



UFRR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE-PROCISA**

SIMONE LOPES DE ALMEIDA

**GESTÃO DA SAÚDE E POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA AMAZÔNIA
BRASILEIRA**

Boa Vista, RR
2013

SIMONE LOPES DE ALMEIDA

**GESTÃO DA SAÚDE E POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA AMAZÔNIA
BRASILEIRA**

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Roraima como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de pesquisa: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.

Boa Vista, RR

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

A447g Almeida, Simone Lopes de
Gestão da saúde e política de humanização na
Amazônia brasileira / Simone Lopes de Almeida. -- Boa
Vista, 2013.
81 p. : il.

Orientador: Prof. Dr. Calvino Camargo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de
Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde.

1 – Gestão da saúde. 2 – Política de humanização. 3 –
Amazônia. 4 – SUS. I - Título. II – Camargo, Calvino
(orientador).

CDU 614 (811)

SIMONE LOPES DE ALMEIDA

**GESTÃO DA SAÚDE E POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NA AMAZÔNIA
BRASILEIRA**

Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal de Roraima como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração: Gestão de Sistemas de Saúde. Linha de pesquisa: Política, Gestão e Sustentabilidade de Sistemas e Programas de Saúde. Defendida em 24 de junho de 2013 e avaliada pela seguinte banca examinadora:

Prof. Dr. Calvino Camargo
Orientador / Curso de Psicologia – UFRR

Profa. Dra. Versulina Firmino dos Santos
Curso de Administração – UFRR

Profa. MSc. Ananias Noronha Filho
Curso de Enfermagem – IFRR

Aos meus pais, que me acompanharam durante todo o percurso do Mestrado, e apesar de distantes, se fizeram presentes com palavras de força e motivação.

Aos meus pequeninos filhos, que desde a concepção tiveram que lidar com minhas ausências. Ao meu esposo, que segurou a barra, e muitas vezes me impulsionou a não desistir desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Ao iniciar estes agradecimentos, me vêm a mente os desafios e incertezas iniciais ao adentrar no Programa de Mestrado PROCISA. Retorno ao resultado positivo da aprovação concomitante a minha segunda gravidez, e juntamente com isso todo o trilhar do percurso que tomou a minha vida durante esse período.

Ao mesmo tempo, me vem à mente a possibilidade de realização de um sonho e objetivo de vida, o alcançar de mais um degrau na minha vida acadêmica, o traçar de metas futuras... O que me resta é agradecer primeiramente a DEUS, por essa oportunidade a mim dispensada, por ter tido sabedoria e discernimento para enfrentar os altos e baixos, e por ter me dado forças para chegar até aqui.

Em seguida, agradecer aos meus pais, por toda a força e confiança... pelo “Você é capaz” dito verdadeiramente por diversas vezes, pelas palavras de conforto e carinho, pelo incentivo desmedido, pelo amor demonstrado.

A minha irmã e irmão, Renata e Vinícius, que apesar de distantes acompanharam todas as minhas angústias e desesperos, alegrias e tristezas, sempre com palavras de conforto e autoestima.

A minha pequena família, esposo e filhos. Rômulo, Sofia e Enzo, que enfrentaram muitos momentos de ausência e estresse, sempre com um sorriso no rosto (no caso dos pequenos) e palavras motivadoras (no caso do Rômulo) que a seu modo, dividiu comigo todas as conquistas e projetos nesse processo.

A minha tia Naurinha, que me acolheu em sua residência sempre de portas abertas e acompanhou meus desesperos frente às batalhas do Mestrado, porém sempre fazendo sentir-me confiante e capaz de vencer.

A todos os meus amigos que torceram por mim e me deram apoio, tanto no trabalho como em sala de aula, sempre mostrando que pra tudo tem uma saída, e que devemos ter fé e perseverança para conquistar nossos objetivos.

Ao Secretário Municipal de Saúde, pela flexibilidade e compreensão e pela disponibilidade dos instrumentos para realização da pesquisa.

À Presidente do Conselho e secretária executiva pelas portas abertas e prontidão no atendimento às minhas solicitações.

A todos que contribuíram, direta ou indiretamente com a efetivação da pesquisa.

Aos Professores e secretária do PROCISA, pelos seminários, discussões, esclarecimentos, troca de saberes e aprendizado.

E finalmente, ao meu orientador Professor Calvino, que como pesquisador nato, sempre norteou as minhas idéias e demonstrou qual o caminho a seguir. Ao mesmo tempo, impulsionou-me com palavras acolhedoras e de estímulo.

Obrigada por tudo!

RESUMO

A Política de Humanização em Saúde (PNH) vem paulatinamente ganhando notoriedade tanto nas discussões acadêmicas, como em nível de decisão intergovernamental. A mesma vem como política transversal na rede SUS, que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras a partir da inclusão de gestores, trabalhadores da saúde e usuários na busca de mudanças no modelo de atenção e da gestão a partir da autonomia e do protagonismo desses sujeitos, da coresponsabilidade e do estabelecimento de vínculos solidários, da construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão. Buscou-se, através da pesquisa na literatura pertinente as contribuições que atestam a importância da política da Humanização em Saúde, mormente sua adoção em nível municipal, enquanto política dispositivo de mudanças, centrada na gestão participativa. Essa condição entende-se apropriada para a identificação e mensuração dos problemas locais de saúde, propiciando a adoção de políticas sociais de proteção apropriadas ao contexto a que se destina. O que motivou a elaboração deste estudo é a observação que, a despeito da enorme importância desse tema aliado a sua indispensável prática na gestão da saúde, no caso do Município de Caracaraí-RR, onde esse assunto ainda é tratado timidamente nas discussões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), no Plano Municipal de Saúde e no Relatório de Gestão desse Município, porém já aparecendo um pouco mais a nível de Conferência Municipal de Saúde, conforme atesta o estudo de caso que fundamenta esta dissertação. Este estudo é desenvolvido com base na lógica de que a gestão em saúde deve ser participativa, atingindo a tríplice inclusão: gestores, trabalhadores e usuários, cada qual com seu foco de necessidades e solicitações. A mesma traz como objetivos identificar qual o lugar da PNH na gestão da saúde em um município de pequeno porte na Amazônia Brasileira bem como conhecer e discutir as in/congruências entre o que preconiza a PNH e a gestão da saúde, de forma a identificar a presença ou ausência de interligação entre ambas. Advoga-se que as condições de vida de grupos sociais nos territórios definem a conjuntura de seus problemas locais, necessidades e insatisfações. Essas condições de existência podem ser boas ou ruins, e se modificam para melhor ou pior, dependendo da participação de instituições de governo e da própria população. Destarte, a relevância da PNH enquanto ferramenta de gestão e, a partir de seus métodos, diretrizes e dispositivos na dinâmica do SUS que dá certo: equânime, democrático e participativo.

Palavras-chave: Gestão da saúde. Política de humanização. Amazônia.

ABSTRACT

The Humanization of Health Policy (NHP) are gradually gaining notoriety both in academic discussions, as in level of intergovernmental decision. The same comes as policy defined in SUS, which runs through the different actions and management levels from the inclusion of managers, health workers and users in search of changes in the model of care and management from the autonomy and the role of these subjects, co-responsibility and the establishment of supportive links, building networks of cooperation and collective participation in the management process .. Was sought through the research literature on the contributions that attest to the importance of politics Humanization of Health, particularly its adoption at the municipal level, as a policy device changes, focused on participative management. This condition means suitable for the identification and measurement of local health problems, promoting the adoption of social protection appropriate to the context it is intended. What was the motive for this study is the observation that, despite the enormous importance of this subject together with your essential practice in health management, in the case of the Municipality of Caracaraí-RR, where this subject is still tentatively treated in discussions of the Municipal Council Health (CMS), the Municipal Health Plan and Management Report this city, but now appearing a bit more in terms of Municipal Health Conference, as evidenced by the case study underlying this thesis. This study is developed based on the logic that health management should be participatory, reaching the triple include: managers, workers and users, each with its focus on the needs and requests. The same has as objective to identify what the place of PNH in health management in a small city in the Brazilian Amazon as well as meet and discuss in / congruence between what advocates PNH and health management, in order to identify the presence or absence interconnection there between. It is proposed that the living conditions of social groups in the territories define the context of their local problems, needs and dissatisfactions. These conditions of existence can be good or bad, and change for better or worse, depending on the participation of government institutions and the population. Thus, the relevance of PNH as a management tool, and from its methods, guidelines and devices in the dynamics of SUS that works: equitable, democratic and participatory.

Key-words: Health management. Humanization policy. Amazon.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa de Localização da Amazônia Legal.....	47
Figura 2 -	O Estado de Roraima e sua Geografia.....	48
Figura 3 -	O Município de Caracaraí e sua Geografia.....	51
Figura 4 -	CIR-SUL do Estado de Roraima.....	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição percentual das propostas do Plano Municipal de Saúde.....	62
Gráfico 2 -	Frequência dos assuntos abordados no Relatório da Conferência Municipal de Saúde no ano de 2011.....	65
Gráfico 3 -	Frequência dos assuntos abordados nas atas das reuniões do CMS (2011-2012).....	67

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Agência de Desenvolvimento da Amazônia
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR-SUL	Comissão Intergestores Regional Sul
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CTH	Câmara Técnica em Humanização
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EC29	Emenda Constitucional 29
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho em Humanização
IBAMA	Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais
IBGE	Instituto Nacional de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei do Orçamento Anual
MAC	Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor e Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PLANEJASUS	Sistema de Planejamento do SUS
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa de Humanização da Assistência Hospitalar
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
RAG	Relatório Anual de Gestão
RH	Recursos Humanos
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPEVEA	Superintendência da Valorização Econômica da Amazônia
SPVE	Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia
SUS	Sistema Único de Saúde
UC	Unidade de Conservação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	SUS: POLÍTICA E MODELOS DE GESTÃO.....	16
2.1	GESTÃO DA SAÚDE.....	26
2.2	INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SAÚDE.....	29
2.3	A PNH COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO.....	35
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	45
3.1	TIPO E CARACTERÍSTICAS DA INVESTIGAÇÃO.....	45
3.2	DESCRIÇÃO DO OBJETO E LOCAL DA PESQUISA.....	46
3.2.1	Amazônia Legal: conceituação e aspectos jurídicos.....	46
3.2.2	Descrição Político-Social de Roraima.....	48
3.2.3	Características do Município estudado.....	50
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....	55
4	FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	56
4.1	UM MODELO DE GESTÃO.....	57
4.2	FORMA DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	63
4.3	O LUGAR DA PNH NA GESTÃO DA SAÚDE.....	69
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	72
	REFERÊNCIAS.....	75
	ANEXO(S).....	81

1 INTRODUÇÃO

Entendida não como programa, mas como política que perpassa as diferentes ações e instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização (PNH) aposta na inseparabilidade entre atenção e gestão, entre os modos de produção da saúde e os modos de gerenciar os processos de trabalho, entre clínica e política, entre produção de saúde e de subjetividade. Tem por objetivo provocar mudanças nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo, para os diferentes coletivos implicados nestas práticas, o desafio de superar limites e vivenciar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de saber e de poder. A Política Nacional de Humanização é, portanto, uma política transversal que indica a indissociabilidade entre gestão e atenção Brasil (2008).

A PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. De acordo com Brasil (2006) a humanização diz respeito a uma aposta ética, estética e política; ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Para Brasil (2004) o debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Uma vez que se configuram meios de garantir o direito constitucional à saúde para todos, e uma condição para que se torne possível à existência de uma saúde digna a partir de profissionais comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida.

É de suma importância a sua ampliação de forma a atingir não apenas algumas regiões do Brasil, pois a mesma vem como política de reafirmação e efetivação do SUS, a partir da garantia de direitos, envolvimento de atores sociais e gestão compartilhada, atreladas não só a qualidade da atenção, mas a mudanças positivas em todas as suas instâncias, seja em nível de gestão, trabalhadores ou usuários. Portanto, o problema da pesquisa centra-se na seguinte pergunta: Qual o

lugar da Política de Humanização na gestão da saúde em um município de pequeno porte na Amazônia Brasileira?

A metodologia adotada é uma abordagem quanti-qualitativa, à medida que se adota a categorização (ora subjetivas, ora objetivas) das temáticas e frequência de assuntos abordados e os tipos de pesquisas utilizadas são: bibliográfica, estudo de caso, documental, exploratória e explicativa. A presente pesquisa tem como objetivos identificar qual o lugar da PNH na gestão da saúde em um município de pequeno porte na Amazônia Brasileira bem como conhecer e discutir as (in) congruências entre o que preconiza a PNH e a gestão da saúde, de forma a identificar a presença ou ausência de interligação entre ambas. Isto porque a PNH preconiza em seus princípios a mudança de modelos de atenção e de gestão, bem como o protagonismo dos atores sociais: gestores, trabalhadores e usuários.

Para se alcançar o objetivo do estudo foi necessário levantar os principais instrumentos de gestão da saúde municipal, a fim de se identificar um diagnóstico da saúde e analisar as principais instâncias de discussões coletivas voltadas à problemática proposta, no caso a PNH. O caso estudado é um município de pequeno porte situado no estado de Roraima, chamado Caracaraí e local de atuação profissional da pesquisadora, que ora vivenciando avanços, ora retrocessos na saúde, entende a relevância da investigação como mecanismo fortalecedor das discussões das políticas de saúde local. Partindo desse pressuposto, verifica-se a pertinência das discussões aqui pautadas.

Observa-se que a gestão da saúde no município objeto deste estudo configura-se como um desafio, considerando que se encontra localizado no interior da Amazônia Legal com áreas de difícil acesso, o que representa onerosidade no deslocamento de equipes multiprofissionais de saúde, bem como, dificuldades de fixação de profissionais, além da limitação de tecnologias e de serviços. Estes percalços apresentados imprimem aos serviços de saúde limitações que fragilizam a sustentabilidade do sistema de saúde e oneram a qualidade dos atendimentos.

A Política de Humanização vem justamente como ferramenta de gestão, a partir do envolvimento de todos os atores sociais no processo de discussão, na busca da qualidade, níveis de satisfação, identificação de prioridades, na tentativa de sanar essas fragilidades a partir da gestão compartilhada, da visão macro da saúde, das possibilidades de avanços.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo (BRASIL, 2004). Sendo assim, entende-se a pertinência da pesquisa, a partir da visão de que a PNH vem como ferramenta de gestão e sua disseminação, trás consigo a mesma filosofia da própria construção do SUS.

2 O SUS: POLÍTICA E MODELOS DE GESTÃO

Atualmente as políticas públicas vêm sendo geradas e reproduzidas nos mais diversos setores da sociedade civil, seja nas instituições governamentais, não governamentais ou nas instituições privadas. Conforme Lucchese (2004, p. 3) define:

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

Portanto, as políticas públicas são de suma importância para a organização ética, legal e estrutural de todas as dimensões referentes aos cidadãos, sejam elas ambientais, sociais, econômicas e de necessidades básicas individuais ou coletivas.

Para (PAIM, 2003), a expressão política de saúde abrange tanto as questões relativas ao poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas), como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. Complementando essa reflexão, Lucchese (2004, p. 3) ainda afirma:

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Além de Escorel (2008) e Paim (2003), vários estudos apontam que na história republicana do Brasil, a saúde passou por pelo menos cinco períodos: (a) República velha (1889-1930); (b) Era Vargas (1930-1964); Autoritarismo (1964-1984); (d) Nova República (1985-1988); (e) Pós-constituente (1989-2000) e o período contemporâneo que abrange as políticas públicas adotadas a partir de 2001 até a atualidade.

O desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil coincidem com as conjunturas políticas, socioeconômicas e sanitárias de cada época, que de forma articulada desempenharam forte influência no sistema atual de saúde. Sobre essa afirmação Escorel (2008) comenta que o conhecimento do processo histórico de

conformação do sistema de saúde é um elemento de grande valia para a compreensão das bases do atual Sistema Único de Saúde (SUS) do nosso país. Paim (2003, p. 599) complementa confirmando que:

As políticas de saúde no Brasil nas diversas conjunturas examinadas estruturaram um sistema de saúde, inicialmente mediante um *sanitarismo campanhista* (Reforma Oswaldo Cruz-1904) e a implantação da Previdência Social (lei Eloy Chaves -1923), que estabelecem a separação da saúde pública, medicina previdenciária e medicina liberal (décadas de 20 a 50).

Continuando nessa linha de pensamento Paim (2003, p. 599) ressalta ainda que:

Na segunda metade do século XX instalou-se o modelo médico assistencial privatista com a privatização, crise da saúde e a procura de alternativas (décadas de 60 e 70). Buscou-se a estruturação do sistema de saúde mediante certas estratégias (AIS-SUDS) e, após a Constituição de 1988, seguiu a construção social do sistema único de saúde (SUS).

Dentro deste contexto, buscou-se fazer um retrospecto da história do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de evidenciar os avanços obtidos e as formas de gestão adotadas. Conass (2003, p. 14) afirma que antes da criação do SUS, a assistência à saúde vinculava-se com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em previdenciários e não previdenciários. Divisão esta, que distinguia a população brasileira em cidadãos de 1ª e de 2ª classe.

Os de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham acesso mais amplo a assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pelo INAMPS. Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não previdenciários, tinham um acesso restrito às ações dos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

Sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, focadas nas campanhas de vacinação e no controle de endemias.

As limitações dos serviços de saúde existentes e os prejuízos gerados à saúde da população brasileira a partir do modelo de atenção adotado na época, gerava entre os sanitaristas, profissionais de saúde e a sociedade, um movimento em prol da transformação dos paradigmas do sistema de saúde, que culminou na

criação do SUS, a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde (CONASS, 2003).

Com vista a possibilitar que os serviços de atendimentos desenvolvidos pelo SUS alcançassem todos os brasileiros de forma equitativa, o Governo Federal através do Ministério da Saúde suplantou o formato autoritário e centralizador instalado nos governos anteriores e, com consolidação do SUS adotou a descentralização dos recursos como forma de municipalizar a saúde, ficando este ente federativo como gestor dos recursos financeiros. Esse novo arranjo outorgou aos estados e município maior autonomia, que possibilitou a redefinição na forma de gerir os recursos financeiros e administrativos, bem como, os recursos humanos, equipamentos, estruturas físicas, ações e serviços.

Durante todo o processo de evolução do SUS, foram publicadas três NOBs e uma Norma de Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) - SUS, que foi revisada e reeditada em 2002 e, posteriormente as portarias do Pacto de Gestão em 2006. Apesar das normas e o Pacto serem editados através de portaria ministerial, é resultado do consenso adotado pelos Ministérios, e pelos representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Neste contexto, ressalta-se que todas as medidas adotadas para a implantação do SUS, se caracterizam pelo amplo processo debate e pela concordância dos segmentos envolvidos (CONASS, 2003).

É válido ressaltar que o modelo de descentralização do Sistema Único da Saúde trouxe vários benefícios aos municípios, todavia, ainda apresenta situações que impõem aos municípios o fator dependência, considerando-se que, sendo o Ministério da Saúde o indutor do processo de descentralização, esse assegura para si o poder de decisão sobre os recursos que financiam os serviços de saúde nos municípios.

Dentro deste contexto, ressalta-se que a descentralização é a diretriz que possibilita ao gestor municipal lidar com novas possibilidades de ação, pois amplia a área de ação do Secretário Municipal de Saúde na gestão do sistema local. Todavia, esclarece-se que as prerrogativas do Governo Federal em definir prioridades e alocação de recursos financeiros, bem como, a atuação muitas vezes controversa a iniciativas do gestor municipal, tornam o sistema fragilizado, como se pode observar no Município objeto deste estudo.

Nessa conjuntura, cabe inicialmente clarificar a opção pela perspectiva histórica do surgimento do SUS, conforme justifica Barros (2011, p. 23):

[...] compreendemos a história como algo vivo, parte integrante e indissociável do presente. Vamos nos referir aqui à história como processo e este processo histórico, como útil ferramenta de análise do presente e questionadora do futuro. É neste sentido que a história será utilizada [...] procurando problematizar a realidade da saúde pública, mergulhando no processo histórico da reforma sanitária brasileira, na Constituição Federal e na legislação infraconstitucional da organização do SUS.

Cumprе enfatizar que a discussão que permeia a história do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, assim como a implantação do modelo Saúde da Família no País há algum tempo vêm ganhando grande notoriedade nas discussões que envolvem políticas sociais. Em consonância com Teixeira, Paim e Vilas Boas (1998, p. 8) comentam que:

O processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde, fundamentados em uma proposta de ampliação da autonomia política dos municípios, enquanto base da estrutura político administrativa do Estado.

A implantação do SUS foi resultante de inúmeros (por vezes conflitantes) interesses de gestores das esferas federal, estadual e municipal, bem como, de políticos e, interesses e forças do capital privado por meio de clínicas e hospitais particulares, planos de saúde, da indústria farmacêutica, de associações de moradores, das organizações de categorias profissionais, da mídia e, do poder judiciário etc.

Avalia Barros (2011) que esta visão complexa da realidade, funciona como um grande campo de forças, em contínua disputa, de vetores de intensidade, direção e sentidos diversos, permitindo uma análise mais crítica e aprofundada da realidade, das práticas e políticas de saúde vigentes no país. Em outras palavras Barros (2011, p. 8) esclarece que:

As políticas e práticas de saúde, a criação do SUS, do Programa de Saúde da Família, seus problemas, desafios e sucessos, por exemplo, são determinados pela resultante de centenas de forças e interesses que atuam sobre ele. Sua mais lenta ou rápida implantação depende em grande parte, das forças que estão em jogo neste campo.

Na questão de sua criação e legalidade, a Carta Magna de 1988 no Capítulo VIII da Ordem Social, na Seção II referente à Saúde, dispõe no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Conceitualmente o SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal (CF/1988) do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade

Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Percebe-se que o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um direito do cidadão. Esta visão, consoante Polignano (2006) refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar, onde a cidadania nunca foi um princípio de governo.

Embalada pelo movimento das “Diretas Já”, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania. Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, conforme consta na Lei nº. 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas destas concepções são salientadas por Teixeira, Paim e Vilas Boas (1998) conforme expostas a seguir:

- Primeiramente a saúde passa a ser definida de uma forma mais abrangente, tendo como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e

serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País;

- O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público;

A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

a) UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

b) EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

c) INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos:

d) HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência;

e) PARTICIPAÇÃO POPULAR - Ou seja, a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;

f) DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA - consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Em termos de objetivos e atribuições o SUS possui as seguintes:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

- Formulação das políticas de saúde;

- Fornecimento de assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;
 - Execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
 - Execução de ações visando à saúde do trabalhador;
 - Participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
 - Participação da formulação da política de recursos humanos para a saúde;
 - Realização de atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
 - Participação das ações direcionadas ao meio ambiente;
 - Formulação de políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
 - Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
 - Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
 - Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

Avaliam Teixeira, Paim e Vilas Boas (1998) que em decorrência da abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrio socioeconômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros. Para que isto ocorra é necessária haja disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de políticas efetivas, seja no nível federal, estadual e municipal para que, assim se viabilize o sistema.

É procedente ainda ressaltar que, a execução dessas políticas de saúde do Brasil, orientadas por princípios universalistas, equânimes e democráticos, após a institucionalização do Sistema Único de Saúde, insere-se no escopo da discussão sobre conformação das políticas sociais. As contradições inerentes ao conflito envolvendo interesses, capital e trabalho e, as diversas correlações de forças e as determinações estruturais que permeiam a luta política constituem, conforme

referido alhures, elementos centrais para uma análise aprofundada das políticas sociais.

