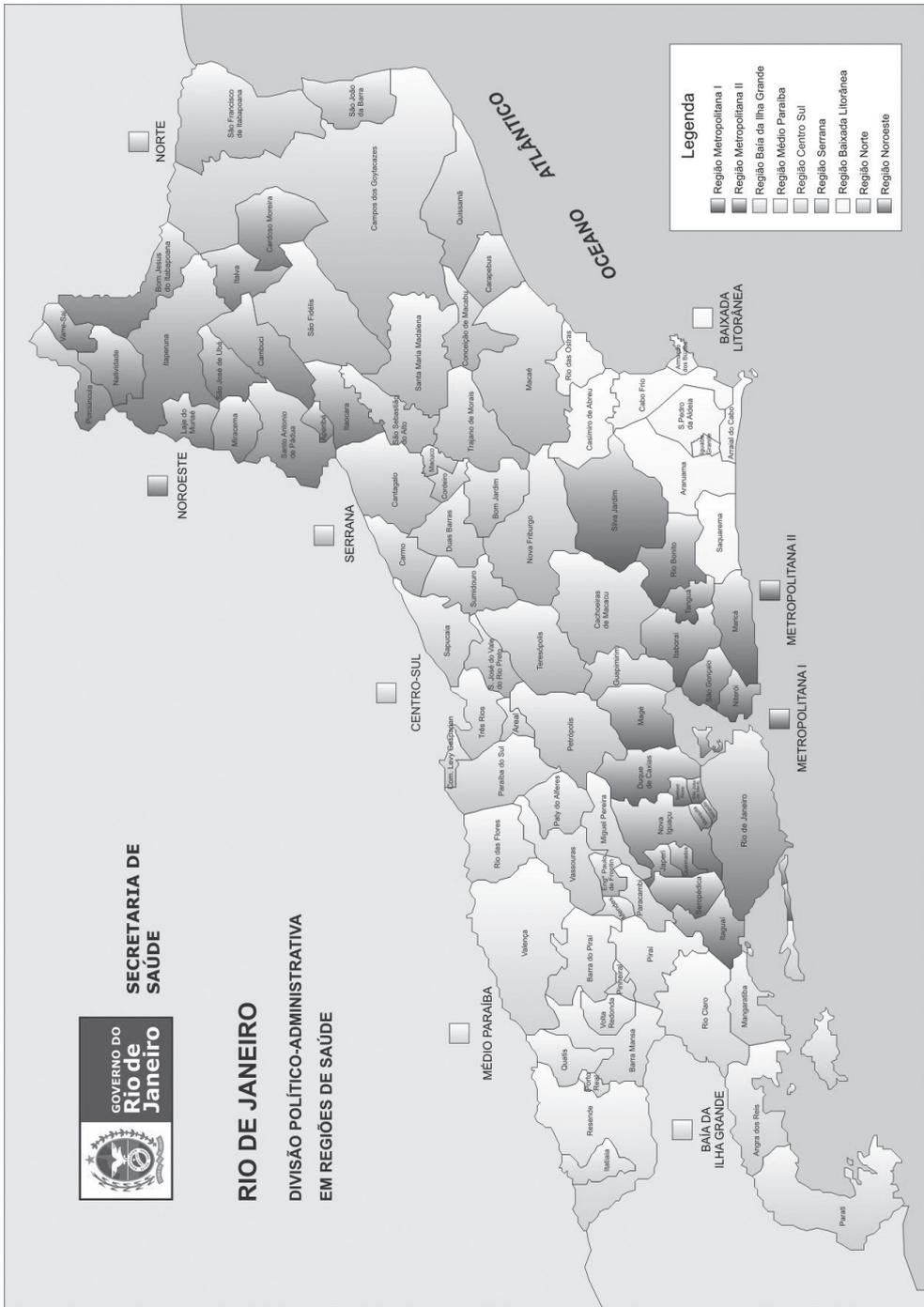
A SES RJ instituiu a Assessoria de Integração Regional (AIR) para apoiar o processo de regionalização. O acompanhamento da organização das regiões de saúde e orientação e auxílio às CIRs são algumas das atribuições da AIR, que ainda tem como tarefa fomentar as discussões sobre os Planos Regionais de Saúde e demais instrumentos de planejamento como, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Atualmente, o Estado do Rio de Janeiro conta com nove regiões de saúde: Baía de Ilha Grande, Centro-Sul, Metropolitana I, Metropolitana II, Médio Paraíba, Serrana, Baixada Litorânea, Noroeste e Norte.



**SECRETARIA DE
Rio de
SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

**DIVISÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA
EM REGIÕES DE SAÚDE**



APOIADORES REGIONAIS: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Em uma série especial sobre regionalização, reportagens publicadas em 2012 na *Revista do COSEMS-RJ* apresentaram um panorama das regiões de saúde fluminenses. Para elaborá-las, técnicos do COSEMS-RJ e a equipe de assessoria de comunicação do órgão percorreram as nove regiões de saúde do estado para registrar a construção da gestão solidária pelos secretários municipais de Saúde. No mês de junho, a revista contemplou as regiões da Baía de Ilha Grande, Médio Paraíba e Centro-Sul. Na edição de setembro, foram apresentadas as regiões Metropolitana I, Metropolitana II e Baixada Litorânea; e para fechar, em dezembro, a situação das regiões Serrana, Norte e Noroeste. As matérias jornalísticas renderam um diagnóstico situacional de cada região, apresentado abaixo:

- **Baía de Ilha Grande** - Menor região do estado em número de municípios (apenas três) e em população (menos de 300 mil pessoas), a Baía de Ilha Grande é formada por Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty. O que poderia ser um elemento favorável se tornou um dos grandes desafios da região, já que a representatividade dos três municípios se torna essencial ao poder decisório da CIR.
- **Baixada Litorânea** - Formada por nove municípios e com uma população de cerca de 680 mil habitantes, a região é composta por Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro d'Aldeia e Saquarema. A Baixada Litorânea destaca em seu processo de regionalização o estabelecimento de Centrais de Regulação Municipal nos municípios de Búzios e Arraial do Cabo.

- **Médio Paraíba** - Em 1998, foi formado na região o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraíba (Cismepa) – consórcio público, de direito público, formado por prefeitos, secretários e gestores, que promove capacitação de profissionais, acompanhamento técnico das Secretarias de Saúde, desenvolvimento de projetos de saúde pública e outras ações. Região formada por 12 municípios e mais de 850 mil habitantes, Médio Paraíba foi também a primeira região do estado a demonstrar interesse e assinar o Contrato *Organizativo de Ação Pública de Saúde* (COAP). Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda integram a região que contará, até 2014, com um hospital regional para atender aos moradores.
- **Centro-Sul** - Composta por 11 municípios e uma população de cerca de 320 mil habitantes, a região Centro-Sul reúne Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. A região conta com a maciça presença dos gestores às reuniões da CIRs e, sobretudo, de pactuação e articulação entre os gestores. Durante todo o processo de regionalização, foi marcante o crescimento da participação dos gestores, que se encontram atualmente à frente dos debates e legislações que melhoram o desempenho da saúde nos municípios.
- **Metropolitana I** - Formada por 12 municípios, que concentram mais de 60% da população fluminense, a região

Metropolitana I é composta por Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti e Seropédica. Marcada historicamente pelo protagonismo da capital fluminense, a Metropolitana I iniciou sua trajetória com uma difícil condição de coesão, que aos poucos foi sendo substituída pelo interesse e presença dos gestores. Atualmente, a região tem como principal obstáculo e tema de discussão o déficit de leitos.

- **Metropolitana II** - Com uma população de cerca de dois milhões de habitantes, a região é formada por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. O processo de regionalização da Metropolitana II se iniciou antes mesmo do estabelecimento do CGR, durante a discussão para implantação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional e pela criação de uma Comissão das Regiões Metropolitanas. Desde então, a região é marcada pela integração entre os municípios, que, dentre outras ações, articularam a construção da Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) de Rio Bonito, que beneficia também o município vizinho de Tanguá. Outro destaque é o atual papel da CIR para ajudar a solucionar os déficits dos municípios com relação às cirurgias e aos procedimentos de média e alta complexidade.
- **Noroeste** - Segunda maior região de saúde fluminense em número de municípios, a Noroeste abrange 14 municípios e soma cerca de 350 mil habitantes, dos quais a maioria – 100 mil – está concentrada em um município-polo – Itaperuna. Dessa

forma, a falta de recursos financeiros e humanos próprios nos outros 13 municípios menores – Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai –, somada à grande distância entre a região e a capital fluminense, configura uma situação desfavorável ao processo de regionalização. Contudo, as iniciativas que vêm sendo praticadas na região mostram que a regionalização é o melhor caminho para o crescimento e aperfeiçoamento da saúde pública na região, que tem como uma das metas distribuir melhor a grande demanda que é absorvida pelo município-polo.

- **Norte** - Apesar das grandes diferenças econômicas entre seus municípios, oriundas dos recursos gerados pela atividade do setor produtor de petróleo, os gestores da região Norte foram capazes de estabelecer relações de forte integração. Com mais de 830 mil habitantes, os oito municípios da região – Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra – enfrentam ainda um crescimento populacional associado a uma população flutuante, o que gera problemas sociais e, principalmente, dificulta o planejamento da saúde pública na região. Contudo, avanços sólidos foram alcançados no processo de regionalização, minimizando as diferenças entre os municípios, favorecendo a equidade do acesso do usuário e fomentando a ajuda mútua entre os gestores.
- **Serrana** - Com o maior número de municípios, a região Serrana é a terceira mais populosa do estado, com mais de

900 mil habitantes. É formada por 16 municípios: Bom Jardim, Cachoeira de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis e Trajano de Moraes. Afetada pela tragédia climática das fortes chuvas de janeiro de 2011, a região enfrentou dificuldades financeiras e estruturais na saúde e em todas as outras áreas, investindo até hoje esforços para se reerguer. Tal tragédia, contudo, contribuiu para o fortalecimento da integração entre os municípios, impulsionando o processo de construção da regionalização e tornando a região um exemplo de integração – marcado por iniciativas como a pactuação da Rede de Urgência e Emergência e a implantação de um SAMU regional.

“O trabalho de fortalecimento do processo de regionalização vem sendo desenvolvido desde 2007, em parceria com o COSEMS-RJ e o Conselho Estadual de Saúde. Nessa época, iniciamos com a implantação do Programa Saúde na Área, iniciativa que possibilitou maior aproximação com os gestores, já que fomos até os municípios para conhecer as verdadeiras necessidades de cada um. Logo depois, definimos as regiões de saúde no estado e, em 2009, os Conselhos de Gestão Regional (CGRs) foram instituídos e fortaleceram a governança regional. Agora chamadas de Comissões Intergestores Regionais (CIRs), estabelecem uma rotina de reuniões que acontecem pelo menos uma vez por mês e reúnem os gestores, representantes do Cosems e do Conselho Estadual de Saúde, garantindo uma organicidade ao processo, que está voltado de fato para a região.”

Hoje, estamos colhendo os bons frutos. O histórico da nossa atuação trouxe impactos positivos como a revisão e pactuação da PPI em 2011. Este trabalho só foi finalizado porque já estávamos vivendo este processo, discutindo os problemas de saúde, as necessidades e as ações para melhoria. Isso criou um ambiente propício para que finalizássemos a PPI. Em 2009, quando começamos o processo efetivo de regionalização, não havia maturidade para pactuar. Agora percebemos que não era uma questão de pactuação, mas do processo do trabalho, de fazer essa revisão, dessa apropriação técnica.

Quando o Secretário Sérgio Côrtes idealizou o Programa Saúde na Área, em 2007, entendendo que deveríamos ir aos municípios, iniciamos uma aproximação que contava com uma formalidade. Não era apenas uma conversa, criamos uma institucionalidade na relação. Quando confirmamos as regiões de saúde e instituímos as CGRs, o estado passou a liderar o processo em parceria com o Cosems e com o Conselho Estadual de Saúde, deu uma integralidade e fortaleceu a articulação entre eles. Avançamos de tal forma que hoje não existe uma liderança, todas as ações são realizadas em conjunto. O estado deu início e agora a liderança é conjunta.

A implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) em suas regiões de saúde é conquista que o Estado do Rio de Janeiro está buscando. O Decreto nº 7.508 traz um ganho significativo para a consolidação do processo de regionalização, especialmente em relação ao Pacto pela Saúde. A adesão ao pacto era individual, de cada município. O COAP exige a adesão da região. A municipalização e a descentralização, com a Norma Operacional Básica 91, foram muito intensas e

necessárias. No entanto, criaram um isolamento do município, que passou a conversar diretamente com o Governo Federal, e a gestão estadual ficou sem saber qual era seu papel efetivo. Além disso, alguns municípios não conseguiam suprir as demandas, inclusive em relação ao financiamento, era necessária uma complementação. Ainda há o problema, por isso não podemos repetir ofertas de serviços e gerar desperdício. É necessária uma complementação, uma gestão solidária.

Com o COAP isso é possível porque é a região que vai firmar o contrato. Outro aspecto positivo é a pactuação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que define o grau de integralidade que o SUS está oferecendo para a população. A exigência de um Mapa da Saúde nas regiões também vai contribuir para identificarmos as necessidades e organizar o sistema.

Realizamos oficinas nas nove regiões para aprofundar o conhecimento sobre o COAP e prestar apoio técnico para sua implantação. A região do Médio Paraíba foi a primeira a manifestar interesse em assinar o contrato em um curto prazo e o trabalho já foi iniciado. Porém, isso não significa que as outras regiões não possam fazer o mesmo. A região do Médio Paraíba já está adiantada na avaliação da situação de saúde da região, fundamental para dar início à implantação, já que é necessário ter um planejamento regional e um diagnóstico de como está a situação na região. Em paralelo, reunimos os procuradores e assessorias jurídicas para trabalhar a questão legal do contrato. Os conselhos municipais e estadual de saúde também vêm debatendo o tema e os consórcios serão chamados para fortalecer a operação regional de implantação”.

O COSEMS-RJ: origem e identidade

DILIAN DUARTE JORGE HILL*

Breve histórico

Em 25 anos de existência, o SUS vem apresentando, no seu processo de consolidação, mudanças significativas na atenção e na gestão dos serviços, por meio da garantia dos seus princípios universalidade, equidade e integralidade e das suas diretrizes –descentralização e participação social.

A necessidade de articulação local e nacional na implementação do SUS é descrita por Cunha e Santos (2001), que detalham que, numa dimensão vertical, seria necessário construir um sistema único com princípios organizativos comuns para todo o território nacional e com responsabilidade partilhada pelas três esferas de governo. O

* Secretária executiva do COSEMS-RJ; pós-graduada em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde e em Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ).

fortalecimento do papel dos municípios como instância responsável pela saúde traz à discussão a necessária articulação entre os diferentes níveis de governo, com a representação dos secretários municipais de Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde.

A criação das instâncias intergestoras de negociação, com a responsabilidade de compartilhar decisões, constituiu importante inovação de gestão do sistema e viabilizou a construção de acordos que permitiram enfrentar o conflito cotidiano nas relações entre as esferas de governo (VASCONCELOS, 2006). Neste aspecto, Machado, Lima e Baptista (2006) reforçam que essas comissões, devido a seu caráter paritário, podem colocar em situação de igualdade gestores de diferentes níveis de governo, como nas CIBs, onde a representação dos municípios se equipara formalmente à estadual.

O processo de municipalização foi regulamentado em 1988, através da Constituição Federal, e pelas Leis n°s 8.142 e 8.080, em 1990. No entanto, as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), no âmbito estadual, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito federal, o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), formalizados na década de 1990, só foram reconhecidos oficialmente através do Decreto n° 7.508, de 28 de julho de 2011, em seu 32° artigo:

Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Seu reconhecimento oficial se deu também pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que alterou o Art. 1 - Capítulo III do Título II da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passando a vigorar acrescido dos seguintes artigos 14-A e 14-B:

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

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.

§ 1 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.

§ 2 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.

Apesar do descrito no parágrafo 1º do art. 14-B, esses recursos ainda não foram regulamentados, o que torna o poder de ação do CONASEMS e dos COSEMS Estaduais fragilizados em relação ao financiamento destes entes. Embora tenham conquistado igualdade em suas representações, sejam tripartite ou bipartite, esses órgãos reconhecidos pelo conjunto dos secretários de Saúde municipais são custeados pelas contribuições das Secretarias Municipais de Saúde.

No Estado do Rio de Janeiro, a CIB tem composição paritária entre a representação dos secretários municipais de Saúde, através de sua entidade COSEMS-RJ e a SES-RJ, e todas as regiões de saúde do estado têm assento tanto na CIB como na sua câmara técnica.

A criação do COSEMS-RJ¹ advém da 8º Conferência Nacional de Saúde e da criação da Comissão de Articulação de Municípios, em

¹ **Presidências do COSEMS-RJ:** 1987-1989: Carlos Alberto Trindade; 1989-1991: Sérgio da Serra Martins Oeste; 1991-1995: Gilson Cantarino O'Dwyer; 1995-1996: Agostinho Seródio Boechat; 1997-1999: Luis Antônio Neves da Silva; 1999-2003: Valter Luiz Lavinas Ribeiro; 2003-2005: Carlos Alberto Malta Carpi; 2005-2009: Valter Luiz Lavinas Ribeiro; 2009-2011: Antônio Carlos de Oliveira Júnior; 2011-2013: Maria Juraci de Andrade Dutra (informação disponível em www.cosemsrj.org.br/histórico).

1986, que posteriormente formou o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Nessa ocasião, vários estados começaram as articulações para formar os conselhos estaduais das Secretarias Municipais de Saúde, com o objetivo de fortalecer o movimento municipalista. No Rio de Janeiro, essas articulações se deram entre 1986 e 1988, período que foram realizados encontros regionais em vários municípios. As reuniões reforçaram a necessidade de articulação dos municípios em uma organização que os representasse. Em 1988, foi criado o COSEMS-RJ, cujo processo de legalização se deu em 1993, com o registro de sua primeira diretoria.

Fortalecendo a entidade

Após o período de consolidação da entidade (1995-2005), o COSEMS-RJ vem se mostrando mais atuante. Exemplo disso foi exigir que a CIB-RJ, em 2005, passasse a ter composição paritária e representativa de todas as regiões. Também passou a contratar e qualificar seus técnicos.

Em sua história, o COSEMS-RJ conta com alguns marcos importantes, como a realização do Encontro dos Secretários de Saúde do Rio de Janeiro em Macaé, em 2005 e seu I Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro em Angra dos Reis, em 2007. Ambos os eventos contaram com financiamento das prefeituras locais. Em 2009, a entidade realizou seu II Congresso,² em Armação de Búzios, com financiamento próprio e parte patrocinada pela SES-RJ. Ainda nesse ano, a participação do COSEMS nas Oficinas de Regionalização foi fundamental para a consolidação das nove regiões de saúde do estado. Então a diretoria,

² Vide “Carta de Búzios” ao final desta publicação.

verificando a necessidade premente de avançar no crescimento com qualidade, organizou sua I Oficina de Planejamento, cuja missão era:

Contribuir para a formulação e implementação de políticas e apoiar tecnicamente as Secretarias Municipais na condução das políticas de saúde, promovendo, de maneira proativa, a articulação e a pactuação técnica e política em torno dos interesses municipais, com vistas à defesa dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

O III Congresso das Secretarias Municipais de Saúde³, no Rio de Janeiro, em 2011, representou um marco da transição e dos novos rumos das políticas públicas de saúde. O evento, que foi transmitido em tempo real pelo Telessaúde UERJ,⁴ presenciou o lançamento (não oficial) do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) durante a palestra do Dr. Odorico Andrade (Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde) e das Redes de Atenção à Saúde, na palestra do Dr. Helvécio Magalhães. Neste ano, em esforço conjunto, COSEMS e SES aprovaram a PPI (programação pactuada integrada), após dez anos de tentativas. Nesse mesmo ano, a participação da entidade na VI Conferência Estadual de Saúde foi bastante expressiva e, pela primeira vez, com todos indicados presentes. Também realizou vários eventos, na busca contínua da qualificação da gestão, em parceria com a SES e o MS:

- Seminário do Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP;
- Atenção Domiciliar e seus Desdobramentos no Estado do Rio de Janeiro;

³ Vide o documento “Carta do Rio”, ao final desta publicação.

⁴ Disponível em www.telessaude.uerj.br

- Seminários Regionais de Articulação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica;
- Sete cursos regionais para as nove regiões.

O COSEMS-RJ vem se mostrando muito atuante na área da educação em saúde, seja nas pactuações de vagas de cursos de capacitação das diversas áreas de ação do SUS, nas representações junto a Secretaria Estadual de Saúde e Ministério da Saúde, no financiamento do Curso CDG-SUS (Curso de Desenvolvimento Gerencial do SUS) para dez municípios através da UERJ-IMS/LAPPIS; como parceiro agilizador no Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no Sistema Único de Saúde – PNDG (Portaria nº 1.311, de 27 de maio de 2010), que resultou em um curso de mestrado profissional em administração em saúde e dois cursos em especialização em gestão de saúde, administrados pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2011; nas parcerias para realização dos cursos de Especialização em nível técnico em Gestão de Saúde - Fiocruz/Ensp/EPSJV (2011); Especialização em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS – UnaSUS/UERJ (2010/2012); Especialização em nível Técnico em Vigilância Sanitária com ênfase em produtos - Fiocruz/Ensp/EPSJV (2012); e Especialização em nível técnico em Gestão de Saúde com ênfase em Regulação - Fiocruz/Ensp/EPSJV (2012).

Entre os projetos desenvolvidos entre 2011 e 2012, estão:

- lançamento do livro *Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde* (COAP);
- lançamento da cartilha *Como organizar um serviço de controle, avaliação e regulação municipal*;

- Lançamento do livro *A Lei 141 e o Gestor Municipal de Saúde*;
- Seminário Virtual “A Lei 141 e o Gestor Municipal de Saúde”, em parceria com Telessaúde/UERJ;
- Projeto *Apoiadores Regionais*.

O Projeto *Apoiadores Regionais* e suas etapas

Contexto

A partir de março 2012, o COSEMS-RJ firmou convênio com o LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, CEPESC - Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (órgão de apoio ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ), com financiamento via convênio COSEMS/FNS 1854/2007 para realização do Projeto *Apoiadores Regionais*.

Parceria bem-sucedida, a primeira etapa do projeto findou em agosto de 2012. O COSEMS-RJ, empenhado em dar continuidade ao significativo trabalho de priorizar o planejamento regional a partir do apoio institucional nas nove regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, vem garantindo sua renovação através de parceiros patrocinadores como CONASEMS, SGEP/MS e OPAS. A manutenção deste projeto é fundamental para que o COSEMS-RJ possa alcançar os objetivos definidos na missão e no planejamento estratégico da entidade. Essas definições estratégicas impõem ao COSEMS-RJ o desenvolvimento de ações no sentido de capacitar, promover, divulgar e fortalecer as Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Justificativa

As políticas públicas de saúde, dadas pelo Pacto de Saúde, e mais recentemente pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e seus dispositivos (entre eles, o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e as Comissões intergestoras), impõem a necessidade de maior qualificação técnica das Secretarias Municipais de Saúde junto aos Colegiados Intergestores Regionais, tanto na organização e implementação das Redes Interfederativas de Atenção à Saúde quanto na construção para a implantação dos COAPs.

A realização do Projeto Apoiadores Regionais COSEMS-RJ contribuiu para divulgar as ações, promover a política nacional de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e fortalecer a imagem institucional e técnica do COSEMS-RJ. É, portanto, uma ferramenta para o fortalecimento da integração entre a entidade e o conjunto dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, consolidando as políticas nacionais de saúde.

Objetivo geral

Apoio institucional do COSEMS-RJ às gestões municipais de saúde do Estado do Rio de Janeiro, objetivando a implementação dos Instrumentos de Gestão, observando o disposto na Lei Complementar nº 141/2012, o Decreto Federal nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e o desenvolvimento gerencial das Secretarias Municipais de Saúde do estado.

O Projeto *Apoiadores Regionais* foi elaborado para que o COSEMS-RJ, através de parceria com o LAPPIS/CEPESC/IMS-UERJ, possa apoiar institucionalmente os gestores municipais de Saúde junto às CIRs, com o objetivo de fortalecer o desenvolvimento gerencial das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, aprimorando a governança regional do SUS no Estado do Rio de Janeiro. O projeto é composto de vários eventos presenciais nas nove regiões de saúde, com a participação dos apoiadores.

Objetivos específicos

- Contribuir na garantia do direito à saúde no Estado do Rio de Janeiro e na construção dos princípios de universalidade, integralidade, com participação da comunidade.
- Aprimorar a governança regional da Rede Interfederativa de Ações e Serviços de Saúde no Estado do Rio de Janeiro.
- Apoiar as gestões municipais na construção e pactuação dos COAPs.
- Apoiar as gestões municipais na construção dos Pactos Interfederativos para conformação das Redes Regionais de Atenção à Saúde.
- Acompanhar e contribuir no processo de descentralização e regionalização solidária do SUS do Rio de Janeiro.
- Apoiar as gestões municipais na implantação e acompanhamento das Comissões Intergestores Regionais (CIR).
- Fortalecer a gestão municipal de saúde no Estado do Rio de Janeiro.

- Apoiar o desenvolvimento gerencial nas Secretarias Municipais de Saúde, na construção dos pactos regionais interfederativos na busca da garantia da universalidade e integralidade da atenção à saúde nas regiões.

Atividades desenvolvidas/ metodologia

O Projeto *Apoiadores Regionais*, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, em cogestão com o COSEMS-RJ, deve ser composto das seguintes atividades:

- Apoiar gestões municipais no processo de pactuação / articulação interfederativa.
- Apoiar / assessorar a Diretoria do COSEMS-RJ, com foco no fortalecimento do vice regional.
- Participar e acompanhar as Comissões Intergestores Regional (CIR).
- Apoio na pactuação e acompanhamento do COAP.
- Participar dos espaços prioritários para construção do apoio regional, conforme:
 - CIR (Pleno e Câmara Técnica);
 - CIB e Assembleia do COSEMS/RJ;
 - Reuniões de Diretoria do COSEMS/RJ;
 - Visita aos municípios;
 - Demais espaços regionais de pactuação interfederativa, como reuniões de construção das Redes de Atenção à Saúde;
 - Processos de construção e pactuação do COAP;
 - Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde;

- Eventos organizados ou apoiados pelo COSEMS-RJ;
- Seminários, congressos e demais eventos relacionados à política de saúde.

As etapas

O projeto, na sua primeira e segunda etapas, contava com:

- Três apoiadores regionais (um apoiador para três regiões).
- Um coordenador do projeto, que participa das reuniões de diretoria, assembleias, reuniões de equipe técnica e coordena as reuniões / oficinas de acompanhamento do projeto.
- Um coordenador técnico, que acompanha a execução do projeto na supervisão das metas e atividades.
- Realização de seminários / oficinas: um para formação dos apoiadores e dois para acompanhamento do Projeto *Apoiadores Regionais*.

Na versão atual, verificando a necessidade de ampliar o quadro de apoiadores, conta com:

- Quatro apoiadores regionais (um apoiador para duas regiões).
- Um coordenador do projeto, que acompanha uma região e participa das reuniões de diretoria, assembleias, reuniões de equipe técnica e coordena as reuniões / oficinas de acompanhamento do projeto.
- Um coordenador técnico, que acompanha a execução do projeto na supervisão das metas e atividades.
- Dois supervisores técnicos, que assessoram a coordenação técnica na execução do projeto.

- Realização de duas oficinas: uma para formação dos apoiadores e uma de avaliação.
- Uma Publicação em formato de livro que relata a experiência do Projeto *Apoiadores* no âmbito do Rio de Janeiro.

Considerações finais

O projeto vem obtendo êxito à medida que, através das etapas até aqui percorridas, aprimoram-se o significado do “apoio” em si e o olhar sobre a gestão municipal. O retorno das regiões, seja na inserção nas instâncias gestoras (participação do conjunto dos secretários de Saúde nas CIRs e CIB) ou na atuação em cogestão, tem sido bastante produtivo.

O projeto caminha para seu aprimoramento e apresenta resultados consideráveis como o “Fórum Projeto Apoiadores”, ferramenta inserida no *site* da entidade, onde é possível agilizar a troca de experiências com parceiros da mesma região e a planilha dos compromissos municipais. O projeto também foi apresentado no Congresso Abrasco em Porto Alegre (2012), em formato pôster. O COSEMS-RJ constata a necessidade e pretende, em etapa próxima do projeto, fixar um apoiador por região, já que as agendas das regiões são complexas, diferenciadas e muitas vezes, em datas coincidentes.

Finalizando, as considerações apontam que o Projeto *Apoiadores Regionais* soma-se ao objetivo do COSEMS-RJ, na qualificação da gestão em saúde nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, contribuindo na garantia universal do direito à saúde.

Referências

BRASIL. *Decreto nº 7.508*, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei nº8.080, 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. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL. *Lei nº 12.466*, de 24 de agosto de 2011. Altera a Lei nº 8.080/1990 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. Brasília: Senado Federal, 2011.

BRASIL. *Lei nº 8.080*, de 19 de setembro 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. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. *Lei nº 8.142*, 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. Brasília: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

CUNHA, R. E.; SANTOS, F. P. Responsabilidades da gestão municipal na construção do SUS - Os desafios do gestor local: estruturas organizacionais e os mecanismos de controle. In: BRASIL. *Gestão Municipal de Saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Configuração Institucional e o papel dos gestores no Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. *Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 139-162.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: uma reflexão acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Uerj-IMS, 2001.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-562.

A Função Apoio: um ensaio sobre a luta pelo equilíbrio democrático na cogestão em saúde

MARCELA DE SOUZA CALDAS*

O SUS, desde sua gênese e ao longo dos últimos 20 anos, tem logrado significativos avanços. O surgimento de iniciativas voltadas para o fortalecimento da capacidade de gestão tem sido verificado como fruto da criatividade dos seus “autores sociais” (PINHEIRO; MATOS, 2006). Apesar dos progressos significativos na construção e consolidação do SUS, um grande desafio para a gestão municipal é alterar o padrão hegemônico de gestão e da produção das práticas de saúde na perspectiva de construir uma rede de serviços mais voltada para o cuidado e que considere a saúde como questão de cidadania e

*Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS-UERJ); pós-graduada em Promoção à Saúde, com ênfase na Estratégia Saúde da Família, pela Universidade Federal Fluminense (UFF), e em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ); pós-graduada em Apoio na Atenção Básica, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Assessoria técnica e apoiadora da Região Médio Paraíba/COSEMS-RJ. E-mail: marcelascaldas@gmail.com

direito humano.

Para Bertussi (2010), a grande possibilidade de quebra da lógica predominante é sua desconstrução no espaço da micropolítica, no espaço da organização do trabalho e das práticas de saúde. Por isso é tão importante e significativo transformar a gestão e criar possibilidades para que, no espaço coletivo, as pessoas descubram que têm o poder de mudar.

A inclusão do apoio como estratégia na produção da gestão e do cuidado é uma novidade que tem sido trabalhada de diferentes modos, tanto no campo da formulação, como nas experimentações desenvolvidas em diferentes espaços de construção do SUS. Apoiar, no dicionário *Aurélio*, significa dar apoio a, aprovar, sustentar, amparar, defender, favorecer, sustentar, firmar, encostar, fundar, fundamentar, arriscar-se, prestar auxílio mútuo. Sabemos que o apoio pode acontecer em várias áreas, como a logística, administrativa, operacional, cultural, pedagógica, cultural, educacional, institucional, emocional, psicológica, social, gerencial, política, etc. Enfim, os campos para apoio são muitos e diversificados.

Para Campos (2005, p. 185), a constituição da função apoio (Paideia) fundamenta-se em teorias e práticas que procuram articular o campo da política e da gestão com saberes e experiências originárias da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional. Em seu Método Paideia, Campos (2005) cunhou a expressão “apoio Paideia”, referindo-se à função de apoiador que, por sua vez, se define por:

- um modo complementar para realizar coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe;
- um recurso que procura intervir com os trabalhadores de forma interativa;

- uma função que considera que a gestão se exerce entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder desses sujeitos e das organizações;
- depender da instalação de alguma forma de cogestão.

Bertussi (2010, p. 138), ao discutir apoio, traz a ideia de trabalhar as várias “máscaras” do apoiador a partir dos personagens de um circo. É uma forma de identificar as características deste profissional, entendendo que é uma tipologia dinâmica, pois, em diferentes momentos, o mesmo apoiador se efetua em distintas máscaras a depender dos encontros e agenciamentos disparados.

- **Apoiador mágico:** ao fazer uso da magia, busca estabelecer relações de causa e efeito e, assim, transformar a realidade. A dimensão qualitativa de encantamento mágico consiste, no geral, em qualidades imaginárias. Convida a pensar, a criar, a inventar e a construir. A ampliar as possibilidades do pensamento, pensar nas diferenças, nas multiciplidades, encarar a existência dentro de um plano vivido, experimentado.
- **Apoiador palhaço:** assim como o mágico, tem sua ação desencadeada a partir do encontro, da mistura de corpos e das afecções mútuas, e seu mote para o encontro ocorre também a partir do inesperado. A ação do apoiador palhaço se faz na quebra das expectativas e na coragem se expor ao fracasso e à desilusão, expor aos conflitos. No caso do apoiador palhaço, o cerne é a improvisação e a participação de todos, transformando o encontro em um espetáculo “aberto”. Para improvisar, é preciso que o apoiador tenha grande capacidade

de escuta. E esse encontro só funciona quando consegue envolver os trabalhadores.

