



# **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Reitor: Ricardo Vieira 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

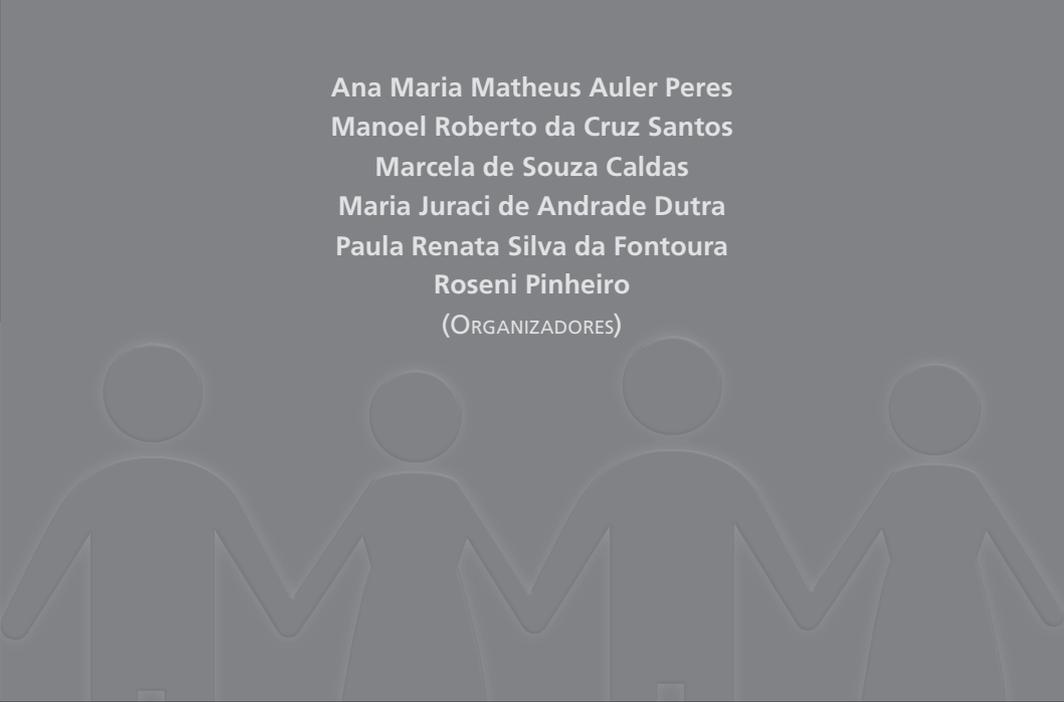
**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**  
Secretário: André Luis Bonifácio de Carvalho

**Editora do Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC Editora**

Rua São Francisco Xavier, 524 – 7º andar  
Maracanã - Rio de Janeiro – RJ – CEP 20550-013  
Telefones: (xx-21) 2334-0504 ramal 152  
Fax: (xx-21) 2334-2152  
URL: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) / [www.ims.uerj.br/cepesc](http://www.ims.uerj.br/cepesc)  
Endereço eletrônico: [lappis.sus@ims.uerj.br](mailto:lappis.sus@ims.uerj.br)

Ana Maria Matheus Auler Peres  
Manoel Roberto da Cruz Santos  
Marcela de Souza Caldas  
Maria Juraci de Andrade Dutra  
Paula Renata Silva da Fontoura  
Roseni Pinheiro  
(ORGANIZADORES)



# **Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira**

## **Edição Revisada**

**CEPESC - COSEMS-RJ - OPAS - IMS-UERJ**

**Rio de Janeiro  
2014**

## **APOIADORES REGIONAIS: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA**

**Edição Revisada 2014**

ANA MARIA MATHEUS AULER PERES, MANOEL ROBERTO DA CRUZ SANTOS, MARCELA DE SOUZA CALDAS, MARIA JURACI DE ANDRADE DUTRA, PAULA RENATA DA SILVA FONTOURA E ROSENI PINHEIRO

(organizadores)

Junho 2014

**Supervisão editorial:** Marcela de Souza Caldas, Paula Renata da Silva 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 / CB/C

A643 Apoiadores regionais: uma experiência brasileira / Ana Maria Matheus Auler Peres... [et al.] (organizadores).- Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: COSEMS/RJ: OPAS, 2014.  
228 p.

ISBN: 978-85-89737-85-2

Edição revisada 2014.

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 © 2014 dos organizadores

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

### **Presidente**

Maria Juraci de Andrade Dutra (Iguaba Grande)

### **Primeira Vice-Presidente**

Marta Magalhães (Volta Redonda)

### **Segundo Vice-Presidente**

Hans Fernando Rocha Dohmann (Rio de Janeiro)

### **Secretário Geral**

Luis Antonio de Souza Teixeira Junior (Nova Iguaçu)

### **Diretora Financeira**

Maria da Conceição de Souza Rocha (Piraí)

### **Diretor de 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) Humberto Junior (Cardoso Moreira)

# SUMÁRIO

## **Norte**

(T) Francisco Arthur Oliveira (Campos dos Goytacazes)

(S) Francisco Edson Fontenelle (São Fidélis)

## **Serrana**

(T) André Pombo (Petrópolis)

(S) Luís Fernando Azevedo (Nova Friburgo)

## **Baixada Litorânea**

(T) Ana Cristina Guerrieri (Rio das Ostras)

(S) Armando de Nijs (Casimiro de Abreu)

## **Metropolitana II**

(T) Edilson Francisco dos Santos (Itaboraí)

(S) Fernanda Vasconcelos Spitz (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) Ana Cláudia Marinho (Angra dos Reis)

(S) Fernando Pedro Louro (Paraty)

## **Conselho Fiscal**

Marlize Quintana Juliano (São Sebastião do Alto)

Wellington Pires (Bom Jardim)

Leonardo Sarmiento Charles (Duas Barras)

Marcus Neves Baroni (Seropédica)

Mirian Mendonça (Barra do Piraí)

PREFÁCIO ..... 9  
MÁRCIA AMARAL

PRÓLOGO ..... 13  
ROSENI PINHEIRO

APRESENTAÇÃO ..... 17  
DIRETORIA COSEMS RJ

## **PARTE I – Apoiadores regionais no COSEMS-RJ: uma experiência de cooperação entre atores em rede**

O COSEMS-RJ: origem, identidade e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde ..... 21  
MAURO LÚCIO DA SILVA

A Função Apoio: um ensaio sobre a luta pelo equilíbrio democrático na cogestão em saúde ..... 31  
MARCELA DE SOUZA CALDAS

Os municípios como principais protagonistas na execução das ações de atenção à saúde e o papel da entidade que congrega seus secretários de Saúde ..... 39  
MARIA JURACI DE ANDRADE DUTRA e MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA

Da reflexão sobre o Apoio Institucional à proposição do Apoio Regional: a experiência do Rio de Janeiro ..... 49  
MARCELA DE SOUZA CALDAS e MANOEL ROBERTO DA CRUZ SANTOS

|  |    |
|--|----|
| Consolidação da gestão solidária: histórico da regionalização em saúde no Estado do Rio de Janeiro ..... | 87 |
| MONIQUE ZITA DOS SANTOS FAZZI  |    |

**PARTE II – Experiências regionais e interfederativas de apoio: construindo estratégias de fortalecimento da gestão regional do SUS**

|   |    |
|---|----|
| O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal com os estados e municípios: a experiência vivida e a vivência atual ..... | 99 |
| ANDRÉ LUIS BONIFÁCIO DE CARVALHO  |    |

|   |     |
|---|-----|
| Estratégias de apoio institucional do COSEMS-MG visando ao fortalecimento da gestão municipal no espaço de gestão regional do SUS ..... | 125 |
| MAURO JUNQUEIRA e PAOLA SOARES MOTTA  |     |

|   |     |
|---|-----|
| Apoiador Regional: ferramenta de fortalecimento do SUS em Alagoas ..... | 155 |
| PEDRO HERMANN MADEIRO   |     |

|  |     |
|--|-----|
| Estratégia Apoiadores: dispositivo do COSEMS-SP para qualificar a ação dos gestores municipais de saúde e potencializar o processo de regionalização .....                           | 165 |
| 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 CARPINTEIRO |     |

|  |     |
|--|-----|
| A estratégia do apoio institucional na agenda do CONASEMS e dos COSEMS ..... | 209 |
| ANTONIO CARLOS FIGUEIREDO NARDI  |     |

**PARTE III – Cartas**

|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Carta de Angra .....    | 217 |
| Carta de Búzios .....   | 220 |
| Carta de Itaipava ..... | 223 |
| Carta do Rio .....      | 225 |

**PREFÁCIO**

**Apoio institucional e o aperfeiçoamento do SUS**

**MÁRCIA AMARAL**  
Ex-Secretária Executiva do Ministério da Saúde

A partir da formulação da política de saúde, do processo de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e sua efetivação nos municípios, nas regiões de saúde e nos estados, torna-se necessário um processo mediador entre a normatização e a prática. Os desafios da organização federativa do Brasil, assim como as desigualdades e heterogeneidades regionais agregam complexidade à gestão do SUS. A autonomia entre os entes federativos gera uma gama de experiências inovadoras que precisam ser compartilhadas e ao mesmo tempo articuladas numa visão abrangente de sistema nacional, respeitando a diversidade e a transversalidade da política de saúde.

Reunindo esses pressupostos e acreditando num modelo de gestão participativo e no processo de diagnóstico compartilhado entre os diferentes atores envolvidos, que venha a subsidiar o planejamento ascendente e adequado a cada realidade, mas conformando redes de um mesmo sistema, é que se buscou o desenvolvimento do dispositivo de gestão Apoio Institucional. A experiência no Ministério da Saúde iniciou-se a partir da Política Nacional de Humanização, quando se articula atenção à saúde e gestão, considerando-se indissociáveis estas duas práticas. E o Apoio institucional como “uma função

gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, tendo como um de seus principais objetivos fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão” (MS/PNH-2008). A originalidade deste dispositivo é que o apoio é exercido sem buscar ocupar o lugar do outro; ao contrário, busca a co-construção de autonomia dos sujeitos em identificar e resolver problemas da gestão e da atenção em saúde.

A partir de 2011, com o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde e da proposta do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), foi revitalizada a proposta do Apoio Institucional como instrumento de gestão no suporte à construção dos diagnósticos de necessidades de saúde, dos planos de ação das redes de atenção nos territórios/regiões a partir do pressuposto de que esta função deve permear as relações interfederativas para aprimoramento do SUS na ampliação do acesso e qualidade dos serviços e ações de saúde (MS/2012).

O esforço para que houvesse integração dos diferentes apoiadores de redes temáticas no território não tem sido uma tarefa fácil, com avanços diversificados a depender da experiência acumulada dos sujeitos envolvidos e do contexto político regional. Outro desafio é que não existem muitos profissionais com formação abrangente da clínica e da gestão, uma vez que instituições de ensino não têm ampliado o escopo da formação em saúde nestas duas áreas.

Por fim, o campo de atuação buscado para o apoiador na construção deste dispositivo de gestão para o SUS contempla a possibilidade de ativar espaços coletivos e a interação entre os sujeitos; reconhecer e lidar com as relações de poder, afeto e a circulação de

saberes visando viabilizar projetos pactuados por atores institucionais e sociais; trabalhar no sentido da cogestão, mediando a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos. Com a ampliação da capacidade crítica dos grupos e o uso de referenciais acordados para a organização das redes de atenção à saúde e a gestão compartilhada, espera-se melhoria progressiva na qualidade da atenção no SUS (MS-2012).

É importante estabelecer a diferença de natureza dos processos de aperfeiçoamento do SUS, pois os tempos de ganhos de autonomia na formulação de planos e sua execução levam um tempo de maturação, enquanto há necessidade de obtenção de melhores resultados sanitários e de eficiência no menor tempo possível. Esta capacidade de reconhecer os ritmos de mudanças e saber movimentar-se dentro deles é uma função do apoiador.

Este dispositivo de gestão gerou, em alguns casos, preocupação nos gestores estaduais e municipais acerca da perda de autonomia, duplicidade de comando, interferência na gestão do outro ente da federação. À medida que essas questões, assim como as avaliações do processo foram sendo discutidas na Comissão Intergestores Tripartite, o Apoio Institucional legitimou-se dentro do desenho pretendido pela equipe do Ministério da Saúde, representando uma postura ética e política (respeito à autonomia federativa e reconhecimento dos pactos) e ao mesmo tempo exercendo a gestão compartilhada, apoiando a execução das políticas dentro das diferentes realidades.

## PRÓLOGO

### **O COSEMS amplificando a Regionalização em Saúde 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. Endereço eletrônico:  
rosenisaude@uol.com.br

Nesta edição revisada da coletânea *Apoiadores Regionais: uma experiência brasileira*, amplia-se seu conteúdo com maior detalhamento acerca dos movimentos de regionalização da saúde do Estado do Rio de Janeiro. Enfatiza-se o protagonismo das Secretarias Municipais de Saúde na coprodução, corresponsabilização e integração das redes de serviços de saúde, junto ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde, no firme e histórico propósito de apoiar a consolidação dos princípios e diretrizes do sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta edição representa a continuidade de uma revisão sistematizada dos processos deflagrados pela Diretoria do COSEMS-RJ, em parceria com o Grupo de Pesquisa 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.

Tributária da Política Nacional de Humanização firmada no documento ministerial dessa política, no caso do Estado do Rio de Janeiro ganha expressão e relevância regional a proposta de estruturação da Rede de Atenção à Saúde e do Contrato Organizativo de Ação Pública

(COAP), base constitutiva da elaboração da primeira edição desta coletânea. Trata-se de destacar as especificidades das práticas de apoio centradas nos princípios de cogestão, corresponsabilização, cooperação e compartilhamento das ações de governança, que se apresentam em diferentes modalidades e formas de intervenção, seja no âmbito nacional, estadual ou regional. No entanto, as fontes de inspiração para sua formulação ético-político-conceitual apoiam-se em referenciais teórico-práticos, de contribuições originais e profícuas desenvolvidas pelo Professor Gastão Wagner Campos, nosso grande mestre no campo da Saúde Coletiva e na defesa do SUS.

Mantendo a divisão didática da edição anterior em três partes, esta publicação reúne textos da primeira coletânea, atualizando seus referenciais, além de incluir outros três textos inéditos bastante enriquecedores sobre a experiência de Apoio Regional no SUS do Estado do Rio de Janeiro. Com relação aos documentos oficiais, selecionaram-se as cartas mais emblemáticas elaboradas nos Congressos do COSEMS-RJ, com a inclusão da Carta de Itaipava, que visam fortalecer 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 rede”, 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, sendo compartilhadas as ideias de apoio utilizadas, com relatos de experiências do Projeto *Apoiadores Regionais*. Destacam-se aqui três novos textos: o primeiro, “COSEMS-RJ: origem, identidade

e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde”, amplia o conjunto de informações acerca de sua origem e identidade, enfatizando sua relação com as Secretarias Municipais de Saúde deste estado. O texto intitulado “Os municípios como principais protagonistas na execução das ações de atenção à saúde e o papel da entidade que congrega seus secretários de Saúde” ressalta a estratégia do Projeto *Apoiadores Regionais*, do COSEMS-RJ, no sentido de fortalecer as relações de solidariedade necessárias para os gestores enfrentarem o cotidiano dos desafios em seu território. O apoiador tem, como ações compartilhadas, exercitar as tarefas de ativação dos processos de trabalho para facilitar a superação de obstáculos e incluir múltiplos olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns na regionalização da saúde no estado. E o terceiro texto inédito, intitulado “Da reflexão sobre o Apoio Institucional à proposição do Apoio Regional: a experiência do Rio de Janeiro”, trata das bases conceituais fundantes e operacionais do desenvolvimento da experiência de Apoio Regional no Estado do Rio de Janeiro.