Este é um campo onde se torna necessário considerar a conjuntura em que são produzidas as relações sociais produtivas, tendo em vista sua intrínseca dinamicidade. As políticas sociais sintetizam a contradição entre modo e relações de produção nas sociedades capitalistas, conformando-se historicamente a partir das correlações de forças estabelecidas na arena política (BARROS, 2011).

Na íntegra o Artigo 198 da Constituição da Federal (CF/1988) com seus itens e parágrafos, demonstra a vontade de se desenvolver um sistema de serviços de saúde que margeia a perfeição, porém não é o que se pode comprovar, tendo em vista, os noticiários sobre a problemática em todos os veículos de comunicação do País e, o cotidiano vivido por esta profissional que desenvolve suas atividades laborais na sede do Município de Caracará-RR. Todavia, devemos reconhecer que mesmo este artigo não se cumprindo em sua plenitude, a sua implementação ampliou o acesso da população aos serviços de saúde.

Conforme Conass (2009, p. 40):

Os avanços obtidos pelo SUS no campo da Atenção Primária têm produzido forte impacto sobre a quantidade e a qualidade da demanda por internações hospitalares. A cada dia que passa antigas causas de internação hospitalar, tais como doenças diarreicas em crianças – as denominadas “víroses da primeira infância” etc. – são menos frequentes na demanda hospitalar.

Acesso que pode ser comprovado através de análise comparativa dos indicadores, e das divulgações do Ministério da Saúde quanto aos números e qualidade dos procedimentos de saúde executados pelas instituições do SUS. Dentro deste contexto, Brasil (2004, p. 5) admite:

Se podemos, por um lado, apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado.

O próprio Ministério da Saúde, órgão gestor das políticas de saúde, admite que os serviços prestados pelo sistema estejam fragilizados, levando em consideração os atendimentos nos grandes centros econômicos do país. Porém, são

maiores as dificuldades encontradas nos serviços de atendimento em saúde desenvolvidos em municípios de pequeno porte no interior da Amazônia, como é o caso de Caracaraí-RR, onde as adversidades se apresentam a partir do acesso. Sobre a qual Viana et al. (2007a, p. 121) comenta que:

[...] a análise das entrevistas e de atas de instâncias colegiadas do SUS e do Ministério da Saúde demonstrou que a política de saúde para a Amazônia Legal não ocupou lugar central na agenda dos altos dirigentes do Ministério da Saúde no período (ministros e secretários) nem nos debates daquelas instâncias. A política foi sustentada por alguns dirigentes intermediários que se responsabilizaram diretamente pela sua condução e empreenderam esforços para a sua concretização, por motivos de identidade regional (origem ou experiência prévia na região), ou pela aposta na relevância dessa política.

Brasil (2007a) acrescenta que a implementação do SUS foi conduzida, em um primeiro período, buscando privilegiar a estratégia da descentralização, visando à incorporação, pelos municípios, da responsabilidade pela provisão de serviços em seus territórios e pela organização de sistemas municipais de saúde. Isto se inicia nos anos 90 vai até o final dessa mesma década. Somente com o aprofundamento do processo de descentralização e após a edição de novas normas pelo Ministério da Saúde (MS), já nos anos 2000, é que se inicia uma nova fase caracterizada pela diretriz da regionalização.

Com o objetivo de tornar o Sistema de Único de Saúde mais eficaz, promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência a população, principalmente nas regiões com maiores percalços, o Governo Federal, através do Ministério da Saúde editou e aprovou a Portaria 373 - Norma Operacional da Assistência a Saúde NOAS/2002 estabelecendo o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, bem como, um instrumento de busca de maior equidade nos atendimentos e, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. Com a adoção desta norma, reacendeu-se o processo de planejamento do SUS com o objetivo de vincular à organização a disponibilização dos recursos financeiros conforme a necessidade.

O processo de descentralização dos serviços de saúde, repassado através do processo de Municipalização, tinha como objetivo principal proporcionar ao governo municipal maior autonomia na gestão e implementação das políticas de saúde. Todavia, o que se tem observado, é que, o formato das políticas de saúde

que precederam o SUS deixou necessidades que devem ser sanadas. Quanto a esse pensamento Lima (2008, p. 13) explica que:

[...] o legado histórico institucional da política de saúde que precedeu o Sistema Único (SUS) forjou um governo local com capacidades limitadas de gestão e implementação. Assim, para a efetivação do SUS deve-se atentar para a necessidade de desenvolver capacidades institucionais nos municípios com o intuito de habilitá-los aos novos desafios advindos da nova conformação institucional do sistema nacional de saúde.

Noronha, Lima e Machado (2009) afirmam que a descentralização em saúde predominante no Brasil é do tipo político-administrativo, que envolve não apenas a transferência da gestão de serviços, mas também de poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros – antes concentrados no nível federal – para estados e, principalmente, para os municípios.

O Brasil é um país complexo, com dimensão geográfica continental e marcada por uma estrutura econômico-social bastante heterogênea, com grandes diferenças regionais e distribuição profundamente desigual de serviços e de profissionais de saúde. Tal quadro aponta a importância da descentralização das políticas públicas, inclusive na área de saúde, considerado um sistema federativo especial, em que os municípios são entes federados, dotados de autonomia política, administrativa e financeira, com um papel de protagonista da gestão do sistema de saúde em seu território, definido constitucionalmente (SOLLA, 2006).

Dentro deste contexto, em Brasil (2007a, p. 5) há uma referência importante sobre esse aspecto:

Ao mesmo tempo em que aspira a ser nacional na garantia do direito à saúde, o SUS preconiza que a responsabilidade pela prestação da atenção à saúde deve ser predominantemente assumida pelos municípios. Entretanto, a experiência brasileira revela a complexidade de consolidar nacionalmente os princípios e diretrizes da política de saúde em um país federativo, de dimensões continentais, marcado pela multiplicidade e desigualdades sócio-econômicas entre seus entes governamentais. Entre os desafios suscitados pelo processo de descentralização, destaca-se a regionalização em saúde.

Sendo assim, as políticas de saúde devem ser pensadas de uma forma mais abrangente e resolutiva, visto que há grandes adversidades nesse imenso país chamado Brasil. Portanto, percebe-se a necessidade de reforçar os mecanismos

políticos institucionais do SUS, através da intensificação da Regionalização, da articulação entre os gestores das três esferas de governo, do reordenamento e implantação de serviços de acordo com as especificidades loco regionais e, maiores investimentos financeiros.

Atualmente essas questões ainda estão sendo debatidas e ainda não foram sanadas, configurando-se um dos maiores desafios do SUS. Para tal foi lançado mais recentemente, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 que “Regulamenta a Lei nº 8.080 e 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”. Sendo neste documento especificadas as regiões de saúde, o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), as Portas de Entrada, reforçada a gestão compartilhada das Comissões Intergestores, implantado o Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, os Serviços Especiais de Acesso Aberto e estabelecido à utilização de Protocolos Clínicos e Diretriz Terapêutica.

O Decreto nº 7.508/2011 cria as Regiões de Saúde e a define como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde; ainda estabelece que cada região deve oferecer serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Sendo assim, identifica-se que o mesmo configura-se um marco no modelo de gestão do SUS, sendo estratégia de busca da melhoria do acesso e qualidade da assistência à saúde dos cidadãos brasileiros.

2.1 GESTÃO DA SAÚDE

O termo gestão na saúde refere-se à atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde seja ele municipal estadual ou nacional, a partir de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias entre outras. Em Brasil (2009a, p. 14), há a seguinte referência:

Podemos conceituar a gestão em saúde como a capacidade de lidar com conflitos, de ofertar métodos (modos de fazer), diretrizes, quadros de referência para análise e ação das equipes nas organizações de saúde. Além disso, a gestão é um campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins/metás/objetivos. Trata-se, portanto, de um campo de ação que tem por objeto o trabalho humano que, disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deveria realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores.

A Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990) em seu Art. 9º define que a direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente.

O funcionamento do SUS envolve além de serviços, sujeitos (profissionais de saúde, prestadores de serviços, dirigentes, fornecedores e usuários), portanto, a tomada de decisões dos gestores é de suma importância para a consolidação das políticas de saúde, sejam elas de âmbito nacional, estadual ou municipal. Sendo o gestor do SUS uma autoridade sanitária, não representa apenas um administrador de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, pois o mesmo deve ser um ator social que além de integrar uma política de governo, saiba conduzir as políticas de saúde, a partir de uma dimensão técnica e política. Gondim (2011, p. 49) comenta:

O reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde – a política e a técnica – pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo.

No âmbito político, o papel do gestor se afirma no relacionamento com outros atores sociais nos diversos espaços de negociação e decisão representados através dos Conselhos de saúde, Conselhos de representação dos secretários de saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho dos Secretários Municipais de Saúde dos Estados

(COSEMS), Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas comissões intergestores bipartites (CIBs). Acrescentando essa reflexão, Brasil (2006, p. 64) refere dizendo que:

Os gestores, portanto, exercem suas funções e cumprem com suas responsabilidades de forma compartilhada, visto que a gestão pública da saúde é exercida por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e negociação de interesse da sociedade.

No âmbito técnico, o papel do gestor se expressa a partir de práticas, saberes e gestão imprescindíveis para a efetivação das políticas de saúde, articuladas coerentemente com os princípios preconizados pelo sistema de saúde e da gestão pública.

À luz desse pensamento e, dentro desta contextualização, Brasil (2006) identifica quatro macros funções gestoras nos diferentes campos de atuação da saúde, que são: 1) formulação de políticas e planejamento; 2) financiamento; 3) regulação e 4) prestação direta de ações e serviços de saúde. Pelo exposto, fica claro que no nosso sistema de saúde, há um grande número de atribuições comuns entre as diferentes esferas de governo sem que existam padrões de autoridades e responsabilidades claramente delimitadas. Nesta linha de pensamento, Noronha, Lima e Machado (2006), fazem a seguinte referência:

Diante das imensas desigualdades regionais e socioeconômicas do país, da variedade de funções e atividades a desempenhar e dos desafios a enfrentar, a divisão de responsabilidades entre os diferentes níveis gestores do sistema precisa admitir arranjos adequados às realidades dos municípios e dos estados brasileiros, nos diversos campos da atenção à saúde. Isso garante certa flexibilidade institucional, típica dos sistemas federativos contemporâneos, e revela necessidade de negociação e do estabelecimento de acordos entre as esferas de governo envolvidas.

Por meio da Portaria nº 399/2006 em Brasil (2006) foi lançado o Pacto pela Saúde onde foram aprovadas as suas Diretrizes Operacionais, com três eixos norteadores: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo que o último componente da citada Portaria (nº 399/2006) testifica a iniquidade regional do Brasil e declara que “mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais”.

Ainda, na mesma portaria, a regionalização do SUS é a estratégia prioritária para se alcançar avanços rumo à descentralização da gestão da saúde, à diminuição das desigualdades no acesso aos serviços de saúde expressados no território e entre grupos sociais, bem como, a própria reordenação do sistema. Segundo o Pacto, os avanços para a regionalização efetiva do SUS, dependem da constituição de desenhos regionais que respeitem as realidades locais; da composição de Colegiados de Gestão Regional (CGR), e do estímulo a estados e municípios para intensificar e potencializar seus trabalhos.

Neste contexto, Brasil (2007b, p. 3) esclarece que o movimento pela regionalização se traduz na necessidade de formar redes assistenciais que extrapolem os limites territoriais municipais e, de certo modo, apresenta inúmeras tensões com a diretriz da descentralização. Sistema e descentralização, apesar de estarem incorporados conjuntamente às diretrizes operacionais do SUS, apresentam vários pontos de conflito e, muitas vezes, operam em sentidos opostos. O primeiro tem natureza complementar, isto é, se forma a partir de elementos de diversidade, sendo que a regionalização pode ser um instrumento, dentre outros, para a junção dessas mesmas diversidades; o segundo tem natureza finalística, não complementar, e se forma pela redistribuição de recursos para um ente específico.

A forma atual de gestão pública em saúde tem se caracterizado pela flexibilidade, envolvendo a idéia de que é necessário reforçar as possibilidades de tomada de decisões de forma descentralizada, proporcionando a todos os atores maior autonomia de ação, a fim de ampliar os espaços de criatividade e ousadia na busca de soluções.

2.2 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA SAÚDE

A prática cotidiana de gestão do sistema Único de Saúde, em qualquer nível de governo, traz consigo os desafios aos gestores no que se refere à tomada de decisão e definição de prioridades na condução do processo de implementação das políticas, programas, planos e ações de saúde sob sua responsabilidade. Assim, o planejamento é uma ferramenta de grande valia para a sistematização e direcionamento dessas atividades. Conforme Brasil (2009b, p. 17):

Os gestores do SUS vêm se empenhando continuamente em planejar, monitorar e avaliar as ações e serviços de saúde. Tais esforços têm contribuído, certamente, para os importantes avanços registrados pelo SUS nestes 20 anos de sua criação. É importante reconhecer, contudo, que os desafios atuais e o estágio alcançado exigem um novo posicionamento do planejamento no âmbito do SUS, capaz de favorecer a aplicação de toda a sua potencialidade, corroborando de forma plena e efetiva para a consolidação deste Sistema.

Corroborando ainda com esse pensamento, o próprio Brasil (2009b, p. 17) continua, afirmando que:

Nesse sentido, é necessário elaborar instrumentos que contribuam para um melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios, entre os quais aqueles que possibilitem o desenvolvimento de rotinas de monitoramento e avaliação nas três esferas de governo. Entre os desafios presentes, cabe destacar a importância do financiamento pleno do SUS, o que envolve a regulamentação e o cumprimento da Emenda Constitucional 29, assim como a manutenção de processo contínuo de planejamento.

O Planejamento em saúde é uma ferramenta necessária à otimização de recursos e alcance dos objetivos do SUS, tanto na formulação de políticas e projetos, como no setor de financiamento e, em várias outras situações tais como: levantamento de prioridades, monitoramento, avaliação, auditoria, etc.

Para Brasil (1990), o mesmo foi entendido e integrado ao SUS desde a sua concepção dentro da Lei Orgânica da saúde nº 8.080/90, Art. 16, Inciso XVIII que: atribui à direção nacional do SUS a responsabilidade de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal”, e a Lei nº 8.142/90 em que determina em seu §4º a realização do plano de saúde e relatório de gestão pelos municípios, estados e Distrito Federal como obrigatório para o recebimento dos recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde; e posteriormente, na Portaria nº 548/2001 que aprova o documento Orientações Federais para a Elaboração e aplicação da Agenda de Saúde, dos Quadros de Metas e do Relatório de Gestão como instrumentos de Gestão do SUS (BRASIL, 2001).

Posteriormente, dentro do mesmo contexto, é de suma importância mencionar as Portarias nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e a nº 699, de 30 de março do mesmo ano, editadas pelo Ministério da Saúde e citadas anteriormente ressaltando que: no Pacto de Gestão, os eixos são a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação,

a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde. Conforme Brasil (2009b), o Sistema de Planejamento do SUS (PLANEJASUS) é objeto do item 4 do anexo da Portaria nº 399/2006, e nele estão contidos os princípios norteadores, bem como, os conceitos e principais objetivos do sistema.

O Pacto de Gestão estabelece cinco pontos prioritários para o planejamento de atividades desenvolvidas PLANEJASUS e, que estão claramente especificados em Brasil (2009c, p. 11) que são:

- i) a adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;
- ii) a integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;
- iii) a institucionalização e o fortalecimento do PLANEJASUS, com adoção do processo de planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;
- iv) a revisão e a adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos relatórios e programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes; e
- v) a cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a equidade do processo de planejamento no SUS.

Destarte, logo após o advento do Pacto pela Saúde, o Ministério propôs uma reformulação no Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como instrumentos principais de planejamento: o Plano de Saúde, a Programação Anual e o Relatório de Gestão. Esses instrumentos compõem, assim, o elenco básico dos produtos a serem promovidos pelo PLANEJASUS. Nesse sentido, estão estabelecidos como instrumentos inerentes a todo o Sistema de Planejamento do SUS e, portanto, às três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Ainda, no que se refere à regionalização, o MS define como instrumentos de Planejamento o PDR (Plano Diretor de Regionalização), PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada Integrada), a qual deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão. No anexo II da portaria, no planejamento regional as prioridades e responsabilidades dos gestores, estarão expressas de forma regional, e contempladas no plano estadual e municipal. Também cria o Colegiado de Gestão regional, cuja função é instituir um processo dinâmico de planejamento regional (BRASIL, 2007b).

É sabido que a base para qualquer trabalho que venha referenciar o processo de operacionalização no âmbito do SUS tem como ponto de partida o planejamento. Seja no que diz respeito à sua regulamentação específica, seja quanto à estruturação dos planos de saúde ou dos compromissos firmados entre os dirigentes da saúde, sob a forma de pactos, definindo atribuições e responsabilidades. Requer ainda, a observação das normas constitucionais e legais a respeito do planejamento na esfera pública, condizentes com o Plano Plurianual - PPA e a Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO (BRASIL, 2007b).

Pelo exposto, pode-se perceber que mesmo tendo sido incorporado conjuntamente à criação do SUS, o planejamento em saúde ainda é um desafio e configuram-se como estratégias de organização, otimização de recursos, estruturação e consolidação do que se propõe no sistema de saúde nacional. A sua prática, ainda está limitada às demandas preconizadas pela política nacional, e pouco se busca ampliar os serviços a partir de uma realidade local.

Outra instância no processo de gestão da saúde é o controle social, que se dá a partir da diretriz de participação comunitária garantida no SUS e, criada a partir da Lei nº 8.142 de 1990, que preconiza duas importantes instâncias colegiadas que são: a realização das Conferências de Saúde e a criação do Conselho Municipal de Saúde.

Sobre essas instâncias Noronha, Lima e Machado (2008, p. 451) discorrem que a existência dessas instâncias é coerente com três ideias principais:

- 1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o Poder Público e as políticas de saúde (o ideal de democracia participativa);
- 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deve ser compartilhada com a sociedade;
- 3) a necessidade de propiciar um ciclo vicioso entre a sociedade organizada e as instituições públicas de saúde, rompendo assim com padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo).

Quando se refere ao clientelismo, patrimonialismo e personalismo, Noronha, Lima e Machado (2008) está se referindo a formatação do sistema de saúde que vigorava antes da implementação do SUS. Quando ainda priorizavam-se as influências culturais e políticas utilizadas como recurso eleitoral por políticos descompromissados com a democracia. Dentro deste contexto, Marcelo Baquero

(2011) diz que o contínuo desamparo de massas da população nos países da América Latina, gera uma “cultura política híbrida”, na qual as presenças do clientelismo e do patrimonialismo mantêm a pobreza e a exclusão relativamente inalteradas.

O clientelismo se caracteriza pelo uso da máquina administrativa em benefício próprio e, corroborando com este pensamento Oliveira (2006, p. 136) esclarece:

[...] o clientelismo constituiu a trama de ligação da política no Brasil do século XIX. Durante a primeira república, a vitória eleitoral sempre dependeu do uso competente dessa forma de relação, que incidia sobre a distribuição de cargos oficiais, sobre a concessão de proteção e outros favores, em troca de lealdade política e pessoal.

A linha de pensamento emitida por Baquero (2011) conduz a outro elemento que compõe a citação e, que diz respeito à prática do patrimonialismo. A presença desta forma cultural adotada em épocas passadas pelo governo brasileiro foi transplantada de Portugal e, tem um caráter centralizador e cerceador da liberdade política e econômica, que se agravou no Brasil dado a sua dimensão territorial e, provocou a instabilidade política, desagradou às províncias e contribuiu para o surgimento do movimento republicano.

Neste contexto, esclarece-se que o Brasil, na pessoa do Governo Federal ao decidir afastar-se dessa forma de gerir o sistema de saúde, abdicando da prestação direta dos serviços de saúde e, fomentar a atividade privada nesta área, desencadeou além do crescimento vertiginoso do sistema privado suplementar, uma série de embates, que impôs a implantação de agentes de regulação.

Visando inserir a sociedade na participação e no desenvolvimento de políticas de saúde, o governo federal promovia as conferências de saúde, mesmo sem ter uma lei que as regulamentasse. Tanto que em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que representou grande marco da democratização do país, pois se reuniram mais de 4.000 pessoas de diversos segmentos sociais para discutir e propor soluções para o sistema de saúde brasileiro.

Atualmente, são realizadas a cada quatro anos a nível nacional e estadual, já em nível de municípios bianual. As mesmas têm como objetivos analisar os avanços e retrocessos do SUS e discutir a formulação de diretrizes para as políticas de saúde e devem ser convocada pelo Poder Executivo correspondente ou

Conselho de Saúde. Devem contar com a participação da sociedade a partir da representação dos segmentos de usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e poder público com composição paritárias sendo 50% de usuários, 25% de trabalhadores, 12,5% dos segmentos de prestadores de serviço e, 12,5% de representantes do poder público.

As Conferências estaduais e municipais precedem a Conferência Nacional e são realizadas a nível nacional e tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional, servindo para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para discussão mais abrangente na Conferência Nacional.

Conass (2009), ainda reforça a concepção de que as conferências e conselhos de saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações.

Já os Conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, compostos paritariamente em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviço e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo 50% dos conselheiros, e o restante dividido entre os demais, sendo 25% para os trabalhadores de saúde e 25% dividido entre os representantes do poder público e para prestadores de serviço, conforme prega a sua legislação e reformulada na Resolução nº 333 de 2003.

Com relação aos conselhos, Brasil (2006, p. 73) faz a seguinte referência:

As deliberações do conselho no campo de formulação de políticas que impliquem a adoção de medidas administrativas da alçada privativa da gestão devem ser homologadas, ou seja, transformadas em ato oficial do gestor do SUS naquela esfera. Entretanto, em algumas situações específicas o conselho de saúde deve ter autonomia perante o gestor, sem que suas decisões dependam de homologação, como no caso de deliberações referentes a: (a) controle da execução das políticas, verificação da coerência dos atos do gestor com os princípios do SUS e acompanhamento dos gastos e resultados das políticas e (b) articulação do conselho com outros conselhos, com o Poder Legislativo e outras instituições da sociedade.

Brasil (2006) comenta que esse espaço do controle social, ainda que institucionalizado, não é meramente administrativo; é um espaço político que põe em cena interesses imaginário e representações. Este espaço é uma situação de partida, e não de chegada. É neste contexto que se entende que, a princípio, o exercício do controle social é espaço de criação de uma cultura política democrática.

Estão dentro dessa reflexão os maiores desafios das instâncias de participação comunitária, que é fazer entender e fazer valer o seu papel de controle social, de representatividade e contribuição pela saúde de uma população.

Há vários estudos relatando que no Brasil, existem várias experiências exitosas com relação à atuação dos conselhos, porém o seu funcionamento efetivo muitas vezes se depara com entraves tais como baixa adesão da população devido a desconhecimento ou até mesmo desinteresse, utilização do espaço do conselho de forma desvirtuada, práticas de denúncias ou reivindicações de cunho pessoal ou de segmentos, falta de apoio político ou boicote das autoridades de forma a neutralizar as discussões, tornando-as apenas informativas e aquém aos interesses da comunidade, dentre outras que acabam interferindo na tomada de decisões e mudando o foco de desempenho do conselho.

2.3 A PNH COMO ESTRATÉGIA DE GESTÃO

O termo humanização é amplamente utilizado nas diversas áreas de conhecimento tais como as Ciências: Humanas, Exatas, Biológicas, da Saúde e, Ciências Sociais, dentre outras, que trazem variadas abordagens e vertentes que a norteia conforme o seu interesse técnico-científico e social. Conforme Rios (2009, p. 11):

No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem, este a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o homem e criar meios de se compreender uns aos outros.