- **Apoiador equilibrista:** tal como um equilibrista circense que anda sobre o frio ténue de uma corda esticada no ar, está entre ser o não ser um supervisor, entregar-se ou não ao instituído, abrir-se ou não ao encontro com as equipes de saúde, e vivendo entre “altos e baixos” toma decisões em movimento. O apoiador equilibrista convida a viver com a posição fronteira entre a corda e o abismo, que desassossega, inquieta e desconforta. Configura-se em criação de novos territórios.
- **Apoiador contorcionista:** máscara que aparece quando há pura adequação, a contorção é posição forçada e incomoda e dá a impressão de deslocamento, mas é adequação. Neste sentido, o apoiador-contorcionista se adequa à situação instituída, sobressaindo pela capacidade de controle preciso e harmônico sobre os movimentos. Como os contorcionistas que efetuam com o corpo posições quase inconcebíveis, gerando no público espanto e admiração, o apoiador-contorcionista representa poder instituído e, portanto, pode gerar admiração, mas para controlar. Nesse processo, é claro, às vezes, senão muitas vezes, produz o inverso – resistência e aversão.
- **Apoiador cuspidor de fogo:** é uma máscara que aparece quando os vários movimentos do apoiador produzem uma imagem de muitos ruídos e desconfortos. Essa máscara se produz pela própria falta de ferramentas para lidar com a produção da relação e, em sendo assim, os movimentos duros parecem labaredas de fogo, sua intensa movimentação se faz a partir do medo que o fogo provoca, controlando e

fiscalizando. E a consequência é ruidosa e conflituosa; o único recurso existente é “cuspir fogo”, cobrar relatórios, controlar horários, controlar materiais – enfim, qualquer transmissão de informações resultava em incêndio. Como um dragão enfurecido, cuspir fogo é seu único movimento.

- **Apoiador amestrador:** na tentativa de domar a equipe, utiliza a coerção e a fiscalização como ferramentas de trabalho. Sua ação é pautada basicamente na transmissão de informação / comandos. E esta produção está basicamente centrada no conceito de educação que porta. Sua ação está pautada pela prescrição de tarefas.

O conceito de “máscara” utilizado por Bertussi foi desenvolvido a partir das experiências de trabalho junto às equipes de saúde no cenário da gestão municipal. Utilizando do mesmo recurso, Furtado (2012) fez uma análise do trabalho dos apoiadores do COSEMS SP, no qual as máscaras dos apoiadores foram apresentadas a fim de se compreender a multiplicidade presente no processo contínuo de constituição do “ser apoiador”. Foram descritas as seguintes categorias:

- **Apoiador substituto:** considera que os gestores municipais são frágeis e que sua experiência pessoal o coloca como mais qualificado que os gestores. Portanto, acredita que o melhor jeito de ajudá-los é tomar o lugar de gestor, intervir nas discussões da pauta, defender os municípios da posição do estado – enfim, substituir os gestores municipais no Colegiado de Gestão Regional (CGR). Muitas vezes, ele tem o reconhecimento dos gestores e se torna imprescindível para o “bom” funcionamento do CGR. Outras vezes, esse

comportamento gera conflitos, na medida em que os secretários podem sentir que não estão no protagonismo do processo.

- **Apoiador observador:** não interfere na dinâmica do CGR; apenas observa e ouve a reunião. Não contribui na preparação da reunião em encontros prévios com os gestores municipais, não ajuda no enfrentamento dos conflitos. Considera os gestores municipais mais preparados que ele e apenas reporta um registro do acontecido ao COSEMS e se coloca somente quando solicitado.
- **Apoiador técnico:** busca qualificar a atuação dos gestores municipais em reuniões prévias, discutindo assuntos da pauta. Aporta informações que fortalecem a posição municipal, mas mantém este protagonismo também durante a reunião do CGR, achando sempre que precisa ajudar na discussão para que esteja clara a posição dos municípios.
- **Apoiador-apoiador:** reconhece o protagonismo dos gestores municipais, busca o fortalecimento da atuação dos secretários. Aporta informações que substantivam a posição municipal, mas não protagoniza a reunião do CGR, permitindo que os gestores municipais se coloquem em cena. Porém, auxilia no encaminhamento de possíveis conflitos que venham a permear a reunião.

De acordo com o documento base da Política Nacional de Humanização (PNH), para gestores e trabalhadores do SUS (Brasil, 2008), o apoio institucional é colocado como diretriz e dispositivo para ampliar a capacidade de reflexão, de entendimento e de análise de

coletivos, que assim poderiam qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde. Nesse sentido, o apoiador institucional tem a função de:

- ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
- reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
- mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais;
- promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Apoio institucional é pensado como uma função gerencial que busca reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Assume como objetivo a mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Opera o apoio disparando processos e propiciando suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança. Considera que o objeto de trabalho do apoiador é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Desse modo, a função apoio é chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações. O apoio institucional adota como diretriz a democracia institucional e a

autonomia dos sujeitos. Por isso, o trabalho do apoiador envolve sempre a constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir das organizações (Brasil, 2008).

Referências

BERTUSSI, D.C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, G.W.S. *Um Método para Análise e Cogestão de Coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.

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

COSEMS-SP. Estratégia Apoiadores. São Paulo, *Cadernos COSEMS SP*, v. 3, 2013.

FURTADO, L.A.C. *A ilusão do desenho institucional como garantidor da produção de vida no SUS: o desafio da construção do comum nas máquinas de governo*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

OLIVEIRA, G.N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. *Implicações da Integralidade na gestão da Saúde*. In: _____ (Orgs.). *Gestão em Redes: práticas de avaliação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. P. 11- 26.

Apoiadores Regionais: a experiência do Estado do Rio de Janeiro

PAULA RENATA SILVA DA
FONTOURA*

Ampliar a capacidade de articulação dos gestores municipais nos espaços de governança e contribuir para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde no Estado do Rio de Janeiro: estes foram os pontos de partida para a implantação, em abril de 2012, do Projeto *Apoiadores Regionais*. Fruto da parceria entre COSEMS-RJ e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a iniciativa promove o apoio institucional regionalizado aos gestores municipais da área da saúde, por meio da atuação de cinco apoiadores, todos profissionais capacitados, distribuídos nas nove regiões de saúde fluminenses.

* Jornalista especializada em Comunicação e Saúde pelo ICICT-Fiocruz; assessora de comunicação do COSEMS-RJ. E-mail: comunica@cosemsrj.org.br

A participação dos apoiadores nas reuniões mensais da Comissão Intergestores Regional (CIRs) de cada região e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-RJ) no nível estadual é a base do trabalho desenvolvido e proporciona maior integração entre os gestores, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) e o Ministério da Saúde, garantindo o fortalecimento das relações interfederativas e, conseqüentemente, a implantação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). A atuação dos apoiadores também inclui o apoio direto às Secretarias Municipais de Saúde, o encaminhamento de agendas semanais, a realização de reuniões temáticas, a elaboração do diagnóstico de cada região e a atualização de instrumentos de apoio.

Desde seu início, o projeto vem contribuindo para a consolidação de um SUS mais forte no Estado do Rio de Janeiro. O ponto de partida para a iniciativa aconteceu ainda em 2009, durante evento realizado no município de Petrópolis, o seminário “Gestão do Trabalho – Avanços e Desafios no Pacto Pela Saúde”, que reuniu especialistas, gestores e profissionais de saúde que trocaram conhecimentos sobre a gestão dos recursos humanos em saúde e definiram a criação de grupo de trabalho para discutir a gestão do trabalho no contexto do Pacto pela Saúde. De lá pra cá, os esforços se multiplicaram, as discussões ganharam abrangência maior e resultaram em uma ação voltada para o fortalecimento da regionalização e para busca de uma gestão solidária entre os municípios fluminenses.

No início de 2013, a iniciativa inaugurou uma nova fase marcada pelo aumento no número de apoiadores, pela definição do registro das ações por meio desta publicação pelo Fórum Apoiadores Regionais e a Planilha Agenda dos Gestores Municipais – dois instrumentos de

gestão, lançados no mês de março, que passaram a fomentar ainda mais as discussões criadas a partir das demandas municipais.

Criado como um espaço de discussão de temas relacionados aos interesses regionais para o fortalecimento do SUS, o Fórum Apoiadores Regionais é uma ferramenta virtual que fornece orientações, disponibiliza documentos importantes e vem aperfeiçoando a comunicação entre o COSEMS-RJ, os apoiadores e entre os próprios gestores. O fórum é acessado por meio do site do COSEMS-RJ – por secretários municipais de Saúde, técnicos e apoiadores cadastrados pelas Secretarias Municipais de Saúde – e está dividido em fóruns regionais, que permitem a interação no contexto de determinada região e um fórum geral, onde são debatidos temas em comum entre duas ou mais regiões.

Também vinculada ao site do COSEMS-RJ, a planilha Agenda dos Gestores Municipais é um instrumento institucional que orienta os apoiadores regionais quanto à agenda trimestral de cada município e foi criada para gerar resultados quantitativos e um panorama dos avanços e realização de cada região. Preenchida pelos apoiadores, a planilha registra informações gerais associados ao COAP, ao Relatório de Gestão, ao Plano Municipal de Saúde e outros instrumentos de gestão e de informações quadrimestrais, que compõem as agendas municipais de ações, como campanhas, eventos e metas. Além de supervisionar e permitir o acompanhamento do trabalho dos apoiadores, a planilha pode servir como importante fonte de pesquisa e mensuração dos resultados do Projeto *Apoiadores Regionais* do Estado do Rio de Janeiro.

A série especial de reportagens sobre a regionalização no estado, publicadas na *Revista do COSEMS-RJ*, foi o primeiro trabalho desenvolvido pelos apoiadores. A vivência das diferentes realidades

regionais permitiu uma compreensão muito mais elaborada das dificuldades e avanços da gestão do SUS. Mesmo não fazendo parte do projeto, a experiência contou com a participação dos apoiadores e pôde expor os impactos positivos das ações por eles realizadas em cada região.



O Projeto Apoiadores Regionais é uma excelente estratégia para a qualificação da saúde pública fluminense. A inserção de um novo ator nos espaços de governança regional reforça e qualifica a gestão bipartite do SUS. Além disso, permite uma maior aproximação entre estado e municípios e descentraliza as ações do COSEMS-RJ, fortalecendo assim, a gestão municipal.

Participo ativamente das atividades da região onde atuo, a Médio Paraíba. Percebo nas reuniões da Comissão Intergestores Regional e nas Câmaras Técnicas, Grupos de Trabalho e Oficinas, que há um comprometimento dos gestores em fortalecer a gestão solidária e no que se refere às tomadas de decisão.

Na região Médio Paraíba, já podemos comemorar os bons frutos de um esforço em conjunto do estado e dos municípios, consolidado ainda mais pelas ações do projeto. São eles: a adesão de 100% ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); a adequação do Plano da Rede Cegonha de acordo com parecer do Ministério da Saúde para viabilização de recursos desta rede para a região; a retomada da discussão para a implantação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP); a criação do Grupo de Trabalho de Atenção Básica e da Programação Pactuada e Integrada (PPI); e a realização das oficinas de pactuação dos indicadores do SISPACTO.

Nossa expectativa é qualificar e fortalecer ainda mais os espaços de gestão bipartite e manter as parcerias.

Marcela Caldas

Apoiadora da Região Médio Paraíba e
coordenadora da iniciativa pelo COSEMS-RJ



Sabemos que o SUS é um sistema extremamente complexo, e sua implementação exige capacidade de planejar, monitorar e avaliar de forma permanente as ações de saúde. Sobretudo a partir do Decreto Federal nº 7.508/2011 e a Lei Complementar nº141/2012, que redefinem a operacionalização em âmbito nacional dessas ações. De acordo com as Diretrizes Gerais, a saúde deve ser consubstanciada nos Planos Municipais, Estaduais e Nacional, estabelecendo as Regiões de Saúde, integrando limites geográficos e organizando em Redes de Atenção à Saúde.

Mesmo reconhecendo os avanços que essa legislação representa, existem ameaças constantes na gestão da saúde. Dificuldades que vão desde a escassez de recursos até as constantes mudanças na gestão, provocadas pela alternância de poder (legítimas num sistema democrático), mas também pelo nível de exigência do cargo, que comprometem seriamente a assistência. Considero que o Projeto Apoiaadores Regionais pode vir a contribuir muito nesse processo, sendo uma das formas de assegurar as garantias das conquistas na área da saúde, assim como agilizar as transições institucionais em todos os níveis de governos.

Sou apoiadora das regiões Serrana e Centro Sul e acredito que o fato de estarmos começando essa experiência juntamente com a maioria dos secretários(as) – já que muitos estão iniciando seus mandatos sobretudo na Região Serrana –, tem apontado questões bastante relevantes como desconhecimento da “máquina pública”, dificuldade de compreensão sobre a importância das Regiões de Saúde e da priorização da Comissão Intergestores Regionais (CIR), diante de tantas outras tarefas. Por isso, minha participação tem como objetivo contribuir para amenizar estes desafios, em particular, motivar a participação na CIR e reforçar sua importância.

Sendo a CIR um espaço de pactuação, o fato de o apoiador não estar vinculado a nenhum município o coloca numa posição de neutralidade, podendo contribuir

com percepções diferenciadas inerentes à condição. Porém, o principal avanço que podemos perceber é mais agilidade na comunicação com os municípios – tarefa tão difícil –, sobretudo para cumprimento de prazos, convocação para encontros e mobilização para reuniões.

A realização de reuniões periódicas de avaliação do trabalho que está sendo desenvolvido pelos apoiadores é fundamental, já que nossa atuação precisa estar em sintonia com a atuação do COSEMS-RJ e do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS).

Aparecida Barbosa da Silva

Apoiadora das regiões Centro Sul e Serrana



Considero bastante relevante a iniciativa, uma vez que permite uma presença mais constante do COSEMS-RJ junto aos municípios, apoiando técnica e estrategicamente as administrações municipais na gestão da saúde e preenchendo dessa forma uma lacuna sentida por todos. O momento de construção da estratégia da regionalização exige muita articulação entre os municípios e destes com as demais instancias federativas. Neste contexto, se torna fundamental o apoio institucional, visando fomentar a discussão e a participação de todos nas instancias de pactuação.

Minha atuação como apoiador das regiões Norte e Noroeste ainda está em construção. Temos nos colocado disponíveis e tentado contribuir para as discussões. Percebo que há comprometimento da maioria dos gestores, mas seria fundamental, para além da Comissão de Intergestores Regionais (CIR), a construção de espaços mais informais de discussão política e de articulação regional, que permitam a troca entre os gestores, de uma forma mais participativa e descontraída.

Na região Noroeste, por exemplo, estamos trabalhando na construção do fórum de secretários, que já realizou sua primeira reunião e terá encontros mensais sempre no dia anterior à Câmara Técnica da CIR. O objetivo é discutir assuntos de relevância para a região, como neste momento, a viabilidade de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Como resultado do trabalho que estamos desenvolvendo, outras questões, como a ampliação das atividades do consórcio e a implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública foram identificadas como prioritárias. A expectativa agora é consolidar o Fórum de Gestores da região Noroeste e estendê-la para a região Norte.

Francisco Bohrer

Apoiador das regiões Norte e Noroeste



A presença mais pontual e rotineira do COSEMS, específica para as funções de apoio, apresenta-se como um fortalecimento institucional e um fortalecimento da integração no território, ativando uma plataforma de interação junto aos municípios, numa abordagem regional de apoio técnico e estratégico na gestão em saúde, ampliando a capacidade de análise e intervenção nesses territórios. Como política, o SUS se desenvolve em cenários complexos, permeado por disputas entre distintos interesses, diferentes sujeitos e diferentes projetos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, que fomente a autonomia, o protagonismo e a participação social.

Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, entre outras. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde. Estas diretrizes parametrizam meu trabalho.

Nossa atuação nas regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea busca a promoção de um processo permanente de socialização de conhecimentos e divulgação e implementação das diretrizes do Plano Nacional de Saúde com os estados, municípios e regiões de saúde. Contribuir para a discussão e definição de modelos de saúde e da proposição na articulação das redes e contratualização nas regiões de saúde. Nossas intervenções têm como foco a integração das ações e interação entre as Secretarias Municipais de Saúde para diminuir a fragmentação das Políticas de Saúde. Ressalta-se a importância do fortalecimento das relações interfederativas, baseada na solidariedade e cooperação, com vistas à implementação das ações e serviços de saúde, articuladas com as políticas pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite (CIT), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Regionais (CIR).

Exerço minhas funções de apoiador na perspectiva da cooperação entre estado e municípios, visando potencializar a construção de Redes de Atenção à Saúde, à produção do planejamento integrado com característica ascendente visando constituir, em um futuro próximo, a implementação do COAP.

Manoel Santos

Apoiador das regiões Metropolitana II e Baixada Litorânea

PARTE II

**Experiências regionais e
interfederativa de apoio:
construindo estratégias de
fortalecimento da gestão
regional do SUS**

O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal com estados e municípios: a experiência vivida e a vivência atual

ANDRÉ LUIS BONIFÁCIO DE
CARVALHO*

O processo de institucionalização do SUS como desafio da cooperação federativa

O processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), como política de caráter federativo e intergovernamental, vem estabelecendo gradualmente as novas competências e responsabilidades governamentais, que implicam constantes negociações e pactuações intergestores, em meio a inovações conceituais, logísticas, tecnológicas e instrumentais que influem cotidianamente no exercício da gestão setorial, muitas vezes em condições heterogêneas, diversas e plurais.

Santos e Andrade (2007) destacam que o SUS é o exemplo mais acabado de federalismo cooperativo, onde os interesses são comuns

* Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; professor da Universidade Federal da Paraíba (UFPB); doutorando em Ciências e Saúde Coletiva na Universidade de Brasília (UNB). E-mail: andre.bonifacio@saude.gov.br

e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional. No federalismo (no SUS), todos são cotitulares dos interesses (da saúde) e todos devem manter garantida sua autonomia (direção única). No caso do SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, temos a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de participação e controle social.

Segundo Paim e Teixeira (2006), o processo de institucionalização da gestão do SUS pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988. Esse processo, desencadeado fundamentalmente a partir de 1993, com o movimento em torno da “ousadia de cumprir a lei”, tem sido pontuado, ao longo dos últimos quinze anos, pela elaboração e implementação de políticas e estratégias que incidem sobre a missão das instituições gestoras em cada esfera de governo, estabelecendo a configuração das relações intergovernamentais.

Segundo os autores, esse movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) e especialmente a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 01/96), que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios. O processo de (re)centralização, com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, foi desencadeado com a elaboração e imple-

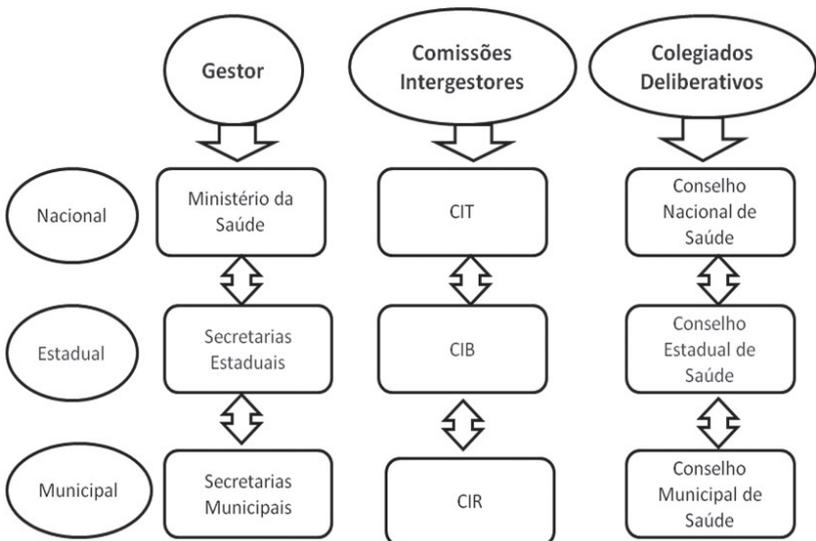
mentação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002), instrumento de política que pretendia estimular a regionalização da assistência através da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, a partir da implementação de redes de serviços que articulassem os vários níveis de atenção. Esse processo foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate acerca da opção excessivamente “normativa” adotada durante a década de 1990, o que culminou com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006, novo instrumento de política que pretendia instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias. Com isso, o Ministério da Saúde tentou substituir a estratégica adotada anteriormente, qual seja, induzir a tomada de decisões no âmbito estadual e municipal a partir de incentivos financeiros, por uma outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construído no espaço das Comissões Intergestores Tripartite, ao nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites, em cada estado, mediante a assinatura de “termos de compromisso” pactuados politicamente.

Carvalho et al. (2012) afirmam que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou aspectos da Lei nº 8.080/90, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde,

o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Destacamos que o desenho destes, que podemos considerar ciclos de gestão do SUS, ocorre em um cenário político-institucional cuja problemática da organização e gestão do sistema de saúde é extremamente dinâmica, tendo em vista o processo de descentralização descrito anteriormente, mas também pela mudança na correlação de forças que se configuram no âmbito das instituições e das instâncias colegiadas que agregam gestores do sistema, com destaque para as Comissões Intergestores e os colegiados representativos dos gestores Conselho Nacional de Secretarias Estaduais (CONASS) e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), tanto na tripartite quanto no Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme a figura 1.

Figura 1. Espaços de Governança no SUS



Cabe destacar que a separação de competências entre os entes da federação brasileira nos coloca o desafio de organizar uma ação coordenada e articulada entre eles para garantir os direitos sociais dos cidadãos.

Uma das formas de coordenação resulta da realização de acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos, que se traduz no federalismo cooperativo. Neste, há uma mudança dos poderes de decisão nas esferas de governo, em benefício de um mecanismo complexo e menos formalizado de negociação e acordo intergovernamental. Com isso, há uma tendência de redução das políticas que sejam conduzidas por um ente federado, colocando-se o desafio de reconhecer uma relação de interdependência entre eles e a necessária coordenação das atividades governamentais. Esta interdependência e coordenação constroem-se na interação entre os entes da federação, não se fundamentando em uma estrutura hierárquica. O federalismo cooperativo não exclui os conflitos de competência, as concorrências ou as duplicações de atividades entre os entes da federação, mas busca reduzir o alcance desses problemas através de acordos políticos negociados, sendo suscetível a fases de centralização e descentralização (Brasil, 2012).

Segundo Paim e Teixeira (2006), nesse cenário, até mesmo a identificação dos problemas relativos à configuração institucional e ao processo de gestão do SUS não é fácil, uma vez que é autorreferente, variando segundo o ponto de vista dos vários atores em situação. Melhor dizendo, depende do referencial teórico e dos interesses e projetos políticos envolvidos na análise feita por cada ator. Os autores destacam, entre os vários nós críticos relativos ao desenho (estrutura organizacional) e ao processo de gestão do SUS, a falta de clareza e a insuficiência de consenso em torno da “imagem-objeto” do SUS, o

que faz com que seja mantida a retórica do “SUS que queremos”. Tal fato leva a um dissenso das funções e competências das diversas esferas de governo, reproduzindo-se nos diversos âmbitos – federal, estadual e municipal – e também em cada esfera.

Nessa abordagem, os autores enfatizam a falta de gestão profissionalizada, ou seja, a persistência de marcado “amadorismo” na gestão do sistema em todos os níveis, tanto pela escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pela persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema.

Esses aspectos contribuem para a fragilidade institucional e ineficiência da gestão de sistemas, serviços e recursos, que em parte se dá pela insuficiência no processo de incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas, seja na área de planejamento, orçamentação, avaliação, regulação, sistemas de informação, seja na área de gestão de serviços, como hospitais e outras unidades de saúde que demandam a utilização de tecnologias e instrumentos de gestão modernos e adequados às especificidades das organizações de saúde.

Outro aspecto diz respeito à dificuldade de articulação intersetorial entre o sistema de saúde e as demais instituições gestoras de políticas e programas na área econômica e social, em parte pela existência de culturas organizacionais diversas, que reproduzem concepções e práticas de gestão, planejamento, programação e avaliação diferentes, em parte pela insuficiência dos esforços de construção de um patamar de diálogo e cooperação entre setores de modo a potencializar os

efeitos das ações e serviços de saúde nos vários níveis do SUS. Sendo assim, podemos afirmar que esses aspectos inerentes ao processo de institucionalização do SUS precisam ser considerados para a construção de métodos que auxiliem os gestores a qualificar os processos e práticas de cooperação e coordenação federativa, influenciando de maneira positiva na tomada de decisão.

Uma breve abordagem sobre ao apoio integrado como prática institucional

A expressão apoio vem do latim (*ad+podiu*), que significa base, esteio, fundamento; tudo que serve para amparar, firmar, segurar, sustentar (Houaiss et al., 2008). No âmbito do SUS, esse processo necessariamente deverá permear as relações federativas na busca da garantia do direito à saúde, considerando para tanto a implementação das políticas expressas em acordos institucionais.

Segundo Fleury & Ouvermey (2008), a construção da política de saúde como política social envolve diversos aspectos políticos, sociais, econômicos, institucionais, estratégicos, ideológicos, teóricos, técnicos, culturais, dentre outros, tornando-se muito difícil isolar a participação de cada um deles em um momento definido. Como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais.

Sendo assim, podemos afirmar que o processo que envolve a elaboração, implementação e os resultados obtidos por determinada política pública possuem estreita relação com a disputa de projetos dos diversos atores sociais interessados na resolução do(s) problema(s) a ser(em) enfrentado(s) por esta política. Desta forma, cada ator social, ao priorizar o(s) problema(s), delimitá-lo(s) e construir as estratégias de ação a serem desenvolvidas no âmbito institucional, expressa um projeto de política, articulado à determinadas forças sociais. Neste contexto, o apoio integrado assume papel fundamental como dispositivo capaz de materializar as estratégias de ação capazes de articular um conjunto de forças em prol da ativação e dinamização de projetos estratégicos em diferentes espaços da gestão do SUS.

O processo que envolve o apoio institucional deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. É, portanto, na articulação entre o cuidado e a gestão – onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha (Barros et al., 2011):

- ativando espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
- reconhecendo as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
- mediando a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- ampliando a capacidade institucional nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação;

- promovendo ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da atenção no SUS.

Segundo Barros et al. (2011), o apoio institucional lida com a imprevisibilidade dos rumos que o processo irá tomar. A construção de dispositivos dispara e expõe muitas coisas, em especial as dinâmicas enferrujadas e/ou emperradas dos diferentes grupos institucionais, em especial as sustentadas pela concentração dos poderes/saberes em cargos e corporações. Os autores asseveram que o processo de apoio institucional sustenta-se de acordo com o desejo dos grupos de praticar a análise dos processos de trabalho em saúde e construir planos de intervenção nessa realidade, de modo a ampliar a dimensão pública das práticas de produção de saúde no SUS. Ou ainda, sustenta-se até que esse exercício seja incorporado pelo grupo e a função do apoiador se torne dispensável.

Cabe destacar que no processo de desenvolvimento do apoio institucional não é o apoiador quem produz a mudança ou se constitui na causa da transformação. Na verdade, ele trabalha com e aciona dispositivos capazes de promover a análise dos processos de trabalhos e que dizem respeito às formas como no ambiente da gestão e dos serviços se produz conhecimento, seja por meio de visitas institucionais, oficinas de trabalho, atividades de formação, matriciamento de agendas, dentre outros.

Campos (2006) indica a função do apoiador institucional como aquele que ajuda na gestão e na organização de processos de trabalho, na construção de espaços coletivos nos quais os grupos analisam, definem tarefas elaboram projetos de intervenção. Assim, podemos afirmar que o trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses

e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das políticas de saúde. Portanto, são necessários mecanismos de cogestão para que gestores e trabalhadores possam olhar para o próprio trabalho, para suas relações no serviço, para as relações das equipes com os usuários, para que mudanças possam ocorrer (Brasil, 2012).

O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal a estados e municípios: a experiência vivida e vivência atual

No Ministério da Saúde, a proposição do apoio institucional ganha espaço a partir de 2003, quando a gestão aponta que, além de formular e financiar, o ministério deve induzir a implementação de estratégias coerentes com os princípios e diretrizes do SUS. Compreende-se que não basta definir o que deve ser feito (normas, fiscalização, auditoria), mas apoiar a maneira como deve ser feito. Nesse percurso, algumas políticas, como a da Aids, Saúde Mental e ParticipaSUS, adotaram o apoio institucional como uma de suas estratégias e obtiveram bons resultados (Brasil 2011).

Com base no exposto, pedimos a devida autorização para falar de alguns dos espaços-lugares onde tivemos a oportunidade de conviver com os processos de construção das práticas de apoio institucional em ciclos distintos. No período de 2005 a 2010, coordenamos, respectivamente o Departamento de Apoio à Descentralização (2005/2007) e o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (2007/2010), o primeiro vinculado à Secretaria Executiva (SE) do Ministério da Saúde, e o segundo, à Secretária de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Nesse período, desenvolvemos um trabalho voltado para o fortalecimento do Pacto Federativo, por meio da instituição do

Pacto pela Saúde e da implantação da Política ParticipaSUS, em parceria com estados e municípios e contando com a cooperação de entidades acadêmicas e a Organização Pan-Americana da Saúde.

Em ambos os processos, tivemos a condição de experienciar o apoio integrado como dispositivo de caráter estratégico no intuito de compartilhar com os interlocutores as possibilidades apontadas na implantação / implementação de políticas, no aprimoramento das funções de gestão, na disseminação de metodologias, no fortalecimento do controle social, da ausculta do cidadão e na construção de novas formas de pensar e agir tendo como eixo condutor a cooperação entre os entes federados. Nossa prática esteve sempre muito voltada para a convivência com as equipes gestoras das Secretarias Estaduais de Saúde e os gestores municipais, por meio dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde, além da relação interna no Ministério da Saúde. Sendo assim, os espaços de construção dessa estratégia se deram muito fortemente vinculados a relações produzidas no âmbito das comissões intergestores, dos espaços de gestão ligados às funções de condução de planejamento, gestão, controle e avaliação das Secretarias de Saúde, como também os conselhos de saúde, mesmo sendo estes em menor proporção.

Mais recentemente tivemos, através da promulgação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, a regulamentação de alguns dispositivos da Lei Orgânica do SUS, cujo objetivo foi enfrentar parte significativa dos obstáculos da gestão e organização do SUS. O Decreto nº 7508 dispõe sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Sobre a organização do SUS, o Decreto estabelece as Regiões de Saúde para provisão dos serviços, cumprindo a determinação constitucional de que o SUS é composto por uma rede regionalizada e hierarquizada, que deve conter no mínimo ações de atenção primária, de

urgência e emergência, de atenção psicossocial, de atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de vigilância em saúde.

É atribuída aos entes federados a definição de alguns elementos das Redes de Atenção à Saúde que devem ser acordadas entre a União, estados e municípios, compreendendo seus limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. O acesso ao SUS terá como porta de entrada a atenção primária, a atenção de urgência e emergência, a atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto (atendimento diferenciado por motivo de agravo e de situação laboral). A atenção primária é porta de entrada prioritária. Os entes federativos poderão pactuar nas comissões intergestores novas portas de entrada.

O planejamento é conceituado como ascendente e integrado, tratando das necessidades políticas e disponibilidade de recursos. É obrigatório para os entes federativos e será indutor para a iniciativa privada. Uma novidade importante é o Mapa de Saúde, uma ferramenta que será criada pelo Ministério da Saúde para identificar e programar, geograficamente, recursos e processos de saúde: profissionais, estabelecimentos, equipamentos, indicadores de saúde e serviços existentes no país. Sua finalidade é evidenciar vazios assistenciais e produzir informações estratégicas para subsidiar o planejamento regional integrado, contribuindo para a configuração dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAPs).

No âmbito da assistência à saúde, é criada uma Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece a seus usuários. Visa promover o atendimento da integralidade da assistência à saúde, que se inicia e se completa na

Rede de Atenção à Saúde. Os entes federativos pactuarão nas Comissões Intergestores suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes na RENASES, inclusive sobre o financiamento. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, devendo ser revisada a cada dois anos.

A assistência farmacêutica é consolidada por meio da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que padroniza os medicamentos indicados à atenção básica em saúde e programas estratégicos do SUS. Estados e municípios poderão adotar relações complementares à RENAME, pactuadas nas respectivas Comissões Intergestores, assegurando seu financiamento. O acesso à assistência farmacêutica é universal e igualitário. A prescrição deve estar em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, e ser realizada por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções, em unidades indicadas pela direção do SUS.

Outro aspecto importante do Decreto diz respeito à organização das relações interfederativas, a partir do reconhecimento das Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito nacional, Bipartite, no âmbito estadual, e Regional, no âmbito das Regiões de Saúde, nas quais se discute e decide-se de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado. O pacto a ser firmado entre os entes federativos deverá ser consubstanciado em termos que consagrem os compromissos assumidos. Para tanto, o Decreto prevê a criação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, cuja função é organizar e integrar, nas Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais, as responsabilidades dos entes federativos na garantia da integralidade da assistência a seus usuários. É um instrumento estratégico concebido para

aprimoramento da gestão pública da saúde, assentado em dois pilares: avaliação do desempenho dos gestores, com ênfase nos resultados e na melhoria do acesso, e gestão participativa, que considere a opinião e as necessidades e interesses dos cidadãos.

É neste novo contexto, que envolve a discussão da autonomia e a necessidade de interação entre os entes federados, a agenda estratégica do SUS e as singularidades dos contextos locais, as especificidades de cada Secretaria do Ministério da Saúde e a necessidade de diminuir a fragmentação na implementação das Políticas de Saúde, que estamos vivendo um novo ciclo de discussão da estratégia do Apoio Integrado. Sem sombra de dúvida, esta estratégia tem contribuído para que o Ministério da Saúde fortaleça a horizontalidade nas relações federativas, estabeleça maior cooperação no processo de construção das Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, fomenta a qualificação da Atenção Básica, propicie o aprimoramento do Pacto Federativo por meio da instituição do COAP, possibilitando o desenvolvimento das práticas de atenção e gestão, que produzam acolhimento, com ampliação do acesso e qualidade no SUS.