A parte II, “Experiências regionais e interfederativas 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, oferecem-nos 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.

Acredito que esta coletânea ampliada e revisada configure um solo fértil para os leitores, possibilitando uma compreensão crítica, reflexiva e de aprendizado para um posicionamento ético-político e formativo em 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 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, estes 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. Esta publicação reforça esse compromisso e muito nos orgulha! Ela é fruto do trabalho desenvolvido durante a quarta fase do Projeto Apoiadores Regionais – desenvolvido em parceria com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) – e traz uma edição revisada da primeira obra da iniciativa, lançada em junho de 2013, durante o IV Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

Implantado em 2012, o projeto 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. Além de estreitar a aproximação do 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, São Paulo 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 rede

## **O COSEMS-RJ: origem, identidade e seu papel na defesa das Secretarias Municipais de Saúde**

MAURO LÚCIO DA SILVA\*

A origem dos COSEMS se confunde com a própria história do SUS. O surgimento dos COSEMS se deu a partir da necessidade de criar mecanismos de pactuação entre os órgãos gestores do SUS, nos diversos fóruns de negociação, considerando as três esferas de governo.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, foi marco definitivo para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Através dela, foram lançadas as bases doutrinárias do novo sistema público de saúde, estabelecendo como premissas: i) Saúde como dever do Estado e direito de cidadania; ii) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e iii) Financiamento Setorial.

---

\*Advogado; pós-graduação em Direito Público; especialização em Direito Sanitário; assessor jurídico do COSEMS-RJ; membro do Núcleo de Direito Sanitário do CONASEMS; professor-palestrante dos Seminários SABERSUS.

Instalada a Constituinte, com a eleição do novo Parlamento em 1986, o movimento da Reforma Sanitária buscou a negociação democrática permanente, com a finalidade de inserir as propostas oriundas da VIII Conferência Nacional de Saúde no novo texto constitucional, promulgado em 05 de outubro de 1988. Logrou-se êxito na criação do Título VIII, da Ordem Social, Capítulo II, da Seguridade Social, Seção II, da Saúde, cujos artigos 196 a 200 tratam do Sistema Único de Saúde, merecendo destaque os seguintes tópicos:

- a saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais;
- a saúde como direito de todos e dever do Estado;
- a relevância pública das ações e serviços de saúde;
- a criação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Assim, o SUS foi introduzido no nosso sistema jurídico a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, sendo regulamentado pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde – Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. A primeira dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes; e a segunda, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, dentre outras providências.

As leis reguladoras da saúde não fazem qualquer menção à existência dos COSEMS, tão somente a Lei nº 8.142/90, no § 3º, do Art. 1º, faz referência ao CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde,

e ao CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, para dispor sobre a representação dessas entidades no Conselho Nacional de Saúde.

A primeira norma a mencionar os COSEMS foi a Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde e do Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que instituiu a Norma Operacional Básica (NOB/1992), cujo texto, no capítulo que trata do financiamento das atividades hospitalares (2.1), assim dispõe:

*[...] as AIH estaduais ou sob gestão da SES, poderão ser distribuídas entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde, de duas maneiras pelo planejamento integrado, Estado e município, consolidado no Plano Estadual de Saúde e aprovado pelo COSEMS e Conselho Estadual de Saúde; [...]*

Portanto, a NOB/92 disciplinava poderes aos COSEMS para autorizar a distribuição de Autorizações de Internações Hospitalares, juntamente com respectivo Conselho Estadual de Saúde.

A Norma Operacional Básica de 1993, a primeira instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 545/GM, de 20 de maio de 1993, acatou os princípios e diretrizes aprovadas na IX Conferência Nacional de Saúde. Institucionalizou oficialmente as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores do SUS, além de impulsionar a municipalização do sistema, através da habilitação dos municípios nas condições de gestão então criadas (incipiente, parcial e semiplena), dentre outras regras estabelecidas.

Em que pese a NOB/93 não ter feito referência expressa aos COSEMS, no item 2, que trata do Gerenciamento do Processo de Descentralização, no subitem 2.2.1, fica clara e patente a competência dos COSEMS como órgão representante dos Secretários Municipais de Saúde, para integrar as Comissões Bipartite:

*Comissão Intergestores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.*

Já a Norma Operacional Básica de 1996, instituída por meio da Portaria MS/GM nº 2.203, de 03 de novembro de 1996, expressamente mencionou os COSEMS como representantes dos Secretários Municipais de Saúde nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite, dispondo que:

*A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente.*

Nesse sentido, a Norma Operacional da Assistência à Saúde introduzida pela Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, também confirmou a importância dos COSEMS, ao exigir a assinatura do Presidente do órgão no Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, juntamente com o Secretário de Estado de Saúde.

Na sequência das normas, a Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006, no item VI, do Anexo II, que trata das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 e dispõe sobre a direção e articulação do SUS, reforçando o papel das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, como colegiados de negociação e pactuação sobre a organização, direção e gestão da saúde, também caracteriza o papel dos COSEMS na representação dos Secretários Municipais de Saúde, assim dispondo:

*A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.*

Entretanto, mesmo com sua existência formalmente declarada nas diversas normas e regulamentos do SUS, antes mencionados, somente com a edição da Lei nº 12.466, de 24 de agosto de 2011, que alterou a Lei nº 8.080/90, foram legalmente institucionalizados os COSEMS, conforme disposto no § 2º, do Art. 14-B, *in verbis*:

*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.*

Interessante notar que, até o marco legal instituído pela Lei nº 12.466/11, os COSEMS eram denominados como Conselho dos Secretários Municipais de Saúde. Com a modificação da Lei nº 8.080/90,

em 2011, passaram a denominar-se: *Conselho de Secretarias Municipais de Saúde*. Ou seja, a representação passou a ser institucional do órgão gestor do SUS e não mais do dirigente do SUS municipal.

Para se adequar à nova legislação, o COSEMS-RJ reformulou seus estatutos em 2012, passando a chamar “Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro”, sendo a VIII Conferência Nacional de Saúde o marco de sua criação. Dados disponíveis em <[http://www.cosemsrj.org.br/inst\\_historico.html](http://www.cosemsrj.org.br/inst_historico.html)> dão conta da existência de encontros paralelos à VIII Conferência, culminando com a formação de uma Comissão de Articulação de Municípios, que se transformaria depois no Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Na mesma época foi também articulada a criação do COSEMS-RJ, que foi oficialmente instituído em 1987, com a eleição do seu primeiro Presidente. Portanto, muito antes das normas operacionais, o COSEMS-RJ já existia formal e legalmente, como representante dos entes municipais para articulação e pactuação das políticas de saúde, no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Estatutariamente, o 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. 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 SUS.

O COSEMS-RJ é órgão vinculado institucionalmente ao CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde),

de acordo com o 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.

De acordo com o disposto no Art. 6º do seu Estatuto, 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 SUS, 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 à 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 SUS 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.

Para implementar suas finalidades e objetivos, o COSEMS-RJ conta com um corpo técnico e jurídico ao longo de sua existência, capaz de dar resposta aos anseios dos gestores do SUS. No seu papel de orientar as gestões municipais, além de inúmeros artigos, revistas, informativos e notas técnicas editadas e publicadas, o COSEMS-RJ publicou ainda, três edições do *Manual do Gestor*, sendo a primeira em 1997, a segunda em 1999 e a terceira em 2001, contendo informações e orientações, inclusive para captação de recursos junto ao SUS.

Com a evolução dos processos de pactuação e a necessidade de dar respostas mais rápidas aos novos desafios que se apresentaram, como por exemplo, o fenômeno da judicialização, abriu-se mão do modelo de “manual” e passou-se a investir em artigos pontuais publicados nas revistas trimestrais do COSEMS-RJ, além da criação da página do órgão na internet, que funciona como um veículo de informação muito rápido e eficaz.

Por outro lado, considerando o perfil regional do Estado do Rio de Janeiro, que está dividido em nove regiões de saúde – Região Metropolitana I, Região Metropolitana II, Região Centro-Sul, Região Médio Paraíba, Região da Baía da Ilha Grande, Região Serrana, Região da Baixada Litorânea, Região Norte e Região Noroeste –, recentemente o COSEMS-RJ adotou como estratégia para o fortalecimento do processo de regionalização, com o devido apoio às gestões municipais, mediante implantação do “Projeto Apoiadores Regionais”, que busca a identificação de um profissional com determinada região, objetivando a articulação com os órgãos centrais, oferecendo apoio técnico aos gestores, a fim de agilizar o processo decisório.

Assim, podemos finalizar com o texto que conforma a Missão do COSEMS-RJ:

*Contribuir para a formulação e implementação de políticas e apoiar tecnicamente às 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.*

Entretanto, é bom destacar que o papel do COSEMS-RJ não se dá somente com apoio aos aspectos técnicos e operacionais do SUS, hoje fortemente alicerçado no “Projeto Apoiadores Regionais”, mas também com a representação política junto às demais esferas de governo e nos espaços comuns de negociação e pactuação das políticas e saúde, inclusive perante o Conselho Estadual de Saúde.

## Referências

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

\_\_\_\_\_. INAMPS. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Institui a Norma Operacional Básica de 1992 (NOB/92). Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf)>

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

\_\_\_\_\_. 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 e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203/GM, de 03 de novembro de 1996. Institui a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002. Institui a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 545/GM, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>

COSEMS-RJ. Site na internet. Disponível em: <[www.cosemsrj.org.br](http://www.cosemsrj.org.br)>

## 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; Mattos, 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 direito humano.

\*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), em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ) e em Apoio na Atenção Básica, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Assessoria técnica e apoiadora da Região Médio Paraíba/COSEMS-RJ. Endereço eletrônico: [marcelascalas@gmail.com](mailto:marcelascalas@gmail.com)

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.; MATTOS, 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.

## Os municípios como principais protagonistas na execução das ações de atenção à saúde e o papel da entidade que congrega seus Secretários de Saúde

MARIA JURACI DE ANDRADE DUTRA\*

MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUZA ROCHA\*\*

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) é a revelação clara do pacto federativo brasileiro, consolidado no bojo da redemocratização política do país. No âmbito do capítulo sobre a SAÚDE, cabe destacar três aspectos importantes registrados por ela:

- UNIVERSALIZAÇÃO do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (arts. 196 a 200);
- Institucionalização dos MUNICÍPIOS COMO ENTES FEDERATIVOS com *status* jurídico-constitucional tal qual a União e os estados (art.18); e

\* Enfermeira; presidente do COSEMS-RJ; secretária municipal de Saúde de Iguaba Grande.

\*\* Secretária Municipal de Saúde de Pirai; Diretora Financeira do COSEMS-RJ; mestre em Administração em Saúde pelo IMS-UERJ; especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela ENSP-FIOCRUZ; MBA em Gerência de Saúde pela FGV-RJ.

- Estabelecimento de um MODELO DE FEDERALISMO COOPERATIVO, no qual os três entes governamentais são corresponsáveis pela política de saúde (arts. 23 e 24).

Diante da inter-relação desses aspectos doutrinários, os municípios passam a exercer papel fundamental para a consolidação do SUS. Não obstante, a CF/88 definiu a saúde como direito de cidadania (art. 196), cujo financiamento seja compartilhado entre os entes (art. 197) e cuja organização seja regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de acordo com as seguintes diretrizes:

- DESCENTRALIZAÇÃO, com direção única em cada esfera de governo;
- ATENDIMENTO INTEGRAL, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE (art. 198).

Configura-se, desta maneira, a construção de um projeto audacioso para a organização do sistema público de saúde brasileiro, que busca ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado no território.

E como se apresenta, para nós gestores dos 5.570 municípios, a responsabilidade da efetivação do SUS diante da necessidade da articulação, integração e cooperação entre os entes federativos e, ao mesmo tempo, de que cada um assuma seu papel?

Ao instituir os MUNICÍPIOS COMO ENTES FEDERATIVOS, a CF/88 lhes atribuiu responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (art. 30). Tratando especificamente da política de saúde, a CF/88 não a definiu

como responsabilidade exclusiva dos municípios; pelo contrário, estabeleceu que ela seja uma competência comum, cabendo a todos os entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal (art. 23), e concorrente, cabendo à União e ao estado legislar sobre ela (art. 24), lembrando que ao estado está destinada a função legislativa em caráter complementar. Temos, portanto, um modelo baseado no COMPARTILHAMENTO DE FUNÇÕES entre as esferas de governo no âmbito das políticas sociais. Esse modelo de federalismo cooperativo é apropriado para realidades como a brasileira, pois permite flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com diferentes capacidades administrativas e financeiras. Contudo, para funcionar bem e gerar bons resultados, é necessário que a federação desenvolva mecanismos de gestão compartilhada e defina, dentro dos limites possíveis, o papel de cada ente no bojo da política em questão. O SUS tem buscado fazer isso desde a CF/88, embora ainda enfrente enormes desafios.

A CF/88 estabeleceu as diretrizes gerais do SUS, de modo a conformar um esboço do sistema nacional de saúde que iria se constituir, remetendo à legislação setorial a responsabilidade de definir as atribuições específicas de cada ente da federação, bem como os mecanismos de coordenação intergovernamental. Para tanto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Além disso, ao longo da implementação do SUS nos anos 1990 e 2000, uma série de normativas foi editada para regular esse processo.

Com a importância acumulada nos movimentos atuais de normatização definitiva para os problemas sanitários e legais ligados a elas, instituíram-se normas como a Lei nº 12.466, que institucionalizou os colegiados intergestores, com a nova figura das Comissões

Intergestores Regionais (CIRs), o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta aspectos da Lei nº 8.080, e pela Lei Complementar nº 141/2012, que define a responsabilização pela gestão do SUS e inova apontando novas formas de governança. Repara-se nesse movimento do Estado a ênfase dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre gestores municipais, na sua região e no estado, e também dentro de seu território, intersetorial e multifatorialmente.

Apesar de ultimamente ter ecoado uma reivindicação difusa de melhor qualidade da saúde pública, a questão do financiamento para este setor já vem sendo pautada há algum tempo. A iniciativa de criar um instrumento legal na área da Saúde (Decreto-Lei nº 7.508/2011 e o COAP) evidenciou-se como ação das mais urgentes, já que se configura como instrumento de controle e de incentivo à transparência, à melhor governança regional e à maior responsabilização entre os entes. Essa proposta, juntamente com a regulamentação da EC 29 – que definiu os aportes de cada ente da federação para a Saúde (faltando ainda a parte que cabe à União) –, é imprescindível para assegurar aos cidadãos brasileiros o seu direito a um serviço de saúde público de qualidade.

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas alternativas de atuação, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, a qualificação necessária ao acolhimento e ao cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

Apesar dos avanços alcançados, grandes são os desafios que se impõem na gestão da saúde no SUS, tema sempre presente nas discussões dos Secretários Municipais de Saúde. A eficácia na gestão dessa área pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros suficientes, a

organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações necessárias para sua implementação.

A autonomia dos entes federados municipais e estaduais e a necessidade de organização de um sistema sempre apresentam dificuldades que para sua resolução necessitam de um bom entendimento da natureza da organização política estatal. A relação entre os entes federados autônomos tem como obrigação constitucional organizar este sistema de forma que garanta a autonomia das esferas de gestão e o fluxo de funcionamento, hierarquizando a complexidade dos serviços e constituindo uma rede contínua de cuidados. O somatório de todas as linhas necessárias de cuidados constrói a rede sistêmica de atenção à saúde. As ações das redes de assistência, de prevenção, de proteção e promoção constituem a rede de atenção à saúde, e sua organização pode ser entendida como rede interfederativa de serviços.