Segundo Vaitsman e Andrade (2005), o conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos expressos individual e socialmente, sendo inicialmente contemplado na Declaração Universal dos Direitos do Homem, que se funda na noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos. Para eles, o núcleo do conceito de humanização está intrinsecamente

interligado a noção de dignidade e respeito à vida, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde. Esta noção começou a ser mais amplamente utilizada na área da saúde a partir dos anos 90, quando vários países membros da OMS (Organização Mundial da Saúde) assinaram declarações relativas a direitos de pacientes.

Sobre o início das discussões sobre a humanização na saúde no Brasil, Rios (2009, p. 256) explica que:

A humanização nasceu dentro do SUS. Os princípios do SUS são totalmente de inspiração humanista: universalidade, integralidade, equidade e participação social. Levados às últimas conseqüências definem a humanização em qualquer concepção, em qualquer instância de atenção ou gestão. Tal caráter faz do SUS, hoje, o principal sistema de inclusão social deste país.

Para Deslandes (2004), a temática da humanização na saúde no Brasil vem sendo utilizada há décadas nas pautas dos movimentos feministas, na busca da humanização do parto e do respeito aos direitos reprodutivos das mulheres, já para as crianças fez parte de um escopo mais direcionado ao atendimento de bebês de baixo peso, internados em UTI.

Ainda que timidamente, este tema se anuncia desde a XI Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2000), que tinha como título *Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*, procurando interferir nas agendas das políticas públicas de saúde (BENEVIDES; PASSOS, 2005). O conceito de humanização foi estabelecido a princípio, a partir de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado através da Portaria nº 202, de 19 de 2001 e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado através da Portaria nº 569/GM, em 1º de junho de 2000.

Em 2003, o Ministério da Saúde revisou o PNHAH e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), que mudou o patamar de alcance da humanização dos hospitais para toda a rede SUS e definiu uma política cujo foco passou a serem principalmente os processos de gestão e de trabalho (RIOS, 2009).

Enquanto política, a PNH chamada atualmente de Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção do SUS se estrutura em princípios, método, diretrizes e dispositivos, sobre o quais Rios (2009, p. 257) comenta:

Enquanto política, a PNH se apresenta como um conjunto de diretrizes transversais que norteiam toda atividade institucional que envolve usuários ou profissionais da saúde, em qualquer instância de efetuação. Tais diretrizes apontam como caminho:

- a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo compromissos e responsabilidade;
- o fortalecimento do trabalho em equipe, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade;
- a utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo;
- a promoção do cuidado (pessoal e institucional) ao cuidador.

Brasil (2010) refere que a mesma possui três princípios norteadores a partir dos quais se desdobra enquanto política pública transversal de saúde que são: Transversalidade, Indissociabilidade entre atenção e gestão e Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Sendo que tais princípios são as molas propulsoras da política:

- a) Transversalidade: se configura no aumento do grau de comunicação intra e intergrupos, na transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho.
- b) Indissociabilidade entre atenção e gestão: que é justamente a alteração dos modos de cuidar inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho; a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos e a integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.
- c) Protagonismo, co-responsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: neste princípio trabalhar implica na produção de si e na produção do mundo, das diferentes realidades sociais, sejam elas econômicas, políticas, institucionais e culturais; e as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Quanto ao método, a PNH refere-se a sua forma de caminhar e trilhar no sentido da inclusão, nos processos de produção de saúde, dos diferentes agentes implicados nestes processos. Ao que se chama de um “método de tríplice inclusão”:

Que são:

I - inclusão dos diferentes sujeitos (gestores, trabalhadores e usuários) no sentido da produção de autonomia, protagonismo e co-responsabilidade.

Modo de fazer: rodas;

II- inclusão dos analisadores sociais ou, mais especificamente, inclusão dos fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais de atenção e de gestão, acolhendo e potencializando os processos de mudança. Modo de fazer: análise coletiva dos conflitos, entendida como potencialização da força crítica das crises;

III- inclusão do coletivo seja como movimento social organizado, seja como experiência singular sensível (mudança dos perceptos e dos afetos) dos trabalhadores de saúde quando em trabalho grupal. Modo de fazer: fomento das redes (IBGE, 2010).

Ainda, (IBGE, 2010) diz que: as diretrizes configuram os caminhos apontados pela Política para se colocar em prática os seus princípios expressando o método da inclusão no sentido da:

a - Clínica ampliada - refere-se ao trabalho clínico voltado ao sujeito e a doença, a família e ao contexto social, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a descrição de clientela e construção de vínculos, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2006a). Constitui-se, portanto, uma estratégia de atenção ao usuário do SUS, através da transversalidade da atenção tanto no aspecto biomédico, quanto psicológico e social, configurando-se em uma atenção completa ao paciente.

1 - Co-gestão - é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores. Ou seja, um modelo de gestão, centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2004a);

2 - Acolhimento: Recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006a);

3 - Valorização do trabalho e do trabalhador: Busca promover saúde nos locais de trabalho a partir do aprimoramento da capacidade de compreensão e análise do trabalho pelo próprio trabalhador, de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam sua capacidade de intervenção no processo de tomada de decisões no âmbito das organizações de saúde (BRASIL, 2006b);

4 - Defesa dos Direitos do Usuário: divulgados através da carta dos direitos dos usuários do SUS, criada a partir da portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, e configura-se como uma das mais importantes ferramentas para que o cidadão (ã) brasileiro (a) conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade (BRASIL, 2011);

5 - Fomento das grupalidades, coletivos e redes: estratégia que se configura como um “coletivo ou multiplicidade de termos (usuários, trabalhadores, gestores, familiares, etc.) em agenciamento e transformação, compondo uma rede de conexão na qual o processo de produção de saúde e de subjetividade se realiza (BRASIL, 2010a);

6 - Construção da memória do SUS que dá certo: A PNH considera que existem construções e experimentações desenvolvidas na política pública de saúde em muitos planos, âmbitos e lugares que permitem afirmar que se avançou tanto na construção de novos modos de gerir, como na constituição de novos modos de cuidar, em conformidade com a base discursiva do SUS. Foi a partir da verificação, escuta, análise e síntese deste SUS que dá certo, que se produziram os princípios, métodos, diretrizes e os instrumentos de ação, os dispositivos da PNH (BRASIL, 2007c). Assim, a Política de Humanização não parte senão de próprios acúmulos de experiências de uma grande quantidade de sujeitos coletivos espalhados por muitos lugares

deste país, que atuam e produzem inovações em uma vasta gama de serviços, em “espaços do cuidado” e nos “espaços de gestão” (PARSCHE, 2009, p. 704).

Segundo Passos (2006), dispositivo é um arranjo de elementos, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, uma decoração, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes), mediante o qual se faz funcionar, se catalisa ou se potencializa um processo.

Na PNH, foram desenvolvidos vários dispositivos que são acionados nas práticas de produção de saúde, envolvendo coletivos e visando promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão mencionados a seguir:

a - Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e Câmara Técnica de Humanização (CTH): é um dispositivo que tem o objetivo de intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos. O GTH institui-se em qualquer instância do SUS e é integrado por pessoas interessadas em discutir os serviços prestados, a dinâmica das equipes de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e usuários. A sua proposta não está restrito aos serviços de prestação direta de assistência à saúde, como hospitais, outras unidades de saúde e o Programa Saúde da Família (PSF). É também adequado ao âmbito das instâncias gestoras vinculado ao SUS estadual e municipal (distritos sanitários, secretarias municipais e estaduais de saúde), do Ministério da Saúde e, também, das parcerias entre municípios e cooperações interinstitucionais (entidades formadoras, conselhos profissionais, etc.). (BRASIL, 2010b).

b - Colegiado Gestor: Em um modelo de gestão participativa centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), os colegiados gestores garantem o compartilhamento do poder, a co-análise, a co-decisão e a co-avaliação. A direção das unidades de saúde tem diretrizes e pedidos que são apresentados para os colegiados como propostas/ofertas que devem ser analisadas, reconstruídas e pactuadas. Os usuários/familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que serão apreciadas e acordadas. Portanto, os colegiados são espaços coletivos deliberativos, tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos (BRASIL, 2006).

c - Sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”; ouvidorias; grupos focais e pesquisas de satisfação (BRASIL, 2008).

d - Visita Aberta e Direito à Acompanhante: É o dispositivo que amplia as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde, mantendo latente o projeto de vida do paciente (PASSOS, 2006). Portanto, comporta-se como estratégia utilizada para inserção dos usuários e familiares no processo de cuidar, garantindo o acesso, a inclusão no processo adoecer/tratamento/cura e o exercício de cidadania.

e - Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) é um dispositivo da PNH que promove espaços de formação baseados no diálogo permanente entre os diferentes trabalhadores e os distintos saberes - saberes da experiência no serviço de saúde, produzidos pelos trabalhadores no serviço e os saberes formais, provenientes da universidade, escolas técnicas, etc. O PFST visa intervir e produzir junto aos trabalhadores modos mais saudáveis de ser e trabalhar no SUS, potencializando os coletivos de trabalho, dando visibilidade e garantindo espaço de circulação e desenvolvimento desses saberes (BRASIL, 2008).

f - Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP): Já a Comunidade Ampliada de Pesquisa é um espaço permanente de conversa e pesquisa sobre a atividade de trabalho em saúde, constituída por consultores, apoiadores, pesquisadores e trabalhadores locais, a CAP investiga o ambiente e processos de trabalho e produz conhecimentos e pactuações sobre formas de agir nos serviços (BRASIL, 2009a).

g - Equipe Transdisciplinar de Referência: constituída por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe). (BRASIL, 2004b).

h - Acolhimento: é a nova lógica de produção do processo de trabalho em que um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres, já que ao

mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes (PASSOS, 2006).

i - Apoio Matricial: designa uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de referência (BRASIL, 2004b).

j - Projetos Co-geridos de Ambiência: refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Na verdade, o conceito de ambiência segue três eixos: o de conforto focado na individualidade e privacidade dos sujeitos (trabalhadores e usuários), a produção de subjetividades (encontro de sujeitos) e a facilitação do processo de trabalho (otimização de recursos, atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo). (BRASIL, 2010).

k - Acolhimento com Classificação de Riscos: dispositivo voltado à área hospitalar que traz como objetivos a garantia da ampliação do acesso aos serviços de urgência através da escuta qualificada, do estabelecimento de vínculo e responsabilização pelos profissionais acolhedores, permitindo um menor tempo de espera a partir de prioridades identificadas e a conseqüente resolutividade dos serviços e satisfação do usuário Brasil (2012). No entanto, tal dispositivo não tem como objetivo exclusivo as portas de urgências e emergências e não tem como único objetivo diminuir o tempo de espera nas filas. As filas das emergências, o atendimento por ordem de chegada, a ocorrência de mortes evitáveis, quando analisados coletivamente, são problemas que oportunizam introduzir mudanças no processo de trabalho e que podem desencadear movimentos de mudanças em toda a rede de atenção (BRASIL, 2010).

l - Projeto Terapêutico Singular: conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário (BRASIL, 2008a).

m - Projeto de Saúde Coletiva: é um movimento de co-produção e co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2012). Configura-se uma construção coletiva

envolvendo os profissionais/equipe de saúde e o(s) usuário(s), a partir do estabelecimento de vínculos para o enfrentamento de situações de saúde específicas.

Esses dispositivos, portanto, comportam-se como estratégias na busca de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, bem como estimular trocas solidárias entre os sujeitos representativos (usuários, trabalhadores e gestores), dentro do contexto do SUS que dá certo, preconizado pela PNH.

Brasil (2004) descreve que a implementação da PNH pressupõe a atuação em vários eixos que objetivam a institucionalização, a difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade:

- a. no eixo das instituições do SUS, se pretende que, a PNH faça parte dos planos estaduais e municipais dos vários governos, aprovados pelos gestores e pelos conselhos de saúde correspondentes.
- b. No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional.
- c. No eixo da educação permanente, indica-se que a PNH componha o conteúdo profissionalizante na graduação, na pós-graduação e na extensão em saúde, vinculando-a aos Pólos de Educação Permanente e às instituições formadoras.
- d. No eixo da informação/comunicação, indica-se – por meio de ação de mídia e discurso social amplo – sua inclusão no debate da saúde, visando à ampliação do domínio social sobre a PNH.
- e. No eixo da atenção, propõe-se uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intra e a intersectorialidade com responsabilização sanitária pactuada entre gestores e trabalhadores.
- f. No eixo do financiamento, propõe-se a integração de recursos vinculados a programas específicos de humanização e outros recursos de subsídio à atenção, unificando-os e repassando-os fundo a fundo mediante adesão, com compromisso, dos gestores à PNH.

g. No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização.

Portanto, a Política Nacional de Humanização traz como diferencial uma proposta de mudança no formato de gestão e atendimento nos serviços de saúde. Caracterizados pela transversalidade e abrangência, amparados em um conjunto de princípios e diretrizes, que se traduziram em ações efetivas nas mais variadas práticas de produção de saúde e nos diversos setores do sistema. Quanto a essa colocação Passos (2006, p. 381) assegura que:

Ela se afirma como política pública de saúde com base nos seguintes princípios: a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; e a transversalidade, entendida como aumento do grau de abertura comunicacional nos grupos e entre os grupos.

Pelo exposto, ressalta-se que no momento em que a Política de Humanização dos serviços de saúde adquire destaque dentro do cenário político, torna-se premente importante avaliar o grau de compreensão do processo, nos gestores e profissionais que estão na linha de frente dos serviços de saúde e usuários do SUS, para que se possam realizar os devidos esclarecimentos e dirimir as dúvidas existentes, não permitindo que a mesma se torne apenas mais uma política de saúde.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO E CARACTERÍSTICAS DA INVESTIGAÇÃO

Gil (2010a) define a pesquisa como um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. Geralmente a mesma é requerida quando não há informação suficiente para responder ao problema, ou quando a informação disponível se encontra em desordem e não responde adequadamente ao problema.

A presente pesquisa se caracteriza como um estudo de caso amparado em uma abordagem quanti-qualitativa de caráter documental e exploratório por ser um tipo de pesquisa que apresenta como objeto uma unidade possível de ser analisada de forma mais aprofundada e ter os resultados mensurados. No caso deste estudo, o lugar da PNH na gestão da saúde em um município de pequeno porte na Amazônia Brasileira, geograficamente e politicamente instalado no Estado de Roraima e, denominado de Município de Caracarái.

Sobre estudo de caso, Gil (2010a) esclarece que o mesmo é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Yin (2005) ainda acrescenta que esse tipo de estudo investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.

Ainda, Gil (2010b) reforça que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, de modo a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão.

No nível exploratório foi realizada extensa revisão bibliográfica, no sentido de aumentar os conhecimentos e desenvolver maior aprendizado quanto às políticas de saúde, trajetória da saúde, processo de criação do SUS, gestão da saúde, e Política Nacional de Humanização, como forma de embasamento teórico. Ainda, foi realizada pesquisa documental nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde do Município de Caracarái no período que corresponde entre de janeiro de 2011 a janeiro de 2012, no relatório da Conferência Municipal de Saúde realizada

em agosto de 2011 e no Plano Municipal de Saúde do Quadriênio 2009/2012, a fim de identificar quais as prioridades que os gestores da Saúde contemplaram em seu planejamento, bem como, quais políticas locais de saúde foram implementadas. Ainda foi consultado o Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2011.

3.2 DESCRIÇÃO DO OBJETO E LOCAL DA PESQUISA

Define-se como objeto da pesquisa o assunto principal a ser abordado, portanto a presente dissertação traz como enfoque o lugar da Política de Humanização na gestão da saúde que ora se denomina como Município de Caracaraí, um município de pequeno porte na Amazônia, situado no extremo norte do país, local de minha atuação profissional há dez anos, e onde inquietamente foram observados os avanços e retrocessos da gestão em saúde, as limitações e os desafios na implementação das políticas e projetos da saúde, principalmente na utilização dos instrumentos preconizados bem como na implementação da PNH como ferramenta de gestão.

3.2.1 Amazônia Legal: conceituação e aspectos jurídicos

Antes de adentrar no assunto proposto, cumpre explicitar que geográfica e politicamente a Região Norte, integra a chamada Amazônia Brasileira (doravante denominada Amazônia Legal). Esclarece-se que a opção pelo uso, decorre da fundamentação legal do mesmo.

O conceito de Amazônia Legal decorre da Lei nº 1.806, de 1953, quando foi criada a Superintendência da Valorização Econômica da Amazônia (SPEVEA) posteriormente Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (SUDAM), inclui na Amazônia o Estado do Maranhão na sua parte ocidental, a leste do meridiano 44 e ao norte de Goiás e Mato Grosso, acima dos paralelos 13 e 16 de latitude sul. A superfície passa a cinco milhões de km² (TÍLIO NETO, 2003).

Para Araújo (2000), a Amazônia Legal corresponde a 60% do território brasileiro e, recebeu essa denominação em 1966, para a realização de políticas específicas.

Na atualidade, a Amazônia Legal é composta por oito estados (Acre, Amazonas, Pará, Roraima, Amapá, Rondônia, Mato Grosso e Tocantins) e parte do

estado do Maranhão. Salientam Ferreira e Salati (2005) que a mesma possui o seguinte recorte geográfico:

Figura 1 – Mapa de localização da Amazônia Legal



Fonte: Ferreira e Salati, 2005.

Segundo Martins (2008) a ocupação desse bioma, notadamente, a partir da década de sessenta foi objeto de atenção da parte do Estado gestor, conforme o atestam as múltiplas estratégias do poder público para fomentar a ocupação da Amazônia Legal, ora materializados em incentivos fiscais, ora em venda de grandes lotes de terras públicas e mais recentemente na consolidação da infraestrutura modal para promover a integração desse espaço com as demais regiões do Brasil.

Conforme Novaes (2008, p. 2), a Amazônia Legal permanece sob à égide do descaso estatal pátrio, consoante os seguintes argumentos:

- O Brasil não tem estratégia para a Amazônia.
- Não há recursos para implantar o cadastro fundiário (só 4% das terras são registradas), monitorar o território, fiscalizá-lo e impedir o desmatamento ilegal: o Ministério do Meio Ambiente só tem cerca de 0,5% do Orçamento federal.
- Não há "transversalidade" na política federal, cada Ministério cuida de seus interesses específicos - enquanto isso, já há ali mais de 70 milhões de cabeças de gado e cerca de 20% do bioma foi desmatado para a expansão agropecuária e extração ilegal de madeira (mais de 150 mil km² só de 2000 para cá).
- "Reserva legal" em cada propriedade é apenas ficção.

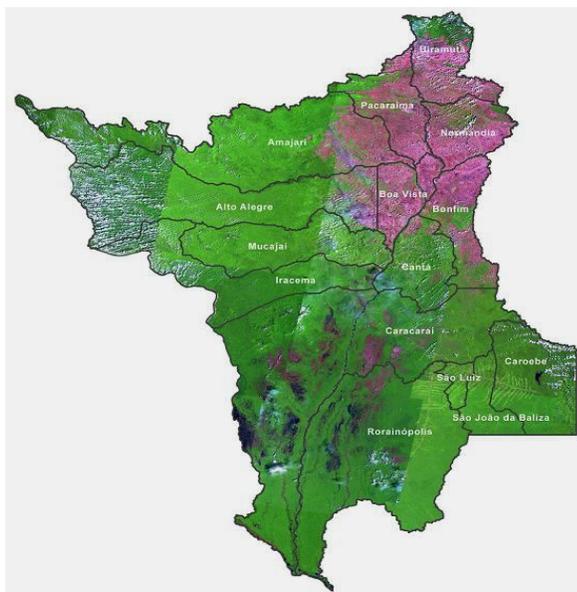
- Os gastos federais no bioma não passam de 4,05% do total, enquanto a população amazônica supera 12% da população brasileira.
- A região continua a ser receptora de mão-de-obra desempregada em outras partes.
- Continuam sem resposta as objeções de cientistas à lei que permite concessão de terras públicas para "manejo" por empresas (países que entraram por esse caminho perderam suas florestas).

A dinâmica territorial atual da Amazônia Legal é marcada pela persistência do ciclo pecuária - desflorestamento - madeireira, ou seja, conflitos sociais, grilagem de terras, extração ilegal da madeira e queimadas.

Conclui-se deste breve recorte sobre a atuação do Estado gestor brasileiro na Amazônia Legal que a mesma, em todos os sentidos, tradicionalmente foi tratada de modo menos atuante (grifo nosso) em termos de ações oriundas de políticas públicas, inclusive na área da saúde.

3.2.2 Descrição Político-Social de Roraima

Figura 2 - O Estado de Roraima e sua geografia



Fonte: RORAIMA (2010)

Roraima é o Estado mais setentrional do Brasil com mais de 90% de sua superfície localizada no Hemisfério Norte. Geograficamente faz divisa com os Estados do Amazonas e Pará (Brasil) e fronteira com os países da Venezuela e Guiana Inglesa. Possui uma área de 224.298,98 km², distribuída entre os 15

municípios, com 450.479 habitantes, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – (IBGE, 2010), o qual resulta numa densidade demográfica de 2,01 hab./km². Sua capital, Boa Vista apresenta 41.689 Km², abrigando 63,11% da população.

De acordo com dados do IBGE (2010), o fluxo migratório das duas últimas décadas determinou um aumento da população de 79,4 mil habitantes em 1980 para 403 mil em 2006. Esse dado demonstra que em pouco mais de 25 anos, a população se multiplicou cinco vezes. Porém, a infraestrutura urbana e os investimentos privados e públicos não cresceram nas mesmas proporções, criando demandas que se refletem nos indicadores de morbimortalidade do Estado. Muitos problemas de saúde pública resultam do fato de Boa Vista ser incapaz de acomodar uma população sempre crescente e da dificuldade de expandir serviços de saúde aos municípios do interior do Estado.

Roraima, conforme IBGE (2010), apresenta dez etnias, sendo que a população indígena representa aproximadamente 12,4% da população e são responsáveis por 46% do território. Estima-se que existam 412 comunidades com uma população de 55 mil indivíduos que se dividem entre os povos Macuxi, Taurepang, Yanomami, Sapará, Wai-Wai, Waimiri-Atroari, Wapichana, Ingaricó, Yekuana e Patamona.

Isso demonstra que o Estado possui vasta diversidade sociocultural, que requer políticas públicas específicas e loco-regionais, que busquem de forma articulada a resolutividade frente às especificidades expostas. Sobre a qual Brasil (2007b, p. 6) reflete:

Observa-se que as modalidades e tipos de serviços que compõem o SUS não se distribuem uniformemente no território. A maioria dos municípios é de pequeno porte populacional e não possui demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção à saúde dentro de seus limites geográficos. Na maior parte das vezes, os governos locais administram apenas estabelecimentos de atenção básica, a oferta de serviços especializados e de alta complexidade no SUS é concentrada em poucas cidades e muitas regiões de saúde são planejadas abrangendo vários municípios. É necessária, portanto, a articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado. Por razões de natureza diversa, esse processo de negociação esbarra em uma série de dificuldades.

O que se observa, portanto, é que a uniformização do sistema de saúde ainda é uma dificuldade geral no país, dada a sua grande heterogeneidade

geográfica e cultural, configurando-se um desafio a ser enfrentado a partir do fortalecimento das estratégias de descentralização e regionalização.

Por todo o exposto e, com a constituição das Regiões de Saúde e as respectivas Comissões Intergestores Regionais, a organização da rede de assistência à saúde deverá ser o próximo passo a ser seguido para a garantia do acesso de toda a população residente nestes espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços definidos como prioritários, e necessários para a resolução dos problemas de saúde dos cidadãos. Portanto, o desenho da regionalização como parte do processo deverá ser norteador de ações e serviços a serem implementados em todos os níveis de complexidade com objetivo de se potencializar os processos de pactuação e negociação entre gestores.