O apoio integrado, ora proposto pelo Ministério da Saúde, implica um modo de participar da relação com os outros entes federados, para além das normas e da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora, a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS. Sendo assim, a função “apoio”, como dispositivo estratégico assumido pelo Ministério da Saúde, é exercida institucionalmente pelo apoiador como expressão da articulação federativa, devendo para tanto assumir um posicionamento ético e político de acordo com os objetivos estratégicos da gestão federal, bem como as demandas e/ou

necessidades dos estados e municípios.

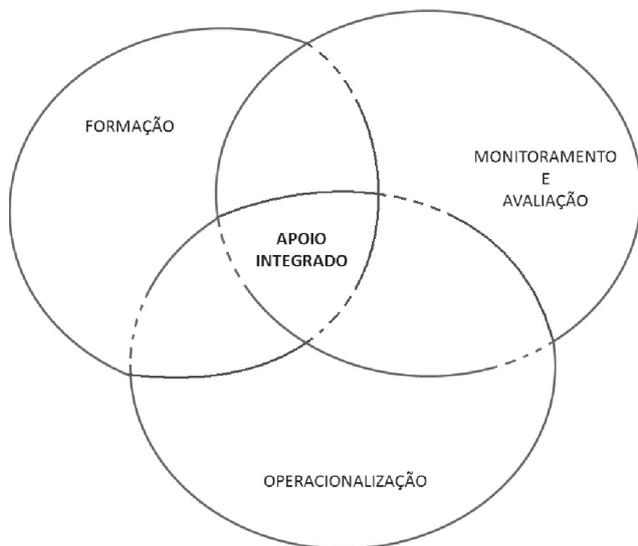
A agenda do apoio integrado deve respeitar as competências dos gestores das três esferas de governo, lembrando que a ação federal deverá buscar articular-se com a gestão estadual, coordenadora do sistema no seu âmbito, para fortalecer a ação federal/estadual/municipal, na implementação das Políticas de Saúde, sem prejuízo de apoios técnicos específicos entre eles. Ações do apoio integrado do Ministério da Saúde deverão priorizar os projetos de cooperação, de modo a promover a ação solidária entre os gestores, na garantia de acesso resolutivo e com qualidade, de acordo com o Decreto nº 7.508/2011.

Com base no novo ciclo de gestão, expresso na centralidade dos pressupostos e dispositivos do Decreto nº 7.508/2011, os apoiadores deverão contribuir com estados e municípios (Brasil, 2012):

- no planejamento em Saúde, no âmbito estadual e municipal;
- no planejamento regional integrado, no âmbito de cada região de saúde;
- na elaboração do desenho da rede de atenção à saúde em cada território;
- na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas estabelecidas nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde e de acordo com a RENASES e RENAME;
- na implementação de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), expressão dos compromissos de cada ente federado para com o sistema de saúde; e
- nos processos decorrentes destas ações, tais como regulação, monitoramento e avaliação, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância em saúde, atenção básica, dentre outros.

Tendo em vista este conjunto de ações, existe a necessidade de se articular técnico-politicamente as várias Secretarias do Ministério da Saúde em torno de objetivos comuns, para fortalecer a rel(ação) com estados e municípios. Para tanto, o processo de organização do Apoio Integrado deverá estar sustentado em três diretrizes estratégicas, a saber: a formação dos apoiadores, a operacionalização da estratégia e o seu monitoramento e avaliação.

Figura 2. Nó borromeano



A figura do nó borromeano (Brasil, 2012) é formada por três elos distintos, entrelaçados de tal modo que, cortando-se um dos elos, não importa qual deles, todos imediatamente se soltam e o nó se desfaz. Desta forma, entendemos que a estratégia do apoio integrado, assim ancorada, somente terá sentido se for efetivamente sustentada pelo que representam

cada um desses elos/diretrizes do processo: o projeto de formação, a condução do apoio integrado e seu monitoramento e avaliação.

Cabe destacar que as diretrizes gerais para o apoio integrado apontam o caminho que deve ser buscado com base em cada eixo que lhe dá sustentação, de modo a atender a seu grande objetivo, que é articular as ações inerentes à implementação dos objetivos estratégicos, por todas as secretarias do Ministério da Saúde, no processo de cooperação a estados e municípios.

Quadro 1. Aspectos inerentes às diretrizes para a implantação de práticas de apoio integrado como estratégia de cooperação federativa, Ministério da Saúde

DA OPERACIONALIZAÇÃO	DA FORMAÇÃO	MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO
<p>Estabelecimento de diálogos cooperativos, reforçando-se a horizontalidade no trato de questões políticas e gerenciais no campo da saúde.</p> <p>Qualificação dos processos e práticas de gestão e do cuidado em saúde.</p> <p>Articulação técnico-política entre os diversos atores do SUS.</p> <p>Integração e coordenação de agendas na implementação de políticas de saúde.</p>	<p>Utilização das diretrizes da educação permanente no SUS.</p> <p>Estabelecimento de parcerias com instituições formadoras.</p> <p>Desenvolvimento de competências do apoiador, utilizando conhecimentos do campo das profissões e da saúde coletiva.</p>	<p>Utilização de metodologias de monitoramento e avaliação eficazes.</p> <p>Definição de parâmetros e limites por meio de processos negociados e iterativos, que envolvam os principais interessados (dirigentes, apoiadores e beneficiados).</p> <p>Compartilhar o resultado das avaliações ao longo do processo.</p>

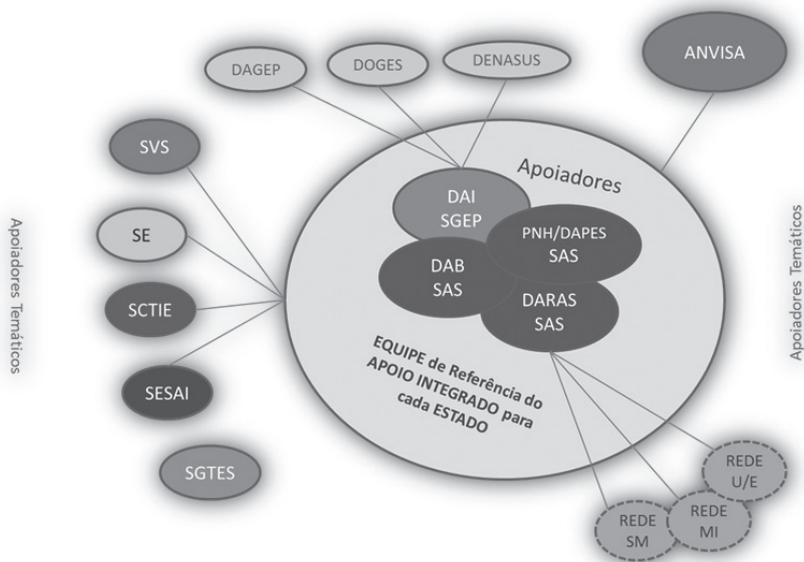
Fonte: Adaptado do *Caderno de Diretrizes do Apoio Integrado*, Ministério da Saúde, 2011.

Considerando este novo ciclo de gestão e a ampliação das responsabilidades dos gestores do SUS, em particular o gestor federal, estamos experienciando a construção de uma agenda de de gestão para o Apoio Integrado do Ministério da Saúde, compartilhada por todas as secretarias do ministério, na configuração de um *Núcleo Gestor do Apoio Integrado*, cujo objetivo é fazer a gestão (operacionalização, acompanhamento e avaliação do desempenho) da estratégia adotada. Sendo assim, o Apoio Integrado na relação com os estados e municípios é composto por apoiadores, que têm a missão de pensar um projeto estratégico para a implementação das Políticas de Saúde, articulado e integrado, de acordo com as realidades estaduais e suas especificidades.

Como estratégia voltada para a organização operacional foram definidas equipes de referência do Apoio Integrado dos estados, compostas por apoiadores das Secretarias do Ministério da Saúde, a saber: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo este do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), sendo um apoiador do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), um da Política Nacional de Humanização (PNH/DAPES) e outro do Departamento de Atenção Básica (DAB). Esses apoiadores deverão reunir-se, periodicamente, para discutir as estratégias de implementação das Políticas de Saúde e de acordo com os objetivos estratégicos do MS.

Para dar agilidade ao processo, foi desenvolvido um espaço virtual específico para compartilhamento de informações e agendas.

Figura 3. Desenho esquemático da configuração da Equipe de referência do apoio integrado do MS a cada estado



Para dar suporte às ações operacionais está em construção um projeto pedagógico pautado pelas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente, que abriga, além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social no setor. Nesta perspectiva, o projeto pedagógico contempla a formação dos apoiadores, com foco no apoio institucional, visando qualificar a ação de articulação das atividades referentes à implementação dos objetivos estratégicos do MS.

A formação busca propiciar espaços de reflexão sobre a dimensão das ações desenvolvidas pelo apoiador institucional, resgatando a força criadora e a espontaneidade em uma cocriação do modo de pensar e vivenciar este papel. Busca propiciar um processo de ação-reflexão-ação considerando o potencial humano inato: o intuitivo, o emotivo, o imaginário e o criativo, assim como o racional, o lógico, o cognitivo e o verbal. Dessa forma, busca favorecer as ações de agir e pensar o trabalho em saúde e o papel de apoiadores baseados na coconstrução de modos de fazer pautados em diretrizes ético-políticas. Neste processo se faz necessário que a problematização das situações a serem enfrentadas no território sirvam de móvel para o desenvolvimento da aprendizagem, possibilitando a construção de conceitos e modelos, oportunizando mudanças no modo de fazer, agir e produzir a função apoio integrado.

Por fim, existe um amplo consenso de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas. A avaliação permite emitir julgamentos de valor, acerca de determinado processo e, portanto, deve estar inserida no cotidiano e fazer parte do ciclo do planejamento – execução – avaliação – tomada de decisão, de modo a corrigir rumos, com maior precisão, de acordo com os atributos aferidos àquilo que se quer avaliar, com base na eficiência e eficácia da ação pública (Brasil, 2011).

Minayo (2005) destaca a avaliação como técnica e estratégia investigativa, sendo um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa. Um processo de avaliação de programas e projetos sociais geralmente tem, como sentido mais nobre, fortalecer o movimento de transformação da sociedade em prol da cidadania e dos direitos humanos. E segundo Pisco (2006), a avaliação é, pois, um poderoso instrumento de mudança que

não deve ser visto como uma ameaça, mas como um incentivo para que os diferentes serviços de saúde cumpram padrões mínimos de qualidade.

O monitoramento, enquanto processo sistemático e contínuo, deve produzir informações sintéticas e em tempo hábil, para possibilitar a avaliação situacional e a intervenção em tempo oportuno, que confirme ou corrija as ações monitoradas, tornando-se um requisito imprescindível para o exercício da avaliação. Assim, a definição de métodos e técnicas que permitam, a partir da percepção dos sujeitos que atuam nos diversos espaços de construção do processo do apoio, e que são capazes de confrontar uma situação atual com a ideal, e seu afastamento / aproximação dos objetivos propostos, das metas a alcançar, é de fundamental importância para a adoção de medidas que permitam a correção de rumos, em tempo oportuno, com economia de recursos e tempo.

Fica patente que a inter-relação / integração entre estas diretrizes é essencial para a concepção de uma nova forma de ver e praticar o apoio integrado, ficando cada vez mais claro que todo movimento que se faz para fora da arena de gestão federal provoca dentro desta mesma arena processos de mudança, fazendo com que a instituição tenha que (re)ver seus processos.

À guisa de conclusões: o apoio integrado, a linha e a agulha que ajudam a tecer uma rede de cooperação e aprendizagem

Iremos nos valer aqui das reflexões trazidas na publicação feita pelo Ministério da Saúde, por meio do Projeto QualiSUS, em recente publicação, que no subtítulo “*construção esperada*” traz algumas considerações que destacamos como pertinentes para as nossas considerações finais.

A primeira delas diz respeito à correlação entre o trabalho do apoio e o processo de tecer. Tecer a partir da combinação e integração de elementos que transpassam as estruturas e criam novos elementos e processos. Este processo tem com certeza um “toque de arte”.

A segunda consideração a ser destacada tem correlação direta com a análise do lugar onde este processo ocorre, destacado como espaço-tempo do projeto apoio institucional integrado do Ministério da Saúde, considerando o momento histórico e a necessidade de buscarmos a consolidação do SUS como política de estado. Tecer os fios para constituir / fortalecer o tecido que da vida ao sistema.

A terceira consideração guarda relação com a leitura da relação federativa, considerando a estrutura que sustenta o SUS de natureza trina, onde os entes federados são autônomos. Os atores nesta arena federativa desempenham papel fundamental, onde as tensões e negociações são uma constante, seja no âmbito das comissões intergestores, na rede de serviços, nos espaços de gestão ou na relação direta com as representações de usuários e de trabalhadores. Faz-se necessário (re)conhecer os aspectos que determinam e mobilizam estas relações e suas subjetividades, nem sempre percebidas e por isso mesmo difíceis de serem enquadradas em métodos e modelo. Aprender a tecer junto, para compreender a forma de tecer do outro.

A quarta consideração está vinculada aos aspectos da formação, a qual está centrada na construção permanente de estratégias de fomentação de coletivos capazes de produzir repostas técnicas, éticas e políticas, tendo como objetivo principal a consolidação da atenção à saúde eficiente e efetiva, tendo como base a gestão participativa e

solidária, expressa a ampliação do grau de integração das políticas de saúde; no fortalecimento da democracia institucional; no fortalecimento de mecanismos de contratualização entre os entes federados; na construção e consolidação de metodologias de apoio, na construção de redes e processo de monitoramento e avaliação, na ampliação do diálogo entre gestores e trabalhadores e deste com os usuários; no fomento a espaços vivos de educação permanente e na viabilização da troca de experiências entre sujeitos capazes de solidariamente construir sua história dentro da história social e política que tem como arena principal o espaço da saúde. Compartilhar a tessitura para construir novos modos de andar a vida.

A quinta e última consideração está vinculada ao fortalecimento dos compromissos dos atores envolvidos com a consolidação do SUS, por meio da produção de espaços interativos, de vínculos seguros e da escuta qualificada, promovendo a transformação das práticas e ampliando o desenvolvimento da função apoio visando a implementação da agenda estratégica do SUS, por meio de uma aliança entre trabalhadores, gestores e usuários.

Com a releitura destas considerações, damos mais um passo na longa estrada de reflexão sobre as práticas do apoio institucional no âmbito da gestão do SUS. Conscientes das limitações, por estarmos implicados diretamente no processo, destacamos a importância e a necessidade de construirmos caminhos que nos deem condição de aprofundar os conhecimentos sobre a consolidação da função apoio institucional como prática a ser incorporada como dispositivo estratégico no âmbito da gestão do SUS.

Referências

BARROS, M.E.B.; GUEDES, R.C.; ROZA, M.M.R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiências em um hospital geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4.803-4.814, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 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. : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Série Pactos pela Saúde, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de Diretrizes do Apoio Integrado A Gestão Interfederativa do SUS/2012:Mimeo- 13pp.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Caderno de referência para o processo de formação do Apoio Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Série Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei.NOB 01/93*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. NOB 01/96. Brasil: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. Brasil: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS et al. (Org). *Trabalho em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. P. 53-92.

CARVALHO , A.L.B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. ET al. (orgs.). *Política e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-65.

HOUAISS, A.; VILLAE, M. S. *Minidicionário Houaiss de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

MINAYO, M.C.S. Introdução: conceitos de avaliação por triangulação de métodos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G., SOUZA, E.R. (orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 19-53.

PAIMS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. *Rev Saúde Pública*. São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, 2006.

PISCO, L. A. Avaliação como instrumento de mudança. *Cien e Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, M. O. L. *SUS: o espaço da Gestão Inovadora e dos Consensos Interfederativos*. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: CONASEMS-IDISA, 2007.

Estratégias de apoio institucional do COSEMS-MG visando fortalecer a gestão municipal no espaço de gestão regional do SUS

MAURO GUIMARÃES
JUNQUEIRA*

PAOLA SOARES MOTTA**

Introdução

Para potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locorregionais possam ser organizadas e expressas 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,

* Especialista em Saúde Pública pela UNICOR; presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG); secretário municipal de Saúde de São Lourenço-MG. E-mail: presidente@cosemsmg.org.br

** Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte-MG; coordenadora da Assessoria Técnica do COSEMS-MG. E-mail: paola@cosemsmg.org.br

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.

O processo de regionalização da atenção à saúde, reforçado pela necessidade de construção de Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais, especialmente referente à gestão regional de saúde trouxe à luz um novo cenário para o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG). As representações regionais do COSEMS-MG, organizados em COSEMS Regionais não contavam com apoio suficiente para acompanhar as decisões emanadas das instâncias de pactuação regional, levar propostas à Comissão Intergestores Bipartite (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 instâncias de pactuação bipartite regional 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. Foram implantadas ações de apoio institucional que hoje já apresentam resultados importantes no amadurecimento das pactuações inerentes à Gestão Compartilhada do SUS nos âmbitos regional, estadual e federal.

Este texto, além da introdução, está estruturado em quatro partes. A primeira resgata o processo de regionalização em Minas Gerais com a conformação das Redes de Atenção e a gestão compartilhada do SUS-MG;

a segunda apresenta as estratégias de apoio institucional do COSEMS-MG visando ao fortalecimento da gestão municipal no espaço de gestão regional do SUS; a terceira parte aponta o mecanismo de financiamento das ações desenvolvidas e na última parte, é apresentada a conclusão, destacando os principais reflexos do desenvolvimento dessas ações.

O processo de regionalização em Minas Gerais com a conformação das redes de atenção e a gestão compartilhada do SUS-MG

O Estado de Minas Gerais conta com uma população de 19.855.332 habitantes (IBGE-2012), dispersa em 853 municípios. Todos os municípios mineiros assumiram e têm responsabilidades na gestão do sistema de saúde, e destes, 76¹ assumiram também a responsabilidade pela gestão dos prestadores de serviço do SUS de seu território.

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) está administrativamente representada nos espaços regionais por 18 Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e dez Gerências Regionais de Saúde (GRS). Já o COSEMS está representado por 28 COSEMS regionais, que agrupam as 28 regiões administrativas de saúde do Estado.

A regionalização da saúde já vinha sendo discutida no estado 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 à SES a responsabilidade pela coordenação e pactuação, com vistas à organização de redes de assistência resolutivas, foi desenhado o

¹ Até a data de 1º de abril de 2013, de acordo com o MS no Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade (SISMAC).

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.

Elaborado no ano de 2001,² o PDR passou por ajustes em 2003, visando à adequação aos princípios de economia de escala, escopo, acessibilidade viária e geográfica. Definiu também que é o espaço macrorregional responsável por englobar as ações inerentes às Redes de Atenção. 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 76³ microrregiões. Sua revisão, em novembro de 2011, manteve o mesmo número de macrorregiões e passou para 77⁴ microrregiões, incluindo a micro de João Pinheiro. Atendendo ao disposto no Decreto n° 7.508/2011⁵, em agosto de 2012⁶ a CIB/SUS-MG

² Nos termos da regionalização proposta, o Estado foi dividido em sete macrorregiões, 95 microrregiões e 21 regiões assistenciais.

³ De acordo com o PDR vigente até 31 de dezembro de 2011.

⁴ 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.

⁵ Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n° 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.

⁶ Deliberação CIB-SUS/MG n° 1.219, de 21 de agosto 2012, que institui as Regiões de Saúde no âmbito do SUS para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências.

reconheceu as 77 microrregiões de saúde como Regiões de Saúde e as 13 macrorregiões como Regiões Ampliadas de Saúde.

As redes prioritárias que estão em processo de implementação em Minas Gerais são: Rede Viva Vida – de atenção às mulheres e crianças; Rede Mais Vida – de atenção aos idosos; Rede Hiperdia – de atenção aos hipertensos e diabéticos; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Deficiência e Rede de Saúde Mental.

As primeiras comissões bipartites no espaço regional, CIB Regional (CIB-R), de Minas Gerais foram instituídas em 1993⁷. Essas CIB-R se organizavam no espaço administrativo regional de atuação das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e dos COSEMS Regionais. A organização da CIB-R foi alterada em 1999,⁸ 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.

Mas em 2004,⁹ 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. Assim, todos os municípios mineiros têm a responsabilidade de participar das instâncias regionais de gestão, mas

⁷ Instituídas pela Resolução nº 637/SES-MG, de 25 de junho de 1993.

⁸ Alterada pela deliberação CIB-MG 007, de 1º de março de 1999.

⁹ Com a Deliberação CIB/SUS-MG nº 095, de 17 de maio de 2004.

não estava garantida a presença do presidente regional do COSEMS ou sua representação nas instâncias regionais de pactuação.

O COSEMS-MG, que antes contava com representação de seu presidente regional em todos os espaços de pactuação intergestores 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.

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 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.

Atendendo ao disposto no Pacto pela Saúde, em 2007¹⁰ definiu-se que as CIBs Micro são os Colegiados de Gestão Regional (CGR)

¹⁰ A Deliberação CIB/SUS-MG nº 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.

de Minas Gerais. Atendendo ao disposto no Decreto nº 7.508/2011,¹¹ em agosto de 2012,¹² a CIB/SUS-MG definiu que as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e as Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRAs) substituirão as atuais Comissões Intergestores Bipartites Microrregionais (CIBs Micro) e a Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais (CIBs Macro), respectivamente. Estas instâncias constituem foros interfederativos regionais de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, em conformidade com as competências dispostas no art. 6º da Resolução CIT nº 1/2011 para a CIR.

As estratégias de apoio institucional do COSEMS-MG visando fortalecer a gestão municipal no espaço de gestão regional do SUS

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 representações regionais do COSEMS-MG não contavam com apoio suficiente para mobilizar os gestores municipais de seu território, acompanhar as decisões emanadas das regiões de saúde, levar propostas à CIB Estadual e tampouco capilarizar as decisões da CIB Estadual para essas instâncias de gestão.

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

¹¹ Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, já citado.

¹² Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto 2012, já citada.

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. Assim, desde 2008 o COSEMS-MG desenvolve ações que buscam resgatar a importância da organização dos municípios em torno de seu COSEMS Regional, bem como apoiar os municípios na gestão municipal e regional de saúde. A seguir serão apresentadas as principais estratégias desenvolvidas nos últimos anos pelo COSEMS-MG com este fim.

O Plano de Trabalho dos COSEMS Regionais: ênfase na utilização do Fórum regional

O Plano de Trabalho Regional, instituído em 2008, é elaborado quadrimestralmente pelos COSEMS e deve ser aplicado em atividades discutidas na região que fortaleçam a atuação do COSEMS no território. Os recursos podem ser utilizados para a compra de material de consumo ou bens de capital. Assim, vários COSEMS Regionais já compraram mobiliário, equipamentos multimídia, *notebooks*, bem como material de escritório, conectividade, e contrataram serviços de publicidade para divulgar as ações realizadas em sua região.

Consiste atualmente no comprometimento financeiro que varia de R\$1.200,00 a R\$3.500,00 por quadrimestre por COSEMS Regional. Este valor é constituído por uma parte fixa e por uma parte variável e depende no número de municípios abrangidos pelo COSEMS Regional. O indicador acompanhado para definir o repasse da parte variável

é o quantitativo de acessos ao Fórum Regional dos gestores de cada território. Este Fórum Regional é mediado pelo Apoiador Regional do COSEMS, que posta e discute de forma contextualizada com todos os gestores da área de abrangência do COSEMS Regional temas de interesse municipal e regional do SUS. Os gestores devem acessar o Fórum no mínimo uma vez por semana, e o acesso médio é escalonado e transformado no valor financeiro a ser repassado.

O destaque e a importância na utilização do Fórum Regional se devem ao entendimento de que, para a atuação dos gestores municipais 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 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 no espectro de opções compatíveis com seus propósitos e recursos e factíveis com as restrições do contexto. O acesso ao Fórum Regional no último ano (quando passou a ser mensurado) alcançou a média de utilização semanal por 33,5% dos 853 municípios mineiros.

O Prêmio COSEMS em Ação

O “Prêmio COSEMS em Ação” foi instituído em 2008 para contemplar os COSEMS Regionais cujos gestores se empenharem em desenvolver atividades visando à melhoria da qualidade da participação na implementação e proposição de políticas públicas no SUS-MG. O concurso incentiva e valoriza os resultados dos COSEMS Regionais na melhoria da capacidade de aglutinação dos municípios sob sua jurisdição; na discussão da política estadual no contexto regional; na capacidade de trazer propostas para discussão no nível central; na agilidade na disseminação das informações; na maior interlocução com o Escritório Central do COSEMS-MG e no comparecimento nas reuniões ordinárias mensais do COSEMS-MG.

Contempla anualmente os COSEMS Regionais que alcançam maior pontuação no cumprimento dos requisitos listados em edital específico. Todos os itens do edital estão relacionados à mobilização regional e estadual, mecanismos de comunicação, disseminação de experiências municipais e integração regional. O reconhecimento dos COSEMS se dá com a atribuição de valores financeiros específicos para os três primeiros colocados. No ano de 2013, em sua sexta edição, o edital contemplará o primeiro lugar com valor de R\$ 12.000,00; o segundo lugar, com valor de R\$ 6.000,00; e o terceiro lugar com valor

de R\$ 2.000,00. Entende-se por crédito financeiro o valor que será pago pelo COSEMS-MG, de acordo com os Planos de Trabalho de aplicação em custeio e ou capital, a serem encaminhados pelos vencedores para utilização do recurso, no prazo máximo de 90 dias após a premiação.

Os itens do edital 2013 são: 1) Avaliação do quantitativo de presença do(a) presidente do COSEMS Regional na assembléia ordinária mensal do COSEMS em Belo Horizonte; 2) Veiculação de notícias de mobilização dos COSEMS Regionais no site do Conselho; 3) Preenchimento do cronograma das reuniões ordinárias mensais, do ano de 2013; 4) Número de municípios participantes em reunião ordinária dos Gestores Municipais do COSEMS Regional; 5) Assiduidade das reuniões ordinárias do COSEMS Regional; 6) Resposta ao questionário de avaliação aplicado nas áreas de jurisdição do COSEMS Regional; 7) Percentual de atualização dos cadastros das Secretarias Municipais no *site* do COSEMS-MG; 8) Cadastro no *site* do COSEMS-MG de Experiências Exitosas; 9) Apresentação de boletim informativo de experiências exitosas na reunião ordinária do COSEMS-MG; 10) Percentual da situação de entrega do SIOPS Anual 2012 dos municípios por COSEMS Regional; 11) Percentual da situação de entrega do SIOPS bimestral 2013 dos municípios por COSEMS Regional; 12) Percentual de municípios por COSEMS Regional que atendeu ao disposto na Portaria GM nº 3.176 e suas retificações e republicações pelo Ministério da Saúde referentes ao Plano Municipal de Saúde 2014/2017; 13) Percentual de municípios por COSEMS Regional que atenderam ao disposto na Portaria GM nº 3.176 e suas retificações e republicações pelo Ministério da Saúde referentes ao Relatório Anual de Gestão 2012; 14) Percentual de municípios por COSEMS Regional que atenderam ao disposto no caput do artigo 36 da Lei Complementar nº 141 quanto à apresentação

de Relatório Quadrimestral ao Conselho Municipal de Saúde no ano de 2013; 15) Percentual de acesso dos gestores municipais ao Fórum Regional; e 16) Percentual de comparecimento dos gestores indicados pelos COSEMS Regionais no Curso “De Repente... Gestor”.

O Projeto Apoiador

Buscando enfrentar os problemas advindos da assimetria de informação, fragmentação institucional do COSEMS e fortalecimento da capacidade técnica municipal, o COSEMS-MG implantou o Projeto Apoiador. 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 CIR.

O Projeto Apoiador do COSEMS-MG tem alcance sobre alguns problemas em relação à comunicação e integração dos gestores estaduais e municipais no espaço regional, tais como a necessidade de superar a organização engessada/normativa das CIR (espaços sala de aula); a assimetria de informações do COSEMS-MG e da SES-MG no espaço regional; a assimetria de informações entre municípios de uma mesma região e entre municípios de diversas regiões do estado de Minas Gerais; a falta de rotina regular de reuniões das Câmaras Técnicas Temáticas SES/COSEMS nos espaços regionais e a área de atuação do COSEMS Regional englobando várias microrregiões, dificultando a aglutinação dos gestores no COSEMS Regional.

Os principais objetivos do projeto são: fortalecer os COSEMS Regional que estavam fragmentados em diversas CIB Micro; subsidiar tecnicamente os gestores municipais de saúde nas instâncias de

pactuação regional; apoiar a qualificação do funcionamento dessas instâncias; apoiar, acompanhar e monitorar o processo de implantação e sustentabilidade das definições do Decreto nº 7.508/2011 no estado, especialmente do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP); disseminar informação de interesse para a gestão municipal de saúde e buscar a qualificação da informação para a gestão regional, pois a informação qualificada e com interface amigável para o gestor municipal é fundamental para o monitoramento e a tomada de decisão no espaço Regional, bem como para estimular sua participação. O projeto conta com 22 apoiadores descentralizados responsáveis por, no mínimo, dois e, no máximo, seis CIR, além de 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. É atribuição do apoiador, participar das reuniões de COSEMS Regional, CIR e CIRA além de, diariamente, mediar o Fórum Regional com a participação de todos os municípios de um dado território. Os apoiadores participam ativamente das reuniões de COSEMS regional e dão subsídios técnicos nessas ocasiões. Todos têm orientação de não se manifestar nas reuniões intergestores regional (CIR e CIRA), 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. Momento importante em Minas Gerais contou

com a participação dos apoiadores, na conformação dos Planos de Ação Regional inerentes à implantação de cada Rede de Atenção implantada em determinado território.

Esses apoiadores foram contratados inicialmente como prestadores de serviço, mas desde janeiro de 2012 passaram a ser contratos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) integrando formalmente o quadro de pessoal do COSEMS-MG. Estes apoiadores foram selecionados por empresa específica¹³ e contam com apoio financeiro para realizar despesas com deslocamento, alimentação e hospedagem, quando da realização das atividades requeridas. Depois de contratados, os apoiadores passaram por capacitação técnica e administrativa ofertada pelo nível central do COSEMS-MG e, antes de iniciarem sua atuação no espaço regional, foram formalmente apresentados em reunião de COSEMS Regional e Estadual, bem como à direção da SRS/GRS específica pela presidência do COSEMS Regional.

Esta apresentação consiste em marcar um horário com a direção da SRS/GRS para explicitar os objetivos do projeto. Para uniformizar esta 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,¹⁴ no momento de implantação do projeto, a área responsável pela coordenação das GRS centralizada

¹³ Foram selecionados por empresa terceirizada de recrutamento de pessoal, atendendo aos requisitos de: não possuir vínculo público; ter experiência na área de saúde; ter disponibilidade para viajar pelo menos uma semana por mês e possuir capacidade de liderança, dinamismo e organização.

¹⁴ Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, então secretário adjunto de Estado da Saúde, é secretário de Estado da Saúde desde janeiro de 2011.

no nível estadual desconhecia o alcance da nova proposta. Para que esta carta seguisse assinada pelo COSEMS-MG e pela SES-MG foi necessário o convencimento da coordenação da representação regional da SES, que foi conduzida pelo presidente do COSEMS pessoalmente, de que o projeto contribuiria com a gestão do SUS-MG no espaço regional. 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 se reuniu por três vezes com todos os diretores das SRS/GRS.

Já 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 nas Comissões Intergestores Regional.¹⁵ 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 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.

¹⁵ As Comissões Intergestores Regionais à época - CIB Micro e Macro.

Nova conformação dos COSEMS Regionais, revisão do regimento interno da CIR e CIRA e custeio deslocamento e alimentação para participação dos gestores municipais na CIR, CIRA e COSEMS Regional – ações institucionais em 2013

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 Comissões Intergestores no espaço regional 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.

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 expressivo processo

de inovação política (as chamadas “novidades vindas de baixo”), 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, para 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).

Reconhecida a importância das instâncias de pactuação e representação institucional no SUS/MG, a partir de 2013, três ações passaram a ser desenvolvidas pelo COSEMS-MG:

- *Viabilizar nova conformação dos COSEMS Regionais*: reagrupar os gestores municipais de um dado COSEMS Regional é o principal objetivo desta ação. Assim, até dezembro de 2012, o COSEMS-MG contava com 25 representações regionais, e a partir de 2013 passou a contar com 28 COSEMS Regionais. Com esta nova conformação, todos os COSEMS estão distribuídos exatamente na área territorial administrativa da SES-MG. Com esta conformação, os presidentes regionais de COSEMS têm a mesma área de responsabilidade de pactuação intergestores que a direção da Unidade Regional de Saúde da

SES-MG. Para consolidar a ação de aglutinação dos gestores em seu COSEMS Regional específico, estimulando o encontro mensal de todos os gestores, foram desenvolvidas as duas ações que se seguem.

- *Revisão do regimento interno da Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Regional Ampliada (CIRA):* na proposta de revisão apresentada pelo COSEMS-MG destaca-se a proposta de realização das CIR que estão distribuídas dentro da área de abrangência da representação regional do COSEMS e da SES no mesmo dia. Antes da reunião das CIR do território, será realizada a reunião do COSEMS Regional e somente depois de discutidos os temas comuns aos gestores, estes participarão da reunião da Comissão Intergestora específica. Além desta proposta, fica garantida a eleição da coordenação da CIR entre seus membros, instituindo também a figura do coordenador adjunto. Para a coordenação e coordenação adjunta, fica definido que será exercida sempre garantindo a representação municipal e da SES concomitantemente. Também integra o rol de proposições apresentadas a formalização do fluxo de definição de pauta, composição de câmara técnica e prazos de convocação.
- *Custeio deslocamento e alimentação para participação dos gestores municipais na Comissão Intergestora Regional (CIR), Comissão Intergestora Regional Ampliada (CIRA) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Regional (COSEMS Regional):* todos os gestores municipais de saúde de Minas Gerais passam a contar com recurso financeiro que garante a sua participação nas reuniões mensais de CIR, CIRA e COSEMS Regional.