Para a gestão municipal, dentro da compreensão do Secretário Municipal de Saúde, como gestor de seu território, essa organização é entendida como processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território. Assim, a concepção da Rede, estruturada de forma regionalizada, com certeza, extravasará este seu “território”, imputando a esta nova gestão uma dimensão de maiores responsabilidades que levam à integração dos serviços a serem oferecidos para seus munícipes.

Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, as responsabilidades sanitárias e de financiamento

tem sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS. A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma corresponsabilidade da gestão municipal. A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação política local, regional, estadual e nacional.

No SUS, um sistema descentralizado, a gestão municipal passou a ser o principal contato entre o usuário e o poder público. Os problemas de saúde passam a ser responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao estado e à União o papel de apoio técnico e financeiro, de acordo com o artigo 30 da Constituição Federal. O município transformou-se no principal protagonista nesta organização, e neste sentido, um programa de governo municipal para a saúde passa a ser, de fato, uma estratégia importante para contribuir na melhoria da qualidade de vida e de saúde no município. Este programa de governo é escolhido pelo voto local, quando elege o prefeito.

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são autônomos em relação ao governo do estado e à União. O SUS deve ser construído com base numa relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo. A gestão não estará completa se o gestor não participar da negociação regional.

Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o universo das ações na atenção à saúde. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. O gestor municipal deve participar da condução e da formatação da

região de saúde e suas interrelações com outras regiões. Nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre as ações dentro de outro município, conforme o artigo 18 da Constituição Federal. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores e, mesmo assim, apenas a partir de consensos regionais.

Com este olhar na complexidade da gestão em saúde e na complicada heterogeneidade da realidade Brasil é que o COSEMS-RJ estabeleceu que o Projeto “APOIADORES REGIONAIS” passou a ser prioritário para aproximar a entidade com os gestores dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro. Trata-se de uma estratégia para fortalecer as relações de solidariedade necessária para os gestores enfrentarem o cotidiano dos desafios em seu território, sendo que a princípio o apoiador estaria compartilhando, através de sua ação, tarefas como: ativar confiabilidade através da experiência já obtida, estruturar processos de trabalho para facilitar a superação de obstáculos e incluir multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns.

Compreenderia ações de orientação técnica, mediação e ajuda ao técnico no sentido de promover seu conhecimento intelectual, unindo a teoria à prática; a conquista da autonomia, ajudando-o a tomar decisões tendo em vista seu desempenho e as circunstâncias do processo de trabalho em seu município.

- Pode-se visualizar ações que ainda vão além, como por exemplo:
- disseminar melhores conduções de estratégias de adesão a programas e projetos pelos municípios;
  - proporcionar experiências de melhor acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações na gestão da saúde;

- utilizar estratégias para promover e facilitar a comunicação, a troca de informações, o acompanhamento das práticas e outros processos de aprendizagem, entre as várias Secretarias Municipais de Saúde;
- propiciar oportunidades para que gestores e trabalhadores possam olhar para o próprio trabalho, para suas relações no serviço, para as relações das equipes com os usuários, com o intuito de provocar mudanças positivas nesse contexto;
- atuar como elemento de conexão, na qualificação da atenção e aproximação da gestão ao cotidiano dos gestores municipais de saúde;
- apoiar, em articulação com a estratégia do da gestão local e estadual, a reorganização do processo de trabalho nas regiões de saúde no sentido do olhar ampliado, indispensáveis à gestão do SUS, de forma regional atendendo aos preceitos da Política Nacional de Saúde;
- induzir a necessidade de acionar a articulação e cooperação entre os diferentes equipamentos e estruturas das Secretarias Municipais de Saúde e de outros setores do governo e segmentos da sociedade, promovendo os princípios da intersetorialidade.

Torna-se fundamental estabelecer uma relação de confiança mútua, baseada em alguns princípios básicos como: FLEXIBILIDADE, respeitar as condições, recursos e realidade da SMS e de seus técnicos; OPORTUNIDADE, responder às necessidades e dificuldades dos técnicos logo que estes solicitem o apoio; PERMANÊNCIA, estar disponível durante o processo de aprendizagem/desenvolvimento de

atributos práticos a que se comprometeu; MOTIVAÇÃO, despertar no gestor interesse e dinamismo pela construção daquela interação conhecimento teórico/aplicação prática; RESPEITO, levando em conta a personalidade, os valores, sentimentos e limitações do interlocutor daqueles momentos de cooperação.

Para finalizar, destaca-se a proximidade com a gestão em que o apoiador vai desempenhar suas ações e, nesse contexto, conviver com as questões e as disputas relativas à definição dos interesses prioritários e do escopo do Estado, à competição eleitoral, ao controle das interações intergovernamentais e à busca de acomodação de forças e de interesses no âmbito intraburocrático, entre muitas outras questões relacionadas às disputas de poder entre agentes e principais instâncias políticas.

## Referências

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>.

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 e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>.

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

## **Da reflexão sobre o Apoio Institucional à proposição do Apoio Regional: a experiência do Rio de Janeiro<sup>1</sup>**

**MANOEL ROBERTO DA CRUZ SANTOS\***

**MARCELA DE SOUZA CALDAS\*\***

### **COLABORADORES**

Ana Cláudia Marinho Cardoso, Aparecida Barbosa da Silva, Dilian Duarte Jorge Hill, Francisco José Martins Bohrer, Moacyr Torres Junior, Rodrigo Alves Torres Oliveira, Suely Gomes Osório, Solange Isabel das Graças Cirico Costa

As políticas públicas de saúde dadas pelo Pacto pela Saúde e, mais recentemente, pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2.011 e seus dispositivos – dentre 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 (CIR) – impõem a necessidade de maior qualificação técnica das Secretarias Municipais

---

\*Farmacêutico; pós-graduação pelo Núcleo de Pesquisas em Produtos Naturais na Universidade Federal do Rio de Janeiro (NPPN-UFRJ) e Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP); ex-diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS); ex-subsecretário de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; assessor do COSEMS-RJ.

\*\*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), em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP-FIOCRUZ) e em Apoio na Atenção Básica, pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Assessoria técnica e apoiadora da Região Médio Paraíba/COSEMS-RJ. Endereço eletrônico: marcelascaldas@gmail.com

de Saúde junto às Comissões Intergestoras Regionais. Isso é importante tanto para a organização e implementação das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) quanto para a implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde (COAP).

Foi para atender a esta necessidade que o projeto “Apoiadores Regionais” foi lançado, em março de 2012, com o objetivo de apoiar institucionalmente os gestores municipais de saúde junto às CIRs, fortalecendo o desenvolvimento gerencial das Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com vistas ao aprimoramento da governança regional do Sistema Único de Saúde (SUS).

A iniciativa é fruto de uma parceria do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (LAPPIS/IMS/UERJ). O trabalho é desenvolvido por meio de um financiamento celebrado entre COSEMS-RJ, o Fundo Nacional de Saúde e o Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC), órgão de apoio ao IMS para execução do projeto “Apoiadores Regionais”.

Dentre as principais atividades esperadas pelos apoiadores, destacamos:

- participar dos espaços prioritários para construção do apoio regional, como por exemplo: CIR (plenária e câmara técnica), CIB, Assembleia de Secretários do COSEMS-RJ, reuniões de diretoria do COSEMS-RJ;
- apoiar gestões municipais no processo de pactuação/articulação interfederativa;
- assessorar a diretoria do COSEMS-RJ, com foco no fortalecimento do vice-presidente regional;

- apoiar o processo de pactuação e acompanhamento do (COAP);
- apoiar a elaboração e o acompanhamento dos Planos Regionais das Redes de Atenção à Saúde.

Desde o início da formulação do projeto, a preocupação institucional foi a da viabilidade econômica e financeira, visando a sua continuidade e perenidade.

O recurso adquirido em março de 2012, via convênio com o Ministério da Saúde, findou em agosto de 2012. Para garantir a continuação do projeto, o COSEMS-RJ solicitou ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) uma antecipação de seu repasse financeiro. Desta forma, foi possível ao COSEMS-RJ assumir os custos da iniciativa nos meses de setembro a novembro de 2012. Por ausência de financiamento, o projeto foi suspenso durante o mês de dezembro de 2012.

Em 2013, a Carta-Acordo assinada pelo COSEMS-RJ e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) garantiu a execução do projeto por mais cinco meses, de janeiro a maio. Após este período, e com apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, buscou-se financiamento por meio da segunda Carta Acordo com a OPAS, o que garantiu mais cinco meses de execução do trabalho. Não obstante toda esta movimentação, o recurso da Carta-Acordo só foi disponibilizado no mês de dezembro de 2013, garantindo a continuação do projeto no período de janeiro a maio de 2014.

Nos meses finais de 2013, até que o recurso da Carta-Acordo fosse viabilizado, o COSEMS-RJ manteve o projeto com recurso próprio. Porém, com apenas três apoiadores regionais, pois alguns se desligaram do grupo e não havia recurso para novas contratações. Em 2012, o

projeto contava com quatro apoiadores para cobrir as nove regiões de saúde do Estado. Um apoiador era responsável por duas regiões, dois apoiadores eram responsáveis por três regiões e um apoiador acumulava a função de coordenador do projeto e apoiador de uma região.

Após avaliação do processo inicial e pontuadas as dificuldades, entendeu-se que havia necessidade de reorganização do processo de trabalho, pois havia conflito de agenda entre as regiões e dificuldades de deslocamento dos apoiadores. Neste sentido, em 2013, ampliou-se para cinco o número de apoiadores e redefiniu-se o campo de atuação. Um apoiador permaneceu acumulando a coordenação do projeto e uma região de saúde e os outros quatro passaram a responder, cada um, por duas regiões de saúde. Mesmo com a ampliação da equipe de apoiadores, percebe-se a permanência de algumas dificuldades, principalmente no que se refere ao deslocamento intra e interregionais.

Sendo assim, em 2014, ampliou-se novamente o grupo de apoiadores. Atualmente são seis técnicos distribuídos pelas nove regiões de saúde fluminenses: um apoiador responsável pela coordenação do projeto e pela região Médio-Paraíba, um apoiador para a região Metropolitana I, um apoiador para a região Serrana, um apoiador para as regiões Norte e Noroeste, um apoiador para as regiões da Baixada Litorânea e Metropolitana II e um apoiador para as regiões Centro-Sul e Baía da Ilha Grande.

Apesar dos avanços, acredita-se que o ideal é garantir um apoiador para cada região de saúde e que este seja, preferencialmente, morador do território onde irá atuar. Esta conclusão, instituída inicialmente como um desafio de caráter geral e prioritário, deve sinalizar os próximos movimentos na perspectiva da continuidade e da institucionalização do projeto “Apoiadores Regionais”.

Registrar os desdobramentos da experiência de dois anos do COSEMS-RJ com o projeto “Apoiadores Regionais” é fundamental para estender os limites desta reflexão e apontar para o coletivo e para a instituição a viabilidade do propósito da iniciativa. Para isso, adotou-se como referencial teórico “O método de Apoio Institucional Paideia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde: metodologia e resultados do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde com Ênfase na Atenção Básica”. Segundo Campos (2003), o método foi aplicado em 2000 pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (DMPS/FCM/UNICAMP).

O Método Paideia, segundo Campos (2000, p. 2), trata de “uma metodologia que busca construir condições favoráveis para a reflexão sobre a atuação dos sujeitos no mundo” e admite que nas relações interfederativas quatro eixos se destacam neste contexto no que diz respeito à gestão na saúde: o eixo político-social, como referência de deliberações políticas e de disputa entre projetos; um outro eixo caracterizado como espaço institucional e de manifestação das subjetividades, de concepções de mundo diferentes; o eixo da educação permanente, onde se destaca a função pedagógica e, finalmente, o eixo da gestão, que é onde vai se dar a ação propriamente dita.

Nesta experiência, utilizou-se um instrumento com quatro questões para apoiadores e ex-apoiadores do projeto ora desenvolvido pelo COSEMS-RJ em parceria com o LAPPIS e três questões para Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, sendo dois de cada Região de Saúde. As respostas de 12 apoiadores regionais e nove Secretários Municipais de Saúde foram sistematizadas, resultando na síntese abaixo exposta. Assim, esta deve ser considerada um

produto de ponderação coletiva sobre o projeto “Apoiadores Regionais” desenvolvido pelo COSEMS-RJ desde março de 2012.

O instrumento utilizado adotou como diagnóstico a percepção dos apoiadores regionais e de alguns Secretários Municipais de Saúde, envolvidos com as respectivas ações e práticas desenvolvidas na dimensão da gestão compartilhada – aqui entendida como sendo um modelo de convivência entre diferentes atores de um coletivo, pelo qual cada um mantém sua identidade institucional e programática dirigindo pessoas, esforços e recursos para fins comuns e integrados, evitando ações isoladas, paralelismo e sobreposições.

O resultado destas reflexões passa a ser elencado com a intenção de expor o olhar de cada um e sua relação com a ação desempenhada no espaço regional de atuação, de análise da situação e de produção de consensos a partir da intervenção de cada um e da prática dialógica entre os diversos atores.

## **APOIADORES**

### ***a) Participação nos espaços de decisão e de busca de consensos***

As experiências apontam, de maneira geral, para a identificação de acentuada heterogeneidade de concepções sobre a metodologia “Apoio Regional”, como também a diversidade das condições objetivas encontradas em cada região de atuação, o que, aparentemente, interfere decisivamente na possibilidade do exercício pontual do apoio de cada um e nas mudanças esperadas na construção de um processo coletivo e de cogestão.

Este desacordo instalado na atuação individual aparecerá com maior ênfase nos desafios apontados pelos apoiadores diante das dificuldades enfrentadas em relação a estes dois aspectos de

fundamental importância no que diz respeito às dimensões política, subjetiva e pedagógica das relações.

Como a participação de todos se dá prioritariamente na Câmara Técnica da CIR, bem como nesta propriamente dita, ou seja, em espaços onde se buscam, a todo o momento, consensos e pactuação de encaminhamentos regionais, o desenvolvimento dos projetos de intervenção, bem como as ações apresentadas, se adequam aos arranjos sanitários encontrados em cada região e aos dispositivos para o exercício da gestão colegiada. Isto exige uma reorganização das práticas de intervenção, de análise do território e de conhecimento dos serviços oferecidos, da discussão do trabalho das equipes técnicas de cada SMS e do relacionamento entre estas.

A CIR, como espaço interfederativo de pactuação que admite a participação de um profissional não dirigente, mas com representatividade institucional de um dos entes, acumula experiências inéditas e se apresenta como um desafio para a consolidação do projeto “Apoiadores Regionais”. Além destes espaços colegiados já normatizados, os apoiadores têm desenvolvido estratégias próprias e diferenciadas com destaque para o intenso processo de planejamento integrado entre a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e as Secretarias Municipais de Saúde, parametrizando, desta maneira, uma atuação na lógica de ocupar-se com os 14 objetivos estratégicos apontados pelo Ministério da Saúde, como forma de enfrentamento da heterogeneidade encontrada. Também é interessante destacar algumas participações no sentido de proporcionar eventos de Educação Permanente, enfatizando instrumentos para transformação das práticas de gestão e de atenção.

Outra ação relevante é a difusão da estratégia de integração e participação na implementação das políticas junto às SMS, mais

diretamente com seus secretários ou técnicos, Com isto, o objetivo é recuperar os princípios emanados pelo Pacto pela Saúde 2006, que dá subsídios fundamentais ao esforço de aproximação entre os entes para a gestão compartilhada.