3.2.3 Características do município estudado

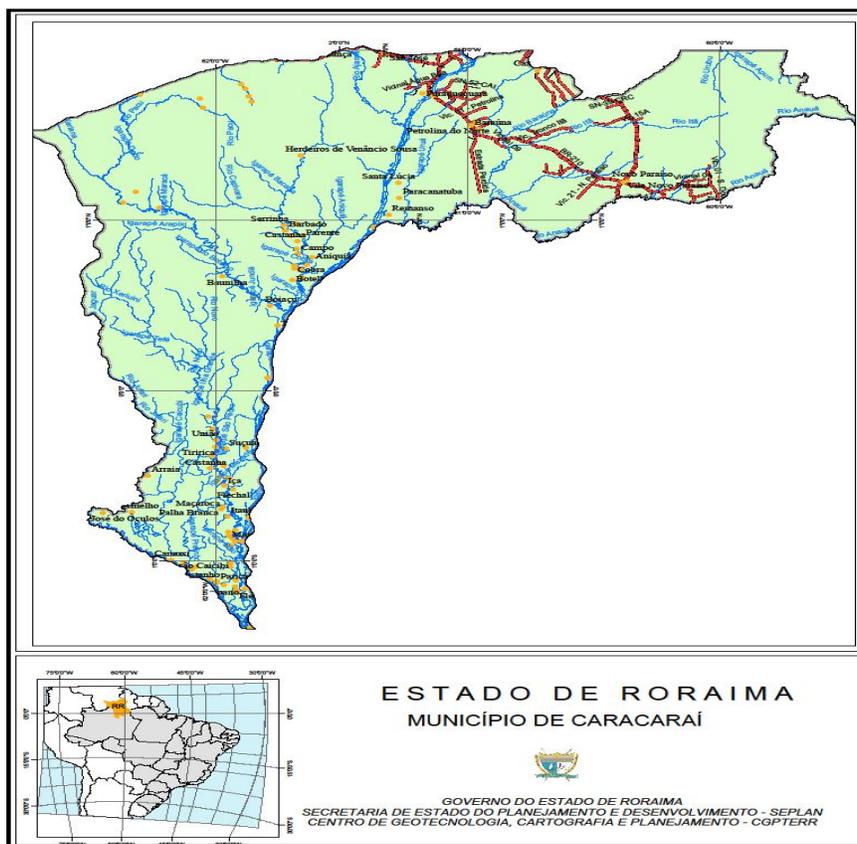
O município de Caracaraí foi criado pela Lei Federal nº 2.495, de 27 de maio de 1955 (CARACARAÍ, 2009), sendo conhecida como a Cidade Porto de Roraima, uma vez que está situada abaixo da Cachoeira do Bem-Querer, à margem do Rio Branco. A navegabilidade do Rio Branco é maior entre Caracaraí e Manaus, embora nos meses de estiagem do verão as embarcações de maior porte não conseguem trafegar, mesmo assim Caracaraí é a cidade roraimense de maior movimento no transporte fluvial de cargas. De Norte a Sul, Caracaraí é cortada pelo Rio Branco ele é um rio formado pela confluência dos rios Tacutu e Uraricoera, trinta quilômetros ao norte de Boa Vista, capital do estado de Roraima.

Possui uma área Ribeirinha localizada no Baixo rio Branco com 08 vilas, cujo acesso é exclusivamente fluvial sendo elas: Sacaiá, Terra Preta, Canauiní, Xeruiní, Cachoeirinha, Caicubí, Panacarica e Lago Grande (CARACARAÍ, 2009).

O município apresenta uma área de territorial de 47.410,891 km² que corresponde a 21,14% do território de Roraima sendo o maior município do Estado. As distâncias rodoviárias de Caracaraí às sedes municipais mais próximas são: Iracema 42 km, Mucajaí 86 km, São Luiz do Anauá 171 km; Rorainópolis 143 km e Boa Vista 136,10 km, este último com acesso pela BR-1742. O Município possui uma população de 18.398 habitantes, uma densidade demográfica de 0,39 habitantes/km² segundo o censo do IBGE (2010), distribuídas nas localidades: são José, Apuruí, Vista Alegre, Petrolina do Norte, Itã, Novo Paraíso, RR-170, Sacaiá,

Terra Preta, Canauiní, Cachoeirinha, Caicubí, Serra Dourada, Panacarica e Lago Grande (IBGE, 2010).

Figura 3 - O Município de Caracarái e sua geografia



Fonte: RORAIMA (2010)

Conforme o IBGE (2010), o Município de Caracarái está localizado no sudoeste do Estado de Roraima, na mesorregião sul, microrregião Caracarái, situado nas coordenadas geográficas 61°07'41" de longitude Oeste e 01°48'58" de latitude Norte, com uma altitude de 72 metros em relação ao nível do mar. Limita-se ao norte com os municípios de Cantá, Bonfim e Iracema; ao sul com o município, São João da Baliza, São Luiz do Anauá e Rorainópolis; a leste com o município de Caroebe e Republica Cooperativista da Guiana e a oeste com o Estado do Amazonas (RORAIMA, 2010).

O nome da cidade tem origem em um pequeno gavião que habita o centro-sul de Roraima. O povoado surgiu no local de descanso dos condutores de gado que saíam do antigo município de Moura, que deu origem ao Território do Rio

Branco, e mais tarde Território de Roraima e hoje Estado de Roraima. Historicamente, conhecido como Cidade Porto, é suporte de abastecimento de Roraima, principalmente com derivados de petróleo.

O mais importante produto da época era a produção de gado do Estado, que era embarcada em batelões (barcos e balsas adaptados para o transporte de gado) na cidade de Caracarái, em direção a cidade de Manaus, que abastecia Roraima com aviamentos (vestuários, gêneros alimentícios e combustíveis) que eram enviados nos mesmo batelões ao retornarem. Este município é detentor de elevados percentuais de áreas protegidas e possui uma reserva indígena de aproximadamente 7.638,06 Km², onde vivem as etnias Wai-Wai, Wapixana e Yanomami que totalizam uma população de 8.403 indígenas (RORAIMA, 2010).

Recortado no sentido norte-sul pelo Rio Branco, possui a única calha navegável por embarcações de pequeno e médio porte no estado de Roraima, possui vasta malha hidrográfica representada por rios e igarapés que dificultam o acesso a vilas, malocas e localidades. Na malha viária é recortado pela BR-210 no sentido leste-oeste e pela BR-174 no sentido norte sul, ligando à cidade de Caracarái a capital do Estado de Roraima - Boa Vista e, a Manaus capital do vizinho estado do Amazonas.

A vocação econômica natural do município é a pesca, sendo o maior produtor do Estado. Quanto aos atrativos turísticos do Município os principais são as Unidades de Conservação - (UC's), como as Estações Ecológicas de Caracarái e de Niquiá, parques Nacionais do Viruá e Serra da Mocidade, Floresta Nacional de Roraima, e, ainda, o Projeto de Preservação de Quelônios, todos sob a jurisdição do IBAMA e as Corredeiras d'água do Bem Querer, que apresenta vestígios arqueológicos (RORAIMA, 2010).

A zona urbana da sede cresceu após o asfaltamento da BR-174 e da promoção de concursos públicos tanto a nível municipal quanto estadual, verificando-se inúmeras construções em zonas periféricas e, em locais sem nenhuma infraestrutura. O município possui na sede um sistema de esgoto que atende 44,69% dos habitantes e, 71,42% possuem água encanada.

Ainda conforme Roraima (2010), diante do crescimento populacional intenso o setor saúde também apresentou um grande avanço, constituindo o seu cenário de saúde como um município habilitado em Gestão Plena do Sistema de saúde, recursos descentralizados, repasse fundo a fundo e tendo o Secretário Municipal de

saúde como Gestor e Ordenador de despesas. Conta com 6 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF), perfazendo uma cobertura de 76% dos habitantes e 49 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que estão distribuídos em localidades estratégicas do município.

Essas equipes estão compostas de 3 Unidades Básicas de Saúde na sede do município e mais 16 postos de saúde nas vicinais e baixo rio Branco, 01 CAPS, 01 equipe do NASF, e médicos especialistas da área de pediatria, cirurgia geral, gineco/obstetrícia, além de enfermeiros, odontólogos, assistente social, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeuta, técnicos de enfermagem e auxiliar de consultório dentário.

A Atenção Básica configura-se no modelo atenção predominante no município, atingindo uma média de 83% de assistência à população pelo sistema. Criada pela portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) é assim conceituada conforme estabelece Conass (2007, p. 12):

[...] a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Segundo Caracarái (2009) o município é habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal desenvolvendo as ações de saúde da criança; saúde do idoso; saúde da mulher; epidemiologia, imunização; atendimento odontológico básico; hanseníase; tuberculose; saúde mental (CAPS); NASF; DST/Adis. Ainda conta com um Hospital de pequeno porte, porém de média complexidade, com gestão mista Estadual e Municipal. Está habilitado em Gestão Plena do Sistema de saúde e seus recursos são descentralizados e faz parte do plano estadual da rede cegonha e encontra-se na Regional Sul da Saúde integrando a CIR-Sul conforme já discutido anteriormente, e demonstrado no mapa abaixo:

Figura 4 – Região CIR- Sul



Fonte: RORAIMA (2012). Plano Estadual da Rede Cegonha

O Controle Social do município é feito através do Conselho Municipal de Saúde, que não apresenta a paridade nas esferas de gestores, trabalhadores e usuários. Uma vez que quanto a sua composição, a lei de criação dos Conselhos de saúde os distingue dos demais Conselhos por prever a representação paritária dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, o número de representantes dos usuários deve ser igual à soma dos demais.

A definição dos Conselhos de saúde terá a seguinte composição: “50% de representantes dos usuários, 25% de representantes dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes do governo e prestadores de serviços” conforme preconiza a Resolução nº 333, de novembro de 2003 (CONASS, 2003). Ainda foi realizada a 2ª Conferência Municipal de Saúde em Agosto de 2011, que contou com 160 participantes de diversos setores da sociedade civil (Anexo 1).

Devido Caracará ser o maior município em extensão do estado de Roraima existe uma grande dificuldade de deslocamento das equipes de saúde dentro do município. O município tem regiões que no período do inverno não é possível ter

acesso a algumas localidades o que dificulta à atenção a saúde nessas regiões, também possui a maior área ribeirinha do estado com o maior número de vilas onde só se tem acesso via fluvial onde pode demorar em torno de 7 (sete) dias para se ter acesso a essas localidades. Devido a essas peculiaridades deve-se ter um olhar diferenciado para essa região em relação aos indicadores (CARACARAÍ, 2009).

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Chizzotti (1995) assinala que a coleta de dados não é um processo cumulativo e linear, cuja frequência controlada e mensurada, autoriza o pesquisador a estabelecer leis e prever fatos. A coleta de dados deve ocorrer de forma interativa, num processo contínuo de idas e vindas, nas mais diversas etapas da pesquisa e na interação com os seus objetivos: geral e específico. Conforme Gil (2010b), na maioria dos estudos de caso bem conduzidos, a coleta de dados é feita mediante entrevistas, observação e análise de documentos.

A coleta dos dados deu-se através da pesquisa documental nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no período de janeiro/2011 a dezembro/2012, no Relatório da 2ª Conferência Municipal de Saúde (Anexo 1) realizada em agosto/2011 e no Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2009-2012 (CARACARAÍ, 2009). As análises foram organizadas em categorias pré-estabelecidas arbitrariamente de forma a contemplar os objetivos da pesquisa. Ainda foi analisado o Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2011, pois o de 2012 ainda não estava disponível para consulta (Anexo 2).

4 FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do levantamento das discussões registradas nas atas do conselho Municipal de Saúde, Conferência Municipal de saúde e Plano quadrianual, foram sendo identificadas temáticas que se agrupavam em categorias.

As categorias escolhidas foram realizadas de forma arbitrária, com elaboração própria, porém escolhidas a partir das similaridades dos conteúdos de temas tratados na reunião e descritos nas atas, são elas: Gestão de pessoas (RH), gestão de políticas e projetos, Gestão financeira, Avaliação de níveis de satisfação e qualidade no atendimento e Política de Humanização. Conforme explicitado abaixo:

- a) Gestão de Recursos Humanos: refere-se a todas as discussões ou abordagens referentes à contratação de pessoal, exoneração de cargos, demissão, gratificação e incentivos financeiros, transferência, permuta de profissionais, realização de processo seletivo ou concurso público, capacitações;
- b) Gestão de Políticas e Projetos: refere-se a todas as ações da saúde tais como campanhas, adesão a projetos demandados pelo Ministério da Saúde, Programas de saúde tais como: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, DST/AIDS, Saúde do Homem, Hanseníase, Tuberculose, Imunização, Rede Cegonha, Vigilância em Saúde, Vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência Farmacêutica, malária, CAPS, NASF, saúde Bucal. Hospital, Média complexidade, dentre outros.
- c) Gestão de Recursos Financeiros: refere-se a todas as prestações de contas da saúde, aquisição de equipamentos e tecnologias, Relatório de gestão.
- d) Avaliação da qualidade e satisfação com os serviços: são aqui categorizadas todas as discussões ou projetos voltados aos serviços e atendimentos dispensados pelos profissionais de saúde.
- e) Política de Humanização: todas as abordagens voltadas a PNH em todas as suas dimensões: técnica, ética ou política.

A partir da categorização e levantamento de frequência dos assuntos, os mesmos foram tabulados (Anexo 3) e posteriormente lançados em gráfico para melhor análise e discussão.

Depois de estabelecidas as categorias, todos os temas foram tabulados e dispostos em tabela (Anexo 3), para verificação as frequência foram lançadas em gráfico para melhor análise.

Foi ainda analisado, o Relatório anual de Gestão/2011, com o objetivo de identificar pontos fortes para tomada de decisão e aprimoramento do Plano Municipal de Saúde a partir da realidade encontrada, com o intuito que o mesmo realmente possa ser utilizado como instrumento norteador das práticas e discussões no processo de gestão na saúde.

4.1 UM MODELO DE GESTÃO

Ao realizar minuciosa análise do Relatório Anual de Gestão (RAG) referente ao ano de 2011, foi possível descrever em que condições encontra-se a saúde do município, visto que o mesmo traz dados sócio - demográficos, de morbimortalidade, de gestão e financeiro.

A população residente no município é em sua maioria urbana, porém 40,70% são rurais, ultrapassando expressivamente a média nacional, pois segundo o IBGE (2010) apenas 15,65% da população brasileira vive na área rural. Ainda difere da realidade do Estado de Roraima, onde as taxas urbano-rural são em média 76,55% urbano e 23,45% rural. A cor predominantemente declarada é parda, seguida de branca, preta, amarela e indígena.

Como mencionado anteriormente, trata-se de um município de pequeno porte, com 18.398 habitantes, porém o que chamou bastante a atenção é o quantitativo de crianças na faixa etária de 0 a 09 anos, que representa 23,01% da população, já se ampliarmos a análise para a faixa etária de 0 a 19 anos, encontraremos 47,43%%, demonstrando uma população extremamente jovem. Esse dado vai de encontro à análise realizada por Brasil (2011, p. 13):

A longa experiência de níveis elevados de fecundidade, até o final da década de 70, foi responsável por um grande contingente de nascimentos e uma população predominantemente jovem. A partir do censo de 1980, já se observa o estreitamento da base da pirâmide, com reduções expressivas do número de crianças e adolescentes menores de 15 anos de idade no total da população, refletindo o declínio da fecundidade.

Do que foi pesquisado, percebe-se que o RAG/2011 (Anexo 2) não foi construído como instrumento de gestão, nem sequer discutido de forma a levantar

propostas de políticas públicas voltadas as situações de vulnerabilidade e fragilidade coletiva. Sobre isso Conass (2009, p. 209), refere:

No Brasil, há enormes diferenças entre estados e, nos estados, mais de 75% dos municípios têm menos de vinte mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade. Por isso, as redes terão de se organizar com auto-suficiência na média complexidade nas microrregiões ou regiões de saúde e com auto-suficiência em alta complexidade nas macrorregiões. Essas situações colocam para as Secretarias Estaduais de Saúde o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo modelo de atenção voltado para o atendimento às necessidades da população.

Pelo exposto, a regionalização e o estabelecimento das redes talvez fossem as estratégias ideais para sanar ou reduzir a problemática do acesso e a resolutividade nos municípios de pequeno porte.

Ao verificar os dados de mortalidade destacou-se como maior índice de morte as de causa externas, acidentes e violência, seguida das causadas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias, tumores. O que se observa um elevado índice de ocorrência de violência, principalmente em pessoas do gênero masculino em jovens e adultos, sendo a maior causa dos óbitos na idade produtiva do homem, dado preocupante que atinge a sociedade no município. Porém, não foram verificadas propostas ou discussão de redução desses eventos nos instrumentos pesquisados.

O modelo de Atenção predominante é a Atenção Básica com uma cobertura de 83% pela Estratégia Saúde da Família. Visto que, em caráter nacional, a ESF configurar a estratégia única de fortalecimento da Atenção básica, isto confirma a ampliação da ESF, mas não demonstra discussões acerca de seu impacto na saúde da população, sua qualidade, sua resolutividade e qual o seu papel na rede de assistência local. Porém ainda foram identificados postos de saúde, que refletem práticas de modelos tradicionais anteriores, que confrontam com o proposto pela Estratégia de Saúde da Família. Sobre a qual, Santos (2008, p. 201) analisa:

Os avanços do SUS têm sobrevivido ao modelo de gestão ainda caracterizado por:
[...] a priorização da estratégia de ampliação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde de Família focalizados nos estratos sociais mais pobres, com baixo custo (e orçamento), baixa resolutividade, baixa interação com unidades básicas e de apoio, baixa capacidade de porta de entrada no sistema e sem condições de efetivar ações estruturantes no sistema.

Quanto às morbidades, há maior incidência de doenças relacionadas à gravidez, parto e puerpério, demonstrando que há uma baixa qualidade no pré-natal e captação tardia das gestantes, resultando em complicações. Em seguida vem às doenças infecciosas, parasitárias e as doenças do aparelho respiratório como maiores causas de morbidade hospitalar. Dados que diferem da realidade nacional, conforme explicitado em Brasil (2011, p. 14):

O perfil de morbidade da população brasileira é caracterizado pela crescente prevalência e incidência das doenças crônicas não transmissíveis, pela persistência de doenças transmissíveis que já poderiam ter sido eliminadas – coexistindo com as transmissíveis classificadas como emergentes e re-emergentes –, bem como pela alta carga de acidentes e violências.

Esses dados refletem a necessidade de implementar novas formas de atendimento e melhorar qualidade da assistência básica, e a necessidade de intensificar ações de prevenção e promoção da saúde.

Em relação à rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, segundo dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) em Brasil (2011), o município estudado possui 25 (vinte e cinco) estabelecimentos, dos quais 23 (vinte e três) têm tipo de gestão municipal e, que representa 92 % do total, os outros 2 (dois), que representam 8% do total, adotam a gestão compartilhada (Estado/Município). Não existem estabelecimentos de saúde privado ou prestadores de serviços ao SUS em Caracaraí. Quanto à esfera administrativa, os dados do SCNES demonstram a hegemonia do município na gerencia de sua rede física de saúde.

O município em pauta possui Plano de Cargos e Carreiras e Salários (PCCS) para alguns servidores do setor saúde, estando em conformidade com o que preconiza a legislação e fugindo ao padrão nos demais municípios do Estado, onde a maioria dos profissionais de saúde é contratada através de vínculos empregatícios precários, sem garantias trabalhistas e sem um PCCS, conforme registro no RAG/2011 (Anexo 3).

Ainda conforme o RAG, Dentre os 208 (duzentos e oito) profissionais SUS com vínculo empregatício há 193 (cento e noventa e três) (92%) que apresentam a modalidade de vínculo emprego público, 10 (dez) são estatutários e 5 (cinco) têm contrato por prazo determinado. Não existem profissionais de saúde trabalhando sem vínculo. Esse tipo de vínculo pode ser do tipo estatutário, emprego público,

contrato por prazo determinado, cargo comissionado, celetista ou outro. Dado interessante, visto que, demonstra um avanço para os trabalhadores, e uma saída para redução da precarização da força de trabalho na saúde.

Em seguida no relatório foram apresentados os indicadores do Pacto pela Vida e de Gestão, cujas prioridades, objetivos e resultados foram demonstrados no quadro de metas pactuadas e atingidas a partir dos parâmetros nacionais. Não foi encontrada uma análise detalhada dos indicadores, nem mencionadas estratégias de melhorias frente aos parâmetros que não foram alcançados.

Mediante pesquisa ao RAG/2011, identificou-se que a alimentação do demonstrativo financeiro se deu a partir dos dados do SIOPS (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), e vem de forma resumida, apresentar os gastos que foram dispensados à saúde, de acordo com o preconizado pelo SUS na portaria MS/GM 204 de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, na forma de blocos de financiamentos que são: Atenção Básica, MAC, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Sendo requisito obrigatório à realização desses instrumentos para o recebimento dos recursos, monitoramento e controle, o Fundo Nacional de Saúde passou a realizar as transferências de recursos segundo a metodologia definida, e o município passou a elaborar o PPA (Plano Plurianual), LDO (Lei das diretrizes Orçamentárias) e executar as despesas de modo organizado e por blocos de financiamento. De acordo com este demonstrativo podemos evidenciar um equilíbrio na utilização dos recursos e o cumprimento da exigência legal da EC 29/2000, já que a aplicação total no exercício de 2011 foi de 15,07%, acima dos 15% mínimo preconizado pela Emenda Constitucional (EC-29/2000).

Dentre as sugestões encontradas para o ano subsequente (2012) foram encontradas:

- a) Reprogramar todas as ações que não foram realizadas em 2011;
- b) Reavaliar as metas nos indicadores do Pacto pela Saúde e pacto de Gestão;
- c) Elaborar a Programação Anual de Saúde com participação do conselho Municipal de Saúde;
- d) Buscar recursos junto ao Ministério da Saúde para fortalecimento da Atenção Primária e Média Complexidade;

- e) Buscar recursos financeiros junto aos parlamentares do Estado para a Saúde Pública do Município; e
- f) Solicitar treinamento e capacitação a SESAU/RR para todos os operadores de Sistemas de Informação.