Foi desenvolvido sistema informatizado que acompanha a solicitação e prestação de contas do auxílio financeiro disponibilizado mensalmente para os 853 municípios que são utilizados nas despesas com deslocamento e alimentação. Desonerar as Prefeituras Municipais da obrigação do custeio específico para a participação dos gestores nas instâncias de sua representação e pactuação regional é um dos objetivos desta iniciativa, que agrupada a outras estratégias aqui apresentadas, favorece a cooperação e coordenação dos gestores municipais no espaço regional de gestão.

Mecanismo de financiamento das ações desenvolvidas

O reconhecimento do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e COSEMS, estabelecido na Lei nº12.466/2011, reforça a necessidade de viabilizar financeiramente a instituição. O CONASEMS é reconhecido como entidade representativa dos municipais, no nível nacional, para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento. Esta lei também destaca que o CONASEMS receberá recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais. A lei também destaca que 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.

A Portaria GM/MS nº 220, de 30 de janeiro de 2007, regulamenta a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos

da assistência de média e alta complexidade, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) com valor e periodicidade referentes à contribuição institucional estabelecidos na Assembleia Geral dos Conselhos Representativos, nos termos do disposto em seus respectivos Estatutos.

Em agosto de 2008,¹⁶ o COSEMS-MG, em reunião de Assembleia Geral, aprovou sua primeira tabela de contribuição mensal por município de acordo com faixas de porte populacional definidas pelo CONASEMS com valor de contribuição mínimo de R\$ 50,00 e máximo de R\$ 2.400,00. Atualmente o valor de contribuição mínimo é de R\$ 270,00 e máximo de R\$ 9.080,00. Assim, o recurso próprio do COSEMS é garantido pela utilização de tabela específica,¹⁷ aprovada em assembleia geral do COSEMS, definindo recursos de contribuição ao CONASEMS e ao COSEMS-MG. Todos os municípios mineiros assinaram o Termo de Cessão de Crédito que viabiliza o repasse mensal de recursos ao COSEMS-MG, demonstrando o grau de credibilidade institucional. Para custear as ações até aqui apresentadas, são utilizados recursos oriundos do Bloco de Gestão do SUS e do próprio COSEMS-MG.

As ações definidas nos Planos de Trabalho e no Prêmio “COSEMS em Ação” são custeadas integralmente com recursos próprios do

¹⁶ Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 472, de 21 de agosto de 2008.

¹⁷ Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.298, de 12 de novembro de 2012, que altera o Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 472, de 21 de agosto de 2008, que aprova a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS para o ano de 2008.

COSEMS-MG. A partir de 2012, parte do recurso próprio do COSEMS é destinado à contratação dos apoiadores em regime CLT. O custeio do Projeto Apoiador no período compreendido entre maio 2009 a dezembro de 2011 utilizou recursos de incentivo dos CGR,¹⁸ repassado ao COSEMS-MG mediante assinatura de convênio com a SES-MG. O custeio deslocamento e alimentação para participação dos gestores municipais na CIR, CIRA e COSEMS Regional é garantido mediante assinatura de convênio com a SES-MG, utilizando recursos do Bloco de Gestão após a pactuação das ações no âmbito da CIB Estadual.

Conclusão: reflexos das ações

As iniciativas apresentadas neste texto têm provocado grandes mobilizações regionais, alicerçando as ações dos presidentes regionais dos COSEMS nesses espaços, especialmente na atuação nas instâncias de pactuação regional, ação esta fortalecida pela presença dos gestores municipais nas reuniões.

Para avaliar especificamente o Projeto 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, e 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.

¹⁸ A Portaria nº 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.

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. Atendendo a este achado, o COSEMS-MG deu início ao final de 2012 ao “Curso De Repente... Gestor”, curso de três dias, ministrado em Belo Horizonte garantindo o deslocamento e estadia dos gestores inscritos. Destaque especial ao resultado do questionário aplicado de que para 100% dos gestores municipais a informação está chegando com mais agilidade aos gestores municipais após a implantação do Projeto Apoiador.

Os resultados obtidos com a aplicação do questionário apontaram que a ação do Projeto Apoiador rebaixa os custos de transação,¹⁹ propiciando a cooperação na relação intergestores no espaço regional; promove a disseminação de informações; fortalece a atuação regional do COSEMS, 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;

¹⁹ 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).

aglutina gestores no COSEMS regional e possibilita a contextualização da discussão estadual do Conselho mineiro com os demais entes.

Cabe ressaltar também que, para mais de 80% da gestão municipal, o Projeto Apoiador estimula a presença mais frequente de gestores municipais e a regularidade das reuniões da CIR, 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 regionais favorecem a cooperação ao propiciar a interação repetida e continuada entre todos os municípios integrantes de uma região.

A análise do questionário aponta também que 97,70% dos gestores municipais reconhecem que, a partir da atuação do apoiador, houve um fortalecimento do COSEMS regional. O item mais mal 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. Reconhecendo este resultado, foram implementadas novas ações em 2013, com a nova conformação dos COSEMS Regionais, revisão do regimento interno da CIR e CIRA

e custeio deslocamento e alimentação para participação dos gestores municipais na CIR, CIRA e COSEMS Regional.

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 informação é uma das propostas fortalecidas com o Projeto Apoiador.

Outro depoimento importante que reflete o resultado das ações desenvolvidas é o relato do Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais, Dr. Antônio Jorge de Souza Marques, em entrevista para a revista do COSEMS-MG (2012, p. 22):

[...] alguns projetos pioneiros, como o dos apoiadores tem feito com que municípios e o Estado mantenham uma simetria de informação essencial para a construção dos avanços no SUS. [...] O trabalho de mobilização que vem sendo realizado, pelo COSEMS, nos 853 municípios mineiros tem trazido impactos positivos para a melhoria do modelo de atenção à saúde dos mineiros.

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 qualificar 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.

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.

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

_____. *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.

_____. *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.

_____. *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.*

_____. *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.

_____. *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 nº 220, de 30 de janeiro de 2007 que regulamenta a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Estaduais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e das Secretarias Municipais de Saúde ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. *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.*

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.

COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Revista Comemorativa dos 20 anos do COSEMS-MG*, 2011.

_____. *Revista COSEMS/MG*, 2012.

_____. Site: www.cosemsmg.org.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Carta de Gramado*. In: XXVI CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E VII CONGRESSO BRASILEIRO DE CULTURA DE PAZ E NÃO-VIOLÊNCIA. Gramado, 25 a 28 de maio de 2010.

ELSTER, J. *Peças e engrenagens das ciências sociais*. Rio de Janeiro: RelumeDumará, 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. Censo 2012. 2012. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/estimativa_tcu.shtm Acesso em: 29 de Março 2013.

JUNQUEIRA, M.; MOTTA, P. A atuação conjunta SES/COSEMS no fortalecimento da regionalização em Minas Gerais: a ação do COSEMS/MG. *Divulgação em Saúde para Debate*. Rio de Janeiro, n. 46, p. 60-68, maio de 2010.

_____. A contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS-MG no fortalecimento da gestão regional de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*. Saberes e Práticas da Gestão Municipal. Rio de Janeiro, n. 48, p. 60-72, jun. 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 179 de 1º de janeiro de 2011*. 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>. Acesso em: 9 abr. 2012.

_____. *Lei Delegada 180, de 20 de janeiro de 2011*. 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.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *CIB-SUS/MG nº 978, de 16 de novembro de 2011*. 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-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. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.298 de 12 de novembro de 2012 que altera o Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 472, de 21 de agosto de 2008*. Aprova a operacionalização da cessão de crédito, relativo aos recursos da assistência de Média e Alta Complexidade, para pagamento da contribuição institucional das Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde/CONASEMS para o ano de 2008. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2012.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto 2012*. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2012.

_____. 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. *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 nº 545, de 20 de maio de 1993, do Ministério da Saúde. Belo Horizonte. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1993.

MOTTA, P. *A contribuição do Projeto Apoiador do COSEMS-MG no espaço de gestão regional de saúde no estado de Minas Gerais no período de 2009 a 2011*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Escola de Governo Dr. Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012.

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.

VIANA, A. L.; LIMA, L. D. *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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/pdf/projeto_cibs.pdf. Acesso em: 9 abr 2012.

WAGNER, G. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de saúde do Brasil. In: FLEURY, S. (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: FGV, 2006. p.417-42.

Apoiador regional: ferramenta de fortalecimento do SUS em Alagoas

PEDRO HERMANN MADEIRO*

O Sistema Único de Saúde (SUS), com suas organizações e instâncias descentralizadas, exige dos seus atores um conhecimento amplo e atualizado da gestão para tomada de decisões técnicas qualificadas, como forma de assegurar adequadamente a organização estrutural sistêmica e autônoma, no âmbito administrativo e político, como determina o Decreto nº 7.508/2011.

O apoio institucional entra nessa nova conformação de saúde pública como dispositivo de funcionamento em rede, devendo ser exercido por um agente que assume o posicionamento subjetivo, ético e político, de acordo com uma metodologia de apoio a ser aplicada conforme as necessidades. No nosso caso, na esfera das secretarias municipais de Saúde de Alagoas. Assim, o sentido da prática do

* Presidente do COSEMS-AL; vice-presidente do CONASEMS, secretário de Saúde de Jequiá da Praia-AL.

apoio institucional está em reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. No acompanhamento e na construção dos processos de transformação, coloca-se o apoiador “ao lado” dos gestores, para juntos promoverem as modificações que a gestão SUS tanto necessita.

Em um estado marcado pela desigualdade social, é imprescindível fomentar uma política pública com características de cogestão, onde um grupo de profissionais atua de maneira integrada, responsabilizando-se por um objeto de trabalho em comum. Sendo a função primordial do apoio e suporte ao movimento de mudança já deflagrado, buscando-se fortalecer no próprio exercício da produção e organização da saúde, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas – COSEMS-AL implantou o projeto dos apoiadores regionais.

Focado no objetivo de contribuir para o fortalecimento da gestão da saúde, oferecendo instrumentos de apoio para qualificar a tomada de decisão das secretarias municipais alagoanas, e a fim de promover mudança no método de trabalho, o Conselho visa colocar o apoiador como colaborador na produção de sujeitos, ajudando-os na análise de seus processos de trabalho. Tal prática institucional vem provocando a construção de outro lugar para o grupo que não mais o de uma hierarquia vertical.

Segundo Gustavo Nunes de Oliveira, coordenador da Política Nacional de Humanização, “[...] o apoiador deve ter capacidade de formar espaços coletivos de gestão para se pensar a rede e se pensar o SUS [...]”, sendo importante transformar o apoio institucional em uma estratégia democratizante. Considerando a importância de romper com a dicotomia e superar a fragmentação do processo de cuidado, o

apoio institucional tem como objetivo implementar políticas através de pactuações que considerem as especificidades regionais dos atores que implementam o SUS em Alagoas.

O Projeto de Apoiadores Regionais no COSEMS-AL teve início em 2011 e tem como principal meta ampliar a capacidade de articulação dos 102 gestores municipais nos espaços de governança. A iniciativa valoriza a Região de Saúde como espaço principal para execução das políticas públicas. O trabalho é baseado na situação de cada uma das dez regiões sanitárias e os apoiadores, apesar de não serem gestores, possuem conhecimento técnico capaz de ajudar a encontrar soluções para os problemas, boa parte deles comuns a várias realidades encontradas nos municípios.

O acompanhamento e assessoramento acontecem de forma descentralizada, por meio das Tutorias Técnicas, contemplando os espaços caracterizados no Plano Diretor Regional (PDR) de Alagoas, problematizando situações, discutindo e respeitando realidades diversas, analisando possibilidades técnicas e factibilidades operacionais e orientando nas estratégias políticas e técnicas de viabilidades da construção de redes racionais de assistência, em espaços com serviços resolutivos de forma planejada e legitimamente discutida com a sociedade beneficiada.

Para a operacionalização das ações dos tutores técnicos ou apoiadores, foram inseridos instrumentos tecnológicos de monitoramento e avaliação à distância que oferecem subsídio para o planejamento, gerenciamento e acompanhamento dos produtos desenvolvidos pelos técnicos junto aos municípios, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU) e Ministério da Saúde (MS).

O projeto

Para o desenvolvimento das ações/atividades do projeto, o Conselho dividiu a execução em duas fases, a primeira de estruturação, com a seleção técnica, estruturação das plataformas de trabalho dos tutores e qualificação técnica dos profissionais para o desenvolvimento das ações de apoio aos municípios; e a segunda fase, de operacionalização. O processo está organizado e vem sendo executado na sequência abaixo.

Primeira Fase – Estruturação

Período de Execução: quatro meses (setembro a dezembro de 2011).

Ações e atividades: definição da equipe técnica para acompanhamento das ações centralizadas no COSEMS-AL; planejamento estratégico de atuação institucional; formatação da agenda temporal de reuniões com gestores e técnicos municipais por Região Sanitária, compatibilizada com as reuniões das Comissões Intergestoras Regionais (CIR); oferta de cursos temáticos para os técnicos das SMS em espaços paralelos no mesmo local das reuniões do CIR ou em plataformas à distância; planejamento e operacionalização da subdivisão das atuais Regiões de Saúde, ampliando a cobertura para as dez Regiões Sanitárias até dezembro de 2013, ou em conformidade com a definição do PDR; estruturação do Setor de Tecnologia da Informação (STI), com as adequações do parque tecnológico do COSEMS-AL e implantação da Plataforma de Interatividade Institucional para operacionalizar as redes e salas virtuais entre diretoria - assessorias técnicas - tutores regionais e de todos esses profissionais com as secretarias municipais de saúde vinculadas a Região; definição, em parceria com a SESAU, do perfil e a formatação do processo de seleção dos tutores regionais; realização de capacitação técnica dos tutores regionais para realização do apoio aos

municípios por meio da operacionalização das plataformas tecnológicas desenhadas conforme as necessidades regionais; contratação dos tutores/ apoiadores para fortalecimento das gestões locais do SUS.

Segunda Fase – Operacionalização

Período de Execução: 24 meses (janeiro de 2012 a dezembro de 2013)

*Ações e atividades:*¹ apresentação das equipes de apoio central e dos tutores regionais nas primeiras reuniões das CIRs; realização de reuniões mensais descentralizadas com gestores e realização de cursos e capacitação das equipes técnicas das SMS, com o custeio do deslocamento dos servidores municipais de carreira; construção do Plano de Ações e Metas com detalhamento operacional e das despesas por região de saúde e estadual; realização de um Encontro Regional e dois Encontros Macrorregionais de avaliação e possível redefinição de ações para a estratégia institucional no processo de descentralização do SUS em Alagoas; acompanhamento e orientação técnica, pelos assessores técnicos e tutores regionais do COSEMS, das atividades regulamentares das Comissões Intergestores Regionais – CIR, buscando qualificar a tomada de decisão dos gestores municipais para os possíveis desdobramentos técnicos das deliberações da comissão; reuniões trimestrais do COSEMS-AL e SESAU para acompanhamento e avaliação do Plano de Ações e Metas, definidos no item 4 para o desenvolvimento dos produtos a serem apresentados pelos tutores regionais as assessorias técnicas, visando definir os encaminhamentos

¹ As atividades desenvolvidas pelos tutores regionais têm como prioridade as bases legais para a saúde no país, com ênfase para a regulamentação da Lei nº 8.080/90, através do Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e as pactuações técnicas da CIT e CIB-AL nas portarias ministeriais e resoluções estaduais da saúde.

para aprimoramento da cooperação técnica e o fortalecimento do instrumento de apoio aos gestores municipais.

Até dezembro de 2013, serão cinco apoiadores descentralizados, distribuídos pelas dez Regiões de Saúde do estado, sendo um para cada duas Comissões Intergestoras Regionais. A proposta é que, a partir de 2014, com a continuidade do convênio com a SESAU, o número de apoiadores seja ampliado para dez, contemplando assim todas as Regiões de Saúde.

A proposta também contempla a ampliação do apoio centralizado para um número de cinco apoiadores. Atualmente o Conselho é contemplado com quatro desses, além do apoio descentralizado na 5ª, 6ª, 7ª e 8ª Região. O trabalho é baseado na situação de cada região. “[...] É importante dizer que os apoiadores não são gestores, mas eles surgem como apoiadores do gestor e podem ajudar a encontrar soluções para os problemas [...]”.

A experiência do apoiador descentralizado, Neélliton Ferreira, resume os resultados da participação nas CIRs, em artigo publicado na Revista do Conselho, publicada em fevereiro deste ano.

O COSEMS tem sido parceiro incondicional desse processo de discussão regional. Seus técnicos internos e os apoiadores regionais têm dado suporte às 10 regiões de saúde nas diversas discussões das CIR; tem orientado aos gestores da necessidade de manter cautela ao pleitearem novos serviços levando-os a refletirem se realmente é necessário o que buscam. Tem facilitado à compreensão de determinados temas levados à pauta nas CIR, bem como tem deixado os gestores confortáveis para discutirem

temas que os mesmos ainda não dominam seus conteúdos, devido sua complexidade.

É nessa perspectiva de trabalho coletivo, regionalizado que a essência da CIR vem mostrar que não há espaço para discussão isolada, mas aquele que por motivos vãs pensem em agir de forma individualizada por entender que cada município é um ente federado com autonomia própria, passará a ser o alvo de grandes dificuldades na execução de seus trabalhos, por não entender que a autonomia do município requer parceria, e parceria que possibilite o compartilhamento das dificuldades existentes no SUS.

A organização do processo de trabalho tem exigido uma mudança no modelo de assistência e na postura dos profissionais, a fim de integrar e responsabilizar-se por um objeto de trabalho em comum. O apoio institucional é, portanto, um dispositivo que faz aparecer esse emaranhado de forças que sustentam os conflitos, e ao mesmo tempo dispara processos de análise.

Ampliar a interlocução com o estado, democratizar a publicização dos processos decisórios e o fortalecer a construção de autonomia nas gestões municipais e regionais. Nesse universo o COSEMS-AL se propõe a atuar como facilitador em espaços coletivos privilegiados, como as Comissões Intergestores Regionais (CIR), a Comissão Intergetora Bipartite (CIB), entre outros, instrumentalizando os gestores e fortalecendo a gestão na busca permanente da consolidação do processo de descentralização do SUS, lançando mão de uma agenda estratégica de atuação político-institucional e de discussões técnicas e operacionais desconcentradas.

[...] Partindo do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos, ainda que com distintos graus de saber e de poder, assim todo trabalho tem uma tríplice finalidade e produz efeitos em três sentidos distintos: primeiro, objetiva e interfere com a produção de bens ou serviços para pessoas externas à organização – trabalha-se para um outro por referência à equipe de operadores – segundo, procura sempre assegurar a reprodução ampliada da própria organização, e, terceiro, acaba interferindo com a produção social e subjetiva dos próprios trabalhadores e dos usuários [...]. (CAMPOS, G.W., 2003).

Apoiador institucional

A importância do trabalho desempenhado por esses profissionais e a necessidade constante de apreender novos conhecimentos sobre o assunto motivou o Conselho a incentivar e investir na qualificação de um de seus apoiadores centralizados no Curso de Especialização em Apoio em Saúde com foco na Atenção Básica, promovido pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de Campinas (UNICAMP), baseado na metodologia Paideia, priorizando a formação integral do ser humano e proporcionando uma concepção ampla de gestão.

Diante da urgência no fortalecimento das ações da Atenção Básica, o perfil do apoiador institucional deve estar pautado no estabelecimento de vínculo com os profissionais e gestores, participação nas discussões técnicas que envolvem possibilidades de melhoria para os municípios a fim de incentivar os espaços de cogestão e de compartilhamento, considerando a disponibilidade de troca e desenvolvimento de atividades.

A mudança do perfil do apoiador institucional envolve a mudança na sua postura, nas atitudes frente às demandas trazidas pelos gestores ou profissionais e ainda, assumindo uma conduta pró-ativa, despertando no trabalhador de saúde o interesse pelo desenvolvimento de autonomia e competências para interagirem coletivamente sobre a realidade. A ideia é que os especializandos de Alagoas (apoiador COSEMS-AL e apoiador SESAU-AL) se tornem multiplicadores dessa metodologia para os demais apoiadores que atuam junto aos municípios alagoanos.

Assim, o COSEMS-AL vem praticando o apoio institucional como método de trabalho em saúde, estabelecendo uma relação dinâmica entre o apoiador institucional e a equipe apoiada, no caso, gestores e técnicos vinculados às Secretarias de Saúde. Esse conjunto vem gerando força nos processos de gestão nos municípios.

Bibliografia

ALAGOAS. Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde de Alagoas – COSEMS-AL. *Carta de Maragogi*. Dispõe sobre as recomendações técnicas debatidas durante o V CESMAL entre os gestores e técnicos da saúde em Alagoas. Maceió, 2011. Disponível em: www.cosemsal.org.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. *Regionalização das Ações de Saúde do Estado de Alagoas*: Plano Diretor. Maceió, janeiro. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001 : regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 16 p. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Presidência da República. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Dispõe 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. *DOU*, Brasília, 29 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 34 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BARROS, S.C.M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estudo e Pesquisa em Psicologia*. Rio de Janeiro, ano 10, n 1, p. 48-67, 2010.

BARROS, M.E.B.; GUEDES, C.R.; ROZA, M.M.R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, dez 2011.

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

_____. *O Método Paideia ou Método da Roda*, 2000. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/59426-curso-de-apoio-em-saude-com-foco-na-atencao-basica>.

CARVALHO, A.L.B. *Desafios do Pacto Federativo para a Saúde em Alagoas*. Apresentação Power Point. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEPE, Diretor, Maragogi, 20 maio 2011.

COSEMS-AL. *Revista Atitude*, ed. 03, fevereiro 2013. Disponível em: <http://www.cosemsal.org>.

GUEDES, C.R.G.; ROZA, M.M.R.; BARROS, M.E.B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cad. Saúde Colet*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.

Estratégia Apoiadores: dispositivo do COSEMS- SP para qualificar a ação dos gestores municipais de saúde e potencializar o processo de regionalização

ADEMAR ARTHUR CHIRO DOS
REIS*

ELAINE MARIA GIANOTTI**

LUMENA ALMEIDA CASTRO
FURTADO***

MÁRCIA MARINHO TUBONE⁺

FLORIANO NUNO DE BARROS
PEREIRA FILHO⁺⁺

MARIA DO CARMO CABRAL
CARPINTERO⁺⁺⁺

Introdução

A Estratégia Apoiadores foi idealizada pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), em 2007, para qualificar, aproximar e dar maior capilaridade à entidade no processo de cogestão regional nos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs) e no repasse de informações para a composição da pauta de reuniões da Diretoria do COSEMS-SP e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). O projeto contribui para o fortalecimento dos

* Presidente do COSEMS-SP; secretário de Saúde de São Bernardo do Campo.

** Secretária executiva do COSEMS-SP. E-mail: cosemssp@saude.sp.gov.br; www.cosemssp.org.br

*** Secretária de Saúde de Mauá; membro da diretoria do COSEMS-SP.

⁺ Assessora técnica do COSEMS-SP.

⁺⁺ Assessor técnico do COSEMS-SP.

⁺⁺⁺ Ex-presidente do COSEMS-SP.

gestores municipais por meio da construção de espaços de articulação regional dos secretários municipais e apoio técnico, em temas como Programação Pactuada e Integrada, Regulação, Modelo Assistencial e constituição de Redes de Atenção à Saúde, responsabilização sanitária, planejamento, dentre outros.

Cerca de 30 apoiadores são responsáveis pelo acompanhamento dos 63 CGRs do Estado de São Paulo. O número de apoiadores é definido através da quantidade de municípios de cada região e suas distâncias. Cada apoiador pode acompanhar de uma a quatro CGRs e é responsável pelo envio de relatório analítico mensal, aos assessores técnicos do COSEMS-SP, com informações sobre as principais pautas discutidas e o nível de representatividade das reuniões.

A continuidade do projeto é garantida anualmente, através de repasse de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde. A CIB aprova a destinação destes recursos. Todos os CGRs contam com um apoiador que atua no conjunto das regiões de saúde, buscando resgatar o Pacto pela Saúde, garantindo sua articulação às políticas discutidas em âmbito regional.

Este texto tem por objetivo socializar reflexões sobre o papel deste dispositivo no processo de regionalização, na relação da entidade com os gestores municipais e com o gestor estadual, assim como seu impacto no contexto mais abrangente da implementação do SUS no Estado de São Paulo. Inicialmente, apresenta-se o contexto que propiciou a criação da Estratégia Apoiadores e as apostas contidas na concepção da ideia. O segundo bloco desenvolve uma curta reflexão conceitual sobre o processo de apoio, objetivando tornar mais claras as motivações da estratégia. O terceiro bloco descreve a Estratégia Apoiadores, abrangendo três momentos: o ano de sua criação, 2007,

quando a constituição das Regiões de Saúde e dos CGR ocupou a agenda central do projeto; de 2008 a 2010, período fundamental para o desenvolvimento do processo de regionalização no Estado de São Paulo, e os anos de 2011 e 2012, quando a implementação das redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde teve impulso e alterou o processo de regionalização, com a criação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

Como a Estratégia Apoiadores vem sendo construída com a contribuição e participação de muitos atores, optamos por compor o texto tomando como base narrativas de personagens que atuaram e atuam diretamente na construção da estratégia, como gestores municipais e estaduais, membros da diretoria e assessores do COSEMS-SP e do CONASEMS, assim como dos próprios apoiadores, a partir de suas vivências e das avaliações que fazem desse processo histórico.

Cenário do surgimento da Estratégia Apoiadores

O cenário em que se originou a Estratégia Apoiadores do COSEMS-SP pode ser descrito a partir de dois aspectos: o primeiro envolve o contexto político sanitário em que a proposta se desenvolveu; o segundo, as etapas e formas como foi construída.

Em janeiro de 2006, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), depois de dois anos e meio de amplas discussões, aprovaram na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006a), referendado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em fevereiro de 2006. Foram definidos sete eixos que deveriam nortear a discussão das diretrizes e das responsabilidades dos gestores: Responsabilização sanitária; Regionalização; Planejamento,

programação e avaliação; Financiamento; Regulação e normatização; Gestão do trabalho e da educação; e Gestão participativa.

A Regionalização Solidária e Cooperativa (Brasil, 2006b) foi assumida como eixo estratégico e transversal aos demais eixos, devendo orientar as propostas construídas em cada área. A decisão partia do consenso, entre os atores, de que era preciso desenvolver estratégias que respeitassem a diversidade territorial brasileira e que pudessem facilitar a implantação do SUS em cada espaço e conforme suas necessidades.

O caderno do MS sobre Regionalização (Brasil, 2006b) enfatiza que a regionalização da Saúde foi assumida, no Pacto, “enquanto o processo de organização de uma rede regionalizada de atenção à saúde numa determinada região, visando à universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e a resolutividade das ações e serviços de saúde”. Os seguintes pressupostos orientaram a construção da proposta: territorialização; flexibilidade; cogestão e cooperação técnica; financiamento solidário tripartite; subsidiariedade; contratualização; e, participação social.

Para que o processo de regionalização alcançasse real efetivação, as Regiões de Saúde deveriam ser definidas a partir de critérios sanitários, assim como cada região precisaria constituir seu Colegiado de Gestão Regional (CGR), entendido como espaço compartilhado de gestão da cada território. Esses colegiados deveriam, portanto, ser assumidos pelos gestores como espaços de decisão a serem encaminhadas por meio da identificação, definição das prioridades e pactuação de soluções adequadas à organização das redes regionais, envolvendo ações e serviços integrais e resolutivos de atenção à saúde. Para exercer suas funções, os CGRs deveriam ser integrados pelos gestores municipais de todos os municípios que compõem aquela Região de Saúde, assim como por

representantes do gestor estadual. Suas decisões deveriam ser sempre tomadas por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

No Estado de São Paulo, durante o ano de 2006, o COSEMS-SP buscou apoiar a implantação do Pacto pela Saúde, com apoio do MS, mas sem contar com participação ativa do gestor estadual. Em fevereiro de 2007, com a mudança do secretário adjunto da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP), o órgão passou a ter maior protagonismo na construção do processo de regionalização, junto com o COSEMS-SP.

Em fevereiro de 2007, a Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo (CIB-SP) definiu que a construção do Pacto pela Saúde se iniciaria pela regionalização. A Deliberação CIB nº 153/2007 reconheceu a existência de 64 regiões de saúde e apresentou as diretrizes pactuadas que deveriam orientar o funcionamento dos CGR, em cada região. Naquele momento, a SES-SP delegou a seus 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) a atribuição de coordenarem, regionalmente, a implantação do Pacto.

O COSEMS-SP acompanhava a situação, observando certo esvaziamento nas possibilidades técnicas (e políticas) de os DRS oferecerem os subsídios necessários ao processo; além disso, pelo desenho da SES-SP, havia pouca governabilidade sobre os serviços da gestão estadual nos territórios. Esses fatores colocavam, já de início, a necessidade de pensarmos uma forma adicional de levar apoio aos municípios, de modo a implementar o processo de regionalização. O COSEMS-SP via-se diante da necessidade de criar uma estratégia própria que permitisse a condução compartilhada entre o COSEMS-SP e a SES-SP do processo de implantação do Pacto pela Saúde não apenas no espaço central, mas que também alcançasse as Regiões de Saúde.

O COSEMS-SP tem sido um ator historicamente relevante no processo de implementação do SUS em São Paulo. Ao longo de duas décadas e meia de atuação, tem se adequadado de modo a fazer frente às transformações no processo de consolidação do SUS no estado. A entidade nasceu em março de 1988 e passou por ampla reestruturação em 1995, quando além da diretoria, passou a contar com 24 representantes regionais (COSEMS-SP, 2008b), secretários eleitos em suas próprias regiões com a incumbência de cumprir o duplo papel de representantes de suas regiões junto à diretoria do COSEMS-SP e de levar à sua região os encaminhamentos da entidade.

Em 2007, foi discutida a necessidade de ampliação do número de representantes regionais, para que todas as Regiões de Saúde pudessem estar representadas no Conselho. Como o novo desenho da regionalização estadual estabeleceu 64 Regiões de Saúde, este passou também a ser o número de representantes regionais (atualmente existem 63 Regiões de Saúde, com seus respectivos representantes). A nova estrutura demonstrava a importância que o território regional passava a ter para a entidade, explicitando o compromisso do COSEMS-SP em estar mais próximo da gestão municipal, em seu dia a dia, dialogando com os gestores. Concretizava, ainda, uma aposta na gestão compartilhada entre estado e municípios nas regiões. Assim, fortalecer o representante regional para que pudesse atuar de forma qualificada e vinculada, simultaneamente, ao COSEMS-SP e às lideranças sanitárias de sua região, passou a ser um desafio permanente para a entidade, além de uma estratégia estruturante para a regionalização.

A gestão compartilhada, viva e participativa, desde o início da implantação da regionalização, a partir do Pacto pela Saúde, foi um norteador permanente para a diretoria do COSEMS-SP. Para tanto,

havia a necessidade de se fortalecer a ação conjunta com a SES-SP para o encaminhamento da criação das Regiões de Saúde e seus respectivos CGRs, dispositivos capilarizadores fundamentais à gestão compartilhada entre municípios e estado, em cada território. A diretoria do COSEMS-SP realizou, então, uma discussão sobre a necessidade de desencadear um trabalho de suporte aos gestores municipais, de modo que eles pudessem estar devidamente preparados para assumir o protagonismo que se esperava dos municípios, na constituição e na gestão das Regiões de Saúde. Isso não seria possível, apenas, com o trabalho da diretoria e da assessoria de que a entidade então dispunha, composta por apenas um técnico em seu escritório central. Em abril de 2007, foi acordado durante a oficina de planejamento do COSEMS-SP que a entidade contrataria profissionais para atuar como apoiadores, na implantação do Pacto pela Saúde, no Estado. Segundo Jorge Harada, presidente da entidade naquela gestão:

A ideia surgiu num momento histórico, com o fim de fortalecer e dar maior capilaridade à entidade. Havia um processo de reconstrução e aperfeiçoamento do Plano Diretor de Regionalização, e discutíamos a necessidade de que houvesse mais atores para desenvolver as ações deliberadas pela Comissão Intergestores Bipartite, e pela diretoria do COSEMS-SP. Também precisávamos ampliar os canais de comunicação, a capacidade de detectar as necessidades e as dificuldades que ocorriam nas regiões. Nesse sentido, tínhamos de construir um processo mais dialógico. Só entre os membros da diretoria, isso não era possível.

Naquele mesmo ano de 2007, o Ministério da Saúde disponibilizara recursos do PlanejaSUS/MS, no bloco de gestão, para apoiar o

planejamento nos estados. Foi então pactuado entre o COSEMS-SP e a SES-SP o uso destes recursos, a partir de um plano de implantação do Pacto pela Saúde, que previa ações sob responsabilidade da SES-SP e do COSEMS-SP. Uma parte destes recursos (R\$ 500.000,00) foi destinada ao COSEMS-SP para a implementação da Estratégia Apoiadores. O projeto, com gestão dos recursos intermediada inicialmente pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), possibilitou ao COSEMS-SP dispor, pela primeira vez, de recursos financeiros suficientes para arcar com uma estratégia desta amplitude. Iniciou-se, assim, a experiência da Estratégia Apoiadores, buscando fortalecer a atuação dos gestores municipais e tendo como base as novas Regiões de Saúde, compostas a partir da implantação do Pacto pela Saúde.