Neste sentido, alguns apoiadores priorizam as seguintes diretrizes:

- desenvolvimento de planejamento participativo e ascendente por Objetivos Estratégicos;
- articulação dos diferentes momentos/instrumentos de planejamento: Plano MS, PPA e PNS e, por conseguinte, com os congêneres na dimensão municipal;
- ênfase na implementação da gestão participativa – formação de colegiados e estímulo à ativação dos já existentes nas SMS;
- fortalecimento da cogestão tripartite como defende o Decreto nº 7.508/2011, contratualização das ações regionais e construção solidária dos COAPs;
- intervenção de forma orientadora, procurando estimular a integração entre os atores envolvidos no processo, na diminuição da fragmentação, na produção de saúde em rede e na definição dos objetivos estratégicos, facilitando a tomada de decisões que viabilizem a solução das dificuldades regionais no intuito de organizar os sistemas de saúde locais;
- reforçar o papel protagonista do gestor municipal, apoiando tecnicamente e tentando ofertar maior aporte e opções a eles;
- reuniões de organização das redes (em uma das regiões, definiu-se como prioridade a implantação do SAMU Regional em função da calamidade ocorrida em 2011);
- reuniões com os técnicos das SMS;
- socialização de portarias e normas publicadas pelo MS;

- encaminhamento de mensagens e a prática do contato telefônico com as SMS;
- atuação como mediador entre os municípios e o estado na discussão dos temas em pauta e no processo de pactuação.

Há de se destacar como elemento desencadeador de aproximações entre os atores neste espaço regional a publicação do Decreto nº 7.508/2011, que possibilitou um aprimoramento do Pacto Federativo pela Saúde e contribuiu, efetivamente, para a discussão da garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

É neste contexto, entre a autonomia e o império da interação entre os entes federados, e também entre as especificidades de cada região e a necessidade de diminuir a fragmentação na implementação das Políticas de Saúde na agenda estratégica do SUS, que se insere a escolha da metodologia de participação individual de cada apoiador regional. Esta participação garante o intercâmbio de informações e a contextualização da singularidade de cada região, permitindo maior aproximação do trabalho de apoio regional com os municípios, implementando as políticas de saúde, bem como a horizontalidade nas relações interfederativas, maior cooperação no processo de construção das RRAS, das contratualizações para efetivá-las, e do desenvolvimento de práticas de atenção e de gestão, que produzam acolhimento com ampliação do acesso e qualidade no SUS.

Em regra geral, os apoiadores regionais consideram a CIR um espaço técnico-político fundamental para a construção dos processos de gestão na saúde, onde se podem observar variáveis relevantes para a condução da implantação das políticas públicas municipais, como conflitos de interesses, autonomia política, precariedade de relações

de trabalho, recursos humanos não qualificados. Também é consenso que o apoiador tem que conhecer/compreender o contexto apresentado, pois através dele poderá fomentar a reflexão entre os municípios, contribuindo para a resolução das dificuldades e para o avanço da execução da política municipal de saúde.

Destaca-se ainda um componente de fragilidade da gestão municipal, o que resulta em pautas da CIR muito determinadas pelas agendas nacionais e estaduais e pouco para a construção, pactuação, avaliação e monitoramento das redes regionais. Por fim, identifica-se a valorização do papel do apoiador regional neste processo, entendendo-o como um ator-chave para trazer, CT e CIR, para a centralidade do debate, socializando e debatendo os problemas e desafios do SUS localregional.

#### **b) Estratégias e metodologias utilizadas pelos Apoiadores**

As diretrizes para implementação da RRAS no Estado do Rio de Janeiro, orientadas pela agenda estratégica do SUS e pelo Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, têm como foco central a ampliação do acesso e da qualidade do sistema de saúde, fomentando a implementação das redes temáticas: rede de atenção à saúde da mulher e da criança (Rede Cegonha), rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial (ênfase no uso de *crack* e outras drogas), rede de cuidados à pessoa com deficiência e ações do plano para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, ancoradas e sustentadas pela atenção primária à saúde.

A necessidade de buscar clareza nos processos de regionalização esbarrou em dificuldades de conclusão no Estado do Rio de Janeiro,

de maneira mais concreta, na Região do Médio Paraíba Fluminense, região que mais avançou neste processo no ano de 2012. As demandas utilizadas nesta Região de Saúde para a assinatura do COAP tiveram como espaço deflagrador, indutor e quase de conclusão, a CIR, sua Câmara Técnica e Grupos Temáticos formados com o intuito de elaborar o documento. A estratégia do Apoio Regional do COSEMS-RJ exerceu papel fundamental na configuração deste acordo de colaboração entre os entes federados, com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada com definição de responsabilidades, recursos financeiros que precisariam ser disponibilizados e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

As demais CIRs implantadas nas oito restantes regiões de saúde não conseguiram desempenhar papel semelhante à da Médio Paraíba por carecerem de estrutura, recursos e ambição política, que permitiriam o desenvolvimento de parcerias e a resolução de conflitos federativos.

A estratégia e metodologia utilizadas pelos apoiadores nesse contexto avançaram na construção de instrumentos de planejamento, regulação e propostas de financiamento que poderiam apoiar a conformação sistêmica dos serviços de saúde oferecidos à população SUS assistida. Há de se destacar, também, que a maioria das iniciativas desencadeadas pelos apoiadores regionais contribui para desenvolver mecanismos que poderiam favorecer a participação de uma ampla gama de atores e o estabelecimento de relações coordenadas e cooperadas entre governos, organizações, agentes e cidadãos nos espaços regionais.

O depoimento de um dos apoiadores regionais firma com nitidez esta característica:

*Com a regionalização e o fortalecimento da relação entre entes federados, procuramos atuar numa perspectiva de melhorar a informação prestada, participando das reuniões da Câmara Técnica da CIR, Plenária da CIR, reuniões de Grupos de Trabalho locais, reunião da Diretoria do COSEMS-RJ com a SES-RJ, Assembleia do COSEMS-RJ, CIB-RJ, articulando com os Secretários de Saúde a compreensão do processo de gestão, dirimindo dúvidas de informações, auxiliando no enfrentamento de dificuldades para a execução das ações a serem implementadas nos municípios, ressaltando sempre a importância das relações interfederativas, a responsabilidade dos entes, e os compromissos da gestão, no que se refere à legislação, sempre priorizando o acesso e a qualidade dos serviços prestados à população. Utilizamos como ferramenta de trabalho o processo educativo, com contatos presenciais, reuniões locais com os gestores e técnicos, estimulando a análise reflexiva do trabalho desenvolvido.*

*Aliado a isto, visamos estreitar as relações dos secretários municipais com o COSEMS-RJ, demonstrando o seu papel, sua relevância na implementação do sistema de saúde, fomentando a participação dos secretários na consolidação do Conselho como um espaço político e de integração para o fortalecimento do SUS, em todos os seus níveis de atuação, facilitando principalmente como um instrumento de interlocução com os outros entes federados (SES e Ministério da Saúde).*

Marcante em todos os depoimentos dos apoiadores é a construção dos vínculos “apoiador - apoiado”, facilitando desta maneira o trabalho na região, nos espaços coletivos onde se apresentava com a possibilidade de construir maior interação entre os envolvidos, tentando ampliar ao

máximo as discussões em pauta, sempre com o objetivo de alcançar a construção de objetivos comuns para a região.

Outra estratégia adotada foi a de sempre priorizar o fortalecimento da Atenção Básica, a promoção e vigilância em saúde, a qualificação da assistência farmacêutica, a valorização dos profissionais de saúde, a articulação das ações regionais na construção das Redes Temáticas, a adoção dos parâmetros fornecidos pela RENASES e RENAME bem como as ferramentas disponibilizadas pela Inovação em Saúde, SARGSUS, Telessaúde e Mapa da Saúde, no sentido de estabelecer na região a formalização do COAP. Adotou-se também a realização de reuniões técnicas em municípios que apresentavam maiores dificuldades técnicas e políticas para agilizar processos de implantação de serviços e a construção coletiva de um cronograma com as etapas que cada um deveria cumprir, visando principalmente ao desenvolvimento de uma prática coletiva com os técnicos para que organizassem seus processos de trabalho.

A estratégia de visitas presenciais aos gestores foi expandida e utilizada na medida da disponibilidade de condução para superar as distâncias apresentadas, mobilidade muitas vezes facilitada pelos veículos próprios das SMS. Esta metodologia resultou em significativos avanços na tentativa de identificar e encaminhar questões e desafios concretos que surgem no cotidiano do gestor, levando aos espaços regionais de governança o debate e a busca de soluções.

O apoio facilitou a retaguarda a equipes e profissionais técnicos responsáveis pela atenção aos problemas de saúde. Alguns apoiadores utilizaram uma metodologia reflexiva, com problematização da realidade e busca da construção coletiva de um plano de intervenção

que possibilitasse resultados de impacto na reorganização da rede de saúde, melhoria de acesso e qualidade aos serviços de saúde.

O uso das facilidades de comunicação propiciadas pelo desenvolvimento da informática também favoreceu, de uma maneira geral para todos apoiadores, o uso de mala direta por *e-mail*, para facilitar a comunicação com os gestores e técnicos, instrumento pelo qual se tem recebido e atendido às demandas dos municípios, transmitido convites para reuniões e disseminado informações provindas do COSEMS-RJ, do CONASEMS, da SES e do Ministério da Saúde.

### ***c) Experiências exitosas a serem consideradas***

O Programa “Mais Médicos” (PMM) é parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento da população no SUS e vem ao encontro da necessidade urgente de garantir a saúde a esta população, na perspectiva de suas reivindicações em relação à eficiência e qualidade da saúde pública. É necessário um modelo de saúde adequado ao enfrentamento desse desafio: qualificar o SUS, priorizando as ações de prevenção de doenças e da promoção da saúde. Para tal, prover médicos nas regiões onde não existem profissionais tornou-se essencial.

O papel protagonista desempenhado pelo COSEMS-RJ foi de fundamental importância no Estado do Rio de Janeiro. Esta iniciativa, posteriormente socializada e exposta aos apoiadores, ajudou a consolidar o programa do Executivo como um programa assimilado pelos gestores. O COSEMS-RJ tem participado do acolhimento aos profissionais que passaram a atuar nos municípios fluminenses, em parceria com toda a coordenação da Comissão Estadual Mais Médicos/PROVAB, que inclui Ministério da Saúde, SES-RJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), UERJ/UNASUS e Telessaúde.

A participação do apoio no programa tem sido extremamente gratificante e um privilégio. O PMM é transformador da sociedade brasileira, garantindo ao usuário do SUS acesso ao médico e ao cuidado como um componente reestruturante da atenção primária em saúde no país. O programa priorizou as periferias de grandes cidades e municípios do interior do país, com a disponibilização de médicos para atuar exclusivamente na atenção básica. No Estado do Rio de Janeiro, os municípios das Regiões Metropolitanas I e II foram os primeiros contemplados.

As ações do COSEMS-RJ e a interlocução com os apoiadores incluem:

- a organização e participação de oficinas com gestores municipais de saúde para o alinhamento do programa e recepção ao médico no município;
- oficinas e atividades realizadas durante a semana de acolhimento estadual para apresentar aos médicos a realidade da saúde pública no estado e no seu território/região;
- participar, junto com os apoiadores do Ministério da Saúde e da SES, nas visitas aos municípios (gestão e na unidade de saúde onde o médico atua);
- atuar de forma resolutiva nos conflitos que possam aparecer;
- participar e atuar junto à coordenação da Comissão Estadual Mais Médicos/PROVAB.

As acentuadas diferenças regionais e a heterogeneidade do processo de regionalização têm contribuído para a adoção de abordagens diferenciadas dos apoiadores. Esta característica determinou como iria ser a atuação do apoio regional em uma das regiões de saúde, historicamente apresentada com significativas dificuldades de integração

entre as Secretarias de Saúde, no que diz respeito a uma visão mais coletiva e solidária. A superação de dificuldades técnicas de execução de determinados serviços, por um prestador, pode ser solucionada com a adoção de estratégias solidárias e complementares de treinamento de parceiros e de disponibilização temporária de técnicos executores.

Interessante apresentar, neste espaço, a experiência adotada por um dos apoiadores. A confecção de uma planilha, posteriormente socializada, com informações importantes sobre os municípios da região. Esta “Planilha de Situação” tem o objetivo de mostrar os “nós” nos processos de trabalho em cada SMS e assemelhou-se muito à iniciativa do COSEMS-RJ, que em 2013 inaugurou, em sua página, um espaço para o gestor onde se alinhavam as mesmas demandas normativas colocadas a seguir:

- Plano Municipal de Saúde e Agenda Municipal com sua vigência;
- SIOPS – qual a situação de envio de dados para o SIOPS e quais dificuldades encontradas;
- PPA – se houve envio dentro do prazo e aprovação pela Câmara de Vereadores;
- RAG – se foi elaborado por técnicos da secretaria ou por serviço contratado, se foi apreciado e aprovado pelo CMS ou se encontra em elaboração ou análise pelo CMS. Usa-se o Sistema RAG para envio do relatório aos órgãos controladores;
- FMS – se está organizado e criado por Lei e quais as maiores dificuldades encontradas;
- Controle, Avaliação e Auditoria – se estão organizados e criados por Lei e quais as maiores dificuldades encontradas;

- Organograma – se está organizado e criado por Lei e quais as maiores dificuldades encontradas;
- CMS – se está organizado e criado por Lei e quais as maiores dificuldades encontradas;
- Projetos – se são elaborados por equipe da secretaria, dificuldades na elaboração e adequação às emendas orçamentárias e/ou dificuldades de envio para o MS;
- Prestação de Contas – se são apresentadas ao CMS e à Câmara de Vereadores de acordo com a Lei e quais as dificuldades encontradas.

Pode-se considerar ainda uma experiência exitosa, citada no item anterior, a expansão da estratégia de visitas presenciais aos gestores. Como dito, esta metodologia resultou em significativos avanços na tentativa de identificar e encaminhar questões e desafios concretos que aparecem no cotidiano do gestor, levando aos espaços regionais de governança o debate e a busca de soluções. Esta estratégia reafirma a necessidade do cotidiano do SUS emergir nos debates da CIR.

A iniciativa de reunir mensalmente os gestores para a discussão de assuntos regionais e a busca de soluções conjuntas poderia se configurar como uma prática a ser estendida às outras regiões de saúde com características semelhantes. Constatou-se, por um dos apoiadores, que o processo burocrático de pactuação regional, centrado em demandas descendentes, tem esvaziado em muito o processo de discussão em determinada CIR. Nesta perspectiva, tornou-se um espaço de reafirmação de temas previamente discutidos e definidos na respectiva Câmara Técnica. A busca de superação desta sensação de

ineficácia pode ser a formalização desses espaços menos burocráticos, onde se discutem a governança regional e o atendimento de demandas regionais caracterizados pelos instrumentos instituídos pelo Decreto nº 7.508, mas, de maneira alguma, poderá servir para substituir o espaço formal da CIR, espaço em que deverá aflorar estas contradições regionais e as incongruências de um espaço da cogestão.

Alguns depoimentos de apoiadores adotaram metodologias de elaboração, aperfeiçoamento e utilização de ferramentas que pudessem possibilitar o diagnóstico de saúde da região. Quantificar e qualificar a rede instalada com instrumentos de gestão pode agilizar e facilitar a construção de um projeto de intervenção local, permitindo a avaliação de resultados e possíveis necessidades de mudança de estratégias.