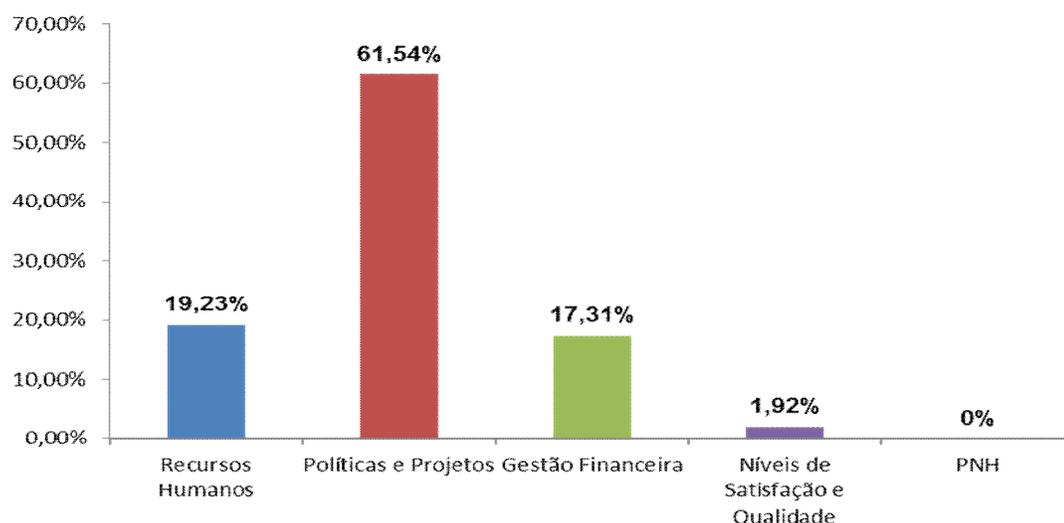
Pelo exposto, há uma visão muito restrita na análise da situação de saúde local, não há evidências de planejamento sistematizado e coletivo; os instrumentos são preenchidos de forma superficial e sem muito critério, o que demonstra o fazer para cumprir em detrimento da obrigatoriedade do mesmo, tendo como foco o recurso financeiro. Visto que na Lei nº 8.142/90 em seu art. 4º deixa bem claro que para receberem os recursos, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: fundo de saúde, conselho de saúde com composição paritária, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Partindo dos pressupostos acima mencionados, pode-se aferir que o modelo de gestão encontrado no município de Caracaraí, apesar de alguma forma apresentar ações isoladas de gestão participativa (realização da conferência por exemplo), ainda é centralizado, verticalizado e burocratizado.

O Plano Municipal de saúde analisado foi construído para o quadriênio 2009/2012, e contempla todas as etapas preconizadas pelo Ministério da saúde: dados sócio-demográficos, morbi-mortalidade, análise da situação de saúde, capacidades instaladas bem como a disponibilidade de recursos. Ainda traz um quadro de metas, ações e projetos que não impactam com o atendimento às necessidades demonstradas no perfil epidemiológico. As metas, projetos, programações e ações propostas estão em sua maioria, atreladas as concepções do Ministério da Saúde, sendo que o município assume de forma dogmática (sentenciosa) apenas o que são pactuados em metas nacionais e a nível estadual tais como: Saúde da Mulher, Saúde do Homem, NASF, Imunização, Vigilância Sanitária e Epidemiológica, Saúde Bucal, CAPS, ampliação da oferta de serviços de média complexidade, Programa Saúde na Escola, dentre outros.

O gráfico abaixo demonstra a frequência das programações em saúde, propostas para o quadriênio anteriormente mencionado, a partir das categorias estabelecidas: Gestão de RH, Gestão de Políticas e Projetos, Gestão Financeira, Avaliação de níveis de satisfação com os serviços e Política de Humanização.

Gráfico 1 - Distribuição percentual das propostas do Plano Municipal de Saúde (2009/2012).



Fonte: Elaboração do próprio autor com base nas atas do Conselho Municipal de Saúde

Os resultados encontrados trouxeram em maior frequência prioritariamente a Gestão de Políticas e Projetos uma vez que o mesmo é um instrumento obrigatório e que “representa a expressão das políticas, dos compromissos e das prioridades de saúde numa determinada esfera de gestão”, Brasil (2006). Em seguida, foram contempladas questões de recursos financeiros e Recursos Humanos. A avaliação da qualidade e níveis de satisfação com os serviços aparecem de forma discreta, já a Humanização, apesar de reconhecida enquanto Política desde 2003, no período de 2009 a 2012, não é nem mencionada no cenário estudado.

Silva (2010, p. 7) confirma que:

para que os municípios se habilitem a receber recursos financeiros para a saúde advinda da esfera federal, é exigida a criação de Conselhos organizados de acordo com as determinações legais, federais, estaduais e municipais, e regulamentações administrativas.

Esse dado demonstra que as prioridades do Poder Executivo Municipal são a oferta dos serviços, manutenção e captação de recursos. A PNH não se configura como uma prioridade, nem sequer surge como política necessária. Isso é um desafio onde Benevides e Passos (2005, p. 391) fazem referência:

Construir políticas públicas na máquina do Estado exige todo um trabalho de conexão com as forças do coletivo, com os movimentos sociais, com as práticas concretas no cotidiano dos serviços de saúde. Neste sentido, a Política de Humanização só se efetiva uma vez que consiga sintonizar “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade.

É justamente dentro dessa lógica de transformação da realidade que os municípios de pequeno porte devem ser contemplados com a PNH visto que a mesma enquanto política transversal busca ultrapassar as fronteiras, em sua maioria rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Para tal, a humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos (BENEVIDES; PASSOS, 2004).

Implementar a PNH requer que o SUS seja contemplado em sua perspectiva de rede, gerando mecanismos de coletividade na tentativa de garantir o direito à saúde consolidado como conquista na constituição federal. É nesse coletivo da rede SUS que as novas subjetividades surgem pautadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de gestão e de atenção.

4.2 FORMAS DE PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Conselho Municipal de Saúde foi criado pela Lei nº 288 de 18 de março de 1997, em conformidade com as disposições estabelecidas na Lei nº 8.080/90 em concordância com a Lei nº 8.214/90. Conforme consta em seu regimento, o mesmo tem por finalidade atuar na formulação, controle e execução das políticas municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

Na sua composição não foi identificada a paridade conforme estabelece a resolução 333/2003, onde se preconiza 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% divididos entre os prestadores de serviço e representantes do poder público. Sendo que a realidade encontrada foi: 4 (quatro) representantes governamentais sendo 1 (um) representante da secretaria Municipal de saúde, 1

(um) da secretaria Municipal de educação, 1 (um) da secretaria Municipal de Ação social e cidadania e representante da secretaria Municipal de administração (RH), cada um com seu respectivo suplente. E 4 (quatro) representantes não governamentais sendo 1 (um) da pastoral da criança, 1 (um) dos produtores rurais, 1 (um) dos usuários (não especifica a sua representatividade) e 1 (um) do conselho municipal dos Direitos da Criança e do adolescente.

Os dados demonstram que 50% dos conselheiros estão na categoria representativa de gestores, no caso das secretarias, ficando os 50% restantes representados por entidades da sociedade civil organizada, porém a categoria dos trabalhadores não foi contemplada, contrariando ao o que preconiza a portaria com relação à composição e representatividade do conselho. Isso fere o que a legislação preconiza sendo necessária a sua readequação, de forma a contemplar a paridade preconizada.

No período analisado, o mesmo realizou suas reuniões ordinárias de forma regular, uma vez ao mês, ainda com algumas extraordinárias, porém inexistiu uma agenda ou instrumento de planejamento que norteasse o que entraria em pauta.

Quanto a isso, Noronha, Lima e Machado (2006) refletem no que diz respeito aos temas e deliberações pelos conselhos, é importante que os mesmos construam e sigam uma agenda de temas prioritários para a implementação do SUS na sua esfera, de forma a acompanhar ou até antecipar a agenda do gestor correspondente. O gestor, também deve reconhecer e respeitar o papel legítimo do conselho na formulação de políticas e de agendas de prioridades para o setor, procurando trabalhar de forma articulada com esse órgão colegiado e evitando procurar o conselho somente para referenciar decisões previamente tomadas.

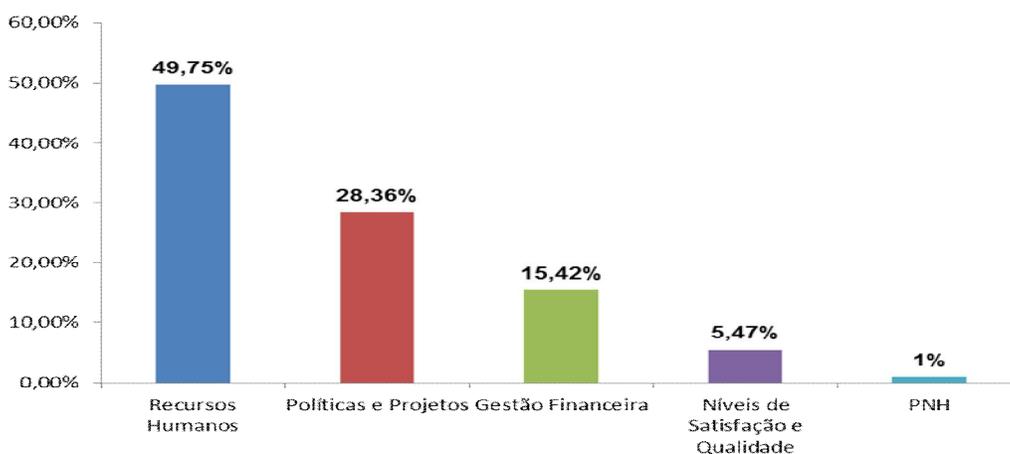
Com relação às deliberações do CMS voltadas para a PNH, há uma referência superficial ao tema de Humanização, porém utilizada de forma limitada, fragmentada, referente à atitude e prática profissional do “tratar bem”, demonstrando o desconhecimento dos conselheiros quanto aos dispositivos e funcionamento da política em estudo. Benevides e Passos (2005) referem que a humanização enquanto conceito impreciso e frágil no campo da saúde transita ainda hoje num espaço de sentidos, relacionados muitas vezes ao voluntarismo, assistencialismo, paternalismo ou mesmo a tecnicismo, baseado na racionalidade administrativa e na qualidade total.

Neste segmento, Benevides e Passos (2005, p. 390) refletem que:

A humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico.

A limitação da Política de Humanização no Município de Caracaraí-RR, bem como a falta de clareza da temática entre os sujeitos representativos nesse processo denotam o principal desafio para a implementação da PNH. Porém, já se percebe a necessidade de sua implementação como ferramenta de melhoria da qualidade dos serviços e no processo metodológico auxiliar, para a gestão participativa, tanto no âmbito assistencial, como nas relações gestor/trabalhador/usuário e trabalhador/processo de trabalho/qualidade, na busca da satisfação pessoal e profissional, gerando um sistema de saúde de qualidade e efetivo, focado nos preceitos éticos e políticos do SUS. Os assuntos abordados são apresentados no gráfico a seguir:

Gráfico 2 - Frequência dos assuntos abordados nas atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde no ano de 2011 e 2012



Fonte: Elaboração do autor com base nas atas do Conselho Municipal de Saúde

De acordo com o Gráfico 2, a gestão de Recursos Humanos (contratações, exonerações, processo seletivo, questões salariais, incentivo financeiro) predomina nas discussões do CMS, seguida da reprodução das Políticas e Projetos demandados pelo MS, sem muita preocupação com as especificidades locais e capacidades de ampliação de projetos voltados à realidade local. A gestão financeira

também demonstra uma preocupação significativa do gestor, girando em torno de aprovação de prestação de contas e relatório de gestão.

Em seguida, em menor escala foram mencionados alguns fatos a respeito de níveis de satisfação de usuários com alguns serviços. Já a Política de Humanização é mencionada de forma limitada, como significado de bom atendimento pelos profissionais da saúde. Este achado é reforçado pela seguinte reflexão (BRASIL, 2004, p. 6):

Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde. Além de tudo, o “alvo” dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que “também é ser humano” (!) e merece “ganhar alguma atenção dos gestores.

Benevides e Passos (2005) reforçam que a humanização, expressa em ações fragmentadas e numa imprecisão e fragilidade do conceito, vê seus sentidos ligados ao voluntarismo, ao assistencialismo, ao paternalismo ou mesmo ao tecnicismo de um gerenciamento sustentado na racionalidade administrativa e na qualidade total. E que para mudar esse conceito a política de humanização deve impor processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, devendo superar os desafios conceitual e metodológico. Até porque a PNH busca mudanças nos modos de fazer, de trabalhar, de produzir no campo da saúde.

Os dados nos levam a refletir acerca do papel exercido pelo CMS enquanto local de deliberação e decisão de políticas públicas e compreender sua relação com o Poder Executivo Municipal. No momento em que o mesmo configura-se espaço de participação da sociedade, é de suma importância que os seus membros realmente entendam o seu papel. Segundo Tatagiba (2002, p. 55), “os Conselhos gestores têm força legal para influir no processo de produção das políticas públicas, redefinindo prioridades, recursos orçamentários públicos a serem atendidos, acenando na direção da partilha de poder”.

No Município de Caracaraí-RR, foi identificado que os conselheiros além de estarem muito atrelados aos interesses do poder executivo, apresentam disparidades legais na sua composição, bem como não entendem o seu real papel

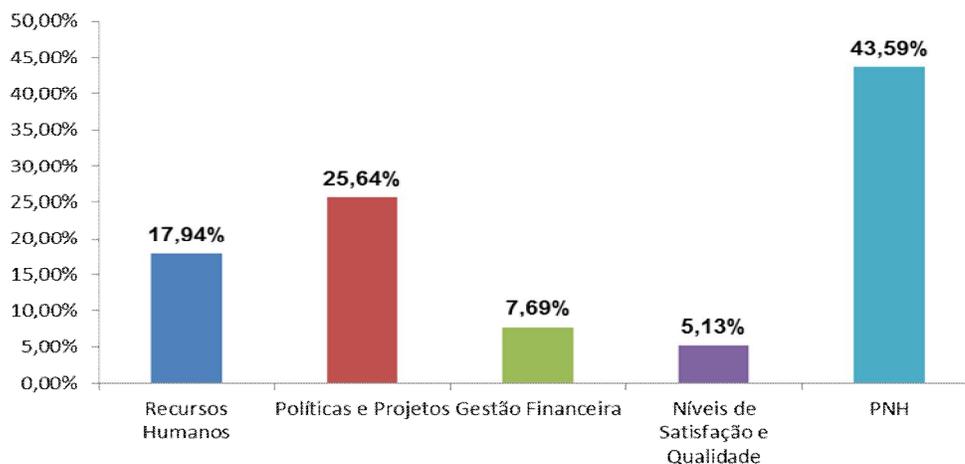
de representantes da sociedade civil nas deliberações e contribuições na política de saúde local.

A Conferência Municipal de Saúde mais recente foi realizada em agosto de 2011, e segundo o seu regulamento (Anexo 4), trouxe como tema central: *Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro*, seguindo as orientações de temáticas e funcionamento de acordo com o preconizado em âmbito nacional, conforme normatizado pelo Ministério da saúde.

Houve a convocação dos segmentos: 50% usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores de acordo com a paridade preconizada. Também foi verificado o Relatório da conferência (em anexo) e identificado um número considerável de participantes (160 pessoas), sendo 80 usuários (50%), 40 trabalhadores (25%) e 40 gestores (25%), o que demonstra um interesse da população através da sociedade civil organizada nas discussões da saúde. Também foram eleitos delegados para participarem da conferência estadual.

Seguindo o mesmo raciocínio das atas do CMS, foram analisadas as discussões realizadas pelos grupos temáticos da Conferência Municipal de Saúde, descritas nos relatórios (Anexo 1) construídos pelos grupos de discussão e o consolidado pela comissão organizadora do evento. Conforme gráfico demonstrado a seguir:

Gráfico 3 - Frequência dos assuntos abordados na 2ª Conferência Municipal de Saúde no ano de 2011 e 2012



Fonte: Elaboração do autor com base no relatório da 2ª Conferência Municipal de Saúde

Pelos dados apresentados acima, percebe-se que a prioridade de solicitações da população é primeiramente a implantação de dispositivos da PNH (43,59%), aqui a mesma já aparece como política pública seguida da implementação das políticas, projetos e serviços (25,64%), Gestão de RH (17,94%), onde são levantadas questões acerca de contratação de profissionais que atendam a demanda local, seguidas da gestão financeira (7,69%), cujas solicitações estão voltadas a aquisição de equipamentos e tecnologias e finalmente níveis de satisfação e qualidade dos serviços (5,13%), visto que o evento focava prioritariamente as discussões da sociedade civil.

Isso demonstra que a Humanização surge enquanto política demandada a partir das solicitações da sociedade civil e trabalhadores, fortalecida a partir do controle social garantido pela Conferência de saúde. Em Conass (2009, p. 9), traz a seguinte reflexão:

Os direitos sociais, que se referem às condições de vida e ao acesso a bens e serviços reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna, são de mais difícil implantação, dado seu caráter redistributivo. Ampliação de direitos sociais implica mudanças de valores e de práticas, redistribuição da riqueza socialmente gerada e redução de privilégios tornando-se, portanto, alvo de maiores resistências. Colocar no marco legal é apenas o primeiro passo; transformar a lei em realidade é resultado de profundas mudanças sociais, que alteram equilíbrios de poder e dependem da existência de sujeitos políticos capazes de promover essas mudanças.

Parsche (2009) reforça que a participação cidadã em saúde é espaço de abertura para a construção, com o conjunto da sociedade, de processos de corresponsabilização na gestão da política de saúde, sem com isto desresponsabilizar o Estado de suas funções essenciais. A construção de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde.

Seguindo o mesmo raciocínio, Brasil (2004) acrescenta que, se por um lado podemos apontar avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social, por outro, a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários. O trabalho em equipe, assim como o preparo

para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado.

Isso demonstra que a PNH deve ser realmente implantada no município, incorporada como política de tríplex inclusão, de co-gestão, cujos métodos, diretrizes e dispositivos façam valer um SUS que atenda as necessidades de saúde a partir da realidade local.

4.3 O LUGAR DA PNH NA GESTÃO DA SAÚDE

O SUS configura-se uma das maiores conquistas dos cidadãos brasileiros e traz como um dos seus princípios a participação da comunidade como estratégia de democratização da saúde. Tal gestão, dentro da perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HUMANIZASUS), não deve ser realizada apenas no âmbito do sistema de saúde ou instituições, mas deve contemplar também o cuidado em saúde. Sobre a qual em Brasil (2010, p. 9) há a seguinte referência:

A participação social, no entanto, não deve estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no dia-a-dia dos serviços do SUS, nos quais a participação tem sido ampliada gradativamente. Mesmo os trabalhadores de saúde ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham. Pode-se atribuir isto ao fato de que lhes pareça uma atuação difícil, complexa ou dificultada tanto por excesso de burocracia quanto por uma gestão centralizadora e pouco participativa.

Brasil (2010, p. 14) refere que entre os avanços e conquistas, há um SUS que dá certo, pois:

- A rede de atenção pública de saúde está presente em todo o território nacional, em todos os estados e municípios;
- Muitos serviços de saúde têm experimentado, em todo território nacional, inovações na organização e oferta das práticas de saúde, permitindo a articulação de ações de promoção e de prevenção, com ações de cura e reabilitação;
- O SUS vem reorganizando a rede de atenção à saúde, produzindo impacto na qualidade de vida do brasileiro;
- O SUS tem propiciado a produção de cidadania, envolvendo e co-responsabilizando a sociedade na condução da política de saúde, criando um sistema de gestão colegiada com forte presença e atuação de conferências e conselhos de saúde;
- O SUS construiu novos arranjos e instrumentos de gestão, que ampliaram a capacidade de ação e de co-responsabilização, servindo inclusive de referência para a organização de outras políticas públicas no Brasil.

- O SUS vem fortalecendo o processo de descentralização, ampliando a presença, a autonomia e a responsabilização sanitária de municípios na organização das redes de atenção à saúde;
- Tem havido uma ampliação da articulação regional, melhorando a oferta de recursos assistenciais e a relação custo-efetividade, ampliando o acesso da população ao conjunto de serviços de saúde.

É indiscutível que a partir da criação do SUS os cidadãos brasileiros tiveram acesso à saúde, porém ainda há muitas lacunas a serem preenchidas com relação a sua organização, gestão, financiamento, processos de trabalho, qualificação profissional, redistribuição de serviços de forma a efetivar-se os princípios da universalidade e integralidade.

Brasil (2010) ainda acrescenta que no percurso de construção do SUS, acompanhamos avanços que nos alegram, novas questões que demandam outras respostas, mas também problemas ou desafios que persistem, impondo a urgência seja de aperfeiçoamento do sistema, seja de mudança de rumos. O padrão de acolhida aos cidadãos usuários e aos cidadãos trabalhadores da saúde, nos serviços de saúde, é um desses desafios.

Em Brasil (2010, p. 18) há a referência que a Humanização como política transversal na rede SUS, implica em:

- Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
- Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
- Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
- Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários
- Posicionar-se como política pública: a) nos limites da máquina do Estado onde se encontra com os coletivos e as redes sociais; b) nos limites dos Programas e Áreas do Ministério da Saúde, entre este e outros ministérios (intersetorialidade).

No município de Caracaraí-RR, a PNH ainda não está sendo discutida enquanto política dispositivo que tem como pilar a gestão compartilhada, a mesma vem a partir do CMS como atitude, porém já aparece a partir de demandas de trabalhadores e usuários na Conferência Municipal de Saúde. Já em nível de Instrumentos de gestão encontra-se totalmente ausente, refletindo que o poder executivo ainda não adotou a concepção de co-responsabilização da saúde, da tríplice inclusão pautada na PNH, da necessidade da adoção de métodos, diretrizes e dispositivos que apostam em mudanças positivas na saúde.

Todos esses resultados ainda configuram-se como desafios, mas que serão aos poucos incorporados ao SUS, a partir do preconizado pela PNH, mas, para que isto aconteça efetivamente, é preciso que a mesma seja ampliada e incorporada obrigatoriamente na agenda de prioridades dos gestores, fato que, conforme os estudos realizados, ainda não acontece, visto que suas prioridades ainda estão atreladas a recursos financeiros e adesões às demandas verticais do Ministério da Saúde, na busca de cumprir metas e ampliar serviços, sem verificar de forma coletiva as necessidades reais de saúde local.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivos identificar qual o lugar da PNH na gestão da saúde em Caracaraí-RR, município de pequeno porte na Amazônia Brasileira, bem como, conhecer e discutir as in/congruências entre o que preconiza a PNH e a gestão da saúde, de forma a identificar a presença ou ausência de interligação entre ambas.

Os resultados da pesquisam apontam que a PNH ainda aparece limitadamente em algumas deliberações do CMS, com significado não de política pública, mas de atitude e prática profissional, focada no bem-estar do usuário. Porém, demonstra nos documentos da Conferência Municipal de Saúde, que a mesma vem demandada como política dispositivo, voltada a ampliação de acesso e acolhimento aos serviços de saúde, bem como das necessidades prioritárias dos trabalhadores e usuários.

Os instrumentos estudados, no caso o PMS e o RAG, foram construídos como documentos obrigatórios ao cumprimento legal, atrelados a captação de recursos e reprodução de políticas verticalizadas pelo Ministério da Saúde, não sendo verificados discussões ou projetos voltados à realidade local. Partindo do Poder executivo, a PNH não é priorizada, nem sequer mencionada, o que reflete que a mesma, mesmo datando de 2003 ainda inexistente em algumas localidades do país.

Demonstrando, que deve haver uma discussão acerca da possibilidade desta política entrar como obrigatória na agenda prioritária de cumprimento de metas estabelecidas a nível nacional. Já que a mesma traz em seu escopo a reorientação das práticas em saúde dentro da perspectiva de transversalidade norteadas pela co-gestão e o modo coletivo de produção de saúde e sujeitos. Sendo necessária a sua disseminação a partir do meio acadêmico, no sentido da mudança de atitudes e práticas de saúde, da incorporação do trabalho em equipe, das mudanças nos processos de trabalho.

Considerando que os documentos analisados originam-se a partir dos vários atores do processo de gestão, as demandas prioritárias encontradas, refletem discrepâncias entre essas instâncias: no CMS, encontra-se um modelo reprodutivo de manejo de RH, voltado às contratações e movimentações de pessoal, no PMS há uma prioridade exorbitante na gestão de políticas e reprodução dos projetos verticalizados pelo Ministério da Saúde. Já na Conferência Municipal de Saúde,

evento que reuniu a sociedade civil e trabalhadores, apareceu a PNH enquanto política pública, respondendo a pergunta inicial da pesquisa. O grande desafio será como operacionalizar a gestão, visto que a PNH contempla todas as instâncias estudadas.