Foi realizado um processo seletivo para a contratação dos profissionais que atuariam como apoiadores, tendo como critérios preferenciais a experiência em gestão municipal e a inexistência de vínculos com a SES-SP. O perfil dos primeiros apoiadores foi determinante para o modo como a estratégia se apresentou aos gestores municipais e estaduais. Na primeira equipe, muitos tinham forte ligação com o COSEMS-SP e com a gestão municipal, o que permitiu que tivessem facilidade em reconhecer como deveria ser feita a aproximação com os secretários municipais de Saúde, e o que se esperava desta nova função. No grupo havia vários ex-secretários municipais e pessoas que já tinham sido apoiadores ou gestores municipais; alguns não tinham esse perfil, mas rapidamente foram percebendo qual era o desenho que a coordenação da estratégia apontava. É possível que, se tivesse nascido com um grupo de apoiadores ligados às universidades, ainda que tivessem dado enorme contribuição, o projeto teria assumido

outro contorno, assim como se tivesse sido integrada por técnicos com experiência em atuação preferencial no estado ou na União.

Além do perfil dos apoiadores, o COSEMS-SP tinha objetivos muito bem definidos para o projeto. Sua implantação também foi potencializada por ter sido criado no momento da pactuação e da estruturação dos CGRs. Essa conjugação fez com que a Estratégia Apoiadores assumisse um perfil de atuação muito dedicada ao processo de regionalização e não para outras atividades de consultoria, um risco sempre presente em processos desta natureza.

Os apoiadores foram divididos por Regiões de Saúde do estado, ficando cada um com duas, três ou quatro regiões. O objetivo do apoio era a região, ou seja, o conjunto dos municípios que compunha a região, com foco na relação entre eles e deles com o estado, nos movimentos de constituição da regionalização. Parte da agenda dos apoiadores era destinada ao acompanhamento das reuniões do CGR e, quando necessário, da Câmara Técnica do CGR. Logo se percebeu que uma das tarefas mais importantes dos apoiadores era a organização de uma reunião prévia à realização da reunião do CGR da qual participam apenas os gestores municipais da região, sem a presença dos gestores estaduais.

Foi estabelecido um encontro mensal, na capital, do qual todos os apoiadores deveriam participar, coordenado pela articuladora técnica do COSEMS-SP e com a presença de representantes da diretoria. Os encontros tinham quatro objetivos: serem espaços de educação permanente para os apoiadores; permitir a socialização das principais agendas do SUS daquele período, definindo prioridades; informar claramente as políticas da diretoria do COSEMS-SP no trabalho referente às agendas; ouvir os apoiadores e analisar os relatos

que vinham de cada região para subsidiar a diretoria do COSEMS-SP. Esses encontros mensais continuam ocorrendo e têm sido muito valorizadas pelos próprios apoiadores como importante dispositivo para a qualificação do processo.

Após a fase inicial de estruturação e de consolidação da Estratégia Apoiadores, outros convênios foram sendo realizados entre o COSEMS-SP e a SES-SP, com a utilização de recursos federais destinados ao planejamento e a regionalização, o que tornou possível a manutenção da Estratégia por todos esses anos.

Compreendendo a estratégia de apoio: aportes conceituais

O apoiador em saúde passou a ser muito utilizado no âmbito do SUS. Aposta-se, muitas vezes, que ele possa atuar como facilitador no desenvolvimento de vários processos, daqueles ligados à produção do cuidado em saúde aos afetos à gestão do cuidado.

Campos (2003), discutindo o que seria o apoio, problematiza a histórica separação entre os que têm funções de comando e aqueles que executam tarefas; entre o sujeito do conhecimento e o objeto a ser conhecido. Reforça, ainda, que o processo de apoio deve considerar as relações que se dão entre sujeitos, e que o apoio se coloca como um “modo interativo que reconhece a diferença de papéis, de poder, de conhecimento; mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais” (p. 86). Assume que o apoio Paideia pressupõe algum tipo de cogestão; trabalha com a ideia do apoio como algo externo ao grupo. O apoiador sustenta e empurra; e é sustentado e empurrado: “*Tudo misturado e ao mesmo tempo*”. (p. 87)

Bertussi (2010, p. 216) faz um apanhado analítico das muitas formas de apoio que pode ajudar a quem se interessa por este tema. Em seu estudo, apresenta o apoio como sendo o entre-lugar, ressaltando sua constituição em relação:

O apoiador é fundamental no entre-lugar, pois o apoio se constitui na micropolítica do encontro entre apoiador e as equipes de saúde; apoiador e equipe de gestão; entre profissões, saberes e desejos, mobilizando distintas ofertas relacionadas à organização do processo de trabalho e à produção do cuidado e reconhecendo a mútua constitutividade entre a produção e gestão do cuidado.

Bertussi denomina este apoio como sendo “matricial rizomático”, constituído na micropolítica do encontro entre apoiador e equipe apoiada; discute, ainda, o matriciamento como sendo a construção de “momentos relacionais, em que acontece a troca de saberes/afetos entre os profissionais de diferentes áreas ou setores, com o objetivo de aumentar a chance de as equipes estabelecerem relações de cooperação e responsabilizarem-se pelas ações desencadeadas...” (p. 128). Problematisa a necessidade da produção permanente de uma “caixa de ferramentas” a ser utilizada pelo apoiador no trabalho de potencialização desse encontro, de forma a produzir inovação e criatividade no enfrentamento das dificuldades cotidianas da gestão. Trata-se, portanto, de uma proposta de apoio que aposta no encontro e nas produções permanentes resultantes deste encontro. Trabalhando o conceito da “caixa de ferramentas” do apoiador, Bertussi (2010, p. 150) considera que:

[...] no encontro entre o apoiador e os trabalhadores das equipes de saúde, é necessária uma “caixa de ferramentas” para agir

nesse processo de interseção. Ferramentas tecnológicas, como saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam nesse encontro. São importantes as ferramentas que favoreçam a capacidade de negociar, de compatibilizar os interesses distintos mediante acordos, de modo que as partes possam se deslocar de suas posições originais, inicialmente divergentes. Também são importantes as ferramentas ligadas à capacidade de produzir conexão, considerando as singularidades de cada qual e a diversidade e mobilidade dos agenciamentos. Outras, ligadas à capacidade de facilitar processos que contribuam para colocar as potências em evidencia; as ligadas à capacidade de trabalhar, a partir do cotidiano, observando os movimentos da equipe e seu contexto, sempre aberto à escuta, expandindo as possibilidades, ampliando as expectativas para o futuro e, também, as que favorecem desmanchar a competição entre os trabalhadores. Outras ferramentas fundamentais estão ligadas à capacidade de ser educador, o que coloca em evidencia o fato de o mundo do trabalho ser sempre matéria prima potencial para o aprendizado.

Em sua pesquisa, Bertussi (2010) desenvolveu também o conceito de “máscara”, como uma forma de identificar as “tipologias móveis” que ajudam a visibilizar as expressões das intensidades que perpassam os apoiadores, buscando compreender a multiplicidade constitutiva desses sujeitos, e como eles se produziram a partir das relações vivenciadas. Utilizando o mesmo conceito em sua tese de doutorado, Furtado (2012) fez uma análise do trabalho dos apoiadores do COSEMS-SP na qual as “máscaras” dos apoiadores foram apresentadas a fim de se compreender

a multiplicidade presente no processo contínuo de constituição do “ser apoiador”. Foram encontradas as seguintes “máscaras”:

- a) *Apoiador substituto*: aquele que se coloca no lugar dos secretários municipais e “compra as brigas” do CGR, tornando os secretários dele dependentes;
- b) *Apoiador observador*: aquele que é passivo, não se coloca e não interfere na dinâmica do CGR;
- c) *Apoiador técnico*: aquele que apoia tecnicamente os secretários municipais e divide com eles o protagonismo na dinâmica do CGR;
- d) *Apoiador-apoiador*: aquele que busca fortalecer a atuação dos secretários, atuando diretamente com eles, para que possam agir de forma qualificada no CGR.

É importante ressaltar que essa tipologia não separa os apoiadores em grupos, mas permite que se percebam seus diferentes movimentos; ou o uso de diversas “máscaras” por um mesmo apoiador, sendo também possível reconhecer que alguns ficam cristalizados em um ou outro tipo. O apoiador atua, também, “em relação” aos demais atores ou grupo de atores, com os quais interage. O modo de ser do CGR, do diretor do Departamento Regional de Saúde (DRS), dos secretários municipais ou da diretoria do COSEMS, agencia nele certas produções, ajudando a desenhar seu estilo de atuação.

Para um melhor entendimento, é importante compreender o que se considerou na composição de cada “máscara” de apoiador:

O apoiador substituto considera que os gestores municipais são frágeis e que sua experiência pessoal o coloca como mais qualificado que os gestores. Portanto, acredita que o melhor jeito

de ajudá-los é tomar o lugar do gestor, intervir nas discussões da pauta, defender os municípios da posição do Estado; enfim, substituir os gestores municipais no CGR. Muitas vezes, ele tem o reconhecimento dos gestores e se torna imprescindível para o “bom” funcionamento do CGR. Outras vezes, esse comportamento gera conflitos, na medida em que os Secretários podem sentir que não estão no protagonismo do processo.

O **apoiador observador** não interfere na dinâmica do CGR; apenas observa e ouve a reunião do CGR; não ajuda na preparação da reunião em encontros prévios com os gestores municipais, não ajuda no enfrentamento dos conflitos; muitas vezes, acha que os gestores municipais são mais preparados que ele e apenas reporta um registro do acontecido para o COSEMS e se coloca somente quanto solicitado.

O **apoiador técnico** busca qualificar a atuação dos gestores municipais em reuniões prévias em que apoia a discussão dos assuntos da pauta; aporta informações que fortalecem a posição municipal, mas mantém este protagonismo também durante a reunião do CGR, achando sempre que precisa ajudar na discussão em cada pauta para que esteja clara a posição dos municípios.

O **apoiador-apoiador** reconhece o protagonismo dos gestores municipais na relação no CGR, contribuindo para qualificar a atuação destes em reuniões prévias em que apoia a discussão dos assuntos da pauta, aporta informações que substantivam a posição municipal, mas não tem um protagonismo na reunião do CGR, deixando que os gestores municipais se coloquem na cena, ajudando apenas a encaminhar os conflitos que aparecem na relação com o DRS ou entre os municípios e ajuda na compreensão do território. (FURTADO, 2012, p. 160-161).

Em muitos momentos, estas várias máscaras disputam o apoiador, que se vê refazendo escolhas. O apoiador substituído é muitas vezes desejado pelos próprios secretários, porque assim podem continuar em posição passiva, delegando a outro suas responsabilidades por uma construção mais democrática do CGR. O dever do apoiador é disputado cotidianamente, em ato, em cada encontro, depende não só de suas capacidades técnicas, mas também das expectativas e apostas políticas de todos os envolvidos. Ou seja, o papel incorporado pelo apoiador, em seu trabalho, depende de seu perfil pessoal, assim como do contexto em que atua, do momento político, da dinâmica do CGR e também de todos os atores envolvidos. De acordo com a coordenação atual da Estratégia Apoiadores, há uma tensão na múltipla constituição do papel desse profissional:

Em alguns momentos, já tivemos que discutir essa questão (relação apoiador – representante) com o próprio apoiador e com o representante regional, porque é muito difícil. Temos colegiados que exigem do apoiador uma postura mais proativa... Alguns, sobretudo em municípios pequenos, podem se colocar em situação vulnerável, politicamente, diante do fato de terem que se contrapor, por exemplo, ao Estado, ou a município grande de sua região. Então, solicitam do apoiador que faça, por ele; que se coloque por ele... Então, é uma relação sempre delicada.

As várias análises sobre o processo de apoio e o papel do profissional apoiador reforçam a concepção de que a Estratégia Apoiadores do COSEMS-SP parte de uma aposta da direção da entidade na permanente qualificação dos espaços regionais, entendidos como lugares de gestão compartilhada, resultantes da relação entre vários atores. Aposta,

também, que o apoiador atua como um potencializador da capacidade criativa e inovadora da gestão regional e municipal, a partir desses múltiplos encontros. E reconhece que a função do apoiador se constitui em ato, a partir de cada encontro, de cada relação; portanto, está em permanente produção.

Evolução da Estratégia Apoiadores

I. A implantação (2007)

Duas importantes agendas do SUS se colocavam, em 2007, ano em que teve início a Estratégia Apoiadores do COSEMS-SP, tendo como pano de fundo a implantação do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo: a redefinição das Regiões de Saúde e a instituição dos CGRs, que dariam vida à política de regionalização solidária e cooperativa. Para tanto, uma proposta de revisão das Regiões de Saúde foi acordada entre SES-SP e COSEMS-SP, superando a ideia de que a divisão administrativa da SES-SP, até então tomada como referência, corresponderia automaticamente aos territórios das Regiões de Saúde.

Foi definido que um ponto de partida adequado seria as microrregiões fixadas pela NOAS/01, cujos desenhos seriam revistos criticamente pelos atores de cada território, levando em conta os seguintes critérios: contiguidade entre os municípios; identidade cultural, sentimento de pertencimento à região; número de municípios e tamanho da população; a não-contemplação de regiões pequenas em população e com poucos municípios ou municípios demais, o que inviabilizaria o bom funcionamento do CGR; resolubilidade da região em média complexidade; capacidade da região para o atendimento de parte da média complexidade (lembrando que a alta complexidade e uma parte da média complexidade poderiam ser negociadas com

outras regiões, no processo da PPI); análise do fluxo já instituído; que o nome da região seria apenas uma forma de denominá-la, já que não existe sede autárquica da região; evitar a pulverização, diminuindo o número de regiões; levar em conta outras orientações, após a discussão regional; e manter flexibilidade em relação às orientações vindas das demais esferas, respeitando a realidade local.

Depois de um período de discussões descentralizadas, foram realizadas 17 oficinas para definição coletiva dos novos desenhos regionais, chegando-se a 66 Regiões de Saúde, sendo 62 intraestaduais, compostas por vários municípios, e três intramunicipais no município de Guarulhos e uma na capital São Paulo. O grande desafio, naquele momento, era superar conceitos já instituídos sobre as Regiões de Saúde como sendo coincidentes às regiões administrativas do Estado, buscando-se a apropriação de novos critérios que não os assistenciais, além de trabalhar a possibilidade de adequação desses critérios às diferentes realidades regionais. Muitos municípios procuravam o COSEMS-SP solicitando que fosse adotado determinados tipos de cortes, como o populacional, com número máximo e mínimo de municípios, ou de um padrão delimitado de rede assistencial necessária para compor uma região... Enfim, buscavam algum “segurança” por meio das normas, mas o desafio proposto foi o de pactuar as definições no próprio espaço regional. Como já explicitado no Caderno de Regionalização do COSEMS-SP:

A maior riqueza deste momento (de redesenho das Regiões de Saúde) foi exatamente ele ter sido construído por todos e por cada um, num processo em que cada gestor municipal pode experimentar ser um ator importante e com possibilidade de influir efetivamente na definição do desenho regional. As novas

Regiões de Saúde que foram, então, pactuadas nasceram não de um ato centralizado e unilateral, e sim da dinâmica de pactuação em cada espaço regional. (COSEMS-SP, 2008, p. 25).

Naquele momento, a mesma oficina que definiu, em cada região, seu desenho, também instituiu seu CGR. Assim, ao final, todas as regiões já nasceram com o CGRs estabelecido. Na verdade, ter o CGR instituído era pré-requisito para que fosse considerada uma Região de Saúde. Os apoiadores do COSEMS-SP começaram seu trabalho exatamente neste momento, em 2007. Tinham como principal agenda apoiar o movimento constituinte das Regiões de Saúde e de seus CGRs. A fala de uma gestora municipal, à época, ilustra esse objetivo:

Este projeto foi pensado a partir da instituição do Pacto pela Saúde, que trazia a implementação da regionalização como um dos eixos estruturante do SUS. Colocava a necessidade de organização das Regiões de Saúde para que estas fossem capazes de dar conta da quase todas, senão de todas as necessidades de saúde da região. Nessa época, eu era secretária municipal de Saúde, e fazia parte da diretoria do COSEMS, como vogal. Era sentida a fragilidade dos gestores municipais nessa nova organização, com dificuldade para compreender e atuar nesse novo cenário, com um papel de formulação de proposta e políticas para o fortalecimento, não só de seu município, mas das Regiões de Saúde e do SUS. Assim, surgiu a ideia do projeto que deu origem aos apoiadores do COSEMS, para o fortalecimento dos Colegiados Regionais de Saúde.

Era, portanto, agenda central no trabalho dos apoiadores apoiar a construção de uma dinâmica de funcionamento democrática e

participativa, rompendo com a relação fortemente hierarquizada existente entre os DRS da SES-SP e os municípios, particularmente os de menor porte, ajudando também a tornar mais ágil o trânsito das informações entre COSEMS-SP e os municípios.

Assistia-se a uma nova forma de posicionamento na relação entre municípios, DRS, COSEMS-SP e o nível central da gestão estadual. O apoiador estava em constante interação com todos esses atores, atuando, aprendendo, inventando e reinventado em ato de apoiar. Garantir o caráter deliberativo dos CGR era o desafio central, já que as instâncias regionais existentes até então eram espaços basicamente utilizados para informes do gestor estadual. A narrativa de uma apoiadora, a seguir, exemplifica a constante tensão então existente:

Em uma reunião de macrorregião, a “chefe” do planejamento (do DRS) queria deliberar sobre determinado assunto. A discussão ainda não havia passado pelos CGRs; eu comecei a ficar incomodada, pois não via os gestores se movimentarem. Estavam de novo no jogo do DRS. Comecei a escrever bilhetes para os secretários das regiões que eu apoiava, dizendo: “Este tipo de decisão deve sair do CGR”, ou “esta discussão ainda não foi feita”. À medida que eles começaram a receber os bilhetes, começaram também a se incomodar, a se mexer nas cadeiras, até que um deles tomou coragem e colocou que, naquele momento e naquela reunião, não poderiam tomar decisão. O DRS se recolheu; entendeu e concordou. Depois, recuperamos este movimento, nas reuniões dos CGRs, e eles perceberam como um avanço.

A tensão também se expressava na relação da direção dos DRS com os apoiadores. Muitas vezes, a atuação destes incomodava e

produzia desconforto para o gestor estadual. Na visão do presidente do COSEMS-SP à época:

Em alguns lugares (regiões), principalmente onde a hierarquia era mais intensa e onde, muitas vezes, as reuniões de Colegiado eram, basicamente, de informe e não de pactuação, os apoiadores tiveram um papel muito importante. Mas se para os municípios o papel que exerciam era importante e estratégico, para algumas diretorias de DRS não correspondia à expectativa de seus modus operandi, não é? De forma que, algumas vezes, inclusive, não os chamavam de apoiadores, mas de “atrapalhadores” Para nós, do COSEMS, eram fundamentais.

Naquela etapa do processo, era também necessário estruturar os CGRs, instituir as Câmaras Técnicas, aprovar os regimentos, combinar a dinâmica de definição das pautas, do registro das atas, dos locais de reuniões; enfim, era preciso pensar o planejamento regional, questões que fundamentais na constituição de cada CGR. Os apoiadores tiveram papel relevante na condução desses processos, respeitando os interesses e a lógica das gestões municipais, de forma solidária e coletiva – como fica exemplificado na fala da presidente do COSEMS-SP, naquele momento:

[...] era uma organização do SUS (a região) que entendíamos como necessária há muito tempo, mas que não existia, ainda, concretamente. Então, o apoiador veio com a tarefa de fazer com que a Região de Saúde acontecesse; que se estabelecesse o regimento do Colegiado, mas com uma carga política de valorização, fazendo com que pertencesse mutuamente aos municípios. Acredito que este foi o grande salto: a maioria tomou a construção de uma grupalidade dentro dos colegiados, fazendo com que todos

fossem ouvidos, com que os municípios se sentissem pertencentes, estimulando a escolha de seus representantes regionais. Também o COSEMS estava mudando, naquele momento, aumentando o número de seus representantes [...].

Também a narrativa de um apoiador exemplifica essa fase, mostrando que o trabalho teve reflexos no funcionamento dos CGR que se mantêm até hoje:

Quando comecei o trabalho como apoiador nos colegiados, constatei que nenhum deles tinha Câmara Técnica criada, o que representava uma deficiência importante a ser superada. Iniciei um trabalho de articulação entre os gestores municipais e busquei o apoio da gestão estadual, num trabalho de convencimento sobre a importância da participação dos técnicos junto aos CGRs para qualificação das pautas e aprimoramento da gestão. Conseguimos constituir câmaras técnicas em três CGR e, desde então, elas têm tido um papel importante no funcionamento dos CGRs, exercendo atividades de relevância, como a elaboração dos Mapas de Saúde.

A ampliação do trânsito de informações, de forma ágil, mudou a correlação de forças no CGR e aproximou os gestores municipais do espaço de gestão regional, como podemos observar nos relatos que seguem:

Sinto também que fomos uma fonte importante de informações, pois os próprios funcionários do DRS desconheciam muitas delas. A presença do COSEMS na região, através dos apoiadores, deu um novo fôlego, uma nova visão e um novo valor ao COSEMS, aos olhos dos gestores.

[...] indubitavelmente, a maior contribuição na saúde pública do Estado de São Paulo decorreu da aproximação e estímulo ao diálogo entre os gestores estaduais e municipais, pela democratização do conhecimento e das informações.

A ampliação da presença do COSEMS nas regiões foi, assim, uma grande conquista desse período, a partir do trabalho dos apoiadores, como ressalta um secretário:

Conseguimos fazer com que o COSEMS-SP estivesse mais presente em todas as regiões do estado; tivemos melhores condições de entender o quão heterogêneo é o contexto estadual, as singularidades de cada região e suas prioridades. Por outro lado, também, pudemos fazer com que as diretrizes que estávamos trabalhando chegassem até os municípios mais distantes. O benefício foi grande para os municípios de grande porte e, principalmente, para os de pequeno e médio porte. Com isso, o próprio COSEMS-SP acabou se fortalecendo, no que diz respeito às questões técnicas, de financiamento e politicamente.

A mudança na relação do COSEMS-SP com os municípios foi sentida também pela SES-SP. De acordo com o então secretário adjunto:

Sem dúvidas que esta estratégia aproximou muito mais o COSEMS dos gestores municipais, que, desse modo, se tornou mais forte em função da participação mais qualificada dos municípios. Do mesmo modo, qualificou a relação dos municípios e, conseqüentemente, do COSEMS com a SES.

A constituição, no mesmo período, de encontros mensais de apoiadores com participação da assessora responsável pela articulação da estratégia e a direção do COSEMS-SP estabeleceu um espaço de socialização das experiências vivenciadas, assim como de produção de propostas de agendas prioritárias e de diretrizes para a entidade. Criou-se, acima de tudo, um espaço de educação permanente, de formação coletiva, permitindo ao COSEMS-SP, ainda, uma escuta qualificada do que ocorria nas Regiões de Saúde.

Outra tarefa fundamental da Estratégia Apoiadores passou a ser – e continua sendo até hoje – acolher os novos secretários. Com é grande o número de mudanças no comando das secretarias municipais de saúde, a tarefa se tornou permanente. De acordo com a coordenação do projeto:

Outra tarefa dos apoiadores é receber os novos secretários. Às vezes, um secretário saiu de um município e foi pra outro... Mas quando é alguém que não está muito familiarizado com as agendas do SUS, o apoiador tem a tarefa marcar uma agenda na Secretaria Municipal de Saúde, se apresentar àquele secretário, dizer o que é o COSEMS-SP, o que é o Colegiado, a importância de ele participar das reuniões, explicar o que é a Bipartite; enfim, fazer uma iniciação do secretário. Esta é uma tarefa que eles têm que realizar, todas as vezes que muda o secretário.

II. Consolidação dos Colegiados de Gestão Regionais (2008/2010)

A partir de 2008, já presentes em quase todas as 64 Regiões de Saúde de São Paulo, os apoiadores passaram a ter como principais tarefas acompanhar a implantação do Pacto pela Saúde e colaborar para

o efetivo funcionamento dos CGRs. A partir da pactuação de diretrizes bipartites para orientar o funcionamento dos CGRs no âmbito da CIB-SP, entre agosto de 2008 e março de 2009, o projeto assumiu o desafio de apoiar a transformação dos colegiados recém-constituídos em espaços reais de cogestão.

Deve-se destacar que, a despeito da diversidade nas relações entre os municípios e especificidades nos territórios, essas diretrizes indicavam que a organização dos CGR deveria se pautar a partir dos mesmos princípios. Assim, foram respeitadas as diversidades das regiões na construção dos regimentos internos e organização formal dos CGR, mas sem que houvesse com isso perda de unidade. Nesse processo também o trabalho dos apoiadores se mostrou essencial, ajudando a romper com condicionamentos historicamente estabelecidos, que configuravam relacionamentos hierárquicos e desiguais entre os entes federados, assim como entre municípios de grande e pequeno porte, convertidos em responsabilização coletiva, no funcionamento do CGR.

Algumas estratégias simples mostraram ter potência no desempenho dos apoiadores, como agendas regulares de reuniões e a definição conjunta de pautas. Também o formato das reuniões – com o uso de metodologias que facilitassem as dinâmicas participativas –, se mostrou fundamental para que relações horizontais prevalecessem. A constituição das Câmaras Técnicas, por sua vez, ajudou a preparar e qualificar os processos de discussão. Era necessário, também, superar o problema da fragmentação que permanecia tanto na constituição do SUS quanto nas relações intergestores. Ou seja, era urgente que os gestores conseguissem perceber a área da saúde em sua dimensão regional, superando o olhar focado exclusivamente nos interesses imediatos do seu município. Era necessária a percepção coletiva de que a mera

somatória dos sistemas municipais, sem pactuação, interação e gestão regional, não permitira a constituição de um sistema regional de saúde. Essa visão ampliada de gestão foi decisiva para direcionar os trabalhos.

A produção dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG) ocupou espaço importante nas agendas dos apoiadores naquele período. O propósito do COSEMS-SP era que eles representassem, de fato, uma pactuação viva no território e não apenas uma contratualização burocrática. Além disso, ao final de 2008, o desafio aos apoiadores foi o de auxiliar a sustentação dos processos já desencadeados frente às mudanças decorrentes das eleições ocorridas naquele ano nos municípios brasileiros. Durante a campanha eleitoral, observou-se que a presença do gestor municipal nos espaços de gestão regionais se reduziu, por vezes substituídos por técnicos representantes das SMS sem poder de decisão.

A transição eleitoral é sempre um momento muito crítico para o SUS, pois há sempre o risco de importantes discontinuidades decorrentes da substituição não apenas dos secretários, mas também de equipes inteiras que coordenam os órgãos gestores do SUS. Após a posse dos novos secretários municipais de Saúde, o COSEMS-SP realizou, entre janeiro e março de 2009, Oficinas de Acolhimento para os novos gestores em todas as regiões do estado, nas quais os apoiadores tiveram por tarefa abordar temas como o papel dos CGRs, dos representantes regionais e a importância do COSEMS-SP. Essa estratégia contribuiu para diminuir o impacto das mudanças (inclusive no âmbito da direção do COSEMS-SP) e colocar o apoiador como figura estratégica na continuidade do processo de construção da identidade regional.

Com a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, intensificaram-se, naquele período, as discussões

sobre a Programação Pactuada Integrada (PPI). Esperava-se que a chamada “PPI real saísse do papel”. Na visão de um apoiador:

Em seguida à assinatura dos TCG, no final do mesmo ano, foi dado início a outro desafio para o apoio: a PPI. As duas regiões tinham grandes críticas aos processos anteriores de pactuação das PPIs; por isso, o primeiro obstáculo a ser superado foi tentar levar os gestores a ter interesse e participarem do processo de discussão, programação e pactuação das necessidades de serviços SUS para seus usuários. A cada reunião ou oficina – e foram muitas, em determinados meses aconteceram até cinco em cada região –, os gestores brincavam: “Se não der certo dessa vez, a culpa vai ser do apoiador; porém, o trabalho foi feito com primazia e muita responsabilidade de todos os envolvidos”.

Havia, ainda, outra questão importante a ser encaminhada naquele período: o fortalecimento do próprio COSEMS-SP, já que menos de um terço dos secretários de Saúde fazia a contribuição associativa, o que tornava a situação financeira da entidade insuficiente ao desenvolvimento das ações propostas e desejadas. Os apoiadores passaram a ter papel forte de estímulo à participação dos secretários nos congressos da entidade, em suas instâncias ordinárias de participação e na adesão formal à entidade por meio da contribuição associativa, já que é daquele período a Portaria GMS nº 220, de 30 de janeiro de 2007, que permitiu desconto direto para os COSEMS do repasse federal.

Ao final de 2009, todas as regiões de São Paulo tinham seu CGR, operando agendas de pactuação com base nos documentos e recursos de planejamento previstos no Pacto de Gestão e pela Saúde, respeitando a

rica diversidade de cada região na construção de suas redes, mantendo, por outro lado, a unidade do sistema no âmbito estadual.

Os apoiadores se empenhavam, então, em apoiar a transformação dos CGRs recém-constituídos em espaços vivos de gestão compartilhada regional, buscando reforçar a relação de solidariedade entre seus componentes federados. Contudo, apontavam também para a necessidade de que se desenvolvesse mais intensamente uma cultura de rede regionalizada, com funções e compromisso que fossem além das fronteiras de cada município. Também observavam a necessidade de adaptação e de avanços no desempenho do papel do gestor estadual, sobretudo dos técnicos e direções dos 17 DRS da SES-SP. De acordo com um apoiador:

Os SMS se sentiam protegidos com a presença do apoiador e, aos poucos, foram percebendo que podiam falar das necessidades, da dificuldade que tinham na relação com a DRS e, no caso dos municípios menores, com os maiores. As dificuldades para participar e para se colocar e discutir com a DRS; as formas autoritárias com que os processos caminhavam, na Região de Saúde foram, aos poucos, sendo esvaziadas. Inicialmente, os representantes dos municípios olhavam para mim aguardando um apoio, em suas colocações; uma aprovação de suas manifestações no Colegiado. O processo de fortalecimento foi se dando passo a passo; e eles se tornaram muito mais respeitados pela DRS.

Os apoiadores do COSEMS-SP passavam a destacar, de forma enfática, a necessidade de implantação das redes regionalizadas de atenção à saúde. Era imperioso que houvesse investimentos em planejamento de base regional, na definição de prioridades e

necessidades a partir da leitura territorial, como se depreende da narrativa abaixo:

Os territórios são dinâmicos e vivos; as demandas vão surgindo de acordo com as necessidades dos mesmos, das pessoas que neles atuam. O apoio necessita sim de estratégias permanentes, voltadas a fortalecer esses territórios, na tentativa de buscar caminhos para definir e programar ações que garantam o direito à saúde naquela região. O processo da cogestão, em alguns momentos, dá sensação de paralisia. Mas, em outros momentos, ganha fôlego! Como diante de questionamentos e posicionamentos feitos por gestores frente ao Colegiado; é quando se percebe a evolução de todo o processo... [...] O foco sempre é regional. Não é de um município específico, mas das agendas regionais. Seja no planejamento regional, na regulação, na organização de redes, nos planos de ação para vigilância... Enfim, é sempre uma agenda regional. O apoiador está lá para poder apoiar aquela região, mantendo o olhar municipal. Então, isso também é importante: o foco é regional, mas o olhar é municipal.

Em abril de 2010, o COSEMS-SP assinou novo convênio para continuidade da Estratégia Apoiadores, tendo como prioridades: a qualificação da gestão para elaboração da Programação Anual e Relatório de Gestão; o aprofundamento das discussões sobre implantação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas; o apoio à elaboração e monitoramento dos planos operativos dos contratos com prestadores; e a discussão do papel do representante regional, dos desafios e possibilidades dos espaços de cogestão, apropriação territorial e planejamento regional compartilhado.

O trabalho de apoio permitiu um melhor desempenho dos gestores municipais frente a alguns instrumentos de planejamento. Na avaliação de um dirigente do Ministério da Saúde:

Este processo também rendeu frutos na discussão da Programação Pactuada e Integrada, na implantação dos CGR, no desenho da regionalização, na qualificação dos instrumentos de gestão, com destaque para os Planos de Saúde e os Relatórios de Gestão, sendo São Paulo um dos estados a aderir mais rapidamente ao uso do SargSUS. Por esta e outras iniciativas, reafirmo a importância do processo de implantação da experiência dos apoiadores do COSEMS de SP.

O ano de 2010 foi marcado por alguns embates da diretoria do COSEMS-SP com a SES-SP, com reflexos nas regiões e na atuação dos apoiadores. Em maio, diante da recusa da SES-SP em convocar a Conferência Estadual de Saúde Mental, o COSEMS-SP encabeçou com mais de 30 entidades uma comissão que organizou a Plenária Estadual em São Bernardo do Campo, apoiada pelo Conselho Nacional de Saúde e reconhecida como a conferência paulista. Os apoiadores estimularam ativamente a realização de conferências municipais de Saúde Mental, que ocorreram em todo o Estado.

Em dezembro de 2010, o COSEMS-SP divulgou dados importantes sobre a dinâmica de funcionamento dos CGRs, baseados em informações coletadas pelos apoiadores nas reuniões mensais dos CGRs. No período entre janeiro de 2009 e agosto de 2010, a participação dos gestores municipais e estadual nos CGR foi se ampliando progressivamente, chegando a 87% entre os titulares dos municípios e 86% para os titulares do gestor estadual, indicando uma

maior valorização do espaço dos CGRs como instância decisória, ainda que com forte ritual homologatório. Entre os fatores que podem ajudar a entender essa maior participação dos gestores municipais, observou-se no período um expressivo número de pontos de pauta voltados à relação com prestadores filantrópicos, a instalação em escala acelerada dos Ambulatórios Médicos de Especialidades (AMEs) pela SES-SP, as emendas parlamentares em período de aprovação (junho/julho/agosto) e a preocupação com a epidemia de dengue crescente no estado.