Na perspectiva da consolidar os COAP nas nove regiões de saúde a partir do próximo ano, torna-se interessante reproduzir o depoimento do apoiador regional que participou intensamente na construção daquele que seria o mais viável de ser concluído, o da Região do Médio Paraíba Fluminense.

*O trabalho teve como objetivo a discussão do tema e a construção do Contrato na região. Para a execução do trabalho, o grupo condutor realizou primeiramente um diagnóstico do perfil da saúde na região, descrevendo os municípios que compõem a região Médio-Paraíba. A partir daí foram realizadas inúmeras reuniões e oficinas com a participação dos técnicos municipais, secretários de Saúde, controle social, técnicos da SES-RJ e do Ministério da Saúde, representantes do Judiciário e de outras áreas que têm interlocução com a saúde municipal. O trabalho garantiu um espaço de interlocução dos técnicos municipais, do*

*COSEMS-RJ e do estado, fomentando a articulação municipal e a discussão sobre o funcionamento das redes de atenção à saúde. A partir daí, foram esmiuçados temas e assuntos que se tornaram desafios a serem enfrentados na implementação das ações de saúde pública. O Contrato não foi efetivado, devido aos prazos do processo eleitoral e as possíveis mudanças nas gestões municipais, porém o processo de construção serviu para o fortalecimento da atuação dos municípios na região e no estado.*

Em síntese, podem-se pontuar algumas práticas utilizadas na atuação dos apoiadores regionais, que assegurariam uma experiência exitosa desenvolvida:

- dominar as políticas de saúde e as etapas de sua implementação;
- aperfeiçoar a capacidade de escuta dos diferentes atores sociais envolvidos;
- não disputar ou ocupar o lugar do gestor estadual e/ou municipal;
- mediar conflitos na busca do consenso possível;
- exercitar a capacidade de compartilhar diagnósticos e soluções.

Uma experiência exitosa com característica pessoal, mas com repercussão coletiva que aponta para o item seguinte, o da superação dos desafios apresentados, se deu na dimensão da “Educação Permanente”, eixo anteriormente citado do Método Paideia, que destaca a função pedagógica.

No transcorrer do ano de 2013, determinado apoiador regional conviveu com experiências de ação no território de sua atuação e teve a oportunidade de frequentar um curso de especialização no tema

“Apoio em Saúde”, fruto de uma parceria do Ministério da Saúde com a UNICAMP). Segundo seu relato, esta convivência colaborou intensamente para que ele conhecesse melhor toda a temática “apoio”, sua implicação no SUS e sobre como contribuir no avanço da Governança Regional. Segundo Gasparin (2007), a Educação Permanente permite aos trabalhadores refletirem sobre suas experiências vividas no trabalho, estabelecendo os nexos da teoria com a realidade vivenciada, possibilitando a transformação de suas ações, deflagrando um processo dialético de prática-reflexão-práxis.

A importância desta dimensão na consolidação do Projeto “Apoio Regional” do COSEMS-RJ responsabiliza todos na adaptação desta prática no cotidiano dos demais apoiadores regionais, com o exercício mais constante de parceiros nesta perspectiva. Um projeto de mudanças de paradigmas na dimensão da gestão, com desdobramentos diretos sobre o funcionamento dos serviços de saúde, pressupõe a criação de um novo sujeito capaz de romper com os velhos hábitos de gestão, exercitando para si e para outros, possibilidades novas e diferentes no trabalho a ser desenvolvido na gestão da saúde.

Segundo Franco et al. (2012):

*[...] a construção de sujeitos está diretamente relacionada à educação. É no cenário de trabalho associado a propostas de mudança que surge a Educação Permanente (EP). Sua potência se encontra justamente no fato de que, ao usar os cenários de trabalho e práticas como insumo para o processo de ensino, a EP abre a possibilidade de aprendizagem com o próprio trabalho, utilizando de pedagogias ativas, a problematização frequente das práticas e, sobretudo, a ideia de aprendizagem significativa.*

*Entendemos que a EP se arma de um arsenal volumoso de conceitos com alto poder de intervenção para operar uma proposta educacional com alto poder de produção de novos sujeitos, novas práticas, e habilidade para implementar processos de mudança no âmbito das políticas.*

#### **d) Principais desafios a serem enfrentados**

Em uma avaliação rápida, revelaram-se, por meio dos depoimentos dos apoiadores regionais, desafios que reforçam a tese da qualificação da estratégia. Esta afirmação equivale a dizer que se torna imprescindível a adoção institucional desta iniciativa pela diretoria do COSEMS-RJ, transformando o projeto “Apoiadores Regionais” em um programa institucional, regular, de cooperação e aproximação da diretoria e de Secretários Municipais de Saúde, e que esta ação esteja em perfeita sintonia com as diretrizes da instituição, principalmente com a agenda dos vice-presidentes regionais.

Sobejaram pareceres destacando o desafio de como fortalecer, no processo de gestão compartilhada, o destaque ao papel de liderança regional pertinente à função do vice-presidente regional do COSEMS-RJ. Diante desta necessidade e como consequência desta adoção, enquanto projeto político-institucional, destaca-se a necessidade de um financiamento regulável, estável e seguro para a estratégia, principalmente com o reconhecimento de resguardar a segurança trabalhista e a garantia da mobilidade e permanência na região do apoiador no exercício de sua função mais próxima da gestão no dia a dia.

O estatuto COSEMS-RJ institui, em seu Art. 27, a competência que deve ser exercida pelos vice-presidentes regionais:

- 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;
- representar o COSEMS-RJ em sua Região;
- difundir os objetivos e ideais do COSEMS-RJ perante órgãos públicos e privados;
- estimular e manter intercâmbio com pessoas e entidades interessadas na consecução dos objetivos constantes no presente estatuto;
- participar das reuniões da diretoria;
- diligenciar no sentido da obtenção de apoio material para as atividades do COSEMS-RJ.

Portanto, compreende-se que o papel a ser desempenhado pelo vice-presidente regional está definido e, de maneira alguma, o apoiador regional deverá estar concorrendo com este papel, mas sim reforçando-o e dando total subsídio à ação regional, de liderança local, a esse vice-presidente.

Um desafio apontado, que reflete até como crítica à divisão de região de saúde adotada, deveu-se à extensão territorial difícil de cobrir. Neste caso, refere-se à Região Serrana como área apartada em três sub-regiões, com características geográficas e de mobilidade próprias, em função das três grandes rodovias que as cortam e, às vezes, de complicada integração entre elas.

Outro desafio é tornar possível um maior entrosamento entre os apoiadores das diversas regiões em função de estas se apresentarem com singularidades próprias e diversificadas. Há a necessidade de

maior alinhamento no desenvolvimento de práticas adotadas diante da especificidade de cada região e com uma estratégia de respaldo fundamentada em princípios da Educação Permanente, como já inferido, com o devido destaque que este tema merece. Sob a forma de oficinas de planejamento e/ou de socialização dessas práticas, conseguiria-se maior identidade institucional e, por conseguinte, maior capilaridade.

Segundo Franco et al. (2012, p. 61), a Educação Permanente pode ser apropriada para qualquer fim, ou seja, como recurso de maior controle e apropriação do trabalho; ou, ao contrário, como dispositivo de mudança dos sujeitos para o exercício de maior liberdade, criação, requisitos para um processo educacional altamente produtivo, e que ao se produzir intervém na construção de mundo e de novas políticas. A institucionalização da estratégia, segundo Franco, “Apoiador Regional” associada à aderência a uma prática de Educação Permanente, com significado declarado e transparente, poderá resultar na “produção de um novo sujeito, por seu método e capacidade de operar processos de produção de conhecimento, associados à produção de uma nova subjetividade. Essas duas dimensões devem caminhar juntas para mudar os sujeitos e, com eles, seu processo de trabalho e as práticas de cuidado”.

No caso dos apoiadores regionais, podemos somar a esta conclusão as práticas de gestão ou de cogestão, já que “só um processo pedagógico que toma os cenários do cotidiano e seus protagonistas como objetos de análise consegue caminhar nesta direção”. O reconhecimento, pelos apoiadores, do exercício democrático, comunicativo e integrador, é importante como desafio, no exercício e no desenvolvimento de sua função no território. Este cotidiano é habitado por sujeitos e atores com distintos graus de saber e de poder; o campo de atuação deste ator é muito dinâmico, repleto de relações de poder, afeto, circulação de saberes,

interesses institucionais e até mesmo pessoais. A busca de novas formas de agir refletirá, de forma privilegiada, a devida importância a ser dada à relação intergovernamental no SUS, e seu papel regional extrapolará para a construção de uma rede de apoio e cooperação técnica entre os gestores das três esferas de governo (Brasil, 2011).

Outro desafio apontado refere-se às constantes mudanças de gestores na pasta da Saúde, que associadas à intensa mudança nos quadros das Secretarias de Saúde, fazem com que se rompam processos de continuidade na gestão e que projetos específicos caiam no “esquecimento” e na ineficácia. Talvez, derivada desta situação, mas acredita-se, não só desta, registra-se uma presença mais constante de técnicos, em fóruns decisórios, no lugar de SMS, sem a autonomia necessária para a tomada de decisões. Quiçá, em função desta particularidade transitória, um dos apoiadores requeira uma ação institucional no sentido de sensibilizar os gestores sobre a importância da atuação conjunta, solidária e da valorização regional.

O maior desafio com que se defrontam os conselhos de secretarias municipais e, por conseguinte, no caso específico do Estado do Rio de Janeiro, que mantém em atividade o projeto “Apoiadores Regionais”, deve ser estruturante na agenda dos apoiadores, é a conjuntura pouco favorável à construção do diálogo interfederativo. Esta avaliação não é unitária no quadro de apoiadores e deve-se à entrada na agenda política do Estado, do debate eleitoral para governos estadual e federal: “2014 é um ano eleitoral e isso pode trazer impacto na gestão, caso ocorram mudanças no cenário estadual e/ou nacional”. Não obstante esse fato, torna-se fundamental ao exercício do apoio a incorporação de estratégias de estarem mais próximos da gestão municipal, buscando

no cotidiano desta, junto aos técnicos locais, a prática desenvolvida. “O dia a dia da gestão dos serviços e do cuidado precisa ter voz nos espaços de pactuação interfederativa do SUS no Estado do Rio de Janeiro”.

O depoimento continua, apontando para que este material captado do cotidiano da gestão municipal deve ser trabalhado e devolvido aos municípios em forma de apoio institucional às gestões municipais, de maneira regional de preferência e, se possível, com participação da SES.

*Este material deve informar um processo de intensificação da qualificação gerencial das secretarias de saúde. Penso que uma importante oportunidade de qualificação das redes regionais está se dando no processo de discussão em torno da estruturação da Atenção Básica no estado; reforçando esta situação, unifica-se a motivação de poder completar as equipes da ESF a implantação do Programa Mais Médicos.*

A implantação do PMM pode ser um momento de debate sobre a real situação da Atenção Básica no estado, bem como pode ser um grande dispositivo para colocar o cotidiano da gestão municipal no centro do debate de desenvolvimento do SUS no Rio de Janeiro.

Partindo do pressuposto de que há uma noção geral comum de apoio/cooperação que deve permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde e que possa evocar a expressão de forças, composições e conflitos, o projeto “Apoiadores Regionais” configura uma estratégia do COSEMS-RJ, inspirado no Apoio Institucional do Ministério da Saúde e de iniciativas semelhantes executadas em outros estados da Federação. Diante destes modelos inspiradores, desde o início definiu-se como objetivo maior fortalecer a gestão do SUS, com vistas a

ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto nº 7.508/11.

Coletivamente, têm-se ampliado as preocupações, junto ao LAPPIS, nas oficinas de avaliação, os desafios colocados a todos os apoiadores e a dificuldade em agregar ações mais alinhadas e que reflitam muito mais uma postura institucional e menos pessoal. Considera-se que o trabalho do apoiador regional envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a 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.

Neste sentido, o desafio maior para uma instituição é aproximar todos os atores envolvidos nesta prática, principalmente incentivar maior alinhamento entre diretoria, as vice-presidências regionais e os apoiadores de cada região. Acredita-se que o projeto “Apoiadores Regionais” é, sem dúvida, um dispositivo potente para qualificar as ações dos gestores municipais de Saúde e potencializar o processo de regionalização. No entanto, o mesmo deve estar sintonizado com a agenda política da entidade e alinhado ao seu planejamento.

No Brasil, além do COSEMS-RJ, apenas os COSEMS de Minas Gerais, São Paulo e Alagoas apresentaram experiências sistematizadas, de extrema importância, no âmbito do apoio regional. Isso nos faz perceber que a figura “apoiador” ainda é pouco explorada nestas instituições e carece de conceituação mais apropriada diante dos resultados apresentados.

Espera-se que as opiniões trazidas neste texto contribuam para a superação dos desafios do Projeto “Apoiadores Regionais” e que o COSEMS-RJ aprimore suas ações voltadas para o fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde, através das potencialidades deste novo ator, o apoiador regional.

## SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

### *a) Contribuição da atuação regional dos apoiadores*

Como característica geral, os gestores apresentaram conhecer a estratégia de Apoio Institucional. Alguns, inclusive, mantêm esta estratégia em seus serviços e fomentam a gestão compartilhada, principalmente na Atenção Básica. Demonstraram também interesse em administrar melhor ferramentas para promover e facilitar a comunicação, a troca de informações, o acompanhamento das práticas e o exercício das funções dos apoiadores na atenção básica da SES em suas regiões.

Reconhecem o esforço no sentido de fortalecer o trabalho do apoiador regional em sua tríplice tarefa: ativar coletivos, conectar redes e incluir multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns, implementando estratégias 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, com o intuito de provocar mudanças positivas no contexto do SUS.

Não obstante esta compreensão da clareza sobre algo necessário para a gestão dos serviços de saúde, convive com realidades, na sua pasta, de características inadequadas para um melhor desempenho e mais eficiente gerenciamento, que dificultavam a assunção de diretrizes

mais modernas de gestão. Esta situação, junto com as demandas que incidem incessantemente no cotidiano da gestão e cada vez mais têm penalizado o orçamento da saúde dos municípios, tem gerado uma necessidade cada vez mais premente de contar com uma composição de técnicos, no quadro da Secretaria, com um perfil mais adequado às demandas originadas no Ministério da Saúde a partir de 2011.

O Ministério da Saúde adotou como uma de suas principais diretrizes a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, com o objetivo determinado de garantir acesso e qualidade da atenção em saúde a toda população. Nesse sentido, constantes esforços têm sido empreendidos para ajustar as estratégias previstas nas políticas desenvolvidas em seu âmbito e pactuadas entre os três entes da Federação.

Considerando o desafio atual comum a todos – buscar, de forma integrada, e inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando as ações e serviços no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) –, os gestores avaliam que o desafio para a gestão é desenvolver habilidades que atendam aos componentes destas RAS, buscando garantir a integralidade do cuidado. Sua estruturação exige intervenções na dimensão sistêmica nos serviços e nas práticas profissionais, assegurando, desta maneira, o acesso da população aos serviços de saúde com qualidade.

A diversidade regional no Estado do Rio de Janeiro em nada difere, em suas devidas proporções, à encontrada no nível nacional. No que diz respeito aos serviços oferecidos à população, vamos encontrar regiões com dificuldades gerenciais e estruturais gritantes, itens que fazem com que autoridades da Saúde se preocupem com os vazios sanitários. Desta maneira, já há algum tempo, o COSEMS-RJ vem detectando um

conjunto de problemas enfrentados neste campo pelos gestores, e que não devem diferenciar de outros estados: baixa capacidade gerencial; ausência de pessoal qualificado na área de gestão, desconhecimento sobre os princípios e as normas operacionais do SUS; falta de conhecimento de gestores e trabalhadores sobre as bases técnicas e políticas do SUS e pouca oferta de qualificação na área de saúde pública e gestão de serviços de saúde, componentes de inteira responsabilidade municipal.