O estudo pareceu um modelo satisfatório de diagnóstico onde se oferecem componentes que subsidiam a gestão da saúde. A partir dele, observou-se que no município caso ainda encontram-se muitos problemas que precisam ser sanados, incluindo os de natureza institucional. Hoje os mesmos são colocados como desafios, que só poderão ser superados pelo esforço conjunto de todos os sujeitos envolvidos – gestores, equipes de saúde e comunidade, na construção de novos acordos e agendas comprometidas com uma saúde pública participativa, eficiente e equânime.

O diagnóstico sobre a Humanização a partir dos sujeitos representativos irá contribuir na discussão e implementação da PNH no Município de Caracaraí-RR de forma satisfatória, à medida que irá identificar os desafios e possibilidades de sua inserção no sistema de saúde, a partir das vivências dos atores sociais e do envolvimento dos mesmos no processo de sensibilização, aceitação e consolidação dessa política no município em estudo.

Por outro lado, ao identificar as adversidades tais como: difícil acesso, ambiente físico inadequado, precarização das relações de trabalho, carências de materiais e de recursos humanos, debilidade do controle social, que fragilizam a consolidação do SUS que dá certo, que estas não sejam motivos de desânimo, mas sirvam como propulsoras a superação. Já que Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se configura como meio para a qualificação das práticas de saúde, através da ampliação do acesso com acolhimento; valorização dos trabalhadores e usuários; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; avanço da gestão participativa e envolvimento direto do controle social.

A proposta da PNH é ambiciosa e requer muita dedicação, que suplanta os interesses dos gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, esteja em uma metrópole ou em um recôndito município no interior da Amazônia. Esteja ele, em um Hospital de atendimento de alta complexidade ou em um posto de saúde instalado em uma vila remota na margem de um rio na Amazônia. O que vai fazer o diferencial é o espírito de equipe, o sentido da inclusão, a gestão compartilhada, a mudança nos processos de trabalho, mudanças nas práticas de atenção e gestão, que geram

satisfação em todos os sujeitos envolvidos, refletindo em uma saúde de qualidade e compatível com os princípios do SUS.

Dessa forma, percebe-se que a implementação da PNH, não será realizada através de ações momentâneas ou de esforços limitados e dispersos, mas será o fruto de um trabalho integrado subsidiado por um plano sustentado, de forma contínua, complexa, permanente e multiforme, que envolverá os mais diversos e variados níveis de responsabilidades, de modo a incluí-la como política prioritária de reafirmação e acessibilidade baseada na tríplice inclusão e gestão participativa, de um SUS que dá certo: universal, equitativo, integral e resolutivo.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. B. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro**: heranças e urgências. Rio de Janeiro: Revan, 2000. p. 392.

BAQUERO, M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. **Revista Sociologia e Política**, Curitiba, n. 21, nov. 2003.

BARROS, F. B. M. de. **História e legislação do SUS e Saúde da Família**: problematizando a realidade da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Aybook, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, jul./set. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p.

_____. **Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2013.

_____. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8142.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. **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>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. **Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.html>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. **Portaria nº 548/2001**. Aprova o documento de Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS, parte integrante desta portaria. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br / susdeaz /legislação /arquivo / 35 Portaria 548 de 12/04/2001. Pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislação/arquivo/35%20Portaria%20548%20de%2012%2F04%2F2001.Pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. **Decreto nº 7508 de 28/06/2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Resolução nº 333 de 04/11/2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, DF: **Imprensa Nacional**, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. col.1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2013.

_____. 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: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. Brasília: MS, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuições para a Agenda de prioridades de pesquisa. 2. ed. Brasília: MS, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH**: documento base para Gestores. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS - material de apoio. 3. ed. Brasília: MS, 2006 a. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/hijg /gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Termo de Compromisso de gestão municipal**. Brasília: MS, 2007a. 48 p. (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)**. Brasília: MS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2008a. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: MS, 2008b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: gestão participativa e co-gestão. Brasília: MS, 2009a. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: MS, 2009b. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva: instrumentos básicos. 2. ed. Brasília: MS, 2009c. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Grupo de Trabalho de Humanização**. 2. ed. 4. reimp. Brasília: MS, 2010a. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: MS, 2010b. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015** Brasília: MS, 2011. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**: formação e intervenção. Brasília, DF: MS, 2012. v.1.180 p.

CARACARAÍ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2009-2012**.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo : Cortez, 1995. p.144

CONASS. Conselho Nacional de Secretários e Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS; 1).

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao Desenvolvimentismo Populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a. p. 115-155.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b. p. 385-484.

FERREIRA, A. M. M.; SALATI, E. Forças de transformação do ecossistema amazônico. **Estud. av.** [online], v. 19, n. 54, p. 25-44, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010a. p. 200.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010b. p. 184.

GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro : Editoria da Fiocruz, 2011. 480 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem Populacional 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

LIMA, L. L. Descentralização e autonomia municipal na gestão da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1239-1250, jun. 2008.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf>. Acesso em: maio 2013.

MARTINS, L. M. **Amazônia Legal**. 2008. Disponível em: <http://www.al.ma.gov.br/arquivos/amazonia_legal_ma.doc>. Acesso em: 6 abr. 2013.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-471.

NOVAES, W. A Visão da o Futuro Amazônico: é difícil formular uma estratégia competente sem uma "identidade". **Jornal O Estado de S. Paulo** em 28/11/2008. Caderno A2.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 455-466.

PARSCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 13, supl.1, p. 701-708, 2009.

PASSOS, E. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. In: BENEVIDES, R.; PASSOS, E. (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 2 v. p. 97.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. (Artigo científico). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, ano 2, p. 255-261, 2009.

RORAIMA (Estado). Secretaria de Estado do Planejamento e Desenvolvimento de Roraima. **Informações Socioeconômicas do Município de Caracarái – RR 2010**. Boa Vista: CGEES/SEPLAN, 2010. 67 p.

RORAIMA (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual da Rede Cegonha**. Boa Vista, 2012.

SANTOS, N. R. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. **Ciência saúde coletiva** [online]. v. 13, supl. 2, p. 2009-2018, 2008. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/30554-32160-1-PB.pdf>>. Acesso em: jan. 2013.

SEIBEL, E.; OLIVEIRA, H. Clientelismo e seletividade: desafios às políticas sociais. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 39, abr. 2006.

SILVA, G. H. **O papel exercido pelo Conselho Municipal de saúde de Pelotas e sua relação com o Executivo Municipal**. 2010. 83 p. Monografia (Especialização em Sociologia e Política) - Universidade Federal de Pelotas-RS, 2010.

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DANIGNO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAÍM, J. S.; VILAS BOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, Brasília, v. 7, n. 2, abr./jun. 1998.

TÍLIO NETO, P. de. **Soberania e Ingerência na Amazônia Brasileira**. 2003. 143 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 599- 613, 2005.

VIANA, A. L. A. et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup. 2, p. 117-131, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 202 p.

ANEXO(S)

ANEXO 1

II CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE CARACARAÍ

RELATÓRIO DA II CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARACARAÍ

Em reunião no dia 04 de julho as 15h00min realizada na Secretaria Municipal de Saúde, o conselho reuniu-se, decidiu e aprovou a data de realização da II Conferência Municipal de Saúde com o Tema- **“ TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL- POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO**, no dia 04 de Agosto de 2011, na Orla Municipal Jose Flavio de Freitas, localizada na Doutor Zanny , neste município e constituiu a comissão organizadora da conferência através portaria nº122/2011 de 06 de julho de 2011. Aprovada na 7ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde, a II Conferência Municipal de Saúde no dia 04 de julho de 2011 às dezesseis horas, registrada no livro de ata do Conselho Municipal de Saúde na folha de ata nº 96 e Decreto Municipal Nº 017/2011 de 06 de julho de 2011, onde convoca a II conferência Municipal de Saúde de Caracarái.

Conforme deliberação do Conselho Municipal de Saúde e Decreto Municipal Nº 017/2011 de 06 de julho de 2011, foi realizado a II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái com o Tema- **“ TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL- POLÍTICA PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO**, tendo como instituições convidadas as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Ação Social e Cidadania, Obras, Agricultura, Meio Ambiente, Procuradoria Jurídica; instituições governamentais e não governamentais através de convite enviado para as instituições. Ressaltamos a participação efetiva de todas as unidades de saúde da zona urbana e rural ; Gestores e trabalhadores do SUS e representantes das comunidades Vila Baruana, Vila São Jose, Vila Novo Paraíso, BR 432- Km 91, onde contribuíram na elaboração de propostas que retratam a realidade da zona rural e o difícil acesso aos serviços de saúde do município.

A inscrição e credenciamento da conferência ocorreu as 7h:30min as 8h:00min ; abertura oficial onde a mesa autoridades foi composta pelo Secretário Municipal Gleison Saboia Teles; Secretaria de Ação Social e Cidadania Dianery de Sousa Coelho; Legislativo Peter Cley Duarte Reis ; Presidente do Conselho Municipal de Saúde Cristiane Raimunda da Silva e Assessor Técnico do Conselho Estadual de Saúde Fernando Antonio da Silveira. Em seguida foi executado o Hino Nacional e o Hino de Roraima, após explanação do tema da conferência e a importância do evento junto a sociedade, o Secretário Municipal de Saúde Gleison Saboia Teles deu inicio a II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái. Foi realizado uma apresentação cultural do Projeto Corpo e Alma Edificado, após apresentação do projeto o Palestrante Fernando Silveira Oliveira, realizou a leitura e aprovação da Proposta de regulamento da II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái, os conferencistas realizaram a leitura e executaram correções ao longo do texto aprovando ao final o regulamento, em seguida o Senhor Fernando Oliveira da Silveira proferiu a palestra sobre o Sistema Único de Saúde e as conquistas através das Conferencias Municipais, Estaduais de Saúde e ressaltou o eixo **ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE- UM SEDAFIO PARA O SUS** e Sub eixos I, II, III de discussão:

II CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE CARACARAÍ

Sub eixo I- Política de Saúde na Seguridade Social, segundo os princípios da integridade, universalidade e equidade;

Sub eixo II- Participação na comunidade e controle social;

Sub eixo III- Gestão do SUS (financiamento, Pacto pela Saúde e relação público x privado, Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde.

Após a realização da palestra deu inicio ao debate onde os conferencistas direcionaram perguntas sobre o tema da conferência e a realidade do sistema de saúde do município e o palestrante respondeu a todas as perguntas, conforme a programação foi realizado um intervalo para o lanche da manhã e em seguida retornamos aos trabalhos.

O Senhor Fernando Oliveira da Silveira e a Presidente do Conselho Municipal Senhora Cristiane realizaram a divisão dos grupos de trabalho conforme os sub eixos I, II, III respeitando a composição de representantes dos usuários dos serviços, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços do SUS, e logo depois foi realizado o intervalo para o almoço as 12h:00min.

Retornamos para a realização dos trabalhos em grupo as 13h:30min no auditório da Orla Municipal, os relatores e digitadores dos grupos direcionados pelo Conselho Municipal de Saúde junto aos respectivos grupos já divididos se reuniram para leitura dos sub eixos e discussão e elaboração das propostas.

O intervalo para o lanche da tarde foi realizado as 16h:00min e logo em seguida retornamos para a realização da plenária final.

Retornamos pontualmente as 16h:30min e começamos a apresentação, leitura e aprovação das propostas elaboradas nos grupos de trabalho. Houve alguns destaques nas propostas, as propostas que receberam destaque foram reelaboradas e aprovadas pela plenária final.

Grupo I: EIXO TEMÁTICO , Avanços e Desafios para a Garantia do Acesso e Acolhimento com Qualidade e Equidade.

Ordem de Prioridade	Diretrizes	Ações estratégicas.
1	Interação com as políticas e serviços de seguridade social (saúde previdência social e assistência social)	Articulação com os gestores.
		Capacitação dos trabalhadores das áreas.

II CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE CARACARAÍ

		do conselho.
2	Falta de interesse da população na participação em conferências e ações de saúde.	Intensificação da divulgação das ações do controle social pelo conselho municipal de saúde através dos meios de comunicação.
3	Investigar a real condição de cada localidade;	Priorizar o atendimento as comunidades do interior no que se refere às especialidades;
		Maior cobertura no atendimento da promoção, recuperação da saúde no interior do município;
		Implantar a ouvidoria municipal.
		Fiscalização do conselho em relação ao atendimento humanizado dos profissionais de saúde,
		Ampliação e divulgação dos serviços de saúde pela secretaria municipal de saúde, conselho municipal de saúde e serviço social do município.
4	Informatização sistematizada para publicidade de diretrizes do SUS e a seguridade social.	Fornecimento de questionários com respostas prontas sobre o controle social e seguridade social para serem disponibilizadas nas ações e serviços de saúde.

Grupo III: EIXO TEMÁTICO: Avanços e Desafios para Gestão Pública do SUS

Ordem de Prioridade	Diretrizes	Ações estratégicas
---------------------	------------	--------------------

II CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE CARACARAÍ

1	Ampliação do saneamento básico.	Sensibilizar os gestores Municipais através dos conselhos locais, Sindicatos e instituições nas comunidades.
2	Ampliar o atendimento médico especializado no município.	Ampliação de Contratação de Médicos especialistas
3	Tornar o hospital de Caracaraí referência, regional do sul do estado.	Elaborar Proposta de Regionalização do Hospital de Caracaraí para ser Hospital de Referência Regional da Região Sul do Estado
		Discutir propostas de regionalização do hospital na conferência estadual de saúde
4	Estruturação do PSF rural.	Adquirir equipamentos básicos para melhorar os atendimentos
		Aumentar a frequência de atendimentos das equipes nas micros áreas mais próximas.
5	Melhorar a divulgação do trabalho na rede pública e sociais divulgando a população o serviço do SUS para o melhor acesso aos serviços de saúde.	Divulgação em Rádio, Carro de Som, Panfletagem, Escolas e TV.
6	Implementação de qualificação para gestores e profissionais de saúde.	Implantação do Programa de Educação Permanente do Município.
		Contratação do Gestor Hospitalar com Formação em Administração ou Gestão Hospitalar.
		Implantação do Humaniza SUS

II CONFERÊNCIA DE SAÚDE DE CARACARAÍ

O conferencista o Senhor Fernando Oliveira da Silveira e a Presidente do Conselho Municipal Senhora Cristiane Raimunda da Silva realizaram a Eleição dos Delegados para representar o Município de Caracarái na VI Conferência Estadual de Saúde no município de Boa Vista respeitando a representatividade de dois representantes de gestores/prestadores de serviços do SUS; dois representantes dos usuários dos serviços e dois representantes dos trabalhadores do SUS, sendo assim foram separados os conferencistas com direito a voz e voto por seguimento e em seguida foi anunciado para a plenária quem gostaria de representar o município na Conferência Estadual de Saúde representando a comunidade e o segmento. Após a apresentação dos candidatos para a plenária final os candidatos eleitos foram: Seguimento de Gestor : Gleison Saboia Teles – Secretario Municipal de Saúde e Cristiane Raimunda da Silva – Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Coordenadora do Núcleo de Apoio as Ações à Saúde da Família- NASF; representante dos usuários dos serviços: Marilene Amburga da Silva – Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Laide Nogueira Barata- Pastoral da Criança; Joaquim Holanda Barroso- Vila São Jose – BR 210 -km 27; Manoel do Carmo Ribeiro Associação dos Pescadores- Vila de Vista Alegre; representante dos trabalhadores de saúde : Andreia Pereira Rocha - Agente Comunitária de Saúde; Leila Soares da Costa- Agente Comunitária de Saúde.

O total de participantes da II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái foram:

SEGUIMENTO	CONFERENCISTAS QUE PARTICIPARAM	QUANTITATIVO CORRESPONDENTE
Usuários	80	50%
Trabalhadores	40	25%
Gestores/Prestadores	40	25%
Total	160	100%

O Secretário Municipal Gleison Saboia Teles e o Assessor Técnico do Conselho Estadual Fernando Oliveira da Silveira agradeceram a participação de todos e em especial o Secretário agradeceu a comissão organizadora da II Conferência Municipal de Saúde pelo empenho e dedicação.

É o relatório.


GLEISON SABOIA TELES
SECRETARIO MUNICIPAL DE
SAÚDE


CRISTIANE RAIMUNDA DA SILVA
PRESIDENTE DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 2

Secretaria Municipal de Saúde - CARACARAI

CNPJ: 13.939.816/0001-27

Praça do Centro Cívico S/N

Telefone: 9535321484 - E-mail: semsa.caracarai@hotmail.com

69360-000 - CARACARAI - RR

RELATÓRIO DE GESTÃO - PERÍODO DE JANEIRO A DEZEMBRO DE 2011

1. IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

1.1 SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome	GLEISON SABOIA TELES
Data da Posse	20/01/2011
A Secretaria de Saúde teve mais de um gestor no período a que se refere o RAG?	Sim, quantidade: 1
Nome do secretário anterior	HENDRE GREGÓRIO DA SILVA
Data da Posse	12/04/2010
Nome do secretário anterior	HENDRE GREGÓRIO DA SILVA
Data da Posse	12/04/2010

1.2 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do FMS	Lei nº 195, de 03/03/2001
CNPJ do FMS	13.939.816/0001-27
O Gestor do Fundo é o Secretário da Saúde?	Sim
Gestor do FMS	GLEISON SABOIA TELES
Cargo do Gestor do FMS	Secretário de Saúde

1.3 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Instrumento legal de criação do CMS	Lei nº 288, de 18/03/1997
Nome do Presidente do CMS	CRISTIANE RAIMUNDA DA SILVA
Segmento	trabalhador
Telefone	9535231225
E-mail	aldenora.abreu@hotmail.com

1.4 CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Data da última Conferência de Saúde	08/2011
-------------------------------------	---------

1.5 PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Secretaria de Saúde tem Plano de Saúde aprovado pelo Conselho de Saúde?	Sim
Período a que se refere o Plano de Saúde	2010 a 2013
Aprovação no Conselho de Saúde	Resolução nº 8 Em 15/06/2010

1.6 PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS

O Município possui Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Sim
O Município possui Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)?	Não

1.7 PACTO PELA SAÚDE

Aderiu ao pacto pela Saúde	Não
Data da Homologação do Termo de Compromisso de Gestão na reunião da Comissão Intergestores Tripartite	

1.8 REGIONALIZAÇÃO

O Município pertence a algum Colegiado de Gestão Regional
Nome do Colegiado de Gestão Regional

Sim
Colegiado Intergestor Regional Sul
Não
Não

O Município participa de algum Consórcio
O Município está organizado em Regiões Intramunicipais
Quantas?

1.9 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

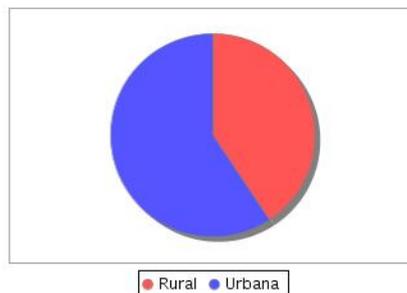
O município de Caracarái foi criado em 27 de março de 1955 pela lei federal nº 2.495. Apresenta uma área de 52.014 km², sendo um dos maiores municípios do Estado. Limita-se ao norte com os municípios de Iracema, Canta e Bonfim, a leste com a Guiana Inglesa e os municípios de Caroebe, São Luiz do Anauá, São João da Baliza e Rorainópolis, ao sul e oeste com o estado do Amazonas. É considerado Cidade Porto de Roraima, uma vez que está situada abaixo da Cachoeira do Bem-Querer no Rio Branco, é a cidade roraimense de maior movimento no transporte fluvial de cargas. O município de Caracarái encontra-se no modelo de Gestão Plena do Sistema Unico de Saude, ou seja, é o responsável unico pelo planejamento e execução dos serviços de saude em todos os seus componentes disponiveis no município (Atenção Basica, Media Complexidade, Vigilancia em Saude, Assistencia Farmaceutica e Gestão). Em Caracarái existem 01 (uma) Unidade Mista com Pronto Socorro, 16 (dezesesseis) Posto de Saúde (PS) distribuídos nas vilas do Município, sendo 06 (seis) unidades que contam com equipes de Estratégia de Saúde da Família (PSF) das quais 03 (três) estão na zona urbana e outras 03 (três) distribuídas em áreas das zonas rurais, que atende aproximadamente 75% da população; todas as 06 (seis) apresentam equipe de saúde bucal, possui 01 (um) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF I) e com 01 (um) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), Este relatório tem por finalidade descrever objetivamente um balanço das atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Caracarái no exercício de 2011. Este instrumento representa uma prestação de contas favorecendo o exercício do controle social.