No que se refere às pautas das reuniões dos CGR, prevaleceram os encaminhamentos e homologações com base nas programações estadual e federal de saúde. Em 2010, no entanto, observou-se a inclusão de pontos de pauta sugestivos de maior pactuação entre os membros do CGR, em particular temas regionais, como a apreciação dos Relatórios Anuais de Gestão (RAGs), tentativas de equacionar relacionamentos com prestadores alocados em um município que atendem a demandas regionais, além de questões primordiais de sistema de regulação regional dos serviços em rede. Também tiveram relevo: discussões sobre os Planos de Educação Permanente para as regiões; e estratégias regionais para combate à dengue no Estado de São Paulo.

A realização das “reuniões de apoio”, das quais participam exclusivamente o apoiador e os secretários municipais, prévias às reuniões do CGR, foi um dos fatores que contribuíram para o fortalecimento dos gestores municipais e para a conformação de um coletivo, estreitando a relação entre os secretários, e deles com os apoiadores. Nesses encontros, os gestores municipais se reúnem principalmente para trocar experiências, além de propor e discutir pautas de interesse regional, a serem deliberadas nos CGR. Além disso, as reuniões de apoio são momentos utilizados pelo apoiador e pelos

gestores que representam o CGR junto ao COSEMS-SP para repassar informes e fomentar discussões relevantes, dando capilaridade às propostas surgidas nos encontros da diretoria do COSEMS-SP e seu Conselho de Representantes.

Uma contribuição interessante da Estratégia Apoiadores, no período, se deu com a participação do secretário executivo do CONASEMS nas oficinas mensais dos apoiadores, em São Paulo; além de trazer informações importantes sobre o andamento das pactuações na CIT, ele encampou a ideia do apoio e a levou para outros estados, expandindo a experiência, como ele mesmo ressaltou:

Eu acho que foi excelente. Acho que foi um dos primeiros COSEMS que tiveram essa ideia e [...] essa proposta de criar um grupo de assessores do COSEMS para apoiar as Regiões de Saúde, os municípios, com um ponto de vista mais regional, de inovação que eu acho que foi importante. A experiência que está sendo, inclusive, feita em outros estados; vários estados já estão adotando.

III. A implantação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (2011)

Com a renovação no comando do Ministério da Saúde, no início de 2011, foram definidos os objetivos estratégicos da saúde para a gestão federal 2011/2014, contendo 14 Diretrizes para o Plano Nacional de Saúde que passaram a subsidiar os planos de estaduais e municipais de saúde. Entre estas, a constituição de Redes de Atenção à Saúde, com destaque para a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede Cegonha (atenção à gestante, puérpera e à criança até dois anos), a Rede Psicossocial, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e a Rede de Atenção às Doenças Crônicas. As portarias que definiram

diretrizes para essas redes foram, a partir de então, norteadoras para o trabalho nas regiões, pois todas previam organização em rede regional e financiamento, sempre dependente de um plano constituído coletivamente nos CGR.

Em São Paulo, a mudança no comando da SES-SP possibilitou um novo patamar de diálogo entre o COSEMS-SP e a SES-SP. Em documento contendo as prioridades para o SUS estadual, entregue ao novo secretário estadual de Saúde, dava-se destaque para a necessidade de pactuar e implantar a política estadual de regulação e a de Atenção Básica, o cofinanciamento estadual para a atenção básica e para o SAMU, estratégias de enfrentamento da judicialização, entre outras. Um dos pontos prioritários apresentado pelo COSEMS-SP era a necessária consolidação dos CGR e do processo de regionalização. Com nova disposição para o diálogo entre a SES-SP e o COSEMS-SP, iniciou-se, então, um movimento de reavaliação do desenho das Regiões de Saúde, entre outras finalidades, para organização das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

Oficinas em todo o estado foram realizadas para reavaliação do desenho das regiões vigentes, a partir de premissas, diretrizes e critérios pactuados de forma bipartite. Os apoiadores participaram dessas oficinas, reforçando a necessidade de discussão sobre a realidade regional e contribuindo ativamente com o esclarecimento dos critérios já pactuados. O Termo de Referência para a Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo, SES-SP/COSEMS-SP, agosto de 2011, norteador dessas oficinas, apontava as seguintes premissas: Atenção Básica como porta preferencial de entrada, ordenadora do cuidado e orientadora da rede; lógica da necessidade e não da oferta do prestador; base territorial por meio de georreferenciamento;

fortalecimento das Regiões de Saúde e seus CGRs; superação da fragmentação da gestão regional do território; fortalecimento do processo de regulação do acesso e cogestão das redes de atenção; descentralização da gestão da SES-SP; superação da fragmentação da gestão do território; fortalecimento da regulação do acesso e cogestão das redes de atenção e Integração dos serviços do município de São Paulo com os municípios da Região Metropolitana e com a SES-SP.

O documento bipartite apontava, ainda, como diretrizes, a superação da fragmentação do sistema; a gestão compartilhada e a definição das responsabilidades dos entes federados; a subordinação dos prestadores que compõe a rede à cogestão regional, sem prejuízo do comando único. Adotava, como critérios para a definição das RRAS: a capacidade instalada com suficiência na Atenção Básica, na Média Complexidade e parte da Alta Complexidade; a garantia de economia de escala na oferta de ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade; ter como abrangência entre 1.000.000 e 3.500.000 habitantes; e que as RRAS não necessariamente seriam coincidentes com as áreas de abrangência das divisões administrativas regionais da SES-SP. Os resultados dessas oficinas foram formalmente referendados pela Deliberação CIB nº 64, de 20/09/12, que atualizou o desenho definindo 63 Regiões de Saúde e criou 17 RRAS no Estado de São Paulo.

Ainda em junho de 2011, foi sancionado o Decreto nº 7.508, regulamentando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS. O decreto alterou o nome dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) para Comissões Intergestores Regionais (CIR). Na ocasião, o titular da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do MS, em entrevista ao Jornal do COSEMS-SP, edição de agosto de 2011, assim se posicionou a respeito da nova legislação:

Os três principais pontos do Decreto nº 7.508 são: o aprimoramento das relações interfederativas, a melhoria do padrão de integralidade com a Renases e a Rename e, no fundo, a melhoria de garantia de acesso da população brasileira ao sistema de saúde, devido à regionalização do sistema. [...] Muda, principalmente, a questão da relação interfederativa. Porque, hoje, todo o processo de municipalização e descentralização é regido por portarias do MS e, até então, não tínhamos um decreto que regulamentasse a Lei 8.080 e a relação interfederativa. Construiu, também, um trilho aonde as redes de atenção irão se mover. Isso é importante, pois temos 5.565 municípios, dos quais 4 mil possuem menos de 20 mil habitantes. O percurso que o cidadão que mora em um pequeno município tem que fazer para resolver seus problemas de saúde, nos médios e grandes municípios, não estava estabelecido, não estava claramente articulado. E quando o Decreto cria o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), nas Regiões de Saúde, garante estruturas que o paciente, o cidadão, pode visualizar através da Relação Nacional de Serviços de Saúde (Renases), e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); e mostra a quais serviços ele tem acesso, e como acessar esse serviço.

Com quatro anos de atuação, a Estratégia Apoiadores do COSEMS-SP vivia um importante momento de reavaliação de resultados e planejamento de sua continuidade, tendo a partir daí sido elaboradas as seguintes estratégias para o projeto:

- a) Repor imediatamente o quadro de apoiadores sempre que houver a necessidade de substituição para que nenhuma região fique desprovida de seu apoiador. Para tanto, definiu-se

- dar prioridade para os apoiadores já contratados, mas limitar a no máximo quatro CGRs por apoiador. Foi construído um “banco” de técnicos, com perfis para a função de apoiador.
- b) Construir com os secretários, em cada região, Planos de Ação com focos regionais e não em municípios específicos, com detalhamento das principais ações do apoiador. A partir deste Plano, avaliar se a distribuição dos apoiadores esta adequada. Foram realizadas oficinas, pela coordenação da estratégia, para uniformização dos conceitos e premissas para esse Plano. Foi criado um instrumento para identificação das principais necessidades de apoio, para cada região, garantido suporte aos apoiadores na construção e adequação do seu plano de trabalho.
 - c) Com base nas necessidades identificadas no Plano de Ação, desenvolver projetos, aproveitando conhecimentos e experiências específicas de cada apoiador. Assim, identificaram-se apoiadores de outros CGRs que poderiam colaborar. Foi organizado um apoio transversal, para temas como: consórcios intermunicipais, judicialização, educação permanente e regulação em saúde.
 - d) Aproximar apoiadores da diretoria do COSEMS-SP. Para que essa aproximação ocorresse, definiram-se na diretoria, responsáveis por participar das oficinas mensais, garantindo a presença junto aos apoiadores. Foram identificados temas relevantes da dinâmica dos CGRs a serem discutidos, nas reuniões periódicas da diretoria, além de garantido acesso/informação ao apoiador sobre posições do COSEMS-SP, em cada tema, por meio de mídias como *e-mail*, *moodle*, *site* do COSEMS-SP, *blog* etc. Foi, também, organizada uma agenda para realização de reunião

conjunta entre apoiadores e representantes regionais, durante a reunião de Conselho de Representantes.

- e) Garantir avaliação periódica da Estratégia Apoiadores. Foi constituído um processo de avaliação sob três olhares: do próprio apoiador, da coordenação e da região; e foi elaborado um instrumento de avaliação individual do projeto, além de definidos fóruns de avaliação coletiva.

O foco prioritário na atuação dos apoiadores – registrado pela diretoria do COSEMS-SP em documento entregue ao secretário de saúde estadual – passou a ser, de 2011 a 2012, a constituição das RRAS, com a elaboração de planos para as Redes Temáticas, como aponta a fala a seguir, da coordenadora técnica da Estratégia:

[...] Além disso, normalmente, eles acompanham também as Câmaras Técnicas; eles têm acompanhado as reuniões dos grupos condutores das redes Cegonha, de Urgência, e agora, mais recentemente, da Rede Psicossocial. Têm tentado acompanhar a discussão dos Mapas Regionais de Saúde e as reuniões dos comitês gestores das redes, que agregam alguns colegiados para determinados temas. Então, tentam acompanhar essa agenda.

Neste período, o Apoio Estratégico possibilitou maior fortalecimento na articulação política entre os gestores, agilidade na transmissão de informações qualificadas, a participação em projetos específicos regionais e o apoio regional na agenda prioritária do COSEMS-SP. Avanços ocorreram em vários CGR-CIR, ao colocarem a Atenção Básica como pauta permanente de suas reuniões, assuntos relacionados aos processos regulatórios, além de maior qualificação na gestão do

trabalho, na educação em saúde, na organização dos SAMU regionais e nas demandas judiciais. Persistiam, contudo, grandes dificuldades com as equipes dos DRS na regulação de prestadores diversos, decorrentes de sua baixa governabilidade junto a estes prestadores.

A análise dos relatórios dos apoiadores neste período, em seus aspectos qualitativos e quantitativos, aponta, uma predominância de pautas definidas com base nas programações estadual e federal, mas já aparecem, além das discussões referentes ao processo de pactuação de referências assistenciais, assuntos mais regionais e tentativas de planejamentos específicos para problemas identificados pelos CGR/CIR. Sobre esse período, um apoiador comenta:

Embora os CGR contem com as estruturas das Câmaras Técnicas, que também precisam ser fortalecidas, e mantenham reuniões ordinárias participativas, o desafio do apoio não se esgota nunca. Temos que, cada vez mais, buscar e apoiar iniciativas que venham a proporcionar o fortalecimento da região: RRAS, Redes de Urgência e Emergência (RUE), Rede Cegonha, Coap, Regulação, Transporte Sanitário... Enfim, uma série de ações que nos remetam a buscar, cada vez mais, informações para, juntos, construirmos um SUS que de fato garanta, dentro dos seus princípios, o acesso, a equidade e a integralidade.

A complexidade do processo de implantação das redes de atenção à saúde também é reconhecida pelos gestores da SES-SP:

E o outro desafio que eu gostaria de assinalar é a própria compreensão da construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde. Nós temos, na verdade, um desenho no Estado de São Paulo que é particularmente desafiador para os atores envolvidos. É um

desafio para nós, que estamos num nível central; é um desafio para os secretários municipais, para os diretores regionais, para as suas equipes e, também, para o apoiador. Ele traz um respeito muito grande ao que havia sido construído anteriormente, que foi o Pacto pela Saúde, definindo territórios que se caracterizam como Regiões de Saúde, mas que não têm identidade com a rede regional; então, as redes regionais são mais abrangentes que as Regiões de Saúde. [...] Isso traz um desafio, e o apoiador tem que se situar, nesse espaço. A própria implantação das Redes Temáticas traz algumas dificuldades, porque insere um fato novo na discussão regional; inclusive, com o apoio do Ministério da Saúde. [...] Então, trazemos algumas novidades para esse processo e estamos aprendendo a trabalhar com isso, com acertos e erros. Mas acredito que o processo está avançando e o apoiador tem que identificar, dentro desse espaço; como vai se apresentar, como se situa [...].

Desafios para qualificação da Estratégia Apoiadores

Para a qualificação da Estratégia Apoiadores do COSEMS-SP, é de fundamental importância enfrentar os seguintes desafios:

- a) **Sintonia com a agenda política da entidade:** a construção da agenda dos apoiadores deve estar sempre sintonizada com a da entidade, com as diretrizes e o planejamento da diretoria do COSEMS-SP, como ressalta seu presidente:

Em primeiro lugar, é determinante não descolar a Estratégia Apoiadores da agenda prioritária definida pela direção do COSEMS-SP; por isso, o projeto não pode determinar a agenda política da entidade; no dia em que os apoiadores começarem a demarcar e a ditar a agenda política, ou mesmo a agenda

mais técnica, embora eu ache que não faz muito sentido, aí vai mal... Então, todas as vezes que a diretoria do COSEMS tiver clareza – a partir do seu congresso, do planejamento da diretoria e das decisões que o coletivo dos 22 diretores, mais o conselho de representantes – de quais são as prioridades, a Estratégia Apoiadores vai ter capacidade de apoiar. O grande risco é exatamente este: de haver um descolamento entre o que é apoiar e o que é dirigir o movimento de secretários. Então, como eu disse, a agenda (dos apoiadores) tem que estar muito sintonizada com a agenda do movimento dos secretários.

- b) **Qualificar a escuta das regiões:** a perspectiva de capilarização do COSEMS-SP, que passou a estar mais presente nas regiões a partir do trabalho do apoiador, foi ressaltada por vários atores. Um desafio que se coloca é aprofundar a possibilidade de escuta da entidade para as questões que os apoiadores trazem, das vivências em cada região. Esta escuta pode ser uma forma importante de qualificar e tornar a ação do COSEMS-SP mais enraizada na realidade dos territórios.
- c) **Apoio aos municípios:** uma questão que sempre vem à tona é a necessidade de se pensar um processo de formação permanente para os gestores municipais, que possa apoiar cada município, particularmente aqueles com mais fragilidades. A Estratégia Apoiadores chega a todas as regiões do Estado, mas não dá conta de apoiar cada gestor de forma singular.

Há essa demanda, sobretudo, quando temos colegiados com número pequeno de municípios, que a gente sabe que têm fragilidades nas equipes técnicas. Às vezes, contam com uma

só pessoa; duas no máximo. Então – hoje, ocorre menos –, já teve momentos em que havia demandas insistentes para que o apoiador ajudasse... Ajudasse a elaborar um projeto; ajudasse na elaboração do Plano Municipal de Saúde, no Relatório de Gestão; enfim, em questões da agenda municipal. E, em alguns momentos, a gente até cedia um pouco disso... Agora, com a intensificação das agendas regionais após o Decreto; enfim, com essas redes aprovadas no âmbito da tripartite, intensificaram muito as agendas regionais. E hoje não dá, de fato, para o apoiador, com a carga horária que tem, fazer esse apoio individual para os municípios. Ele faz um apoio à distância... Então, às vezes é um e-mail sobre uma dúvida; eles ainda são referências para isso. Mas não de ir lá ajudar o município com determinadas agendas municipais; isso não é possível, hoje.

- d) Articulação com o representante regional:** fortalecer o representante regional do COSEMS-SP continua sendo um grande desafio para a entidade, visto que este tem papel central no processo de gestão compartilhada, em curso. E potencializar a relação do apoiador com o representante regional, buscando superar situações nas quais há mais uma substituição do que uma cooperação, é outra prioridade identificada pela entidade.
- e) Conseguir apoiar distintamente regiões diferentes:** aparece em algumas regiões a necessidade de se construírem arranjos que permitam apoiar de formas distintas as diferentes regiões, um desafio que poderia ajudar a desenhar estratégias para o futuro, viabilizando arranjos singulares, para necessidades diferenciadas.

- f) **Educação Permanente dos apoiadores:** já é prioridade para o COSEMS-SP investir na formação dos apoiadores, uma necessidade que se coloca como desafio permanente. A perspectiva do trabalho muda, conforme as agendas da entidade. Muitos apoiadores são substituídos ao longo do processo, fazendo com que os investimentos em qualificação se renovem, sempre, como um desafio prioritário. Uma apoiadora há muito na função reforça esta necessidade, reafirmando o compromisso coletivo de avançar sempre:

Vejo, hoje, que precisamos redefinir nossa função. Retomar o caminho da regionalização e do CGR, com os novos gestores, é primordial, mas precisamos cuidar mais de nós, apoiadores. Sinto uma fragilidade que não consigo definir; uma falta de “algo”, que não tenho clareza... Precisamos conversar mais!

- g) **Articulação com outros processos de apoio:** como o Ministério da Saúde vem investindo fortemente na Estratégia de Apoio Integrado, com suas diversas secretarias alocando apoiadores institucionais nos estados e regiões, e, também, a SES-SP criou funções, em seu quadro técnico, semelhantes à dos apoiadores (por exemplo, articuladores de Atenção Básica e articuladores de humanização), a integração entre esses diversos profissionais que atuam nos territórios coloca-se como um desafio. Sobre essa articulação, um gestor do MS coloca:

Quanto a possibilidade de integração dos apoiadores do MS com os do COSEMS, não só acho possível como necessário. Principalmente, por serem atores que têm objetivos muito próximos, em que pese ocuparem posições distintas, no âmbito

das esferas de gestão do SUS. Esse convívio se faz necessário, para que não haja ruídos de comunicação, nem sobreposição de agendas. No meu modo de ver, não existe uma fórmula única para se promover a integração. O que precisa existir, acima de tudo, é a decisão de articular e integrar esforços, no espaço local. Mas alguns passos podem ser observados, como, por exemplo, a promoção do encontro das agendas dos apoiadores, por meio da interlocução das equipes de condução do MS, SES e COSEMS, como das próprias equipes. A construção de atividades em comum, seja na discussão da implantação das redes, como, também, na construção dos passos para a assinatura do Coap.

Conclusões

Um dos desafios centrais que o COSEMS-SP se coloca é a construção de estratégias que tornem a implementação do SUS um processo vivo, participativo e qualificado. Em seus 25 anos de existência, a entidade vivenciou fases difíceis, lutas desafiadoras e marcantes.

A criação da Estratégia Apoiadores, em 2007, foi um importante marco de virada, inaugurando um novo momento para o COSEMS-SP e, em particular, para a regionalização do SUS no Estado. Ao longo do seu desenvolvimento, a iniciativa tem se mostrado determinante, em particular, propiciando saltos de qualidade sem precedentes na organização do movimento dos gestores municipais de saúde e, também, para que o próprio COSEMS-SP se expresse como entidade representativa dos secretários de saúde paulistas.

A Estratégia Apoiadores do COSEMS-SP vem progressivamente ampliando sua potência e construindo novas possibilidades, cada vez mais, tornando-se um dispositivo de fortalecimento do COSEMS-SP,

dos gestores municipais e da gestão compartilhada nos territórios, envolvendo atores comprometidos com a consolidação de um SUS de qualidade, em defesa da vida, em cada Região de Saúde do nosso estado. Hoje é, sem dúvida, um dispositivo potente implementado pelo COSEMS-SP para qualificar a ação dos gestores municipais de saúde e potencializar o processo de regionalização. Na expressão de um secretário municipal de saúde paulista:

Com a implementação desse projeto houve um salto de qualidade da entidade, na organização do movimento, na expressão do COSEMS como entidade representativa dos secretários. Não tem precedente... Tanto isso é verdade, que a iniciativa do COSEMS de São Paulo é reconhecida pelos demais COSEMS e pelo CONASEMS como uma das estratégias mais potentes e mais exitosas, no sentido de fortalecimento do movimento dos secretários municipais.

Esperamos que as reflexões sobre a experiência em curso, que completa seis anos de existência em 2013, possam dialogar com outras estratégias que estão sendo experimentadas por COSEMS e entidades envolvidas com o desafio de representar e articular a ação política de gestores públicos em âmbito regional e estadual, em particular quando comprometidas com o fortalecimento e a defesa do SUS.

Referências

BERTUSSI, D. C. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde*. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. *Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito da SUS.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Dispõe 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. *DOU*, Brasília, 29 jun 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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

COSEMS-SP. *Cadernos da Regionalização COSEMS-SP*. V. 1. O Olhar municipal: desafios do Pacto pela Saúde e a Regionalização solidária e cooperativa em São Paulo. São Paulo: COSEMS, 2008.

_____. *20 anos SUS e COSEMS-SP da Constituinte 88 ao Pacto pela Saúde*. São Paulo: COSEMS, 2008b.

_____. *Termo de Referência para a estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo*. SÃO Paulo: SES-SP – COSEMS-SP, agosto 2011.

FURTADO, L. A. C. *A ilusão do desenho institucional como garantidor da produção de vida no SUS: o desafio da construção do comum nas máquinas de governo*. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

A Estratégia de Apoio Institucional na agenda do CONASEMS e dos COSEMS

ANTONIO CARLOS
FIGUEIREDO NARDI*

A importância da atuação do CONASEMS na consolidação do Apoio Institucional aos municípios e aos gestores

A descentralização da saúde no Brasil, princípio assinalado na Constituição Federal de 1988, pressupõe a mobilização e participação ativa de todos os gestores envolvidos. Descentralização, não é entendida apenas como transferência de responsabilidades, mas fundamentalmente como desenvolvimento de competências nos municípios por ser nesse território que se manifestam as necessidades de saúde da população e não se fala de necessidades da população estadual ou da população federal.

* Presidente do CONASEMS; secretário municipal de Saúde de Maringá-PR; pós-graduado em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ); mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB).

Com o Pacto pela Saúde 2006, aprimorado pela regulamentação da Lei nº 8.080 de 1990 por meio do Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011, bem como pela Lei federal nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, e Lei Complementar nº 141, de 16 de janeiro de 2012, a descentralização através da regionalização ganha novo impulso ao estabelecer o pressuposto da gestão compartilhada da rede de atenção para sua efetivação.

Desde então, o CONASEMS vem desenvolvendo, além de ações de fortalecimento de seu escritório e assessoria, o projeto permanente de fortalecimento dos COSEMS, por entender que as decisões sobre o que fazer e como fazer devem estar sob responsabilidade das CIB e CIR. Sem deixarmos de lado o papel de representação dos municípios nos espaços de pactuação nacional e nos foruns internacionais dos quais somos protagonistas de grande relevância, abrimos essa linha de ação não apenas regularizando situação estatutária e fiscal de todos os 26 COSEMS, mas estando presentes no dia a dia, tanto através da diretoria do CONASEMS como pelos assessores e consultores do CONASEMS. Cada COSEMS tem hoje a referência em um assessor do escritório do CONASEMS, que não somente acompanha as atividades, acolhe demandas, mas estimula o planejamento e ação dos COSEMS, desenvolvendo o papel de apoio institucional do CONASEMS para os COSEMS.

Importante também mencionar a luta permanente do CONASEMS pela viabilidade financeira dos COSEMS. Não apenas para ter estrutura física e escritórios, o que é fundamental, mas para apoiar os municípios nas regiões de saúde, com informações e apoio no processamento de problemas, visando exercer o papel de gestores do SUS. Conseguimos nesse período a edição da Portaria nº 220, que permite desconto automático e regular das contribuições, abrimos possibilidade de alocação de recursos aos COSEMS nas políticas nacionais contidas no

Bloco de financiamento da gestão do SUS e estamos discutindo com o Ministério da Saúde e OPAS um projeto nesse sentido.

O Apoio Institucional na agenda do CONASEMS e dos COSEMS

Os COSEMS são entidades que subsidiam a ação do Conasems, na medida em que mantêm a entidade nacional informada sobre problemas e anseios dos municípios de todo o Brasil na área da saúde; então esse fortalecimento é uma via de mão dupla, tanto apoiamos como somos apoiados. Pelo fato de o CONASEMS coordenar redes de cooperação internacionais na saúde, participar nos espaços de pactuação do SUS em todas as reuniões dos Grupos de Trabalho (GT), da coordenação da Câmara Técnica e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), bem como do Conselho Nacional de Saúde, temos a oportunidade de marcar sua atuação pela síntese do que falam os COSEMS e municípios. Hoje o resultado desse apoio de mão dupla resulta em eixos de ação prioritários nacionais. O primeiro deles é a busca de financiamento justo e adequado ao SUS, expresso no movimento Saúde +10.

O segundo é a questão da gestão do trabalho e educação em saúde. É necessário consolidar uma política de valorização dos trabalhadores de saúde, buscar saídas para a contratação e o redimensionamento da força de trabalho em saúde e a mudança da graduação para garantir a formação de profissionais adequados ao SUS. Compomos, junto com a Frente Nacional de Prefeitos, o movimento “Cadê o Médico”, visando enfrentar a escassez desses profissionais em todos os municípios grandes ou pequenos no país.

O terceiro eixo diz respeito à mudança do modelo de atenção à saúde. Precisamos inverter o modelo pautado na doença, na figura

do médico e no hospital para implementar um outro, pautado na promoção da vida e do cuidado integral a saúde. Para tanto, precisamos implementar as redes de atenção à saúde para integrar os serviços e ações de saúde, tendo a atenção básica como sua ordenadora e coordenadora do cuidado em saúde.

Por tudo isso, o Conasems tem uma relação muito estreita e ágil com os Cosems, visando apoiá-los em seu papel de subsidiar a ação das Secretarias Municipais de Saúde nas CIRs. Somente assim, será possível qualificar a atuação dos gestores municipais nas instâncias de pactuação e cobrar dos demais entes federados o papel mais nobre definido na Lei nº 8.080 para estados e união de cooperação técnico e financeiro aos municípios.

Desde 2005, quando tomamos o rumo de desenvolver mais fortemente esse apoio institucional, a iniciativa ampliou espaços de atuação e se tornou uma ferramenta estratégica de articulação regional, qualificação do processo de regionalização no país e nos estados e fortalecimento do CONASEMS e dos COSEMS. Nossos congressos nacionais cresceram, são hoje eventos maiores e mais importantes na saúde pública, os congressos estaduais realizados pelos COSEMS também cresceram nesse período; vários COSEMS, como o COSEMS-RJ, contam hoje com apoiadores institucionais nas regiões de saúde. Contamos hoje com o Portal do CONASEMS, onde está presente a Rede Brasil de COSEMS, ferramenta importante de comunicação. A *Revista do CONASEMS* está completando dez anos de edição regular em 2013 e vem retratando a realidade regional e nacional no país. Todos os COSEMS realizaram eventos de acolhimento aos novos gestores em 2013 e uma agenda estruturante de implementação do Decreto nº 7.508 e do COAP está em curso em todos os estados. Nosso XXIX Congresso Nacional das Secretarias Municipais

de Saúde, a se realizarde 7 a 10 de julho de 2013, em Brasília, terá como tema o SUS como responsabilidade interfederativa.

A assessoria do CONASEMS e os apoiadores dos COSEMS têm sido fundamentais na qualificação da participação dos gestores nas instâncias de pactuação. Tanto para levar informações do CONASEMS aos COSEMS e destes às regiões sobre as pactuações do SUS como para trazer o resultado das discussões estaduais e regionais, garantindo informações que vêm se mostrando extremamente produtora ao processo de gestão interfederativa no SUS. Temas como Planejamento Regional, Programação das ações e serviços de saúde, Regulação, Modelo de Atenção, Redes Regionais de Atenção à Saúde, incluindo promoção e vigilância à saúde, têm sido destaque na agenda desses apoiadores.

O Apoio Institucional, a regionalização da saúde e o planejamento regional

A principal estratégia para esse apoio institucional sempre foi e deve continuar sendo a qualificação do processo de cogestão e planejamento de base regional. Devido a essa estratégia, é possível ainda obter resultados indiretos, como maior e mais preciso conhecimento das diversas realidades nos estados e regiões e os secretários municipais têm a possibilidade de se aproximar das diretrizes e ideias propostas pela diretoria do CONASEMS e dos COSEMS.

Como o planejamento é o principal processo de trabalho desse apoio, algumas diretrizes são fundamentais e estão expressas em nossa *Carta de Maceió*, aprovada no XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e IX Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência, realizados no período de 11 a 14 de junho de 2012, na cidade de Maceió, Alagoas:

- Fortalecer a cogestão regional do sistema de saúde, rompendo o caráter excessivamente normativo do planejamento, possibilitando consequência e efetividade ao planejamento ascendente e investindo na autonomia e capacidade de decisão das Comissões Intergestores Regionais (CIR).
- Reafirmar a direção única sobre prestadores em cada esfera de governo como um princípio inegociável no SUS e pré-condição para a governança regional da rede de atenção à saúde.
- Pactuar uma política de financiamento equitativo que assegure o desenvolvimento de ações e serviços de saúde com base nas especificidades regionais, contribuindo com a redução das iniquidades no país.
- Fortalecer o processo de consolidação do SUS, institucionalizado pela Lei nº 12.466 e Decreto nº 7.508, que aprimora o Pacto Pela Saúde na consolidação das relações federativas, financiamento tripartite e solidário na execução das políticas de saúde, rejeitando toda forma de competição entre entes federados pela prestação de serviços de saúde e disputa de recursos federais para a assistência a saúde.
- Viabilizar estratégias de fortalecimento político, técnico e financeiro dos COSEMS para atuação nos espaços das comissões Intergestores bipartite e regional.

Dessa forma, o apoio institucional desenvolvido pelo CONASEMS e pelos COSEMS é parte do modo de agir da direção do SUS e representa peça fundamental para conferir direcionalidade à agenda de sua implementação e promover o compartilhamento da gestão, necessária a sua efetividade.

PARTE III

Documentos oficiais

CARTA DE ANGRA

Angra dos Reis / RJ, 05 de maio de 2007

Os Gestores Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, reunidos em Angra dos Reis, RJ, nos dias 04 e 05 de maio de 2007, no *I CONGRESSO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO*, realizado por sua entidade representativa o COSEMS/RJ, apresentam, como resultado consensual das discussões, suas preocupações e prioridades quanto à organização, gestão e financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS e do Pacto pela Saúde.

Os Gestores Municipais de Saúde reafirmam os seus compromissos com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS e reconhecem os significativos avanços alcançados nos últimos anos e os grandes desafios a serem enfrentados.

Defendem a valorização e a priorização das atividades de Promoção da Saúde, que deve ser entendida a partir de um enfoque mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes, com ênfase na articulação intersetorial, através de parcerias intergovernamentais.

Como prioridades, os Gestores Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro consensuaram que:

- Há necessidade premente de aproximação com o Poder Judiciário, Defensoria Pública e Ministério Público, voltada para o maior esclarecimento acerca das responsabilidades sanitárias dos gestores da saúde nas 3(três) esferas de governo, na tentativa de dirimir as questões relacionadas às demandas judiciais;

- É preciso desenvolver estratégias junto aos profissionais de saúde para efetivar o uso dos protocolos clínicos, como instrumento de qualificação da atenção à saúde;

- É importante fortalecer os 92 Municípios e as Regiões, com definição das responsabilidades de cada ente (Federal, Estadual e Municipais), como instrumento de consolidação do SUS;

- As Emendas Parlamentares se norteiem pelo previsto no Plano Diretor de Regionalização/Plano Diretor de Investimento;

- A EC-29 precisa ser regulamentada e cumprida, de modo a se evitar a aplicação irregular dos recursos públicos;

- É preciso rever e redefinir os limites financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade, bem como a revisão da tabela de procedimentos e a construção da Programação Pactuada e Integrada das internações, de forma transparente e objetiva ;

- A necessidade de criar Câmaras Técnicas no âmbito municipal e regional, integrada por profissionais das áreas jurídica e da Saúde, com o objetivo de melhor qualificar as atuações municipais em relação às demandas judiciais;
- O fortalecimento dos consórcios intermunicipais de saúde, adotando inclusive as mudanças necessárias em virtude das inovações trazidas pela lei 11.107/2005;
- As Centrais de Regulação, no âmbito Municipal, Regional e Estadual precisam funcionar de forma efetiva e concreta, de modo a cumprir plenamente as diretrizes da política de saúde;
- É preciso reavaliar as capacidades instaladas dos Hospitais Federais, Estaduais e Universitários e seus financiamentos, inserindo-os nas redes de serviço e respectivas Centrais de Regulação;
- É necessário implantar a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde;
- A reposição de Recursos Humanos das Unidades Federais e Estaduais Municipalizadas necessita ser assumida através do repasse de recursos;
- É preciso operacionalizar de imediato o Pacto pela Saúde, com definição da fonte de custeio da União e do Estado;
- É de fundamental importância implementar as Câmaras de Compensação Regionais e Interestaduais;
- A aprovação de novas Políticas deve estar condicionada à efetiva implementação das existentes, com a definição das fontes de custeio;
- É papel do Município assumir prioritariamente a execução da Atenção Básica, co-financiada pelos 3 (três) entes da federação;
- A Média Complexidade seja de responsabilidade Municipal/Regional/Estadual, variando de acordo com as especificidades locais e que a regulação da Alta Complexidade seja assumida na integralidade pelo gestor Estadual, tendo como base as redes pactuadas e oferta de leitos próprios (municipal, estadual, federal) e terceirizados (contratados e conveniados);
- Sejam feitas proposições junto ao Legislativo, objetivando excluir a responsabilidade dos Municípios pelo pagamento de honorários advocatícios e custos processuais decorrentes das demandas judiciais promovidas pela Defensoria Pública Geral do Estado, no âmbito do SUS;
- Sejam feitas proposições junto ao Legislativo, a fim de possibilitar a definição das responsabilidades dos entes federativos quanto ao acesso às ações e serviços de saúde;

- Seja feita proposição ao CONASEMS para que a Diretoria de Relações Institucionais acompanhe e divulgue os projetos de lei, no âmbito da saúde, em tramitação no Congresso Nacional.