Não só o processo de evolução da sociedade brasileira, bem como o processo de desenvolvimento dos serviços a ela oferecidos, requer um novo perfil dos trabalhadores e dos gestores de saúde para atuar e construir coletivamente as estruturas do sistema e a própria reestruturação da área de gestão do trabalho e da oferta de serviços de saúde. A mudança do modelo de atenção, a expansão acelerada e em grande escala dos serviços, a necessidade de se contrapor e de se prevenir diante da acentuada “judicialização” da saúde, a maior responsabilidade pela implementação das políticas sociais na esfera de governo municipal e a “desresponsabilização” da esfera federal em relação à manutenção dessa força de trabalho responsável pelas políticas sociais, acarretaram mudanças significativas na composição e na estruturação da força de trabalho em saúde. Esses desafios, limites e contradições foram e estão colocados tanto na esfera política quanto na técnico-operacional.

Nessa conjuntura, novas competências são requeridas dos trabalhadores e gestores, o que implica redefinir as formas de recrutar, selecionar, treinar e manter os profissionais em suas respectivas atividades, impondo a criação de instrumentos gerenciais essenciais a essa nova abordagem de gestão de recursos humanos, incidindo, principalmente, na incorporação e remuneração da força de trabalho, com requerimentos crescentes de especialização dos trabalhadores.

No momento em que passamos por uma conjuntura na saúde onde se desenvolvem ações e estratégias de implementação e consolidação do SUS como política de Estado, incentivando processos de pactuação e de regionalização da saúde por meio dos COAP, priorizando a Atenção Básica como ordenadora do cuidado com a definição clara do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável (Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011), reafirmam-se as bases para que o SUS alcance um processo mais solidário de gestão, destacando a importância do planejamento de maneira participativa e ascendente, com o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A partir da compreensão da correlação de forças políticas em que as condições conjunturais se apresentam, assim como da atuação dos diversos atores nesse contexto, serão produzidas mudanças significativas nos modos de cuidar e gerir o cuidado, permitindo, desta maneira, a esperada qualificação da assistência à saúde.

O compromisso com a melhoria da qualidade da gestão em geral deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas como esta proposta pelo COSEMS-RJ. O compromisso da consolidação desta estratégia de “Apoio Regional” se faz necessário tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em usufruir dos serviços de saúde que se apresentam com resolutividade e eficácia, parâmetros necessários para estabelecer uma assistência eficiente e com qualidade no SUS.

A presença do apoiador na região oferece uma posição privilegiada que o capacita a horizontalizar os problemas locais, permitindo que as dificuldades apresentadas por um gestor possam servir de exemplos para outros e que estes sejam prevenidos e, a partir daí, busquem soluções em conjunto. Segundo um dos secretários, “o apoiador regional é como o interlocutor de um grupo de ajuda mútua como os alcoólicos anônimos, todos ali têm basicamente os mesmos dilemas, porém com uma boa interlocução, podemos nos autoajudar e, como grupo, nos sentirmos mais fortes”.

Para outro secretário entrevistado:

*[...] o projeto apoiadores regionais vem sendo um canal eficiente tanto para levar informações às regiões sobre as pactuações do SUS, como para trazer resultados das discussões regionais, garantindo assim uma troca de informações que se mostra extremamente valiosa para as políticas de saúde. Por isso, torna-se necessário que os apoiadores realmente conheçam a região em que militam, identificando as desigualdades e principais necessidades, tornando-se papel preponderante de cada um deles a busca junto aos gestores, de soluções dos problemas identificados e a partilha de tais soluções em âmbito regional, de forma que possam contribuir para o aperfeiçoamento da gestão da saúde pública.*

Ou ainda:

*O apoiador regional possibilita a aproximação entre as regiões, comparando as soluções dadas em outras regiões diante dos problemas que muitas vezes são comuns. Esta ação facilita muito o trabalho dos gestores. Além da orientação em questões próprias das secretarias, os apoiadores colaboram muito na interlocução*

*de problemas com a SES. Fazendo com que nossas dificuldades possam ser resolvidas com mais agilidade.*

Outro fator que valoriza o desenvolvimento do projeto é a sensação da proximidade institucional do COSEMS-RJ, que transparece claramente na opinião de outro secretário:

*Após a implantação do projeto “Apoiadores Regionais”, os gestores municipais e as regiões de saúde têm comprovado a importância do suporte do COSEMS-RJ para o fortalecimento das discussões, pactuações e interface junto à gestão estadual. O conhecimento técnico trazido pelos apoiadores enriquece as reuniões e os gestores passam a ter uma referência do COSEMS-RJ mais próxima e mais presente.*

Somadas a estas qualidades técnicas, aparecem também nos depoimentos qualidades políticas como, por exemplo: “O projeto ‘Apoiadores Regionais’ pode contribuir para o aperfeiçoamento da gestão da saúde pública nas regiões, junto com o vice-presidente regional, unificando a fala do colegiado de secretários e lutando pelo fortalecimento da região”.

Justificativas mais que evidentes da pertinência desta estratégia, neste momento, são a maneira de exercitar a integração e a solidariedade entre os gestores, expressas por uma secretária:

*[...] pude ter a confirmação que o apoiador é de extrema importância para trazer até nós o que a realidade às vezes dificulta, como por exemplo, o que antes ficava restrito a poucos hoje o apoiador transforma em ações conjuntas e com um grupo*

*articulado, construindo estratégias que tornem a implementação do Sistema Único de Saúde um processo vivo e qualificado.*

Ou então apontando certas qualidades e especificidades que valorizam o trabalho do apoiador regional, pois enxergam que estes:

*[...] atuam como os principais auxiliares na condução da saúde pública municipal, pois o conhecimento e participação deles tornaram-se fundamentais para os novos gestores, que encontram uma gama enorme de dificuldades e informações novas e que, por conseguinte, os apoiadores são fundamentais para o entendimento da gestão pública, para a qualificação regional na relação tripartite a respeito da Lei 141.*

#### **b) Resultado efetivo na aproximação interinstitucional**

Além de algumas opiniões sobre esta questão já terem sido colocadas no item anterior, aqui, esta sensação, aparece com mais evidência. “Com certeza, os apoiadores regionais são os laços mais próximos entre o COSEMS-RJ e os municípios”, ou “a discussão regionalizada e balizada por alguém que atua como um moderador (o apoiador) fortalece a ação em grupo e com isso, em última análise, fortalece o grupo maior que é o COSEMS-RJ”. E, para completar em termos de entendimento desta questão, sinaliza a importância desta aproximação almejada e conquistada pelo projeto: “Sim, pois uma região não é semelhante à outra, o que possibilita o COSEMS-RJ ter melhor visão dos problemas de cada uma”.

Em continuidade à sensação explorada pela questão acima, a opinião de um secretário soma-se aos objetivos inicialmente traçados para implantar o projeto.

*Os apoiadores regionais buscam proporcionar e ampliar a articulação entre os gestores da região tornando-se uma efetiva ligação, diminuindo distâncias entre os mesmos e, conseqüentemente, fazendo uma importante articulação entre o espaço regional e o COSEMS-RJ. Partindo da premissa de que os apoiadores têm conhecimento das semelhanças e diferenças existentes entre os municípios, suas atuações junto aos secretários possibilitam a esses se aproximarem das diretrizes e ideias da diretoria do COSEMS-RJ. Assim sendo, a construção da agenda dos apoiadores deve estar sintonizada com a da entidade com as diretrizes da diretoria e com o planejamento desta.*

E mais afirmativo ainda: “Com certeza! Como dito antes, agora sentimos o COSEMS-RJ próximo dos gestores”, mas apontam para situações já identificadas anteriormente na reflexão dos apoiadores, como por exemplo, na resposta à indagação acima sobre a aproximação mais efetiva do COSEMS-RJ com as secretarias: “Sim! Desde que as iniciativas respeitem a fala do vice-presidente regional e atuem em consenso na plenária da CIR. É um somatório de forças”.

### **c) Perspectivas para o aprimoramento do Apoio**

Nas respostas a esta questão aparecem prioritariamente a necessidade de que a instituição fortaleça e implemente esta estratégia, sensação deixada clara por uma das secretárias, quando sugere que as articulações desempenhadas pelo apoiador regional “aconteçam mais vezes”, ou então, levando em consideração os desafios colocados pela organização dos serviços oferecidos aos seus munícipes e as atuais carências técnicas das gestões apontam como sugestão a “ampliação do apoio regional com foco no monitoramento, controle e avaliação”.

A importância do depoimento a seguir privilegia o desempenho dos apoiadores, não só qualificando sua atuação na região, como também aponta para sugestões para tornar mais presente o acompanhamento do dia a dia da gestão. Inicialmente coloca que:

*[...] gostaria de ressaltar que o Projeto “Apoiadores Regionais” vem beneficiando expressivamente a nossa região por meio de um representante competente e com conhecimento técnico designado para a região. Entendemos que de maneira alguma seria possível, para o apoiador, fazer apoio individual constante para os municípios. Entendemos também que cada município, apesar de pertencer a uma região com características socioeconômicas semelhantes, possui inúmeras particularidades que, enquanto não discutidas com o objetivo de uma solução regionalizada, torna-se obstáculo a uma boa administração e, conseqüentemente, a um bom atendimento à população.*

A seguir pontua:

*Diante do exposto, a título de contribuição, gostaríamos de sugerir uma maior infraestrutura de trabalho aos Apoiadores. Seria interessante também que os Apoiadores pudessem estabelecer Fóruns de discussões quinzenais, com ampla divulgação, onde os municípios, por meio de representantes das Secretarias de Saúde, teriam a oportunidade de, on line, apresentar suas particularidades, dificuldades e sugestões, contribuindo para uma região mais coesa e participativa, inclusive dando oportunidade ao próprio apoiador de conhecer melhor a região que apoia e de certa forma intensificar a articulação dos municípios com o COSEMS-RJ.*

Ou então, na opinião de outro secretário: “Sugiro um encontro, nos moldes de fórum, abordando o perfil histórico da região para ampliar e amadurecer o entendimento das políticas públicas de saúde do estado e região”.

Continuando no campo das sugestões feitas pelos secretários, conseguiu-se sistematizar outras opiniões com conteúdos importantes para uma posterior avaliação que se fará do projeto:

*Acredito que os nossos apoiadores estão fazendo um grande trabalho, mas aprimoramento é sempre necessário e, através de oficinas de capacitação e de troca de experiências concretas, como por exemplo: recebermos de tempos em tempo a visita de apoiadores de outras regiões para que possam trazer e levar experiências diversas.*

Ou ainda: “realizar visitas agendadas nos municípios de forma individual”. Muito semelhante ao de outra secretária: “Assim como todos nós, os apoiadores devem ser sempre capacitados de tempos em tempos, para que nos possam auxiliar cada vez mais”.

Como já citado nos desafios opinados pelos apoiadores, o entendimento deste secretário é muito semelhante e pertinente, pois contextualiza a sensação da importância de um apoiador ser residente no território de atuação: “como os apoiadores não vivem o dia a dia da ponta do serviço e não têm contato direto com os cidadãos que necessitam dos serviços da gestão pública, sugiro que, dentro do possível, os apoiadores sejam da região ou a conheçam melhor sua realidade”.

Para finalizar, nada mais consistente do que reproduzir neste espaço o entendimento de quem militou nas duas funções, ou seja, já foi

secretária de um importante município fluminense e posteriormente exerceu a função de apoiadora regional.

*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 7508/2011 e a Lei Complementar nº 141/2012, 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 “Apoiadores 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 governo. Sou apoiadora de duas regiões e acredito que o fato de estarmos começando essa experiência juntamente com a maioria dos secretários(as), já que muitos estão iniciando seus mandatos, tenho 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 LAPPIS (Fontoura, 2013).*

## Referências

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.

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

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

FONTOURA, P. R. S. Apoiadores regionais: a experiência do estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R. et al. (orgs.), *Apoiadores regionais: uma experiência regional*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2013.

FRANCO, T. B. et al. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S. et al. (orgs.), *Tecendo redes. Os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS: a experiência de Volta Redonda (RJ)*. São Paulo: Hucitec, 2012.

GASPARIN, J. L. *Uma didática para a pedagogia histórico-crítica*. 4ª ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

## 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 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 Saúde do Estado do Rio de Janeiro.

No Estado do Rio de Janeiro, o processo foi iniciado com a adesão da Secretaria de Estado da Saúde (SES-RJ) ao Pacto pela Saúde, em 2007, reafirmando o compromisso dos gestores para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. No mesmo ano, foi implantado o Programa Saúde na Área, pela SES-RJ, quando a regionalização ganhou força. Essa iniciativa possibilitou maior aproximação com os gestores, já que o Secretário de Estado, com sua equipe, foi até os municípios para conhecer a situação de saúde de cada um. A finalidade era estabelecer uma relação mais próxima entre os gestores municipais e os profissionais da SES-RJ, caracterizando uma nova forma de gestão.

Quando o então Secretário Sérgio Côrtes idealizou o Programa Saúde na Área, definindo a ida aos municípios, não foi apenas uma visita; na ocasião iniciou-se um processo de trabalho conjunto pautado pela presença mais constante da SES-RJ nas regiões.

Em 2009, foram realizados pela SES-RJ, em parceria com o COSEMS e o CES, eventos de integração entre os gestores e controle social, como a Acolhida aos Secretários Municipais de Saúde, Oficinas de Regionalização e Seminários de Planejamento Regional. Foi elaborado pela SES-RJ o *Caderno de Informações em Saúde/2009*, que subsidiou todo o processo de regionalização. Em reunião da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no mesmo ano, e a partir da Deliberação nº 1.452, as regiões de saúde foram reafirmadas e os Colegiados de Gestão Regional (CGR) implantados, chamados atualmente de

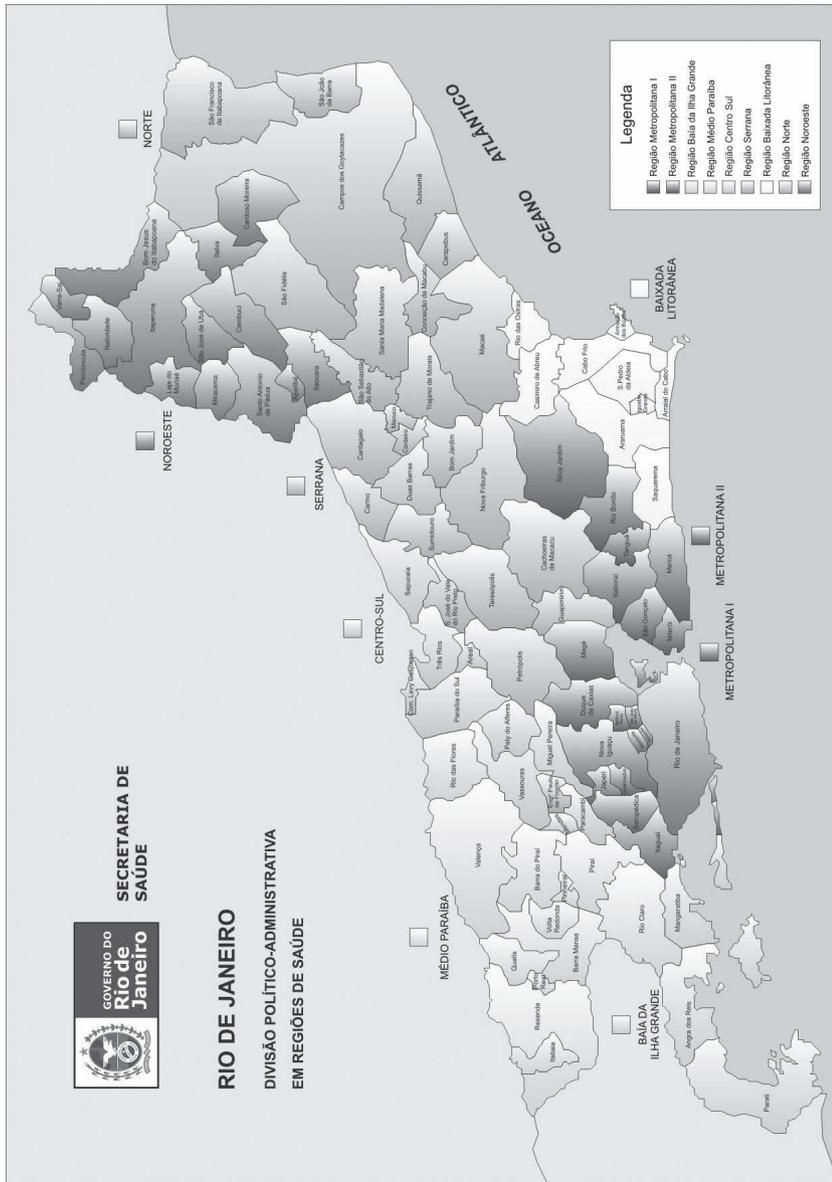
Comissões Intergestores Regionais (CIR), por determinação do Decreto Presidencial nº 7.508/11.