2. DEMOGRAFIA E DADOS DE MORBI-MORTALIDADE

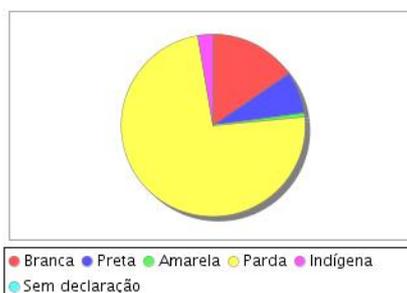
2.1. POPULAÇÃO ESTIMADA DO ANO 2011

18.398

População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Rural	7.488	40,70%
Urbana	10.910	59,30%



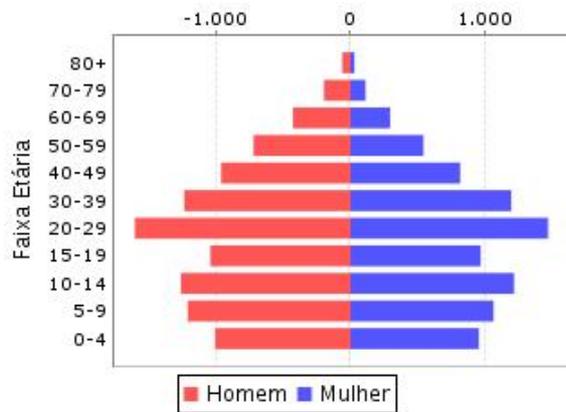
População do último Censo(ano 2000)	Qte	%
Branca	2.852	16,93%
Preta	1.344	7,18%
Amarela	135	0,72%
Parda	13.577	72,55%
Indígena	490	2,62%
Sem declaração	0	0,00%



2.1.1. POPULAÇÃO - SEXO E FAIXA ETÁRIA

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
0-4	1.007	955	1.962
10-14	1.262	1.217	2.479
15-19	1.042	969	2.011
20-29	1.604	1.470	3.074
30-39	1.237	1.196	2.433
40-49	962	816	1.778
5-9	1.211	1.064	2.275
50-59	721	543	1.264
60-69	428	295	723
70-79	197	112	309
80+	61	29	90
Total	9.732	8.666	18.398

População - Perfil demográfico



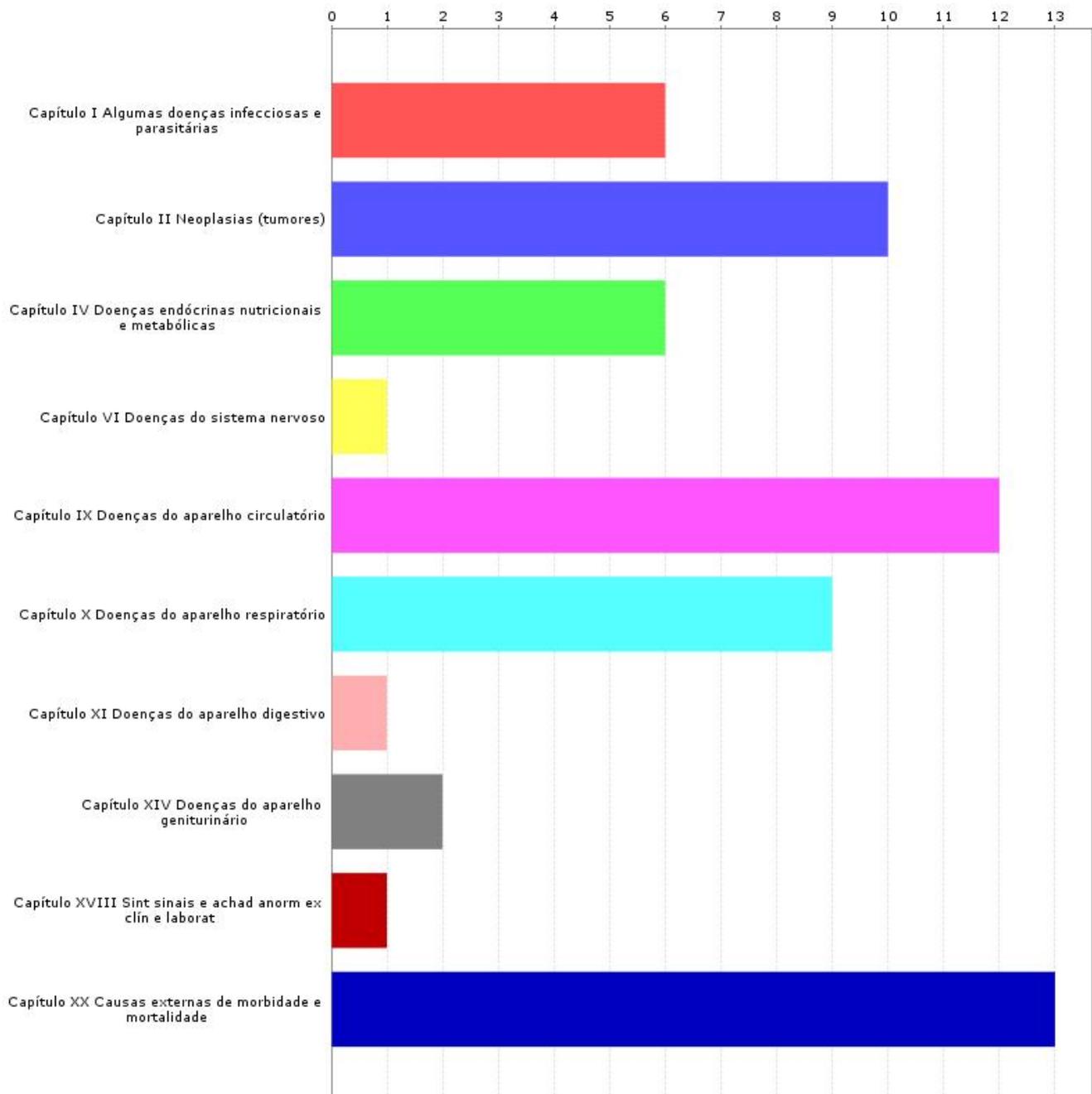
Análise e considerações do Gestor sobre dados demográficos

Conforme Censo IBGE 2010, Caracarái tem maior concentração de sua população na área urbana, aproximadamente 60% dela, apresenta um predomínio quanto as pessoas autodeclaradas pardas(73,80%), seguida da população branca, preta, indígena e amarela. Caracarái apresenta uma população em maior numero de homens, o que contraria a grande maioria das cidades do Estado onde o maior numero é de mulheres, isso pode ser devido o grande numero de trabalhadores imigrantes, principalmente do Estado do Amazonas. A proporção é de 0,89 mulher para cada homem em Caracarái. Esta população, tanto masculina como feminina, estão em sua maioria na faixa etária jovem adulto(de 20 a 29 anos), o que significa uma população economicamente ativa.

2.3 MORTALIDADE POR GRUPOS DE CAUSAS, FAIXA ETÁRIA E POR RESIDÊNCIA (Fonte: Portal DATASUS Tabnet/SIM - 2010)

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3
Capítulo II Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	1	0	1	1	3	2	2
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	6
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	0	0	1	4	3	2	3	0	0
TOTAL	2	0	0	0	2	4	6	7	8	9	15

Internações por Capítulo CID-10	80	Idade ignorada	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	1	0	6
Capítulo II Neoplasias (tumores)	0	0	10
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	0	6
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	0	1
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	1	0	12
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	4	0	9
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	0	0	1
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	0	0	2
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0	0	1
Capítulo XX Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0	13
TOTAL	8	0	61



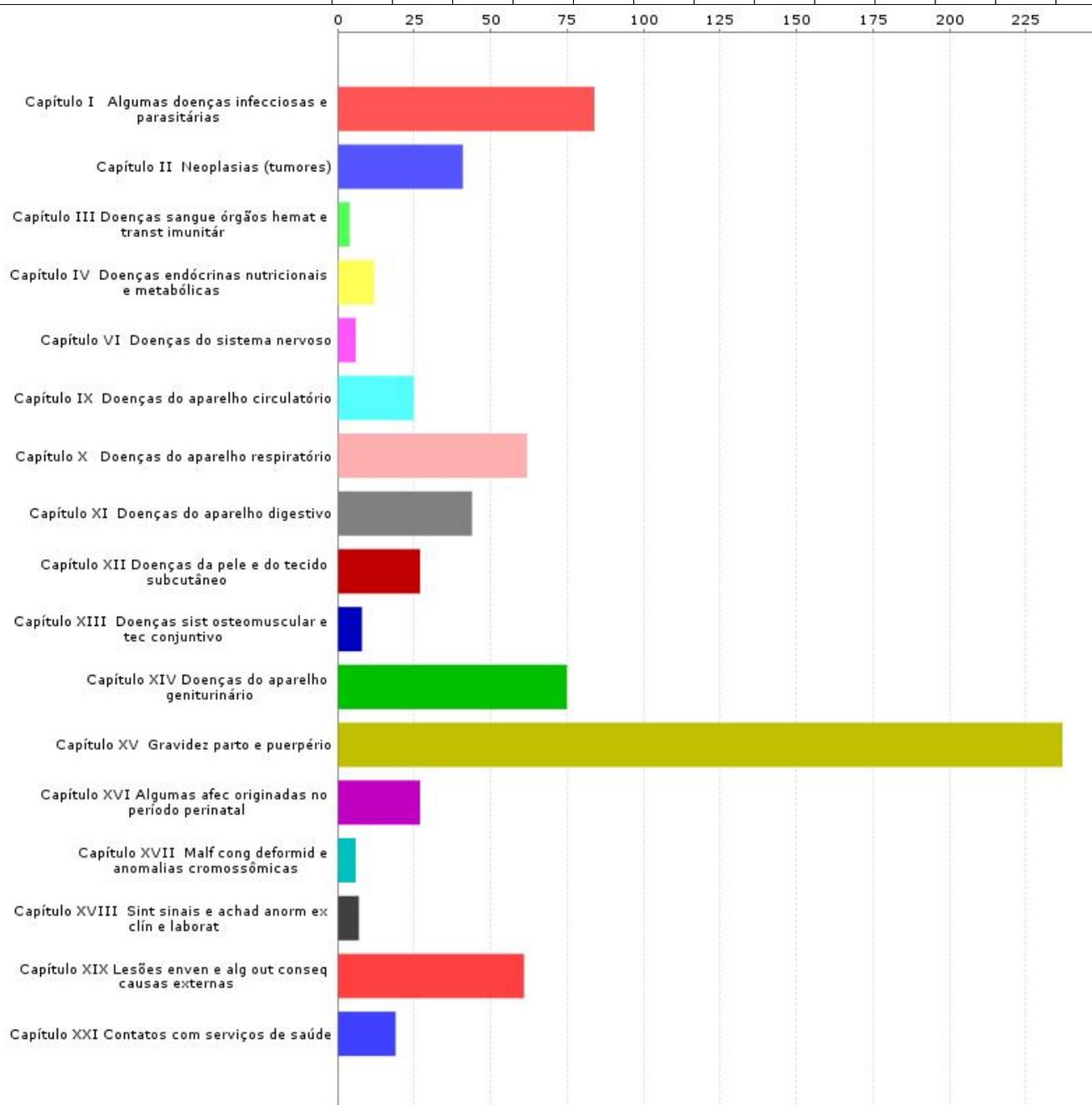
Análise e considerações sobre Mortalidade

O crescimento considerado da população do município de Caracaraí em análise contribuiu para que a população intensifique sua condição de vida, que dependendo da condicionalidade de sobrevivência proporciona componentes de risco de mortalidade, segundo o CID 10, destaca-se como maior índice de morte as de causa externas (Acidentes e Violência), seguida das causadas por doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores). O que se observa a gravidade pelo elevado índice de ocorrência de violência, principalmente no sexo masculino em jovens e adultos, sendo a maior causa dos óbitos na idade produtiva do homem, dado preocupante que aflige a sociedade no município.

2.4. MORBIDADE HOSPITALAR POR GRUPOS DE CAUSAS E FAIXA ETÁRIA (Portal DATASUS Tabnet/SIH - Jan a Dez - 2011)

Internações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo I Algumas doenças infecciosas e parasitárias	6	13	6	6	6	12	9	3	9	3	6	5	84
Capítulo II Neoplasias (tumores)	0	0	0	0	0	5	7	11	16	1	0	1	41
Capítulo III Doenças sangue órgãos hemat e trans imunitár	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	4
Capítulo IV Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2	0	2	0	1	0	1	0	0	1	3	2	12
Capítulo VI Doenças do sistema nervoso	0	2	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	6
Capítulo IX Doenças do aparelho circulatório	0	0	0	0	0	1	1	6	7	5	5	0	25
Capítulo X Doenças do aparelho respiratório	16	14	2	4	3	2	3	2	2	4	2	8	62

Interações por Capítulo CID-10	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80	Total
Capítulo XI Doenças do aparelho digestivo	1	1	3	4	1	5	10	5	7	2	5	0	44
Capítulo XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2	3	2	0	4	2	4	4	3	0	3	0	27
Capítulo XIII Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0	0	1	0	1	0	1	0	1	2	2	0	8
Capítulo XIV Doenças do aparelho geniturinário	1	4	3	4	5	21	15	10	3	4	2	3	75
Capítulo XV Gravidez parto e puerpério	0	0	0	7	68	107	51	4	0	0	0	0	237
Capítulo XVI Algumas afec originadas no período perinatal	26	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	27
Capítulo XVII Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	6
Capítulo XVIII Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	2	1	7
Capítulo XIX Lesões enven e alg out conseq causas externas	0	1	7	4	11	7	10	7	14	0	0	0	61
Capítulo XXI Contatos com serviços de saúde	1	3	0	0	0	5	4	1	2	3	0	0	19
TOTAL	59	42	27	33	101	170	120	54	64	25	30	20	745



3. REDE FÍSICA DE SAÚDE, PÚBLICA E PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO AO SUS

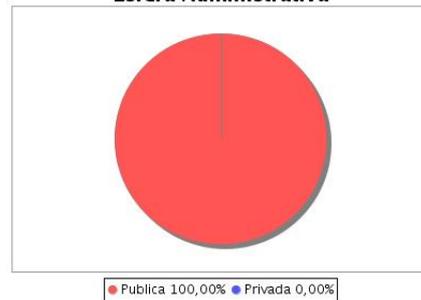
Tipo Gestão

Análise e considerações sobre Morbidade

Embora o município apresente 83% da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família, a cobertura na assistência a gestante é muito baixa, devido a captação das gestantes ocorre de forma tardia, dificultando o acompanhamento às grávidas, conforme preconizada pelo MS. O que confirma a maior incidência de doenças contidas no Capítulo XV do CID 10 - Gravidez parto e puerpério, comprometendo o perfil epidemiológico. Em seguida vem às doenças infecciosas e parasitárias e as doenças do aparelho respiratório como maiores causas de morbidade hospitalar em Caracarai em 2011.

3.1 TIPO GESTÃO

Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	1	0	0	1
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	4	4	0	0
POSTO DE SAUDE	17	17	0	0
SECRETARIA DE SAUDE	1	1	0	0
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	1	1	0	0
UNIDADE MISTA	1	0	0	1
Total	25	23	0	2

Esfera Administrativa

3.2. ESFERA ADMINISTRATIVA (GERÊNCIA)

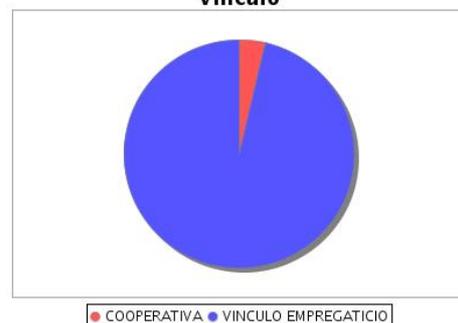
Tipo de Estabelecimento	Total	Municipal	Estadual	Dupla
ESTADUAL	1	0	0	1
MUNICIPAL	24	23	0	1
Total	25	23	0	2

Análise e considerações do Gestor sobre Prestadores de Serviços ao SUS

Em relação à rede física de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS, segundo dados do SCNES 2011, Caracarai possui 25 estabelecimentos, dos quais 23 tem tipo de gestão municipal, 92 % e os outros 02, ou 8%, do tipo de gestão dupla(Estado/Município). Não existem Estabelecimentos de saúde privado ou prestador de serviços ao SUS em Caracarai. Quanto a esfera administrativa, os dados do SCNES, demonstram que a hegemonia do município na gerencia de sua rede física de saúde.

4. PROFISSIONAIS SUS (Fonte: CNES)

COOPERATIVA	
TIPO	TOTAL
SEM TIPO	8
TOTAL	8
VINCULO EMPREGATICIO	
TIPO	TOTAL
CONTRATO POR PRAZO DETERMINADO	5
EMPREGO PUBLICO	193
ESTATUTARIO	10
TOTAL	208

Vínculo

Análise e Considerações sobre Prestadores de Serviços ao SUS

O município de Caracarai possui Plano de Cargos e Carreiras e Salários- PCCS para os servidores do setor saúde, estando em conformidade com o que preconiza a legislação e fugindo ao padrão nos demais municípios do Estado, onde a maioria dos profissionais de saúde são contratados através de vínculos empregatícios precários, sem garantias trabalhistas e sem um PCCS.

Dentre os 208 profissionais SUS com vínculo empregatício há 193 que apresentam a modalidade de vínculo emprego publico, 10 de modalidade Estatutário e 5 com contratos por tempo determinado. Não existe

profissionais de saúde trabalhando em Caracarái sem tipo de vínculo. Esse tipo de vínculo pode ser do tipo estatutário, emprego público, contrato por prazo determinado, cargo comissionado, celetista ou outro.

Ao compararmos com 2010, o número de profissionais de saúde passou de 154 para 208 profissionais, o que representa um aumento de 25,9% da força de trabalho e o melhor, com tipos de vínculos que garantam os direitos e garantias trabalhistas exigidos por Lei. Os servidores municipais na sua imensa maioria, 193 de um total de 208 ou 92%, possuem vínculo empregatício do tipo emprego público, ou seja, funcionários selecionados através de concurso público. Enquanto os profissionais cooperados não representam 4% do total.

5. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE

Objetivo	Meta Anuais		Recursos Orçamentários	
	Programada	Realizada	Programado	Executado
Fortalecer o controle de zoonose, tendo em vista a melhoria do perfil epidemiológico.	Implantação do Centro de Zoonose	SIM	0,00	0,00

6. INDICADORES DA SAÚDE (Fonte: SISPACTO)

6.1. PACTO PELA VIDA: PRIORIDADES, OBJETIVOS E RESULTADO ALCANÇADOS

Última atualização: 12/07/2012 23:21:27

PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA.			
Objetivo: AMPLIAR A OFERTA DO EXAME PREVENTIVO DO CANCER DO COLO DO UTERO VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 80% DA POPULAÇÃO ALVO.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
RAZÃO ENTRE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO UTERO NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS E A POPULAÇÃO ALVO, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.		0,30	0,18
Objetivo: TRATAR/SEGUIR AS LESÕES PRECURSORAS DO CANCER DO COLO DO UTERO NO NÍVEL AMBULATORIAL.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
PERCENTUAL DE SEGUIMENTO/TRATAMENTO INFORMADO DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE LESÕES INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU DO COLO DO UTERO.		1,00	100,00
Objetivo: AMPLIAR A OFERTA DE MAMOGRAFIA VISANDO ALCANÇAR UMA COBERTURA DE 60% DA POPULAÇÃO ALVO.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
RAZÃO ENTRE MAMOGRAFIAS REALIZADAS NAS MULHERES DE 50 A 69 ANOS E A POPULAÇÃO FEMININA NESTA FAIXA ETÁRIA, EM DETERMINADO LOCAL E ANO.		0,04	0,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: II - CONTROLE DO CANCER DE COLO DE UTERO E DE MAMA.: A realização de exames citopatológicos do colo do útero ainda o indicador mais difícil de ser atingido desta prioridade, no entanto os esforços serão redobrados para que em 2012 essa meta seja cumprida. É a razão entre mamografia realizada nas mulheres, nos sugere um erro quando da pactuação das metas para 2011, o que consideramos como meta não avaliada

PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.			
Objetivo: REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.		1,00	0,00
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL NEONATAL.		1,00	0,00
TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POS-NEONATAL.		Não Informado	0,00
Objetivo: REDUZIR A MORTALIDADE MATERNA.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E MATERNOS INVESTIGADOS.		75,00	0,00
INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGENITA.		Não Informado	0,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: III - REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA.: Embora não conste informação sobre o resultado 2011, os resultados para estes indicadores foram os seguintes: 1) Taxa de Mortalidade Infantil:03 2) Taxa de Mortalidade Infantil Neonatal: 02 3) Taxa de Mortalidade Pós-neonatal:01 4) Incidência de sífilis Congenita:00 5) Proporção de Óbitos de Mulheres em idade fértil e maternos investigados: 100% Este resultados encontram-se na base de dados municipal dos respectivos sistemas de informações, que serão impressos e anexados a este relatório. a avaliação deste indicadores aponta o cumprimento de metas nos indicador 4 e 5, e quanto a mortalidade infantil temos as dificuldades de atingir devido a particularidades socio-ambientais e culturais típicas da região amazônica, vale ressaltar que as metas foram determinadas pelo Ministério da Saúde e que temos a diminuir até a redução total da mortalidade infantil em nosso País.

PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENÇAS EMERGENTES E			
Objetivo: REDUZIR A LETALIDADE DOS CASOS GRAVES DE DENGUE.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
TAXA DE LETALIDADE DAS FORMAS GRAVES DE DENGUE (FEBRE HEMORRÁGICA DA DENGUE - FHD /SÍNDROME DO CHOQUE DA DENGUE - SCD /DENGUE COM COMPLICAÇÕES - DCC)		Não Informado	0,00
Objetivo: AUMENTAR O PERCENTUAL DE CURA NOS COORTES DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE A CADA ANO PARA ATINGIR 90% DE CURA EM 2011			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES		85,00	50,00
Objetivo: AMPLIAR A CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA DIAGNOSTICADOS A CADA ANO.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011
PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILIFERA		85,00	33,33
Objetivo: REDUZIR A INCIDÊNCIA DE MALÁRIA NA REGIÃO DA AMAZÔNIA LEGAL.			
Indicadores		Meta2011	Resultado2011

INDICE PARASITARIO ANUAL (IPA) DE MALARIA.	80,05	76,42
Objetivo: AUMENTAR A PROPORCAO DE COLETA DE AMOSTRAS CLINICAS PARA O DIAGNOSTICO DO VIRUS INFLUENZA DE ACORDO COM O PRECONIZADO.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE AMOSTRAS CLINICAS COLETADAS DO VIRUS INFLUENZA EM RELACAO AO PRECONIZADO	Não Informado	0,00
Objetivo: FORTALECER A VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DA DOENCA PARA AMPLIAR A DETECAO DE CASOS DE HEPATITE B, E A QUALIDADE DO ENCERRAMENTO DOS CASOS POR CRITERIO LABORATORIAL.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE CASOS DE HEPATITE B CONFIRMADOS POR SOROLOGIA.	95,00	100,00
Objetivo: REDUZIR A TRANSMISSAO VERTICAL DO HIV.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INCIDENCIA DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS DE IDADE	Não Informado	0,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: IV - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS AS DOENCAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ENFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA, INFLUENZA, HEPATITE, AIDS.: Tal qual aconteceu nos indicadores da Prioridade II, nesta também alguns dados não estão disponíveis, no entanto os dados de nossa base municipal mostra os seguintes resultados: 1)Taxa de Letalidade de formas graves de dengue:00 2)Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza: 00 3) Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos:00 Destacamos aqui o IPA da malária, pois em se tratando de região amazônica, atingir esta meta é um grande feito.

PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA

Objetivo: AMPLIAR A COBERTURA POPULACIONAL DA ATENCAO BASICA POR MEIO DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DA POPULACAO CADASTRADA PELA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA.	100,00	83,30
Objetivo: AMPLIAR O ACESSO A CONSULTA PRE-NATAL.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL	60,00	0,00
Objetivo: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR DIABETES MELLITUS NO AMBITO DO SUS.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INTERNACOES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICACOES.	7,70	0,00
Objetivo: REDUZIR A INTERNACAO HOSPITALAR POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) NO AMBITO DO SUS.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
TAXA DE INTERNACOES POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	3,40	5,48
Objetivo: REDUZIR E MONITORAR A PREVALENCIA DE BAIXO PESO EM CRIANCAS MENORES DE 5 ANOS.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
PERCENTUAL DE FAMILIAS COM PERFIL SAUDE BENEFICIARIAS DO PROGRAMA BOLSA FAMILIA ACOMPANHADAS PELA ATENCAO BASICA	68,00	34,23
PERCENTUAL DE CRIANCAS MENORES DE CINCO ANOS COM BAIXO PESO PARA IDADE	8,90	24,31
Objetivo: AMPLIAR O NUMERO DE EQUIPES DE SAUDE BUCAL (ESB) DA ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA (ESF)		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA DAS EQUIPES DE SAUDE BUCAL DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	100,00	112,51
Objetivo: AUMENTAR A PREVENCAO DAS PRINCIPAIS DOENCAS BUCAIS: A CARIE DENTARIA E A DOENCA PERIODONTAL.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
MEDIA DA ACO COLETIVA DE ESCOVACAO DENTAL SUPERVISIONADA	8,00	2,86

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VI - FORTALECIMENTO DA ATENCAO BASICA: Os seguintes resultado merecem destaque: 1) PROPORCAO DE NASCIDOS VIVOS DE MAES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL: 78% 2)TAXA DE INTERNACOES POR DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICACOES: 1,05 Pois embora não constem no sistema, como os outros já citados, teram o mesmo fluxo na elaboracao deste reatorio.

PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR

Objetivo: AUMENTAR A IDENTIFICACAO E A NOTIFICACAO DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR A PARTIR DA REDE DE SERVICOS SENTINELA EM SAUDE DO TRABALHADOR, BUSCANDO ATINGIR TODA A REDE DE SERVICOS DO SUS.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
NUMERO DE NOTIFICACOES DOS AGRAVOS A SAUDE DO TRABALHADOR CONSTANTES DA PORTARIA GM/MS Nº 777/04.	2,00	0,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: VII - SAUDE DO TRABALHADOR: Não foram notificados nenhum agravo referente a saude do trabalhador em 2011.

PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM

Objetivo: AMPLIAR O ACESSO A CIRURGIAS DE PATOLOGIAS E CANCERES DO TRATO GENITAL MASCULINO.		
Indicadores	Meta2011	Resultado2011
NUMERO DE CIRURGIAS PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA POR LOCAL DE RESIDENCIA.	Não Informado	0,00

Avaliação da prioridade PRIORIDADE: XI - SAUDE DO HOMEM: Não foi realizada nenhuma cirurgia referente a esta Prioridade em 2011 em Caracará.