Por fim, ratificam a fundamental participação do Controle Social no âmbito do Sistema Único de Saúde.



Carta de Búzios

Armação dos Búzios, 17 de abril de 2009.

Os Secretários Municipais de Saúde, reunidos no II Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, nos dias 16 e 17 de abril de 2009, na cidade de Armação dos Búzios, Estado do Rio de Janeiro, reiteram seu compromisso com a saúde de todos os fluminenses e com a consolidação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado. Propõem então, a construção de uma agenda para a consolidação do Pacto pela Saúde, com as seguintes deliberações que nortearão a atuação do COSEMS e das Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro:

- Defender e promover ações em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil para o engajamento dos gestores do SUS na busca pela adesão e fortalecimento do Pacto pela Saúde, com financiamento tripartite e solidariedade na execução das políticas de saúde;
- Fortalecer o processo de regionalização solidária e compartilhada dos sistemas de saúde, empoderando os Colegiados de Gestão Regionais nas suas dimensões política, administrativa e técnica;
- Fortalecer a luta pela aprovação imediata da regulamentação da EC 29, além de buscar garantir um financiamento definitivo e sustentável para a saúde;
- Lutar pela ampliação e fortalecimento do incentivo estadual aos municípios para a atenção básica;
- Reafirmar a necessidade de atualizar e implementar o PDR, a PPI e o PDI, a fim de garantir as referências intermunicipais de acordo com as necessidades regionais, com o financiamento tripartite;

- Garantir que a integralidade da atenção seja realizada por meio do exercício do Comando Único com estabelecimento de processos regulatórios em consonância com o modelo de atenção a saúde;
- Buscar a integração das ações de saúde no âmbito das três esferas de governo, visando romper com a lógica da fragmentação e sobreposição, por meio de Rede de Atenção a Saúde no Estado, orientadas por processos de produção do cuidado e, sobretudo, fortalecendo a atenção básica como ordenadora do sistema de saúde;
- Desenvolver estratégias de promoção da saúde com ênfase na intersetorialidade e na construção de políticas públicas integradas;
- Pactuar estratégias para o enfrentamento das desigualdades regionais e vazios assistenciais;
- Desenvolver estratégias de profissionalização e qualificação da gestão dos serviços e, sobretudo, dos gestores do SUS;
- Propor a delimitação da integralidade da saúde, por meio de protocolos construídos com a contribuição das Instituições de Ensino Superior, dos diversos profissionais de saúde e do controle social;
- Propor alteração na Lei de Responsabilidade Fiscal, para a área de saúde, de forma que as despesas com pessoal decorrente da execução dos programas estratégicos não sejam computados no limite da Lei Complementar 101/2000;
- Propor um Projeto de Lei que complemente e/ou regule a Gestão do Trabalho no SUS;
- Lutar pela garantia do financiamento para a reposição da força de trabalho cedida pela União e Estado aos municípios para atuação na área de saúde;
- Propor estratégias para que o serviço militar obrigatório dos profissionais de saúde, nos casos de dispensa para estudo, seja executado na rede do SUS;
- Propor que os profissionais de saúde formados nas Universidades Públicas desenvolvam serviço civil obrigatório na rede do SUS por um período de três anos;

- Implementar uma política solidária de desprecarização dos vínculos de trabalho no SUS, com garantia dos direitos constitucionais e com responsabilidade das três esferas de governo;
- Discutir novos modelos de gestão que possibilitem, inclusive, alternativas para contratação dos profissionais de saúde;
- Fortalecer a parceria como um dos instrumentos de gestão, com o estabelecimento de contrato de gestão que contemple metas e resultados, cuja participação do controle social seja efetiva;
- Buscar fortalecer a política de consórcios intermunicipais de saúde no Estado, como uma estratégia de fortalecimento da regionalização da saúde, inclusive com financiamento tripartite;
- Efetivar a educação permanente no Estado como instrumento e dispositivo de mudanças de práticas no trabalho;
- Fomentar a discussão e a implementação do plano de carreira no âmbito do SUS com financiamento tripartite;
- Fortalecer a política de integração ensino e serviço, sendo a educação permanente seu eixo articulador;
- Atuar na transformação do ensino de graduação e pós-graduação na área da saúde visando à formação de profissionais que atendam às necessidades do SUS;
- Estreitar a relação com o Ministério Público, buscando construir consensos e, sobretudo, a garantia dos princípios e diretrizes do SUS;
- Integrar as Redes Hospitalares e Complexos de Saúde, Federal e Estadual, às Centrais de Regulação do Estado do Rio de Janeiro;
- Rever para possibilitar o aumento real do teto financeiro do Estado do Rio de Janeiro;
- Construir processos de democratização das relações entre os atores do SUS fortalecendo a gestão participativa;
- Garantir financiamento tripartite para estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

Cartado RIO

A Carta do Rio de Janeiro foi aprovada na Plenária Final do III Congresso de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, realizado em junho de 2011 pelo Cosems RJ. O documento ressalta a necessidade de um financiamento mais equilibrado para a área da saúde e reforça a importância de integração, cooperação e solidariedade entre os três entes federativos. Confira a íntegra da Carta.

Os Secretários Municipais de Saúde, reunidos no III Congresso Estadual de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro, nos dias 17 e 18 de junho de 2011, na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, reiteram seu compromisso com a saúde de todos os cidadãos fluminenses e com a consolidação e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado.

Em consonância com o atual momento político que vive o SUS no estado do Rio de Janeiro, momento de forte aliança entre União, Estado e Municípios, propõem uma agenda para fortalecer o processo de descentralização em curso no Sistema Único de Saúde, avançando na construção das redes de atenção à saúde como estratégia da garantia da integralidade à saúde, que contemple os seguintes pontos:

- Iniciar, desde já, nos três entes federados e envolvendo a sociedade, ações de combate a dengue, inclusive com a criação de comitês de enfrentamento com coordenação dos Prefeitos;
- Fortalecer a luta pela aprovação imediata da regulamentação da EC 29, além de buscar garantir um financiamento definitivo e sustentável para a saúde;
- Intensificar o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária;
- Fortalecer o processo de descentralização e regionalização solidária a partir da valorização da atuação político institucional, administrativa e técnica dos Colegiados de Gestão Regional;
- Incentivar e qualificar, em conjunto com a SES RJ, a atuação dos consórcios intermunicipais de saúde de acordo com a lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005;
- Reafirmar a necessidade de atualização permanente do PDR, da PPI e do PDI, a fim de garantir as referências intermunicipais de acordo com as necessidades regionais, com o financiamento tripartite, com especial atenção ao combate às desigualdades regionais;
- Discutir novos modelos de gestão que possibilitem, inclusive, alternativas para contratação dos profissionais de saúde;
- Estimular a implementação do sistema de ouvidoria e auditoria, fortalecendo a política do ParticipaSUS no âmbito estadual e municipal, considerando também seus demais eixos;
- Garantir financiamento tripartite para estruturação e apoio ao funcionamento dos conselhos de saúde;
- Lutar pelo desenvolvimento de uma política estadual de promoção da saúde com ênfase na intersectorialidade e na construção de políticas públicas integradas;
- Estimular a intersectorialidade por meio da formação de câmaras intersectoriais bipartites no âmbito do estado do Rio de Janeiro, explorando as potencialidades das experiências já implementadas;
- Buscar a integração das ações de saúde no âmbito das três esferas de governo, visando romper com a lógica da fragmentação e sobreposição, por meio de Rede de Atenção a Saúde no Estado, orientadas por processos de produção do cuidado e, sobretudo, fortalecendo a atenção básica como ordenadora do sistema de saúde;
- Instituir ações visando qualificar os gestores para o fortalecimento da Atenção Básica;
- Reforçar a valorização do trabalho multidisciplinar, estimulando a expansão e qualificação dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família);
- Lutar pela ampliação e fortalecimento do financiamento solidário e tripartite da Atenção Básica;
- Fortalecer a política de Humanização do Sistema Único de Saúde no estado, em especial sua face de apoio aos municípios, com o objetivo de aumentar o comprometimento do profissional e ampliar a resolutividade das ações de saúde a partir da valorização do espaço intersetorial de relações e processo de escuta;
- Promover e participar ativamente de discussões que visem à instituição de uma estratégia estadual e regional para a Gestão do Trabalho na Atenção Básica;

- Implementar as Redes Temáticas prioritárias e pactuadas em CIT garantindo a ampliação do acesso e qualidade da assistência, com financiamento tripartite, a saber: Atenção Básica, Materno Infantil, Urgência e Emergência e Psicossocial;
- Garantir que a integralidade da atenção seja realizada por meio do exercício do Comando Único com estabelecimento de processos regulatórios em consonância com o modelo de atenção a saúde;
- Rever o teto financeiro do estado do Rio de Janeiro, em conjunto com a SES-RJ, e a partir da programação efetivada com a revisão da PPI em curso, para possibilitar o aumento real;
- Integrar os hospitais federais, estaduais e municipais aos complexos reguladores municipais;
- Propor a delimitação da integralidade da saúde, por meio de protocolos construídos com a contribuição das Instituições de Ensino Superior, dos diversos profissionais de saúde e do controle social;
- Fortalecer os movimentos que buscam mudanças nos cursos de graduação da área da saúde, com vistas à adequação dos mesmos às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Saúde, estimulando, entre outras ações, a inserção precoce dos alunos de graduação em serviços de Atenção Básica e a articulação entre ensino e serviços de saúde;
- Reforçar os processos de educação permanente dos profissionais de saúde, em especial os da Atenção Básica, valorizando o espaço do serviço e do território como locais de aprendizado;
- Constituir, em conjunto com a SES RJ, um espaço de formulação, articulação, implementação e execução da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, tendo em vista a centralidade da educação no processo de mudança do Modelo tecno-assistencial em nosso estado;
- Implementar as Comissões (Estadual e Regional) de Integração Ensino-Serviço, fortalecendo o espaço de formulação e pactuação da Política de Educação Permanente;
- Garantir financiamento para a reposição da força de trabalho que durante o surgimento do SUS era cedida pelo ente Federal e Estadual, e que hoje, tornou-se responsabilidade do ente municipal;
- Implementar uma política solidária de despreciação dos vínculos de trabalho no SUS, com garantia dos direitos constitucionais e com responsabilidade das três esferas de governo;
- Desenvolver, pactuar e implementar uma Política Estadual de Assistência Farmacêutica que defina as diretrizes e os objetivos estruturais, as estratégias, o financiamento, os critérios mínimos de organização e de estruturação dos serviços nas esferas estadual e municipal; a cooperação técnica e financeira entre os gestores; a otimização da aplicação dos recursos disponíveis; garantir a implementação de sistema integrado de gestão da assistência farmacêutica e implementar a capacitação de recursos humanos para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica; entre outros;
- Ampliar o esforço conjunto dos três entes federais, no que diz respeito à organização da assistência farmacêutica influenciando, definitivamente, na adesão às estratégias que resultem no aumento e na qualificação do acesso, no contexto do uso racional e seguro de medicamentos;
- Garantir o acesso a todos os componentes da assistência farmacêutica (básico, estratégico, especializado) como uma estratégia do SUS, de forma a garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, no contexto da linha de cuidado;
- Buscar modelos mais eficientes e aperfeiçoar o modelo de gestão do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, adotado no estado do RJ, de forma a proporcionar os recursos físicos e humanos, a capacitação técnica e a integração com o nível estadual, com o objetivo de garantir o funcionamento adequado dos pólos descentralizados;
- Pactuar com o Ministério da Saúde a regulamentação do financiamento e do acesso aos medicamentos oncológicos, a definição de protocolos clínicos nacionais e de critérios e mecanismos de incorporação tecnológica, a fim de minimizar o impacto que a judicialização, deste grupo de medicamentos, tem trazido aos municípios;
- Criar uma comissão estadual para proposição de estratégias de combate à crescente judicialização da saúde, englobando ações de apoio técnico e jurídico, monitoramento das demandas, bem como a definição de responsabilidades de financiamento entre os entes federados;
- Criar um sistema público de consulta ao andamento de todas as ações judiciais no Estado, que permita o acesso dos interessados, em tempo real, das demandas, permitindo inclusive auxílios das mais diversas ordens;
- Incluir as ações de assistência farmacêutica no planejamento das secretarias e garantir sua inserção nos instrumentos do PLANEJASUS - as Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão (RAG) - e de gestão do SUS.

ESTATUTO DO CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

TÍTULO I DA FINALIDADE, PRINCÍPIOS E OBJETIVOS

CAPÍTULO I DA NATUREZA, FINALIDADE, PRINCÍPIOS, SEDE E DURAÇÃO

Art. 1º - O CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, denominado COSEMS/RJ, é uma associação civil, sem fins lucrativos, com personalidade jurídica de direito privado, de duração indeterminada, representativo das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, que tem por finalidade congregar as Secretarias Municipais de Saúde e seus respectivos gestores para atuação em prol do desenvolvimento da Saúde Pública, observando os princípios e diretrizes do SUS, promovendo ações conjuntas que fortaleçam a descentralização política, administrativa e financeira do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º - O COSEMS/RJ é integrado pelas Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos equivalentes, de todo o Estado do Rio de Janeiro.

Parágrafo Único - O COSEMS/RJ é órgão vinculado institucionalmente ao CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, para fins do disposto no § 2º, do Art. 14-B, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, com redação dada pela Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011.

Art. 3º - O COSEMS/RJ visa também a integração técnico-administrativa das Secretarias Municipais de Saúde que o compõe, respeitada a competente autonomia, regendo-se por este Estatuto, pelas legislações federal, estadual e municipais pertinentes.

Art. 4º - O COSEMS/RJ atuará em regime de cooperação com entidades congêneres e afins, bem como com órgãos públicos estaduais, federais e entidades de direito privado.

Art. 5º - A sede do COSEMS/RJ está localizada na Rua México, 128, sobreloja 1, sala 17, Rio de Janeiro/RJ, podendo haver mudança de endereço dentro da mesma comarca sem necessidade de alteração do estatuto e seu foro será sempre o da Comarca da Capital do Estado.

CAPÍTULO II DAS FINALIDADES E OBJETIVOS

Art.6º - O COSEMS/RJ tem por finalidades e objetivos:

- I. Atuar junto às esferas municipal, estadual e federal do SUS, representando as secretarias municipais de saúde na realização de atividades de interesse da saúde pública, podendo receber em permissão ou concessão de uso, bens móveis e imóveis;
- II. Representar as secretarias municipais de saúde ou órgãos equivalentes do estado do Rio de Janeiro nos fóruns de negociação e deliberação sobre o Sistema Único de Saúde, em especial nas comissões deliberativas e consultivas;
- III. Articular junto aos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro para uma atuação harmoniosa no tocante à política de saúde;
- IV. Promover o intercâmbio de informações, divulgando conhecimentos e capacitando pessoal;
- V. Defender judicial ou extrajudicialmente os interesses do COSEMS/RJ, podendo promover ações judiciais coletivas para a defesa de interesses de seus associados;
- VI. Promover estudos e pesquisas sobre temas pertinentes a Saúde Pública e divulgar experiências municipais que visem a melhoria da saúde pública;
- VII. Manter intercâmbio com associações e sociedades congêneres, nacionais e internacionais;
- VIII. Promover ou patrocinar reuniões técnicas, seminários, congressos e conferências, bem como editar boletins, jornais, revistas, livros e demais publicações de interesse para a saúde pública;
- IX. Celebrar acordos, contratos e convênios com órgãos ou entidades públicas ou privadas;
- X. Apoiar o processo de implementação do Sistema Único de Saúde nos Municípios e regiões do Estado do Rio de Janeiro;
- XI. Indicar representantes na Comissão Intergestores Bipartite e outras instâncias a que o Conselho venha ser convidado a participar.

Parágrafo Único - Em consonância com os objetivos fixados neste artigo e, preservada a qualidade científica e a autonomia técnica da sua atuação, o COSEMS/

RJ denomina-se parceiro dos poderes públicos na discussão da política de saúde, na realização de ações, serviços, pesquisas e outras atividades na área da saúde, reconhecendo desde logo o seu papel institucional de integrante de órgãos colegiados deliberativos na área da saúde.

TÍTULO II DOS ASSOCIADOS

Art. 7º - São membros associados do COSEMS/RJ todas as Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro ou órgãos equivalentes, que integram a administração pública municipal, independentemente de assinatura de qualquer documento de adesão.

§ 1º - Os associados, secretarias municipais de saúde, são representados no COSEMS/RJ pelos seus secretários de saúde ou pelo detentor de função ou cargo equivalente.

§ 2º - A perda do cargo de Secretário de Saúde ou de função equivalente implicará automaticamente na perda do cargo ocupado na Diretoria do COSEMS/RJ.

Art. 8º - São direitos dos Associados, através dos seus representantes legais:

- a) Votar e ser votado;
- b) Fazer-se representar na Comissão Intergestores Bipartite e outros órgãos colegiados do SUS;
- c) Receber informações institucionais referentes ao sistema único de saúde;
- d) Solicitar vista de processo, relatórios e demais documentos do COSEMS/RJ;
- e) Exercer o controle finalístico do COSEMS/RJ.

Art. 9º - São deveres dos Associados:

- a) Pagar a contribuição mencionada no inciso I, do Art. 41;
- b) Denunciar quaisquer irregularidades de que tenham conhecimento;
- c) Zelar pelo patrimônio material e imaterial do COSEMS/RJ;
- d) Solidarizar-se na consecução dos seus objetivos e manter o espírito de harmonia.

Parágrafo Único: Somente o associado adimplente com o pagamento da contribuição de representação institucional prevista no Inciso I, do Art. 41, poderá votar e ser votado.

TITULO III

DA ADMINISTRAÇÃO, DIREÇÃO E EXECUÇÃO

CAPÍTULO I

DOS ÓRGÃOS DE ADMINISTRAÇÃO, DIREÇÃO E EXECUÇÃO

Art. 10 - São órgãos superiores de Administração, Direção e Execução do COSEMS/RJ:

- I – A Assembleia Geral;
- II – A Diretoria;
- III – O Conselho Fiscal.

SEÇÃO I

DA ASSEMBLÉIA GERAL

Art. 11 - A Assembleia Geral, órgão de deliberação superior será constituída pelos Secretários Municipais de Saúde ou detentor de função equivalente, ou suplente indicado mediante ofício com delegação de poderes e/ou procuração.

Parágrafo Único – Fica vedada a participação de suplente ou representante nas eleições do COSEMS/RJ.

Art. 12 - A Assembleia Geral é órgão soberano em suas decisões.

Art. 13 - A Presidência da Assembleia Geral cabe ao Presidente do COSEMS/RJ.

Art. 14 - As deliberações da Assembleia Geral serão tomadas por maioria simples dos presentes, com exceção dos casos previstos neste estatuto.

§ 1º - A reforma estatutária será procedida em Assembleia Geral Extraordinária, especialmente convocada para essa finalidade, sendo as decisões adotadas por maioria de 2/3 (dois terços) dos seus integrantes presentes.

§ 2º - A dissolução do COSEMS/RJ somente poderá ser efetivada em Assembleia Geral Extraordinária, especialmente convocada para esse fim, por decisão de 2/3 (dois terços) dos seus membros.

Art. 15 - Poderão participar da Assembleia Geral sem direito a voto, representantes de órgãos públicos ou entidades privadas, desde que convidados pelos Secretários Municipais de Saúde, com prévia comunicação à Diretoria.

Art. 16 - A Assembleia Geral reunir-se-á ordinária e extraordinariamente.

§ 1º - As Assembléias Gerais Ordinárias serão realizadas mensalmente, na mesma data em que ocorrer a reunião mensal da Comissão Intergestores Bipartite, mediante convocação por meio eletrônico e calendário previamente estabelecido, podendo se realizar Assembleia Geral Extraordinária concomitante na mesma data, desde que especificamente convocada.

§ 2º - A convocação para a Assembléia Geral Extraordinária se dará por iniciativa da Diretoria Executiva ou a pedido de 1/5 dos associados, sempre que haja matéria relevante a ser deliberada, deverá ser formalizada por meio eletrônico e publicação em jornal de grande circulação no Estado do Rio de Janeiro, relatando os motivos da convocação e indicando os assuntos a serem tratados.

§ 3º - As Assembléias Gerais para eleição dos cargos que compõem a Diretoria e o Conselho Fiscal do COSEMS/RJ, bem como para alteração do Estatuto, terão convocação específica, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência, mediante publicação em jornal de grande circulação e se realizarão em caráter extraordinário.

Art. 17 - É da competência da Assembleia Geral:

- a) Deliberar sobre os assuntos relacionados aos objetivos do COSEMS/RJ;
- b) Aprovar o Plano de Trabalho, recomendando o estudo de soluções para problemas administrativos, econômicos e sociais da região;
- c) Eleger a Diretoria e o Conselho Fiscal, e seus respectivos suplentes, por votação ou aclamação, se couber, em assembleia geral extraordinária, especialmente convocada para essa finalidade;
- d) Fixar a contribuição dos Municípios para o COSEMS/RJ;
- e) Aprovar o orçamento anual do COSEMS/RJ;
- f) Apreciar e homologar o Relatório Geral e a Prestação de Contas, anualmente;
- g) Acompanhar as atividades desenvolvidas pela Diretoria Executiva;
- h) Aprovar a reforma deste estatuto, observado o quorum exigido;
- i) Autorizar a dissolução do COSEMS/RJ, observado o quorum exigido;

- j) Autorizar a alienação e/ou doação de bens;
- k) Criar comissões especiais para apreciar as proposições a serem deliberadas em plenário;
- l) Deliberar sobre os casos omissos e sobre qualquer assunto de interesse dos Municípios e do COSEMS/RJ.

Art. 18 - As decisões da Assembleia Geral serão consignadas em ata, que após aprovadas serão publicizadas, em especial na página do COSEMS/RJ na internet.

Art. 19 - As deliberações da Assembleia Geral serão executadas pela Diretoria.

SEÇÃO II

DA DIRETORIA

Art. 20 - A Diretoria é composta por:

- I. Presidente;
- II. Primeiro Vice-Presidente;
- III. Segundo Vice-Presidente;
- IV. Secretário Geral;
- V. Diretor Financeiro;
- VI. Diretor de Comunicação;
- VII. Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares;
- VIII. Diretor de Direito Sanitário;
- IX. Diretor de Regionalização e Descentralização;
- X. Nove Vice-Presidentes Regionais e seus Suplentes.

§ 1º - Todos os cargos que compõem a Diretoria são privativos de Secretário (a) Municipal de Saúde ou de ocupante de cargo ou função equivalente.

§ 2º - A perda do cargo de Secretário Municipal de Saúde ou função equivalente implicará na perda do cargo ocupado no COSEMS/RJ, podendo ser concedido um prazo máximo de até sessenta dias para o desligamento definitivo do cargo, em face de compromissos assumidos.

§ 3º - O ocupante do cargo deverá comunicar expressamente ao Presidente do COSEMS/RJ a perda do cargo de Secretário da Saúde ou função equivalente imediatamente à sua ocorrência.

§ 4º - Os mandatos cujo término coincide ou exceda a mudança dos prefeitos pelo calendário eleitoral, perdurarão até fevereiro do ano seguinte ao término do Mandato, visando evitar a vacância na direção do COSEMS/RJ.

§ 5º - Não poderão participar da Diretoria e do Conselho Fiscal os representantes das Secretarias Municipais de Saúde inadimplentes com as contribuições ao COSEMS/RJ.

§ 6º - A inadimplência por 90 (noventa) dias acarretará no afastamento do membro da Diretoria ou do Conselho Fiscal.

§ 7º - O mandato da diretoria será de 02 (dois) anos, admitida a reeleição, não podendo ultrapassar a dois mandatos consecutivos.

§ 8º - Os membros da diretoria não têm direito a remuneração pelo exercício de suas funções.

Art. 21 - A Diretoria reunir-se-á, em caráter ordinário, mensalmente e, extraordinariamente, quando convocada pelo Presidente ou pela maioria simples de seus membros.

§ 1º. As reuniões da diretoria só poderão ocorrer com a presença de, no mínimo, 05 (cinco) membros, não se computando neste quorum os Vice-Presidentes Regionais.

§ 2º - As decisões da diretoria serão tomadas por maioria simples dos presentes.

Art. 22 - São Atribuições da Diretoria:

- I. Exercer o controle interno das atividades do COSEMS/RJ, nos termos do Estatuto e segundo as diretrizes e os critérios fixados pela Assembleia Geral;
- II. Aquisição de bens móveis e serviços e a realização de obras de acordo com o orçamento;
- III. Baixar normas, fixar rotinas e estabelecer procedimentos para o adequado funcionamento do COSEMS/RJ no tocante aos assuntos técnico-científicos, administrativos, financeiros, de pessoal e de serviços;
- IV. Acompanhar os eventos de interesse da saúde;
- V. Gerir o patrimônio do COSEMS/RJ;
- VI. Criar assessorias de natureza permanente ou temporária;

- VII. Encaminhar anualmente à Assembleia Geral relatório financeiro e de atividades do COSEMS/RJ;
- VIII. *Ad referendum* da Assembleia Geral, as medidas da alçada desta, quando caracterizada a urgência de atendimento de situação que possa causar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, bens e serviços, e desde que não haja tempo de reunir a Assembleia Geral, justificando a medida, por escrito, exceto reformar o estatuto ou extinguir o COSEMS/RJ;
- IX. Estabelecer regras para o melhor funcionamento do COSEMS/RJ, as quais se consubstanciarão em Deliberações numeradas e datadas;
- X. A admissão e a dispensa do pessoal permanente do COSEMS/RJ, bem como a contratação de serviços com profissional autônomo;
- XI. Os programas e projetos de pesquisa e estudos que não estejam previstos no plano de atividades;
- XII. A cessão temporária ou a substituição de bens e direitos;
- XIII. Criar comissões temporárias que responderão por temas de interesse circunstancial e imediato do COSEMS/RJ por prazo determinado.

Art. 23 - O Presidente, os dois Vice-Presidentes, o Secretário Geral e o Diretor Financeiro compõem a Diretoria Executiva, órgão de direção subordinada, responsável por dirigir e executar atividades administrativas necessárias ao controle do COSEMS/RJ no sentido da consecução dos objetivos enunciados no artigo 6º nos termos do Estatuto e segundo as diretrizes e critérios fixados pela Assembleia Geral e Diretoria COSEMS/RJ.

Art. 24 - São atribuições do Presidente:

- I. Convocar as assembleias gerais ordinárias e extraordinárias, observado o disposto neste estatuto;
- II. Coordenar e superintender o trabalho do COSEMS/RJ;
- III. Exercer o poder disciplinar;
- IV. Movimentar as contas bancárias e emitir cheques sempre em conjunto com o Diretor Financeiro;
- V. Dar publicidade aos atos de convocação das Assembleias Gerais, na forma estabelecida neste Estatuto e no Regimento Interno;
- VI. Nomear a Comissão Eleitoral.

Parágrafo Único – As atribuições e competências dos demais membros da Diretoria não especificadas neste Estatuto serão objeto de regulamentação pelo Regimento Interno.

Art. 25 - Em caso de vacância do cargo de Presidente, assume automaticamente o Primeiro Vice-Presidente, e este, será substituído pelo Segundo Vice Presidente, no caso de ocorrer a mesma hipótese.

Art. 26 - Compete aos Vice-Presidentes auxiliar o Presidente no cumprimento de seus deveres estatutários e substituí-lo em suas faltas e impedimentos legais, licenças e afastamentos, ocasionais e temporários, na ordem prevista no artigo anterior.

Parágrafo Único: Em caso de vacância os Vice-Presidentes serão eleitos pela Diretoria, para o tempo que restar do mandato.

Art. 27 - Compete aos Vice-Presidentes Regionais:

- I. Auxiliar o Presidente no desempenho do seu cargo e substituí-lo em suas faltas e impedimentos legais, licenças e afastamentos, ocasionais e temporários, principalmente em atos e eventos ocorridos em sua Região;
- II. Representar o COSEMS/RJ em sua Região;
- III. Difundir os objetivos e ideais do COSEMS/RJ perante órgãos públicos e privados;
- IV. Estimular e manter intercâmbio com pessoas e entidades interessadas na consecução dos objetivos constantes no presente Estatuto;
- V. Participar das reuniões da Diretoria;
- VI. Diligenciar no sentido da obtenção de apoio material para as atividades do COSEMS/RJ.

Parágrafo único. Compete aos membros suplentes dos Vice-Presidentes Regionais substituí-los em seus impedimentos, licenças, afastamentos e faltas eventuais.

Art. 28 - As Vice-Presidências Regionais deverão aprovar em assembleias regionais seus respectivos suplentes.

Parágrafo Único. Em caso de vacância dos cargos de Vice-Presidentes Regionais, esse será assumido pelo respectivo suplente.

Art. 29 - O Presidente, o Primeiro Vice-Presidente e o Secretário Municipal de Saúde da Capital serão representantes natos na Comissão Intergestores Bipartite, ou na falta destes, o Presidente indicará um representante.

SEÇÃO III DO CONSELHO FISCAL

Art. 30 - O Conselho Fiscal, órgão colegiado de fiscalização superior, é composto de cinco membros efetivos e cinco suplentes, eleitos pela Assembleia Geral, devendo seu mandato coincidir com o da Diretoria, admitida a reeleição, não podendo ultrapassar a dois mandatos consecutivos.

Parágrafo Único. Em caso de vacância, a Diretoria providenciará a indicação de novos Conselheiros.

Art. 31 - O Conselho Fiscal reunir-se-á trimestralmente, devendo apreciar as contas do COSEMS/RJ, promovendo relatórios e pareceres que deverão ser encaminhados anualmente à Assembleia Geral para aprovação.

Art. 32 - Os membros do Conselho Fiscal não têm direito a remuneração pelo exercício de suas funções.

Art. 33 - Ao Conselho Fiscal compete:

- I. Eleger seu Presidente, dentre seus membros;
- II. Fiscalizar a aplicação dos recursos que forem repassados ao COSEMS/RJ;
- III. Examinar e emitir parecer sobre a prestação de contas e balancetes mensais, a serem submetidos à Assembleia Geral.

TITULO IV DA COMISSÃO ELEITORAL

Art. 34 - A Comissão Eleitoral, composta por 05 (cinco) membros, é órgão auxiliar da Assembléia Geral incumbida de promover a eleição dos membros da Diretoria e do Conselho Fiscal.

Art. 35 - A Comissão Eleitoral será nomeada pelo Presidente, até 15 (quinze) dias antes da data marcada para a eleição, encerrando-se suas atividades, após o término da Assembleia Geral.

Art. 36 - Os membros da Comissão Eleitoral escolherão dentre os seus pares, o seu Presidente e o Relator.

Art. 37 - A inscrição de chapas à eleição será encerrada às 17 horas do dia anterior ao dia fixado para a instalação da Assembleia Geral.

§ 1º - Os candidatos devem integrar chapas, não podendo haver candidatura individual.

§ 2º - Cada chapa poderá indicar um fiscal para acompanhar o processo eleitoral.

§ 3º - Não será permitido a um mesmo candidato figurar em mais de uma chapa.

§ 4º. A chapa deverá estar completa, com todos os cargos preenchidos.

Art. 38 - Compete à Comissão Eleitoral:

- I. Coordenar o processo eleitoral, estabelecendo suas regras, que deverão ser aprovadas pela Diretoria Executiva;
- II. Dar publicidade aos associados do processo eleitoral e suas normas;
- III. Divulgar a relação dos membros do COSEMS/RJ impedidos de ser votados em razão de descumprimento de obrigações estatutárias, conferindo-lhes prazo para saná-las;
- IV. Proceder à inscrição das chapas e divulgá-las aos membros do COSEMS/RJ;
- V. Tornar pública as chapas candidatas logo após o término do encerramento das inscrições;
- VI. Fixar previamente o prazo para cada chapa apresentar a sua proposta na Assembleia Geral;
- VII. Elaborar a cédula eleitoral e suas urnas;
- VIII. Apurar os votos e divulgar o seu resultado, submetendo-o ao referendun da Assembleia Geral;
- IX. Receber e decidir os recursos e impugnações interpostas, conforme regulamentação da Comissão Eleitoral;
- X. Preparar a ata do processo eleitoral e submetê-la à aprovação da Assembleia Geral.

TITULO V DO PATRIMONIO E DA RECEITA

CAPÍTULO I DO PATRIMÔNIO

Art. 39 - O Patrimônio do COSEMS/RJ é constituído de:

- I. Bens móveis e imóveis;
- II. Títulos diversos;
- III. Recursos financeiros.

Art. 40 - Em caso de dissolução do Conselho, seu patrimônio reverterá em benefício dos municípios proporcionalmente ao montante dos recursos por eles entregues, atendendo-se, previamente, as indenizações e outras exigências da legislação vigente.

CAPÍTULO II DA RECEITA

Art. 41 - São fontes de recursos do COSEMS/RJ:

- I. Contribuições dos municípios destinadas à manutenção da entidade;
- II. Recursos consignados nos orçamentos federal, estadual e municipal;
- III. Recursos provenientes de convênios, contratos e acordos;
- IV. Recursos eventuais que lhe forem atribuídos, bem como financiamento internacional.

§ 1º - Em razão do papel institucional do COSEMS/RJ, a contribuição de representação institucional é considerada como despesa operacional da área da saúde, devendo figurar no orçamento do COSEMS/RJ de forma destacada.

§ 2º - As contribuições previstas no inciso I deste artigo serão fixadas pela Diretoria Executiva, devidamente aprovada em Assembleia Geral.