As CIRs têm reuniões ordinárias, que acontecem uma vez por mês, quando os gestores estadual, municipais e apoiadores do COSEMS se encontram, para debater os problemas de saúde e pactuar soluções, garantindo uma organicidade ao processo focado nas respectivas regiões. Esse fórum promoveu e fortaleceu a integração e articulação entre os entes. Avançou de tal forma que há uma liderança conjunta.

A SES-RJ instituiu a Assessoria de Integração Regional (AIR) para apoiar o processo de regionalização. A AIR tem entre suas atribuições a responsabilidade de organizar as reuniões das CIRs, câmaras técnicas e grupos técnicos. Faz o *link* entre as áreas técnicas da SES e os fóruns regionais oriundos das comissões bipartites regionais.

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.

**Descrição das regiões de saúde segundo - PDR - 2013**



**BIG – Bahia da Ilha Grande**

Localizado ao sul do estado, no limite com o Estado de São Paulo, a região é formada por três municípios – Angra dos Reis, Mangaratiba e Paraty. A população residente corresponde a apenas 1,57% do total do estado. As densidades demográficas são baixas, ainda que bastante heterogêneas nos municípios, variando de 41,88 a 214,64 hab./Km<sup>2</sup>; porém, nas temporadas turísticas, a Região recebe uma população flutuante, podendo gerar maiores demandas de atendimento à saúde. É a única região do estado a possuir terras reconhecidamente indígenas fazendo parte de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

**BL – Baixada Litorânea**

Localizada no limite com a Região Metropolitana II, a Região da Baixada Litorânea corresponde a aproximadamente 6,2% da área total do Estado do Rio de Janeiro e concentra 4,41% de sua população, com densidade demográfica média abaixo do padrão estadual. É formada por nove municípios: Araruama, Armação de Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Rio das Ostras, Iguaba Grande, São Pedro da Aldeia e Saquarema. A densidade demográfica varia de 81,03 em Casimiro de Abreu a 507,14 em Rio das Ostras. A região apresenta 264,30 hab./Km<sup>2</sup>, menor que a densidade demográfica do estado, de 370,75 hab./Km<sup>2</sup>.

**CS – Centro Sul**

A região é composta por 11 municípios – Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras –, com um total de 323.097 habitantes. Com exceção de Três Rios, todos os outros municípios possuem menos de 50.000

habitantes. As densidades demográficas são baixas em relação à média estadual, destacando-se Paracambi e Vassouras, com densidades demográficas acima de 200 hab/Km<sup>2</sup>, sendo 267,83 e 239,98 hab/Km<sup>2</sup>, respectivamente. A população residente na região corresponde a 1,99% da população do estado.

### ***MP – Médio Paraíba***

A Região do Médio Paraíba é formada por 12 municípios: Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença e Volta Redonda. Representa 14,14% da área total do Estado do Rio de Janeiro e 5,33% de sua população total. Apesar de relativamente pouco expressivas em extensão, as áreas urbanas formam um conjunto de núcleos de médio e grande porte, que têm sua base produtiva relacionada a atividades diversas apoiadas, sobretudo num parque industrial que a coloca na segunda posição em termos de desenvolvimento econômico no estado.

### ***MI – Metropolitana I***

A Região Metropolitana I está localizada entre as regiões do Médio Paraíba, Centro-Sul Fluminense e Serrana, sendo formada por 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, São João do Meriti, Seropédica e Rio de Janeiro. Corresponde a 5,16% da área total do Estado do Rio de Janeiro e abriga cerca de 61,50% de sua população, com altas densidades demográficas, constituindo espaço de pressão social em virtude de um crescimento econômico nem sempre acompanhado pelo atendimento das necessidades básicas da população. Destaca-se nesta região a capital do estado. A distribuição desigual dos serviços e equipamentos urbanos, a crescente demanda por habitações,

acompanhadas do aumento de submoradias e da expansão de favelas, a intensa degradação ambiental e o esgotamento dos recursos naturais, a marginalidade, o desemprego e a exclusão social são características desse processo.

### ***MII – Metropolitana II***

Limitada pelas regiões da Baixada Litorânea e Serrana, a Região Metropolitana II representa 6,2% da área do estado e é composta por sete municípios: Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Sua população representa 12,07% da população total do Estado do Rio de Janeiro. Estando muito próxima dos grandes centros urbanos da região Metropolitana I e possuindo localidades de também intensa urbanização, como Niterói e São Gonçalo, a região Metropolitana II tem amplo potencial de crescimento econômico. Está próxima dos grandes centros de consumo, possui áreas livres para atração de investimentos, disponibilidade de malha viária estadual e federal, e alguns de seus municípios mais preservados em termos ambientais apresentam potencial de crescimento do turismo receptivo, como Maricá, Rio Bonito e Silva Jardim, que têm na agropecuária uma das principais atividades econômicas. Existe uma variabilidade intermunicipal considerável na estrutura demográfica; a concentração da população no território da Região Metropolitana II supera a média estadual, observando densidades demográficas elevadas em Niterói e Rio Bonito, de 3.672,94 e 4.102,25 hab/Km<sup>2</sup>.

### ***NO – Noroeste***

A Região Noroeste faz limite com os estados de Minas Gerais e Espírito Santo, e as regiões Norte e Serrana. Corresponde a cerca de 10% da área total do Estado do Rio de Janeiro e é composta por 14

municípios: Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá e Varre-Sai, que possuem as maiores distâncias da capital do estado. A população do Noroeste corresponde a apenas 2,05% do total do estado, a despeito de sua extensão territorial. É a região com menor densidade demográfica do estado (56,48 hab/Km<sup>2</sup>), sendo muito baixas entre os municípios, especialmente em Cambuci, Cardoso Moreira e São José de Ubá, onde não chegam a 30 habitantes por km<sup>2</sup>. Dos 14 municípios, nenhum possui mais de 100.000 habitantes, sendo que três possuem menos de 10.000 habitantes.

#### **N – Norte**

Localizada entre o Estado do Espírito Santo e as regiões Noroeste, Serrana e Baixada Litorânea, a região Norte é formada por oito municípios e corresponde a 21% da área total do Estado do Rio de Janeiro, sendo eles: Campos de Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana e São João da Barra. Somente o município de Campos equivale a 44% da região. Seus municípios se localizam a distâncias consideráveis da capital do estado, em especial São Francisco do Itabapoana e São João da Barra. Vem sendo impactado na última década pela atividade de extração de petróleo e gás natural da Bacia de Campos, sofrendo visível aumento demográfico (especialmente urbano). Os municípios de maior destaque quanto ao crescimento populacional foram Carapebus, Macaé e Quissamã. São João da Barra apresenta a terceira maior densidade demográfica da região e, com a implantação de um porto marítimo de grande porte para processamento e exportação de minério de ferro

(Porto do Açú), tende a se expandir pela atração de mão de obra e a dinamização do setor habitacional.

#### **S - Serrana**

A região Serrana representa 18,9% da área total do Estado do Rio de Janeiro, sendo constituída por municípios de clima ameno, com elevadas altitudes em sua maioria e localizados a distâncias medianas da capital. Seus 16 municípios – Bom Jardim, Cachoeiras 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 Morais – totalizam 922.396 habitantes, representando 5,68% da população total do estado. A densidade demográfica média equivale a menos de um terço da média estadual, variando de 12,64 hab/Km<sup>2</sup> em Santa Maria Madalena a 373,45 hab/Km<sup>2</sup> em Petrópolis.

A regionalização no estado tem sido construída de forma coletiva, com a participação das esferas de gestão do SUS, controle social e diversos atores. Imbuídos do espírito de potencializar os esforços conjuntos, documentando e divulgando esse processo, a *Revista do COSEMS-RJ* lançou uma série especial sobre regionalização. Artigos foram publicados durante o ano de 2012, produtos dos trabalhos dos apoiadores e equipe de comunicação do COSEMS-RJ e de entrevistas com os gestores municipais e estadual, e também com técnicos das Secretarias de Saúde do Rio de Janeiro.

Hoje estamos colhendo bons frutos desse processo. A governança regional possibilitou, entre outras ações, a revisão global e pactuação da PPI em 2011. Esse trabalho teve como base as discussões regionais iniciadas em 2009, quando os problemas de saúde, as necessidades de

acesso aos serviços e as proposições para melhoria foram debatidos. No processo houve o desenvolvimento da metodologia para definir as referências dos serviços de média e alta complexidade e a capacitação dos técnicos da SES e dos municípios para utilização da ferramenta escolhida – o SISPPI.

Outro ganho importante com a implantação das CIRs tem sido a construção das redes regionais de atenção à saúde, as temáticas do Ministério da Saúde – Cegonha, Urgência e Emergência, Psicossocial e de Cuidados a Pessoas com Deficiências – e as demais, como a cardiovascular, oncológica, entre outras.

O Decreto nº 7.508 traz um ganho significativo para a consolidação do processo de regionalização, particularmente em relação ao Pacto pela Saúde. A adesão ao Pacto era por parte de cada município. O Decreto institui o Contrato *Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP)*, que pressupõe um contrato para cada região. A descentralização por meio da municipalização, com a Norma Operacional Básica 91, foi muito intensa e necessária. No entanto, criou um isolamento dos municípios, que passaram a conversar diretamente com o Ministério da Saúde, ficando a gestão estadual à parte. Além disso, alguns municípios não conseguiam suprir suas demandas, principalmente em relação ao financiamento para as ações de saúde e alocação de profissionais nas unidades. O problema persiste, por isso não é econômico sobrepor ofertas de serviços, gerando desperdício.

A regionalização tem como sua principal missão promover a gestão solidária entre os municípios. Visa incentivar a complementaridade dos serviços de saúde, integrar as ações de vigilância e educação, promover o aprimoramento da gestão do trabalho, de forma que seja constituída uma verdadeira Região de Saúde, que possibilite a melhoria da situação de saúde da população.

## PARTE II

# Experiências regionais e interfederativas de apoio: construindo estratégias de fortalecimento da gestão regional do SUS

# **O apoio integrado como dispositivo de cooperação federal a 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). Endereço eletrônico: 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-

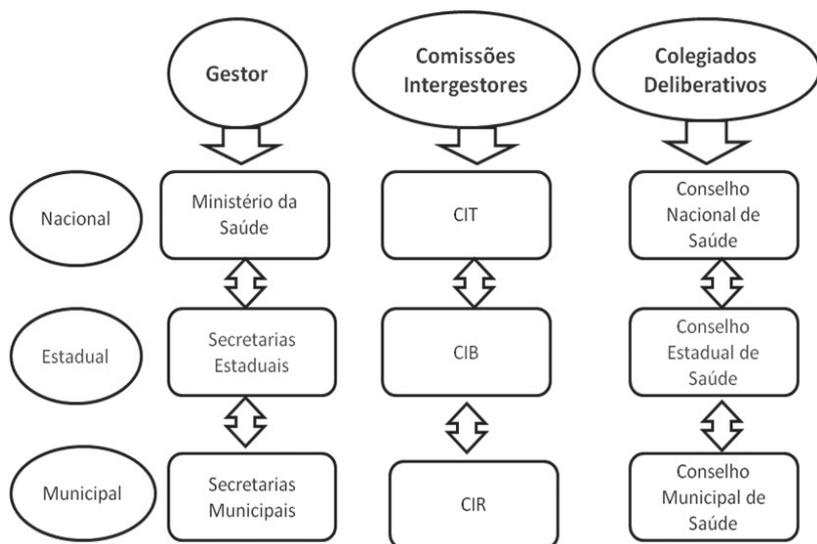
mentação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002), instrumento de política que pretendia estimular a regionalização da assistência através da organização de sistemas microrregionais de saúde, capazes de garantir economia de escala na compra de insumos e a integralidade da atenção, a partir 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 experimentar 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, fomente 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.

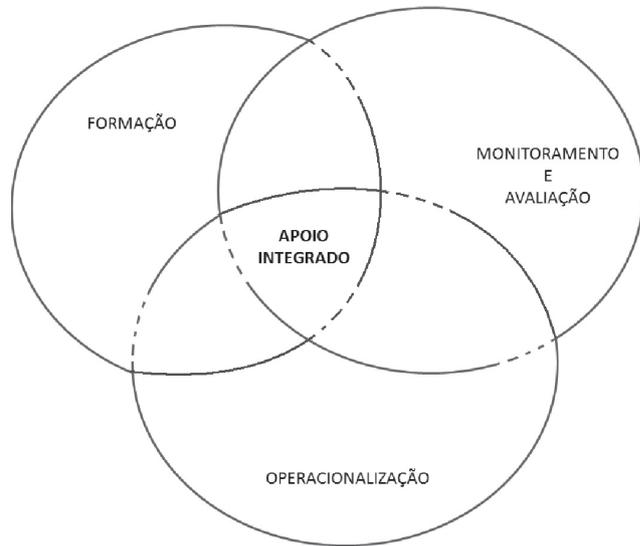
A agenda do apoio integrado deve respeitar as competências dos gestores das três esferas de governo, lembrando que a ação federal deverá buscar articular-se com a gestão estadual, coordenadora do sistema no seu âmbito, para fortalecer a ação federal/estadual/municipal, na implementação das Políticas 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

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

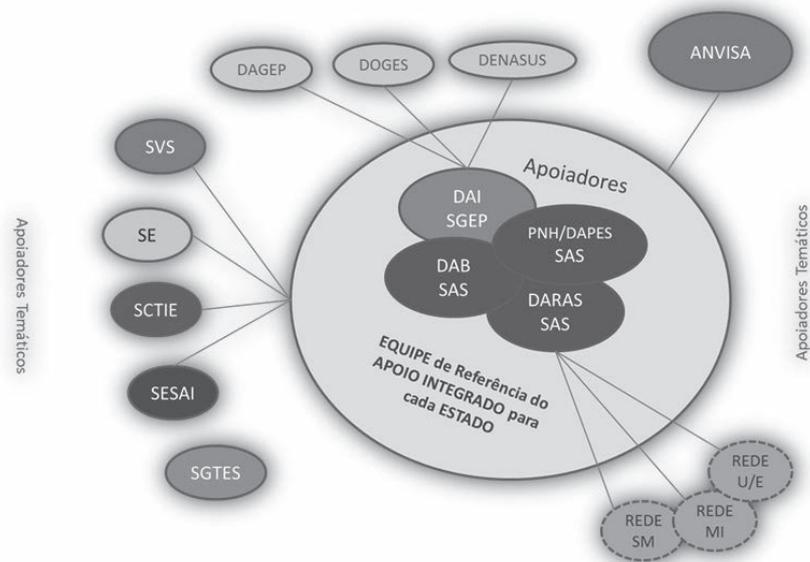
Fonte: Adaptado do *Caderno de Diretrizes do Apoio Integrado* (Ministério da Saúde, 2011).

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 ao fortalecimento da 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@cosemmsg.org.br

\*\* Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte-MG; coordenadora da Assessoria Técnica do COSEMS-MG. E-mail: paola@cosemmsg.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, 76<sup>1</sup> 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 às SES a responsabilidade pela coordenação e pactuação, com vistas à organização de redes de assistência resolutivas, foi desenhado o

<sup>1</sup> 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,<sup>2</sup> 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 76<sup>3</sup> microrregiões. Sua revisão, em novembro de 2011, manteve o mesmo número de macrorregiões e passou para 77<sup>4</sup> microrregiões, incluindo a micro de João Pinheiro. Atendendo ao disposto no Decreto n° 7.508/2011<sup>5</sup>, em agosto de 2012<sup>6</sup> a CIB/SUS-MG

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

<sup>3</sup> De acordo com o PDR vigente até 31 de dezembro de 2011.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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; Rede de Saúde Mental e Rede de Saúde Bucal.

As primeiras comissões bipartites no espaço regional, CIB Regional (CIB-R), de Minas Gerais foram instituídas em 1993<sup>7</sup>. 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,<sup>8</sup> 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,<sup>9</sup> 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

<sup>7</sup> Instituídas pela Resolução n° 637/SES-MG, de 25 de junho de 1993.

<sup>8</sup> Alterada pela deliberação CIB-MG 007, de 1º de março de 1999.

<sup>9</sup> Com a Deliberação CIB/SUS-MG n° 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 2007<sup>10</sup> definiu-se que as CIBs Micro são os Colegiados de Gestão Regional (CGR)

<sup>10</sup> 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,<sup>11</sup> em agosto de 2012,<sup>12</sup> 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 ao fortalecimento da 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

<sup>11</sup> Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, já citado.

<sup>12</sup> 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 dentre o espectro de opções compatíveis com seus propósitos e recursos e factíveis com as restrições do contexto.

### **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; 16) Percentual de comparecimento dos gestores indicados pelos COSEMS Regionais no curso “De Repente... Gestor”; e 17) Percentual de certificação dos gestores inscritos indicados pelos COSEMS Regionais nos cursos “EAD COSEMS-MG”.

### ***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, no processo de pactuação nas 77 (setenta e sete) regiões de saúde.

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 específica<sup>13</sup> 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.

A 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,<sup>14</sup> no momento de implantação do projeto, a área responsável pela coordenação das GRS centralizada

<sup>13</sup> 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.

<sup>14</sup> 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.<sup>15</sup> 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. Por fim, o Fórum Regional de discussão e contextualização, mediado

<sup>15</sup> As Comissões Intergestores Regionais à época - CIB Micro e Macro.

pelo Apoiador do território, permite também a comunicação ágil no espaço geográfico que abrange os COSEMS Regionais.

***Nova conformação dos COSEMS Regionais, revisão do Regimento Interno da CIR e CIRA, custeio deslocamento e alimentação para participação dos gestores municipais nas reuniões regionais, Boletim Informativo e Recado do COSEMS – ações institucionais a partir de 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.

- *Ações de comunicação com o Boletim Informativo e o Recado do COSEMS-MG:* por reconhecer a importância da dispersão e contextualização de informações essenciais para que os gestores municipais de saúde estejam embasados nas tomadas de decisão do dia a dia, o COSEMS-MG lançou no primeiro semestre de 2014, estas duas importantes ferramentas de comunicação. O *Boletim*, que funciona como um *e-mail marketing*, enviado duas vezes por semana (terça e quinta-feira) para todos os *e-mails* cadastrados no sistema de logística do COSEMS-MG e instituições parceiras. A publicação tem como objetivo disseminar informações aos gestores municipais e parceiros, além de fornecer novidades que também irão ajudar os gestores na condução da pasta da Saúde. O *Boletim* é composto do resumo das principais notícias da semana e informações

sobre prazos a serem cumpridos. A outra estratégia é o *Recado do COSEMS-MG*. Vídeos são lançados quinzenalmente no site <www.cosemsg.org.br>, com o objetivo de também alertar sobre prazos e informações essenciais para o trabalho desses profissionais que lidam com a ponta do SUS.

### **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,<sup>16</sup> 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,<sup>17</sup> 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 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

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

<sup>17</sup> 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.

de 2011 utilizou recursos de incentivo dos CGR,<sup>18</sup> 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 e ou Termo de Metas<sup>19</sup> 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.

<sup>18</sup> A Portaria n° 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.

<sup>19</sup> Decreto n°45.468, de 13 de setembro de 2010, que dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo fundo estadual de saúde.

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,<sup>20</sup> 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;

<sup>20</sup> 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 a partir de 2013, com a nova conformação

dos COSEMS Regionais, revisão do regimento interno da CIR e CIRA, custeio deslocamento e alimentação para participação dos gestores municipais na CIR, CIRA e COSEMS Regional, além de ações de comunicação com o *Boletim Informativo* e o *Recado do COSEMS-MG*.

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 n.º 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 n.º 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 n.º 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.cosemsg.org.br](http://www.cosemsg.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](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://bvsms.saude.gov.br/bvs/descentralizacao/cibs/pdf/projeto\\_cibs.pdf](http://bvsms.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

\* Ex-presidente do COSEMS-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 de 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:*<sup>1</sup> apresentação das equipes de apoio central e dos tutores regionais nas primeiras reuniões das CIR; 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 Intergestoras 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

<sup>1</sup> As atividades desenvolvidas pelos tutores regionais têm como prioridade as bases legais para a saúde no país, com ênfase para a regulamentação da Lei n° 8.080/90, através do Decreto Federal n° 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, foram cinco apoiadores descentralizados, distribuídos pelas dez Regiões de Saúde do estado, sendo um para cada duas Comissões Intergestoras Regionais. A partir de 2014, com a continuidade do convênio com a SESAU, o número de apoiadores foi 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. 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 CIR, em artigo publicado na *Revista do Conselho*, de fevereiro de 2013.

*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 a 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 vãos pensam 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 Intergestoras 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, 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 e 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.

## Referências

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](http://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 CHIORO  
DOS REIS\*

ELAINE MARIA GIANOTTI\*\*

LUMENA ALMEIDA CASTRO  
FURTADO\*\*\*

MÁRCIA MARINHO TUBONE<sup>+</sup>

FLORIANO NUNO DE BARROS  
PEREIRA FILHO<sup>++</sup>

MARIA DO CARMO CABRAL  
CARPINTERO<sup>+++</sup>

### **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

\* Ministro da Saúde e ex-presidente do COSEMS-SP.

\*\* Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DERAC), SAS-MS.

\*\*\* Assessora Especial do Ministro da Saúde.

<sup>+</sup> Assessora Especial do Ministro da Saúde.

<sup>++</sup> Assessor técnico do COSEMS-SP.

<sup>+++</sup> Assessora e 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 evidência; 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 evidência 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 devir 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 reinventando 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 trilha 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 a 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 à 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 CIBs e CIRs. 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 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,

realizado de 7 a 10 de julho de 2013, em Brasília, teve 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, promovendo o compartilhamento da gestão, necessário a sua efetividade.

## PARTE III

### Cartas

## 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 custas 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.



Os Secretários Municipais de Saúde, reunidos no IV Congresso de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, nos dias 8 e 9 de junho de 2013, no distrito de Itaipava, no município fluminense de Petrópolis, reiteram através do presente documento, sua posição na defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como política de Estado e seu compromisso com a saúde de todos os cidadãos fluminenses.

Em consonância com a atual conjuntura política que vive o SUS no estado do Rio de Janeiro, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro (Cosems RJ) tem contribuído marcadamente no aprimoramento da saúde pública, buscando mobilizar a sociedade para mudanças que contribuam na melhoria da qualidade de vida e no avanço da construção coletiva do direito à saúde.

Neste momento de intensa transição política em que a maioria dos municípios conta com novos prefeitos e gestores de saúde, o Cosems RJ mobiliza os novos secretários de saúde fluminenses no sentido de todos reafirmarmos nossos compromissos com a defesa das seguintes propostas:

- Sustentar o SUS na consolidação de um sistema público, eficiente e de qualidade, alicerçado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde, comprometido com a defesa da vida;
- Fortalecer o processo de consolidação do SUS nas relações interfederativas, rejeitando toda forma de competição entre entes federados pela prestação de serviços de saúde e disputa de recursos federais para a assistência à saúde;
- Garantir a ampliação de um financiamento definitivo e sustentável para o SUS, mobilizando a sociedade para buscar a aprovação pelo Congresso Nacional do projeto de lei que assegura o repasse efetivo e integral de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde pública;
- Reforçar estratégias decisivas e consistentes junto ao governo do estado do Rio de Janeiro, de ampliação dos gastos em saúde, priorizando o cofinanciamento, na modalidade fundo a fundo, das políticas de saúde implementadas pelos municípios fluminenses tais como atenção básica, regulação, urgência/emergência, transporte sanitário e saúde mental, entre outras;
- Aprofundar a discussão quanto aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), que subordina a responsabilidade sanitária dos gestores do SUS à esta legislação;
- Garantir a Atenção Básica como ordenadora do sistema, conforme legislação vigente, buscando a construção de uma Política Estadual de Atenção Básica, incluindo a ampliação e fortalecimento do cofinanciamento estadual da Atenção Básica por meio de transferências regulares fundo a fundo a todos os municípios;
- Reforçar a valorização do trabalho multidisciplinar, estimulando a expansão e qualificação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs);
- Consolidar o SUS no Estado e definir as responsabilidades e compromissos de cada um dos entes federados, por meio da celebração do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) nas nove regiões de saúde fluminenses;
- Fortalecer o processo de descentralização e regionalização solidária a partir da valorização da atuação política, administrativa e técnica das Comissões Intergestores Regionais (CIR), visando consolidar as Regiões de Saúde e implantar as Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS);
- 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 CIR;
- Incentivar, aprimorar e universalizar, para todas as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, com garantia de financiamento, o processo de construção das Redes Temáticas de Saúde – Urgência/Emergência, Cegonha, Psicossocial, Pessoa com Deficiência, Doenças Crônicas e outras que venham a ser priorizadas, respeitando as pactuações regionais e os dispositivos do Decreto nº 7.508/2011;
- Apoiar o Ministério da Saúde (MS) no enfrentamento de desafios como o de prover o SUS da quantidade necessária de Profissionais de Saúde, principalmente médicos, em todas as regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro;
- Trabalhar junto à SES RJ e ao MS para implementar ações efetivas para o fortalecimento da força de trabalho em saúde, em especial do profissional médico, bem como a introdução de mecanismos para qualificação, fixação, alocação e interiorização de profissionais, visando a construção de carreiras públicas no SUS;
- Priorizar a implementação de diferentes processos de educação permanente em saúde para os profissionais de saúde,

em especial os da Atenção Básica, gestores, trabalhadores e conselheiros valorizando o espaço do serviço e do território como locais de aprendizado e que permitam avançar na adesão destes ao processo de consolidação do SUS;

- Promover e participar ativamente de discussões que visem a instituição de uma estratégia estadual e regional para a Gestão do Trabalho na Atenção Básica;

- 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;

- 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;

- Rever o teto financeiro do estado do Rio de Janeiro, em conjunto com a SES RJ, e a partir da programação efetivada com a atual PPI em curso, para possibilitar um aumento real;

- Garantir que a integralidade da atenção seja realizada por meio do exercício da direção única sobre os 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;

- Assegurar a regulação das relações público-privadas para conformação das redes regionalizadas de atenção à saúde, orientadas pela lógica pública e pelas necessidades da população;

- Pactuar a implantação da Política Estadual de Regulação da Atenção à Saúde assegurando a descentralização das Centrais de Regulação da SES RJ e o estabelecimento da cogestão com as Centrais Municipais, com o apoio técnico e financeiro da SES RJ e MS, garantindo que todos os serviços da região, vinculados ao SUS, operem em estrito atendimento à pactuação e regulação regional;

- Desenvolver estratégias de fortalecimento do controle e participação social por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde;

- Garantir ao estado do Rio de Janeiro uma Política de Informação e Informática em Saúde, tendo como prioridade a construção de uma infraestrutura de tecnologia, comunicação e conectividade, a adoção de soluções de informática e a capacitação de recursos humanos, com vistas a integração em rede de todas as unidades de saúde, da implantação do Registro Eletrônico em Saúde, do desenvolvimento e da implantação de sistemas integrados de informação, gestão e de aquisição de insumos, medicamentos e correlatos, em especial e-SUS AB e Sistema Hórus;

- Garantir a aprovação de 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 entes; a otimização da aplicação dos recursos disponíveis; o acompanhamento e a assessoria contínua às

gestões municipais e implementar a capacitação de recursos humanos para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica, entre outros;

- Garantir no âmbito estadual, junto à SES RJ e MS, a universalização dos investimentos do Eixo Estrutura do Qualificar SUS;

- Aperfeiçoar o modelo de gestão compartilhada 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 ampliar a criação de maior número de polos descentralizados e garantir o funcionamento de todos de maneira uniforme e adequada a uma lógica regionalizada;

- 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;

- Criação de 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;

- Estruturar e regulamentar a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica, com o objetivo de implementar os ditames da nova Lei 12.401/2011, que estabelece a ação suplementar de estados e municípios na definição da lista de medicamentos do SUS, de forma a subsidiar a elaboração dos elencos regionais de medicamentos, priorizando o Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (COAP);

- Incentivar a adesão e o uso do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Sistema Hórus) por todos os municípios do estado do Rio de Janeiro visando ao atendimento da Portaria 271/2013;

- Promover o intercâmbio e a divulgação de experiências municipais que fortaleçam os princípios do SUS, o papel do gestor e seu compromisso com o controle social;

- Fortalecer a articulação com o Movimento dos Prefeitos, com o Legislativo, Ministério Público, Judiciário e com a imprensa para a consolidação do SUS como Política Pública inclusiva e de qualidade para todos os brasileiros;

- Fortalecer o Cosems RJ para a luta intransigente dos interesses dos gestores municipais pautada em nosso compromisso com o SUS e no respeito e autonomia dos municípios na perspectiva de um pacto federativo efetivo e solidário;

- Consolidar o modelo de financiamento do Cosems RJ, institucionalizado pela Lei 12.466, de 24/08/2011, mediante cessão de crédito, instituído pela Portaria GM/MS nº 220 de 30 de janeiro de 2007, inclusive para a estratégia dos apoiadores regionais.

# 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 intersetorialidade e na construção de políticas públicas integradas;
- Estimular a intersetorialidade por meio da formação de câmaras intersetoriais 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 à 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 intercessor 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 técnico-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 (RAQ) - e de gestão do SUS.