§ 3º - As contribuições previstas no inciso I deste artigo deverão se realizar de acordo a Portaria MS/GM nº 220, de 30 de janeiro de 2007, que regulamenta a operacionalização da cessão de crédito do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, para pagamento de contribuição institucional ao CONASS e CONASEMS, ou outra norma que a substituir;

CAPÍTULO III

DO REGIME FINANCEIRO E SUA FISCALIZAÇÃO

Art. 42 - O exercício financeiro coincidirá com o ano civil, e o orçamento, uno e anual.

Art. 43 - A prestação de contas anual abrange, entre outros, os seguintes elementos:

- I. Demonstração da evolução do patrimônio líquido do COSEMS/RJ;
- II. Demonstração das receitas e despesas apuradas, contendo a identificação e a confrontação entre a natureza de cada receita e seus custos e despesas especificadas;
- III. Relatório de atividades da Diretoria Executiva, acompanhado de notas explicativas contendo informações sobre fatos relevantes relacionados com atividades e programas em andamento.

Parágrafo Único - Além da Prestação de Contas anual, caberá ao Conselho Fiscal apresentar trimestralmente relatórios contábeis e financeiros nas reuniões da Diretoria Executiva.

Art. 44 - Até noventa dias após o encerramento do exercício financeiro será dada publicidade ao balanço do COSEMS/RJ.

TÍTULO VI

DO PESSOAL PERMANENTE

Art. 45 - Os direitos e os deveres do pessoal permanente do COSEMS/RJ são regulados genericamente pela legislação trabalhista e, especificamente, pelos contratos individuais de trabalho.

CAPÍTULO IV DA SECRETARIA EXECUTIVA

Art. 46 - A Secretaria Executiva, órgão de execução superior subordinada à Diretoria, é composta por um Secretário Executivo e auxiliares administrativos, técnicos e financeiros, divididos nas seguintes Assessorias:

- I. Assessoria Administrativa;
- II. Assessoria Técnica;
- III. Assessoria Jurídica.

Art. 47 - À Secretaria Executiva compete, principalmente:

- I. Executar o gerenciamento técnico, administrativo, financeiro e de pessoal do COSEMS-RJ, em conformidade com o plano de atividades e as decisões da Diretoria;
- II. Apoiar e secretariar os trabalhos da Assembleia Geral, da Diretoria, e o individual do Presidente e de cada um dos seus membros;
- III. Executar as atividades necessárias à realização dos programas e projetos do COSEMS-RJ;
- IV. Manter em dia a escrituração contábil.

Art. 48 - A Secretaria Executiva é exercida por um Secretário Executivo, indicado pelo Presidente e aprovado pela Diretoria, a quem cabe, especificamente:

- I. Responder pelos serviços de que trata o artigo anterior;
- II. Cumprir as decisões da Diretoria quanto à gestão do patrimônio do COSEMS-RJ;
- III. Executar outras tarefas determinadas pela Diretoria ou por qualquer dos seus membros;
- IV. Supervisionar e coordenar as atividades administrativas, técnicas e científicas do COSEMS-RJ;
- V. Elaborar as prestações de contas anuais e as de cada projeto e programas, juntamente com o Diretor Financeiro;
- VI. Preparar documentos, contratos, convênios, acordos e outros instrumentos congêneres.

Art. 49 - O Secretário Executivo participa das reuniões da Diretoria e da Assembleia, sem direito a voto.

Parágrafo único - Na ausência do Secretário Executivo compete a um membro designado pela Diretoria a execução de suas atribuições.

Art. 50 - Dentro do interesse e necessidade do COSEMS-RJ, após aprovação de projetos e programas, oriundos de contratos e convênios com entidades de direito público e privados, poderão ser contratados consultores para fazer parte do corpo técnico-profissional da Secretaria Executiva.

§ 1º - Os consultores não terão vínculo empregatício e atuarão como prestadores de serviços, através da assinatura de contratos na forma da legislação pertinente, e ainda havendo necessidade poderá ser realizada a contratação de consultores externos que serão demandados de acordo com a necessidade e plano de trabalho.

§ 2º - Os vencimentos pagos a esses profissionais deverão ser compatíveis com os valores de mercado.

§ 3º - Será admitido o trabalho voluntário desses profissionais, desde que devidamente acordado pelas partes, sendo necessária a assinatura do termo de voluntariado.

TITULO VII

DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

Art. 51 - Todas as pessoas físicas e jurídicas referidas neste Estatuto têm o dever de zelar pelo patrimônio material e imaterial do COSEMS-RJ, de solidarizar se na consecução dos seus objetivos e de manter o espírito de harmonia entre si.

§ 1º - Caberá à Diretoria, promover as medidas destinadas a efetivar o afastamento, destituição ou dispensa do responsável pela violação dos deveres enunciados no caput deste artigo, sem prejuízo de outras medidas legais tendentes a reparar eventual dano causado.

§ 2º - Quando a natureza do fato o exigir, a Diretoria, conforme a respectiva competência adotará procedimentos regulares para apurar e comprovar a violação de dever estatutário e de eventual dano ou prejuízo dela decorrente.

Art. 52. Será assegurada aos membros titulares e suplentes dos órgãos superiores de Administração, Direção e Execução, que compõem a estrutura administrativa do COSEMS/RJ, o pagamento de diárias, passagens e/ou hospedagem, quando o colaborador estiver a serviço do colegiado.

§ 1º - O benefício de que trata o *caput* deste artigo, poderá também ser concedido aos membros titulares e suplentes do Conselho Fiscal, aos Secretários Municipais de Saúde, a Consultores e outros colaboradores, inclusive funcionários e o Secretário Executivo, quando estiverem a serviço do colegiado.

§ 2º - As diárias serão concedidas a título de indenizar o beneficiário pelas despesas extraordinárias com pousada e alimentação, durante o seu período de deslocamento, e será concedida por dia de afastamento.

§ 3º - Será concedido adicional de transporte destinado a cobrir despesas de deslocamento até o local de embarque e do desembarque ao local de trabalho ou hospedagem e vice-versa, quando não houver pagamento de diária.

§ 4º - O disposto neste artigo será regulamentado por ato do Presidente, inclusive os valores das diárias e do adicional de transporte, mediante deliberação da Diretoria Executiva.

Art. 53 - Anualmente será dada publicidade ao Relatório Geral das atividades, em especial na página do COSEMS/RJ na internet.

Art. 54 - Os associados não respondem pelas obrigações sociais.

Art. 55 - Os casos omissos serão decididos pela Diretoria Executiva, “ad referendum” da Assembleia Geral.

Art. 56 - O presente Estatuto entrará em vigor na data da sua aprovação pela Assembleia Geral, mediante registro no Cartório competente.

Rio de Janeiro, 13 de dezembro de 2012.

Mauro Lúcio da Silva
Advogado OAB-RJ 49.828
Assessor Jurídico do COSEMS/RJ
Secretário Ad hoc

Maria Juraci de Andrade Dutra
Secretária de Saúde de Rio Bonito
Presidente do COSMS/RJ

Suely das Graças Pinto
Secretária de Saúde de Volta Redonda
Vice Presidente do COSEMS/RJ

Maria da Conceição de Souza Rocha
Secretária de Saúde de Pirai
Tesoureira do COSMS/RJ

REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão Intergestores Bipartite/RJ, instituída pelas Resoluções 855 de 12 de julho de 93 e 906/94 do Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil, é a instância privilegiada de negociação e decisão do Sistema Único de Saúde – SUS na esfera do Estado cabendo adequá-los as normas nacionais.

Art. 2º - Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito do Estado serão objetos de regulamentação pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ).

CAPÍTULO II

DAS FINALIDADES

Art. 3º - São finalidades da Comissão Intergestores Bipartite:

I – avaliar e orientar todos os aspectos operacionais do processo de Gestão do SUS no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;

II – acompanhar e avaliar permanentemente o processo financeiro das ações de saúde no âmbito do Estado do Rio de Janeiro;

III – orientar, avaliar e acompanhar permanentemente o processo de habilitação e permanência dos Municípios, no que diz respeito à gestão do SUS, de acordo com a legislação em vigor;

IV – propor modificações na sistemática de descentralização à Comissão Tripartite, visando aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4º - A Comissão Intergestores Bipartite tem a seguinte organização:

- Plenário
- Câmaras Técnicas

- Secretaria Executiva
- Colegiados de Gestão Regional

I – O Plenário é o Órgão de deliberação máxima, configurado pelas reuniões Ordinárias e Extraordinárias, sendo designados pelo Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) e pelo Presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

II – As Câmaras Técnicas são instâncias da natureza Técnica criadas pelo Plenário da Comissão e instituídas por Resolução do Presidente, para atender a objetivos específicos, embasados na explicitação de seus objetivos, atribuições e finalidades, que identifiquem claramente sua natureza; devendo se organizar mediante regimento próprio.

III – A Secretaria Executiva apoiará a execução das atividades referentes às decisões e orientações do Plenário e das Câmaras Técnicas, praticando todos os atos de gestão administrativa, necessários ao bom desempenho dos serviços das mesmas.

IV – Colegiados de Gestão Regional são espaços permanentes de pactuação e cooperação das regiões de saúde que tem como objetivo fundamental garantir o cumprimento dos princípios do SUS.

V – Os Colegiados de Gestão Regional serão criados por Resolução da Comissão Intergestores Bipartite, devendo ser observadas as seguintes preconizações:

- a – Ser integrado pelos Representantes da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) e por Secretários Municipais de Saúde das Regiões de Saúde (COSEMS);
- b – as decisões terão caráter indicativo;
- c – a elaboração de uma agenda regular de reuniões;
- d – a elaboração de um regimento interno;
- e – o segmento municipal deverá ser constituído exclusivamente pelos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS);
- f – a garantia da participação de todos os Municípios que compõem a região de Saúde;
- g – a instituição de Câmaras Técnicas Regionais, integradas necessariamente por representantes da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil e dos Municípios;
- h – a garantia da interlocução com os Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- i – as indicações da representação da SESDEC serão designadas pelo Secretário Estadual de Saúde e Defesas Civil;

i – a Coordenação do Colegiado se dará através da representação da SESDEC, através do seu representante regional;

k – a organização através de uma estrutura de funcionamento que contemple a execução, com qualidade, das seguintes funções:

- 1 - instituição de processos dinâmicos de planejamento regional;
- 2 - atualização e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- 3 - elaboração do desenho do processo regulatório, com a definição dos fluxos e protocolos, com observação às preconizações da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil;
- 4 - priorização das linhas de investimento;
- 5 - estímulo às estratégias de qualificação do controle social;
- 6 - apoio aos processos de planejamento locais.

CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A Comissão Intergestores Bipartite é constituída por 10 (dez) representantes da SESDEC, indicados pelo Secretário de Estado de Saúde, e 10 (dez) membros indicados pelo Presidente do COSEMS/RJ.

I – o Secretário Municipal de Saúde da Capital é membro nato na representação dos Secretários Municipais de Saúde;

II – a Comissão terá tantos suplentes quantos forem os seus titulares designados pelas respectivas entidades;

III – as duas Entidades que compõem a Comissão poderão a qualquer tempo substituir os seus representantes;

Parágrafo único – a Suplência da Capital deverá ser de livre indicação de seu Secretário Municipal de Saúde;

Art. 6º - A Comissão será Presidida pelo Secretário de Estado de Saúde e Defesa Civil, em sua ausência ou impedimento temporário pela Subsecretária Geral.

Parágrafo Único – Compete a Subsecretária de Geral.

I – substituir o Presidente em seus impedimentos ou ausência;

II – assinar as Deliberações da Comissão e as atas relativas ao seu cumprimento;

III – assinar os Expedientes da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RJ).
(redação dada pela Deliberação CIB/RJ 592, de 2009)

CAPÍTULO V

DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

Seção I

Da Competência

Art. 7º - Compete à Comissão Intergestores Bipartite:

I – Cumprir e fazer executar as deliberações das políticas técnicas e administrativas orientada pela Comissão Intergestores Tripartite;

II – Decidir sobre o assunto de natureza técnica administrativa que tenham sido propostas pela Comissão Intergestores Tripartite;

III – Dar parecer sobre os assuntos de natureza técnica administrativa que tenham sido definidos pelas esferas federal e estadual;

IV – Coordenar, supervisionar e avaliar a execução de atividades e serviços necessários e imprescindíveis à consecução do processo de descentralização, de acordo com legislação em vigor;

V – Apreciar, de acordo com os fluxos estabelecidos, a documentação fornecida pelo Município, quando do enquadramento e permanência na condição de participantes do processo de descentralização;

VI – Solicitar às autoridades competentes, quando houver necessidade, o desenvolvimento de atividades especiais;

VII – Sugerir a realização de atos administrativos específicos, respeitados os limites de sua área de competência;

VIII – Propor à SESDEC, programas de capacitação para os municípios considerados sem condições técnicas a matérias para enquadramento em qualquer das condições de gestão estabelecidas pela legislação em vigor.

Seção II Das Atribuições

Art. 8º - Compete à Comissão Intergestores Bipartite.

I – analisar e avaliar proposta do município manifestando interesse em assumir as responsabilidades inerentes aos modelos de gestão propostos pela direção nacional de saúde.

II – avaliar os Relatórios de Gestão a serem apresentados anualmente pelos Municípios e pela Secretaria de Estado de Saúde;

III – analisar e avaliar o Plano Plurianual de Saúde e Programações Anuais decorrentes do mesmo e Relatório de Gestão atualizado;

IV – receber anualmente a Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO, comprovando a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual e Municipal à Saúde;

V – analisar e avaliar a capacidade técnica e materiais de serviços em conjunto e sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil;

VI – analisar e avaliar propostas dos municípios manifestando interesse em gerenciar as unidades ambulatoriais e hospitalares públicas e federais e estaduais ainda não incorporados em sua gestão;

VII – acompanhar junto à SESDEC a remessa mensal de dados, para manutenção e atualização dos bancos de dados estaduais e federais, ou qualquer outro que venha ser criado;

VIII – analisar e avaliar sob a coordenação da SESDEC, a Programação física e orçamentária dos tetos financeiros;

IX – viabilizar junto a SESDEC o funcionamento das câmaras de compensação de AIH;

X – aprovar programação referente aos programas especiais;

XI – analisar e avaliar toda e qualquer proposta de investimento a ser alocada no Estado;

XII – analisar e avaliar todas as demandas a elas encaminhadas;

XVI – cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - A Comissão Intergestores Bipartite reunir-se-á ordinariamente 1(uma) vez por mês e extraordinariamente por solicitação de uma das partes e que represente o mínimo da metade do total de seus membros efetivos, ou seja, 10 (dez) membros; devendo seguir as seguintes determinações:

I – aprovação de um calendário de reuniões para um período de 1(um) ano;

II – as reuniões se realizarão em primeira convocação no horário fixado, e em 2ª convocação, trinta minutos após, caso em que não havendo o total de 06(seis) membros não será realizada;

III – a votação será por aclamação após o encerramento das discussões da matéria submetida a deliberação do Plenário;

IV – será considerado quorum mínimo para a tomada de decisão a presença de metade mais um de seus membros;

V – a cada reunião, os membros da Comissão configurarão suas presenças em livro próprio;

VI – as convocações das reuniões extraordinárias deverão ocorrer com antecedência mínima de 03(três) dias de sua realização;

VII – nas reuniões da Comissão, os membros efetivos terão direito a voz e voto; tendo os suplentes, quando não substitutos, e os convidados somente com direito a voz;

VIII – a seqüência dos trabalhos nas reuniões será a seguinte:

- a) verificação das presenças pelo Presidente da Comissão.
- b) existência de quorum, para instalação dos trabalhos;
- c) leitura, votação, aprovação e assinatura da ata da reunião anterior;
- d) leitura e despacho do expediente, correspondências, relatórios, pareceres, proposições, recomendações, etc.;
- e) leitura da ordem do dia com a pauta da reunião e cumprimento da mesma;
- f) organização da pauta da próxima reunião com distribuição de tarefas de relatores, etc.;
- g) comunicações breves e franqueamento da palavra;

§ 1º - O Secretário Executivo da Comissão deverá encaminhar aos membros da Comissão, com uma antecedência mínima de 06 (seis) dias, a cópia da ata da reunião anterior, a fim de dar maior celeridade aos trabalhos.

§ 2º - As atas da CIB poderão ser elaboradas em meio magnético, desde que impressas e rubricadas, após aprovação de seus membros, devendo ser arquivadas em ordem cronológica.

§ 3º - Na ocorrência de empates em 02 (duas) votações consecutivas, será assegurado ao Presidente da CIB o voto de qualidade.

Art. 10 - Os membros da CIB não terão mandato, uma vez que são indicados pelas Entidades que o compõe.

Art. 11 - Será substituído o membro representante que, sem qualquer motivo justificado, deixar de comparecer a 03 (três) reuniões consecutivas ou 06 (seis) intercaladas, no período de 01(um) ano.

Art. 12 - A Comissão terá prazo máximo de trinta dias, a partir da data de entrada da solicitação de enquadramento em qualquer das considerações pelo Município, para análise, avaliação, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

Parágrafo Único - Será permitida a dilatação de tal prazo quando houver necessidade de complementação de informações processuais.

Art. 13 - A questão sujeita a análise da Comissão, serão apreciadas com ordem cronológica de entrada no protocolo, salvo casos excepcionais, em face de relevância do assunto.

Art. 14 - A Comissão, através de seu presidente, poderá convidar qualquer pessoa ou representante de órgão federal, estadual, ou municipal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer às reuniões e prestar esclarecimentos.

Art. 15 - As manifestações da Comissão Intergestores Bipartite serão consubstanciadas em proposições, recomendações, deliberações, ou em outras modalidades de decisão.

Art. 16 - Os casos omissos neste Regimento serão discutidos e resolvidos pelo Plenário da Comissão Intergestores Bipartite.

Art. 17 - A revisão deste Regimento será realizada pelo voto da maioria absoluta de seus membros, em sessão plenária, convocada para este fim.

Art. 18 - Este Regimento entra em vigor na data de publicação, revogadas as disposições em contrário, especialmente, a Deliberação CIB/RJ n.º 13/1997.

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE
ATO DO PRESIDENTE**

DELIBERAÇÃO CIB-RJ Nº 1.550 DE 12 DE JANEIRO DE 2012.

APROVA O REGIMENTO INTERNO DAS COMISSÕES INTERGESTORES REGIONAIS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

O Presidente da Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições e considerando a 1ª Reunião Ordinária da CIB/RJ realizada em 12/01/2012.

DELIBERA:

Art. 1º - Aprovar o Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais (CIR) do Estado do Rio de Janeiro, com a redação que constam nos anexos I e II desta Deliberação.

Art. 2º - Esta Deliberação entrará em vigor a partir da data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 12 de janeiro de 2012

SÉRGIO LUIZ CÔRTEZ DA SILVEIRA
Presidente

ANEXO I

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CAPÍTULO I

Da Natureza e Fim

Art. 1º - As Comissões Intergestores Regional (CIR) do Estado do Rio de Janeiro, vinculadas tecnicamente a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, consistem em foros regionais de negociação, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pela Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, pelas Deliberações CIB n.º 648 de 05 de maio de 2009 e n.º 1452 de 09/11/2011 e pelo Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011.

Art. 2º - As CIR são responsáveis pela pactuação das estratégias de condução e operacionalização do SUS em âmbito regional e têm por finalidade qualificar o processo de regionalização e descentralização da gestão, em especial quanto aos aspectos relacionados à integração funcional e operativa dos serviços na região, para a garantia de acesso, acompanhamento das referências e contra-referências, dos fluxos da clientela e demais aspectos organizativos a nível regional.

Parágrafo único – A partir da publicação do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, os Colegiados de Gestão Regional passaram a denominar-se: Comissões Intergestores Regional.

CAPÍTULO II

Da Composição

Art. 3º - As CIR do Estado de Rio de Janeiro possuem a seguinte composição:

I – Secretários de saúde dos municípios que integram a Região de Saúde;

II - Um representante indicado pelo Secretário de Estado da Saúde – Nível Central;

III – Um representante indicado pelo Secretário de Estado da Saúde – Nível Regional;

IV – O Vice Presidente Regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS.

Parágrafo único – Cada titular contará com um suplente formalmente designado, exceto nas regiões que optarem por não tê-los, de acordo com deliberação própria.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 4º - Às CIR do Estado do Rio de Janeiro compete:

I - Instituir processo dinâmico de planejamento regional para identificação de necessidades, definição de prioridades e estabelecimento de soluções.

II - Definir as responsabilidades dos gestores, em relação às ações e recursos necessários para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.

III – Constituir processo de avaliação e monitoramento dos objetivos e ações definidas no planejamento regional.

IV - Contribuir na elaboração do desenho do processo regulatório intra e inter-regional de saúde, construindo fluxos e protocolos de abrangência regional e pactuar a indicação dos reguladores regionais.

V – resolver as questões de descumprimento nas pactuações regionais para a garantia de acesso;

VI - Participar do processo de planejamento, programação e integração inter-regional com outras Comissões Intergestores Regional nas questões que ultrapassam o território da região de saúde, buscando garantir a integralidade e assegurando a atenção de alta complexidade, quando necessário, por meio de arranjos inter-regionais e macro-regionais.

VII - Definir estratégias de fortalecimento do controle social.

VIII - Apoiar processos de qualificação da gestão do trabalho e da educação em saúde, através da articulação com Comissão de Integração Ensino-Serviço – CIES e com instituições ensino e pesquisa.

IX - Propor à Comissão Intergestores Bipartite – CIB as alterações e repactuações que se fizerem necessárias para a garantia do acesso aos usuários da região;

X - Decidir outras questões por delegação da CIB.

§ 1º - São atribuições do Coordenador de Nível Central da CIR:

I - Promover as articulações necessárias, no âmbito da SES e da CIB, para viabilização das pactuações emanadas da CIR;

II - Solicitar proposições de pauta na CIB;

III - Acompanhar o funcionamento da Câmara Técnica, dos Grupos de Trabalho e da Secretaria Executiva da CIR;

IV - Coordenar as Plenárias ordinárias e extraordinárias.

§ 2º - São atribuições do Vice Presidente Regional do Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS:

I - Promover as articulações necessárias, no âmbito do COSEMS, para viabilização das pactuações emanadas da CIR;

II - Solicitar proposições de pauta do COSEMS;

III - Acompanhar o funcionamento da Câmara Técnica, dos Grupos de Trabalho e da Secretaria Executiva da CIR;

IV - Coordenar as Plenárias ordinárias e extraordinárias, no caso de ausência do coordenador de nível central e seu suplente.

§ 3º - São atribuições do Coordenador de nível regional da CIR:

I - Coordenar as plenárias ordinárias e extraordinárias da CIR, no caso de ausência do coordenador de nível central, de seu suplente e do Vice Presidente Regional do COSEMS;

II - Coordenar a Câmara Técnica da CIR;

III - Acompanhar o funcionamento dos Grupos de Trabalho e da Secretaria Executiva da CIR;

IV - Encaminhar, para efeitos de divulgação, as análises, recomendações e deliberações, emanadas das reuniões da Câmara Técnica e das reuniões ordinárias e extraordinárias da CIR;

VI - Convocar as reuniões ordinárias de acordo com o cronograma anual, estabelecido em comum acordo com os demais membros da CIR;

VII - Convocar as reuniões extraordinárias da CIR, de acordo com necessidade previamente justificada;

VIII - Encaminhar, através da Assessoria de Integração Regional, as correspondências dirigidas aos integrantes da CIR, às autoridades do SUS e aos dirigentes de órgãos públicos e privados, naquilo que se refere à finalidade e competências e for aprovado pelo Plenário;

IX - Acompanhar à execução das deliberações tomadas pela CIR.

CAPÍTULO IV

Da Organização

Art. 5º - A Comissão Intergestores Regional terá a seguinte organização:

I - Plenário;

II - Câmara Técnica;

III - Grupos Técnicos;

IV - Secretaria Executiva.

Art 6º - O plenário é o órgão de deliberação plena e conclusiva, configurada pelas reuniões ordinárias e extraordinárias dos membros da CIR.

Art 7º - A CIR contará com uma Câmara Técnica de caráter permanente, que subsidiará as discussões do Plenário.

§1º - A Câmara Técnica será formada por representantes do Estado, um técnico do COSEMS e um representante de cada Município, facultado o acúmulo de representação para mais de um município.

§ 2º - A Câmara Técnica deverá analisar os temas da pauta do Plenário, com documentos e informações, subsídios técnicos, inclusive com destaques e recomendações, a serem distribuídos pelo menos três dias antes do Plenário.

§ 3º - O Coordenador regional da CIR coordenará a plenária da Câmara Técnica, no caso de sua ausência, será coordenada pelo representante técnico do COSEMS.

§ 4º - As pautas serão elaboradas pela Secretaria Executiva da CIR em questão, com 05 dias de antecedência à reunião da Câmara Técnica e deve ser constituída pelos itens: Expediente, Pactuação, Apresentação e Informes.

Art 8º - A CIR poderá criar Grupos de Trabalho permanentes ou transitórios, com a finalidade de efetuar estudos técnicos sobre políticas e programas de interesse para a saúde, cujos produtos irão colaborar e subsidiar as decisões da plenária da CIR.

§ 1º - Os Grupos de Trabalho serão constituídos por técnicos indicados pelos entes integrantes da CIR e deverão contar com a representação de um técnico de cada município e do ente estadual.

§ 2º - As reuniões dos Grupos de Trabalho deverão produzir atas resumo, que serão arquivadas pela Secretaria Executiva da CIR.

Parágrafo único - Os Grupos de Trabalho terão um Coordenador designado pelo Plenário do GT e serão acompanhados pelo coordenador regional.

Art 9º - A Secretaria Executiva apoiará a execução das atividades, referentes às deliberações e orientações do Plenário, praticando todos os atos de gestão administrativa, necessários ao bom desempenho.

CAPÍTULO V

Do Funcionamento

Seção I – Plenário

Art. 10 - A CIR está vinculada à Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria Geral, Assessoria de Integração Regional, que garantirá apoio administrativo e logístico para o seu funcionamento.

Art. 11 - A CIR reunir-se-á, ordinariamente, uma vez por mês, em data e horário a serem definidos em cronograma anual e, extraordinariamente, quando convocada por meio eletrônico ou escrito por seu coordenador, ou por maioria dos seus membros.

§ 1º - Os membros que não puderem comparecer serão representados por seus suplentes, formalmente indicados.

§ 2º - Qualquer alteração no calendário de reuniões ordinárias da CIR deverá ser submetida à aprovação do plenário.

Parágrafo único - As datas das reuniões ordinárias da CIR e de suas CT para o ano subsequente deverão ser definidas na última plenária do ano.

Art. 12 - O Coordenador de nível central e coordenador regional, assim como seus suplentes, e a Secretária Executiva serão nomeados pela Secretaria de Estado de Saúde.

Art. 13 - A coordenação da CIR será exercida pela representação estadual e funcionará em co-gestão com os municípios.

Parágrafo único - As plenárias da CIR serão conduzidas pelo Coordenador de Nível Central, ou suplente, em suas ausências pelo Vice Presidente Regional do COSEMS.

Art. 14 - As pactuações serão realizadas por consenso entre os membros titulares ou suplentes no exercício, após as discussões da matéria submetida ao Plenário.

Parágrafo único - Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à plenária da CIB.

Art. 15 - As reuniões terão início com a presença da maioria absoluta (metade mais um) dos membros da CIR, asseguradas às presenças dos representantes do Estado e dos municípios.

Art.16- As reuniões se realizarão em primeira convocação no horário estabelecido, e em segunda convocação, trinta minutos após. No caso de não haver maioria absoluta, a reunião não será realizada.

Art. 17 - Técnicos e outros profissionais do Estado e dos Municípios, quando convidados, podem participar das reuniões como ouvintes.

Art. 18 - Representantes de outras instituições só poderão participar das reuniões quando oficialmente convidados, para tratar de assuntos específicos, com aprovação prévia da CIR.

Art. 19 - Das reuniões da CIR serão lavradas atas, que informarão o local e data da reunião, nome dos membros presentes e dos municípios sem representação, caso ocorra, assuntos apresentados e debatidos e as pactuação realizadas.

Art. 20 - No início da reunião, será lida e submetida à discussão e votação a ata da reunião anterior.

Parágrafo único - Quando a cópia da ata houver sido distribuída com antecedência prévia mínima de 48 (quarenta e oito) horas a leitura poderá ser dispensada.

Art. 21 - As atas serão digitadas em folhas soltas, com numeração de linhas e página, com as emendas e anexos admitidos e receberão as assinaturas dos membros presentes e do Secretário Executivo.

Parágrafo único - As atas serão disponibilizadas no site da SES e encadernadas anualmente, para arquivo e consulta.

Art. 22 - As pactuações da CIR serão formalizadas através de Deliberações com numeração iniciada a cada ano, assinadas pelo Coordenador regional da CIR e por um Secretário Municipal de Saúde da respectiva região, que no ato em questão representará o conjunto dos secretários e deverá ser acompanhada da ata na qual a pactuação foi realizada.

Parágrafo único - Caso ocorra substituição de algum representante ou de coordenadores, é obrigatória a comunicação à CIR, Assessoria de Integração Regional, pela Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria Estadual de Saúde.

Art. 23 - As deliberações da CIR deverão ser divulgadas aos participantes e à SES (Assessoria de Integração Regional - Subsecretaria Geral), que encaminhará para as áreas técnicas responsáveis, se necessário, para conhecimento, análise e providências.

Seção II - Câmara Técnica

Art. 24 - A Comissão contará com uma Câmara Técnica, encarregada do encaminhamento das propostas, indicando os procedimentos e mecanismos necessários ao processo decisório.

§ 1º - Compõem a Câmara Técnica:

I - O Coordenador Regional da CIR;

II - 01 Assessor Técnico do COSEMS;

III - 01 representante de cada município que compõe a respectiva região de saúde.

§2º- Os membros da Câmara Técnica são designados pelas partes respectivas, através de Ofício.

§ 3º- O Coordenador da Câmara Técnica será o Coordenador Regional da CIR e, em sua ausência, pelo Assessor Técnico do COSEMS.

Art. 25 - As reuniões da Câmara Técnica deverão ocorrer, no mínimo, 03 (três) dias antes das reuniões da CIR.

Seção III - Grupos Técnicos

Art. 26 - A constituição e funcionamento de cada Grupo de Trabalho serão estabelecidos em deliberação específica pela plenária da CIR e deverá estar embasada na explicitação de suas finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que identifiquem claramente a sua natureza.

Parágrafo único - Os locais de reunião dos Grupos de Trabalho serão determinados no momento de sua criação.

Art. 27 - São atribuições dos coordenadores dos Grupos de Trabalho:

I - Coordenar os trabalhos;

II - Promover as condições necessárias para que o GT atinja a sua finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de estudos, propostas, normas e tecnologias;

III - Designar secretário *ad hoc* para cada reunião;

IV - Apresentar relatório conclusivo sobre matéria submetida a estudo à Câmara Técnica, para posterior encaminhamento à plenária da CIR;

V - Assinar as atas resumo das reuniões e as recomendações elaboradas pelo GT e encaminha-las para Secretaria Executiva do CIR.

Art. 28 - São atribuições dos membros dos GT:

I - Realizar estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhes forem distribuídas;

II - Requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor apreciação da matéria;

Parágrafo único: Após 03(três) faltas consecutivas injustificadas nas reuniões ocorrerá substituição imediata do membro do GT.

Seção IV – Secretaria Executiva

Art. 29 - A CIR contará com uma Secretaria Executiva, que proverá o seu apoio logístico.

Parágrafo único - O Secretário Executivo será designado pela Secretaria de Estado de Saúde.

Art. 30 - Cabe à Secretaria Executiva da CIR:

I - orientar, coordenar e controlar as atividades da Secretaria;

II - receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências dirigidas à CIR;

III - elaborar a pauta de reunião da CIR e submetê-la a aprovação do Coordenador da CIR;

IV - providenciar a convocação das reuniões e a divulgação das pautas, que deverão ser encaminhadas a todos os integrantes, com antecedência de 03 (três) dias antes da CT;

V - providenciar a convocação das reuniões e a divulgação das reuniões dos GT, assim como o arquivamento de suas atas resumo;

VI - articular-se com os setores envolvidos quanto às proposições em questão, cabendo-lhe convocar os representantes, quando necessário;

VII - secretariar as reuniões da Câmara Técnica e do Plenário da CIR;

VIII - encaminhar aos membros da CIR cópia dos expedientes referentes aos assuntos constantes da pauta das sessões, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas da reunião correspondente;

IX - divulgar, encaminhar e acompanhar à execução das deliberações tomadas pela CIR;

X - manter em dia o expediente da CIR;

XI - executar outras atividades delegadas pela CIR.

CAPÍTULO VI

Disposições Gerais e Transitórias

Art. 31 – As reuniões das Câmaras Técnicas, Ordinárias e Grupos Técnicos poderão ocorrer na sede da CIR, ou de forma itinerante nos municípios da região, conforme pactuação da plenária.

Art. 32 - Os casos omissos neste Regimento serão resolvidos pela CIB;

Art. 33 - Revoga-se a Deliberação CIB N.º 649 de 05 de maio de 2009.

Art. 34 - Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação.

ANEXO 1:
MODELO DE LISTA DE PRESENÇA DE REUNIÕES

Reunião:

Data:

Hora:

Local:

Representação		Nome	Cargo	Contato	Assinatura
Município 1	Titular	Previamente preenchido	Previamente preenchido		
	Suplente	Previamente preenchido	Previamente preenchido		
	Convidado				
Município 2	Titular	Previamente preenchido	Previamente preenchido		
	Suplente	Previamente preenchido	Previamente preenchido		
	Convidado				
Município 3	Titular	Previamente preenchido	Previamente preenchido		
	Suplente	Previamente preenchido	Previamente preenchido		
	Convidado				