AVALIAÇÃO GERAL DAS PRIORIDADES

Dos 25 indicadores do Pacto pela Vida, fomos avaliados em 24 e deste atingimos as metas em 13, o que perfaz um percentual de 54% de cumprimento de metas, uma melhora expressiva quando comparados aos anos de 2009 e 2010. O que nos indica que podemos melhorar ainda mais com o devido investimento na Atenção Primária.

6.2 INDICADORES DE GESTÃO: RESPONSABILIDADES

Última atualização: 12/07/2012 23:27:44

RESPONSABILIDADES GERAIS

Eixo: RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSORIA (DNC) ENCERRADOS OPORTUNAMENTE APÓS NOTIFICAÇÃO	0,00	95,83
PERCENTUAL DE REALIZAÇÃO DAS ANÁLISES DE VIGILÂNCIA DA QUALIDADE DA ÁGUA, REFERENTE AO PARÂMETRO COLIFORMES TOTAIS.	0,00	28,24
PROPORÇÃO DE ÓBITOS NÃO FETAIS INFORMADOS AO SIM COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA.	0,00	Não Informado
COBERTURA VACINAL COM A VACINA TETRAVALENTE (DTP+HIB) EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO.	0,00	122,01

Eixo: REGULACÃO, CONTROLE, AVALIACÃO E AUDITORIA

Indicadores	Meta 2011	Resultado 2011
ÍNDICE DE ALIMENTAÇÃO REGULAR DA BASE DE DADOS DO CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES).	0,00	100,00

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DA GESTÃO

A proporção de casos de doenças de notificação compulsória (dnc) encerrados oportunamente após notificação foi a única meta não atingida neste indicador, apesar de faltar muito pouco, nos indica que para o ano esta não terá problema em ser atingida. Informamos ainda que foram 100% informados os óbitos não fetais ao sim com causa básica definida, foram os 03 obtidos da mortalidade infantil. Desta forma, dos 5 indicadores do pacto de gestão, 4 foram cumpridos o que perfaz um percentual de 80% de cumprimento de metas, uma melhora muito expressiva em comparação a 2009 e 2010.

7. DEMONSTRATIVO DA UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 31/05/2012 02:23:46

7.1 BLOCO DE FINANCIAMENTO

	RECEITAS (R\$)						DESPESAS (R\$)					Movimentação Financeira		
	Transferência fundo a fundo			Op. Crédito /Rend. /Outros	Recursos Próprios	Total	Dotação	Empenhada	Liquidada	Paga	Orçada	RP/Outros Pagamentos	Saldo Finan. do Exercício Anterior	Saldo Finan. do Exercício Atual
	Federal	Estadual	Outros Municípios											
Atenção Básica	2.063.342,71	1.151.128,68	0,00	59.389,77	2.192.013,15	5.406.484,54	4.854.683,16	4.624.084,88	4.593.884,88	4.543.545,17	5.205.000,00	0,00	0,00	922.329,14
Atenção de MAC Ambulatorial e Hospitalar	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância em Saúde	321.459,32	0,00	0,00	0,00	0,00	321.459,32	438.000,00	350.186,85	350.186,85	350.186,85	400.000,00	0,00	0,00	0,00
Assistência Farmacêutica	206.095,14	0,00	0,00	0,00	0,00	206.095,14	206.095,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	206.095,14
Gestão do SUS	11.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.000,00	11.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.000,00
Convênios	99.821,70	0,00	0,00	0,00	0,00	99.821,70	99.821,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	99.821,70
Prestação de Serviços de Saúde	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Análise sobre a Utilização dos Recursos

Este demonstrativo evidencia a utilização dos recursos por bloco de financiamento, de acordo com o advento da Portaria MS/GM 204 de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde, na forma de blocos de financiamentos, com o respectivo monitoramento e controle, o Fundo Nacional de Saúde passou a realizar as transferências de recursos segundo a metodologia definida. O município de Caracaraí adotou a metodologia e passou a elaborar o PPA, LDO e LOA e executar as despesas de modo organizado e por blocos de financiamento. De acordo com este demonstrativo podemos evidenciar um equilíbrio na utilização dos recursos.

7.2. INDICADORES FINANCEIROS (Fonte: SIOPS)

Última atualização: 31/05/2012 02:23:46

Participação da receita de impostos total do município	8,70%
Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município	63,01%
Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município	12,23%
Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no	70,12%
Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município	16,72%
Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita Total do Município	37,93%
Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Município, por habitante	R\$264,19

Participação da despesa com pessoal na despesa total com Saúde	79,03%
Participação da despesa com medicamentos na despesa total com Saúde	1,99%
participação da desp. com serviços de terceiros - pessoa jurídica na despesa total com Saúde	6,30%
Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde	0,52%
Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde	77,93%
Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000	15,07%

Análise e considerações sobre os Indicadores Financeiros

Este demonstrativo visa identificar as receitas oriundas de impostos municipais, estaduais e da união para aplicação em despesas próprias em saúde de no mínimo 15% de acordo com a emenda constitucional 29/2000. De acordo com este demonstrativo fica evidente o cumprimento da exigência legal da EC 29/2000 já que a aplicação total no exercício de 2011 foi de 15,07%, um resultado pouco expressivo em comparação aos anos de 2009, (17,94%) e 2010(15,64%) Mesmo assim, ainda ficamos dentro dos parâmetros exigidos pela Emenda Constitucional 29/2000.

8. DEMONSTRATIVO ORÇAMENTÁRIO (Fonte: SIOPS)

8.1. RECEITAS

RECEITAS	PREVISÃO INICIAL (R\$)	PREVISÃO ATUALIZADA (a) (R\$)	RECEITAS ATUALIZADAS	
			Jan a Dez (b) (R\$)	% (b/a)
RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS LEGAIS (I)	12.005.000,00	12.005.000,00	13.485.456,80	112,33
Impostos	2.090.000,00	2.090.000,00	3.093.847,45	148,03
Multas, Juros de Mora e Outros Encargos dos Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00
Dívida Ativa dos Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00
Multas, Juros de Mora, Atualização Monetária e Outros Encargos da Dívida Ativa dos Impostos	0,00	0,00	0,00	0,00
Receitas de Transferências Constitucionais e Legais	9.915.000,00	9.915.000,00	10.391.609,35	104,80
Da União	4.225.000,00	4.225.000,00	5.158.916,65	122,10
Do Estado	5.690.000,00	5.690.000,00	5.232.692,70	91,96
TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS (II)	3.482.600,00	3.682.600,00	3.912.237,32	106,23
Da União para o Município	2.492.600,00	2.692.600,00	2.701.718,87	100,33
Do Estado para o Município	972.000,00	972.000,00	1.151.128,68	118,42
Demais Municípios para o Município	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas do SUS	18.000,00	18.000,00	59.389,77	329,94
RECEITA DE OPERAÇÕES DE CRÉDITO VINCULADAS À SAÚDE (III)	0,00	0,00	0,00	0,00
OUTRAS RECEITAS ORÇAMENTÁRIAS	24.898.600,00	14.783.600,00	20.187.866,39	136,55
(-) DEDUÇÃO PARA O FUNDEB	1.983.000,00	1.983.000,00	2.035.113,06	102,62
TOTAL	28.488.200,00	28.488.200,00	35.550.447,45	124,79

8.2. DESPESAS COM SAÚDE

8.2.1. DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)

DESPESAS COM SAÚDE (Por Grupo de Natureza de Despesa)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS CORRENTES	5.247.600,00	5.515.000,00	4.918.234,73	30.200,00	89,72
Pessoal e Encargos Sociais	2.977.000,00	4.080.390,00	3.907.076,96	20,00	95,75
Juros e Encargos da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Despesas Correntes	2.270.600,00	1.434.610,00	1.011.157,77	30.180,00	72,58
DESPESAS DE CAPITAL	252.000,00	94.600,00	25.837,00	0,00	27,31
Investimentos	252.000,00	94.600,00	25.837,00	0,00	27,31
Inversões Financeiras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Amortização da Dívida	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL (IV)	5.499.600,00	5.609.600,00	4.944.071,73	30.200,00	88,67

8.2.2. DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE, AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

DESPESAS PRÓPRIAS COM SAÚDE E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
DESPESAS COM SAÚDE	N/A	N/A	4.944.071,73	30.200,00	100,00
(-) DESPESAS COM INATIVOS E PENSIONISTAS	N/A	N/A			
(-) DESPESAS CUSTEADAS COM OUTROS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE	N/A	N/A	2.910.168,94	29.200,00	59,09
Recursos de Transferências do Sistema Único de Saúde - SUS	N/A	N/A	2.910.168,94	29.200,00	59,09
Recursos de Operações de Crédito	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
Outros Recursos	N/A	N/A	0,00	0,00	0,00
(-) RESTOS A PAGAR INSCRITOS NO EXERCÍCIO SEM DISPONIBILIDADE	N/A	N/A	2.197,50		
TOTAL DAS DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	N/A	N/A		2.032.705,29	40,86

8.3. CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

CONTROLE DE RESTOS A PAGAR VINCULADOS À SAÚDE INSCRITOS EM EXERCÍCIOS ANTERIORES	RESTOS A PAGAR INSCRITOS COM DISPONIBILIDADE FINANCEIRA DE RECURSOS PRÓPRIOS VINCULADOS	
	Inscritos em exercícios anteriores (R\$)	Cancelados em 2011 (R\$)
RP DE DESPESAS PRÓPRIAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE	0,00	0,00

8.5. PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS

PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI)]	[(V - VI)]
PARTICIPAÇÃO DAS DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NA RECEITA DE IMPOSTOS LÍQUIDA E TRANSPARÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS - LIMITE CONSTITUCIONAL <15%> [(V - VI)]	15,07

8.5.1. DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)

DESPESAS COM SAÚDE (por subfunção)	DOTAÇÃO INICIAL	DOTAÇÃO ATUALIZADA (c) (R\$)	DESPESAS EXECUTADAS		
			LIQUIDADAS Jan a Dez (d) (R\$)	INSCRITAS EM RESTOS A PAGAR NÃO PROCESSADOS (e) (R\$) Dez (d) (R\$)	% ((d+e)/c)
Atenção Básica	2.142.600,00	2.266.730,00	2.126.617,56	132.912,44	40,49
Assistência Hospitalar e Ambulatorial	1.002.000,00	684.500,00	433.364,53	229.135,47	11,87
Suporte Profilático e Terapêutico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Sanitária	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vigilância Epidemiológica	300.000,00	438.000,00	350.186,85	87.813,15	7,85
Alimentação e Nutrição	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Subfunções	2.055.000,00	2.220.370,00	2.033.902,79	185.467,21	39,77
TOTAL	5.499.600,00	5.609.600,00	4.944.071,73	635.328,27	100,00

Considerações Gerais sobre demonstrativo orçamentário

Os recursos da Esfera Municipal/SUS, aplicados na atenção à saúde corresponderam a um percentual de 15,07%, com isso apresentando-se acima dos 15% do mínimo preconizado pela Emenda Constitucional (EC-29). As receitas realizadas no exercício de 2011 se observam que, houve um acréscimo de 8,3% em relação ao ano de 2010, pois os valores passaram de R\$ 12.366.958,70 para R\$ 13.485.456,80, respectivamente. Observa-se também, que houve um acréscimo nas despesas das respectivas ações e serviços públicos de saúde. Portanto, vem aplicando e executando as ações e serviços voltados à saúde na Rede Municipal de Saúde conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

9. ANÁLISE E CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O RELATÓRIO DE GESTÃO

9.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Por estarmos habilitados na Gestão Plena do Sistema Único de Saúde, somos responsáveis pelo planejamento e execução dos serviços de saúde em todos os seus componentes disponíveis no município e também assumimos a responsabilidades quando falhamos. Em 2010 os indicadores do pacto pela saúde e do de gestão foram muito baixos, total de 36% de cumprimento de metas, o que fez a Gestão se empenhar, principalmente na Atenção Primária pois foram os piores resultados, e para este ano chegamos a 54% de cumprimento de metas; houve diminuição no numero de óbitos e numero de internações hospitalares. Houve também um aumento no número de profissionais de saúde que passou de 154 para 208 profissionais, o que representa um aumento de 25,9% da força de trabalho e o melhor, com tipos de vínculos que garantam os direitos e garantias trabalhistas exigidos por Lei. Pelo predomínio de nossa população na área urbana do município, necessitamos ampliar os serviços e ações desta área, como foco na Atenção Básica, mas sem deixar de lado a Média Complexidade, pois agora com a política da Regionalização, faz-se necessária a captação de recursos para esta área visando tornar Caracarái a referência para atendimento de média complexidade para os demais municípios que compõem Região de Saúde SUL no Estado (CIR SUL).

9.2. RECOMENDAÇÕES PARA A PRÓXIMA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE E/OU REDIRECIONAMENTOS PARA O PLANO DE SAÚDE

Sugerimos que a gestão em 2012 tome as seguintes providencias:

- 1) Reprogramar todas as ações que não foram realizadas em 2011;
- 2) Reavaliar as metas nos indicadores do Pacto pela Saúde e pacto de Gestão;
- 3) Elaborar a Programação Anual de Saúde com participação do conselho Municipal de Saúde;
- 4) Buscar recursos junto ao Ministério da Saúde para fortalecimento da Atenção Primária e Média Complexidade;
- 5) Buscar recursos financeiros junto aos parlamentares do Estado para a Saúde Publica do município;
- 6) Solicitar treinamento e capacitação a SESAU/RR para todos os operadores de Sistemas de Informação .

9.3. ARQUIVOS ANEXOS

Documento	Tipo de Documento
REsolução nº 43 do Relatorio_de_Gestao_2011[1] com assinatura.doc	PR

10. APRECIÇÃO DO RELATÓRIO DE GESTÃO

10.1 RELATÓRIO TRIMESTRAL (Lei 8.689/1993 e Dec. 1.651/1995)

Relatórios Trimestrais	1º TRI	2º TRI	3º TRI	4º TRI
Enviado ao Conselho de Saúde em				
Enviado para Câmara de Vereadores em				

10.2. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG)

10.2.1. INFORMAÇÕES DO GESTOR

Enviado ao Conselho de Saúde para apreciação em	15/07/2012
Enviado ao Tribunal de contas a que está jurisdicionando em	
Enviado à Câmara de Vereadores em	
Reenviado ao Conselho de Saúde para reapreciação em	

10.2.2. INFORMAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE

Data de Recebimento do RAG pelo CS	17/07/2012
Apreciado pelo Conselho de Saúde em	18/07/2012
Reapreciado pelo Conselho em	
Parecer do Conselho de Saúde	O conselho aprovou o relatório de gestão de 2011, consolidando as atribuições deste conselho em fiscalizar, implementar, articular e deliberar sobre a política de saúde no município, exercendo o controle social e garantindo que os serviços de saúde realmente atenda as necessidades dos usuários.
Status da Apreciação	Aprovado
Resolução da Apreciação	43 Data 18/07/2012

CARACARAI - RR, ____ de _____ de ____.

ANEXO 3

Anexo 3- Frequência dos Assuntos Abordados nas Pautas do CMS (Jan./2011 a Jan./2012) ,Plano Municipal de Saúde (2009 a 2012) e Relatório da 2ª Conferência Municipal de Saúde/2011

- Categorias: Gestão de RH
- Conselho Municipal de Saúde: Contratação e substituição de profissionais; Incentivo financeiro e questões salariais; Realização de processo seletivo e benefícios para servidores; Capacitações.
- Plano Municipal de Saúde: - Contratação de pediatra; Contratação e incentivo financeiro a profissionais; Melhoria salarial.
- Conferência Municipal de Saúde : Capacitação dos Trabalhadores, Realização de concurso público, contratação de gestor Hospitalar
 - Categorias: Gestão de Políticas, Projetos e Serviços de Saúde.
 - Conselho Municipal de Saúde: Discussão de Políticas, Projetos e Serviços: Saúde do Homem; Rede Cegonha; Vigilância Sanitária; Conselho Municipal de Saúde; Indicadores da Atenção Básica; Campanhas de Vacinação; Vigilância Epidemiológica; Serviços de Média Complexidade; Assistência Farmacêutica; Programa de Hanseníase e Tuberculose; CAPS; NASF; Saúde Bucal; Hospital; Programa Saúde na Escola.
 - Plano Municipal de Saúde: Implementação de Políticas, Projetos e Serviços: Ações de Saneamento; Implementação da Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Programa de Saúde Bucal; Programa Saúde da Mulher; Assistência Farmacêutica; Ampliação da Oferta de Serviços de Média Complexidade; Laboratório de Malária; NASF; Fisioterapia; Zoonoses; Imunização;

Implantação do Programa de Saúde Indígena; Implantação do Programa Saúde na Escola; Construção de Centro de Referência da Mulher; C APS 60%.

- Conferência Municipal de Saúde: Articulação com os gestores, divulgação dos serviços, compromisso político, fiscalização da comunidade, informatização dos serviços de saúde, realização de convênios com especialistas, identificação na comunidade de pessoas ativas para participação no CMS, priorização dos atendimentos especializados para as comunidades do interior, ampliar a cobertura do atendimento no interioridade , ampliar e divulgar os serviços de saúde, fornecer questionário sobre controle social e seguridade social, implementar a vigilância sanitária, elaborar e discutir proposta de regionalização, implantar programa de educação permanente
 - Categorias: Gestão Financeira e Administrativa.
 - Conselho Municipal de Saúde: Prestação de Contas da SEMSA; Relatório de Gestão; Aquisição de Equipamentos.
 - Plano Municipal de Saúde: Ampliação e Construção de Estrutura Física de Unidade Básica de Saúde (UBS); Implantação e Monitoramento de Sistemas de Informação em Saúde; Reforma do Hospital (ambiente externo e lavanderia); Aquisição de Ambulância; Aquisição de Veículos para ESF; Informatização das UBS; Adequação da Estrutura Física do Prédio da Vigilância em Saúde; Aquisição de Bicicletas para ACS.
 - Conferência Municipal de Saúde: nada consta
 - Categorias: Avaliação e Níveis de Satisfação com a Qualidade do Serviço.
 - Conselho Municipal de Saúde: Reclamações Sobre Atendimento de Profissionais e Serviços.

- Plano Municipal de Saúde: Implantação da Ouvidoria do SUS.
- Conferência Municipal de Saúde : Profissionais especializados, realização de visitas domiciliares e fiscalização dos conselheiros e comunidade
 - Categorias: Política de Humanização.
 - Conselho Municipal de Saúde: Humanização.
 - Plano Municipal de Saúde: Nada Consta._
- Conferência Municipal de Saúde : Condições de trabalho, Treinamento para um atendimento humanizado, interação entre equipe multiprofissional, comprometimento dos profissionais, realização de pesquisa para formulação de projetos voltados para a saúde, acesso e acolhimento aos serviços de saúde da família, serviços de suporte a diagnósticos terapêuticos e reabilitação, melhorar a divulgação da cartilha do SUS aos usuários, fiscalização do conselho

Fonte: Próprio Autor

ANEXO 4

Proposta de regulamento da II Conferência Municipal de Saúde de Caracaráí

CAPITULO I FINALIDADE

Artigo 1º – Este Regulamento tem por finalidade definir as regras de funcionamento para a etapa municipal da II Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo Decreto Municipal nº 017, de 06 de julho de 2011, e com regimento aprovado na 7ª Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Caracaráí – CMS/RR, em 04 de julho de 2011.

CAPITULO II ORGANIZAÇÃO

Artigo 2º – A II Conferência Municipal de Saúde de Caracaráí terá a seguinte organização:

- 1 – Painéis Temáticos;
- 2 – Plenária:
 - a – Plenária de Abertura;
 - b – Plenária Final;
- 3 – Trabalhos de Grupo;

CAPITULO III TEMÁRIO

Artigo 3º – Nos termos do seu Regimento, a II Conferência Municipal de Saúde de Caracaráí, abordará o tema central; “ *TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICO PÚBLICA, PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO*”, com o seguinte eixo:

ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE – UM DESAFIO PARA O SUS:

- Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade;
- Participação da comunidade e controle social;
- Gestão do SUS (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão

do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde);

SEÇÃO I PAINEL TEMÁTICO

Artigo 4º – A discussão de cada eixo Temático que compõe a II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái será feito mediante apresentações e debates na forma de painel temático;

§ 1º – Haverá 01 (um) painel, para todo o eixo Temático;

§ 2º – A mesa do painel temático será composta por um Coordenador e um expositor;

§ 3º – Os coordenadores de cada painel temático serão indicados pela Comissão Organizadora;

§ 4º – Os expositores serão escolhidos entre usuários, gestores, prestadores de serviço, trabalhadores, pessoas com conhecimento e experiência na área de saúde;

§ 5º – O expositor disporá de 45 (quarenta e cinco) minutos, prorrogáveis por mais 10 (dez) minutos, para sua apresentação.

Artigo 5º - Após a exposição, o coordenador do painel temático iniciará as inscrições das pessoas da plenária para o debate 01 (uma) hora.

§ 1º – Os delegados, convidados, poderão manifestar-se em relação aos temas por escrito ou verbalmente, durante o período de debate, garantindo – se a ampla oportunidade de participação;

§ 2º – O tempo máximo

SEÇÃO II PLENARIA DE ABERTURA

Artigo 8º - A Plenária de Abertura da II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái terá como função específica aprovar o regulamento.

SEÇÃO III GRUPOS DE TRABALHO

SEÇÃO IV PLENÁRIA FINAL

DOS GRUPOS DE TRABALHO

Artigo 9º - Os Grupos de Discussão serão compostos da seguinte forma:

- I – Por Delegados e Convidados, em número de 30 (trinta) a 40 (quarenta) pessoas;
- II – Por um Coordenador, eleito entre os seus membros, com as funções de conduzir as discussões, controlar o tempo e estimular a participação, de acordo com roteiro previamente recebido;
- III – Por um Relator, eleito entre seus membros, encarregado de relatar as conclusões do grupo, participar da consolidação dos relatórios do eixo temático e colaborar com a Comissão Especial de Relatoria quando solicitado, como membro da equipe de relatores síntese;
- IV – Por uma pessoa de apoio, indicada pela Comissão Organizadora da II Conferência Municipal de Saúde.

Artigo 10º – As intervenções dos membros dos grupos deverão ser pautadas pelos debates ocorridos durante os painéis centrais e pelo documento orientador para os debates, texto oficial da 14º Conferência Nacional de Saúde, **“Todos usam o SUS! SUS na seguridade social, política pública e patrimônio do povo brasileiro.”**

Artigo 11º – A metodologia para os grupos de trabalho na II Conferência Municipal de Saúde sugere a elaboração de perguntas para o debate relacionado ao temário.

Artigo 12º - O Regimento da 14ª CNS, no artigo 12 prevê até 7 (sete) diretrizes nacionais relacionadas com o eixo da Conferência nas etapas municipais e estaduais, e cada diretriz pode conter 10 (dez) propostas.

Artigo 13º - Serão elaboradas diretrizes e propostas a nível local, estadual e nacional.

Artigo 13º - Participação na Plenária Final:

a) delegados(as) com direito a voz e voto;

b) Os convidados com direito a voz;

Parágrafo Único – A comissão Organizadora destinará local específico de permanência na plenária para os delegados os convidados .

Artigo 14º - A sessão da Plenária Final da II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái terá como coordenador indicado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo Único - As sessões da Plenária Final serão secretariadas por membros da Comissão de Relatoria .

Artigo 15º - A votação do Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái será encaminhado da seguinte maneira: .

a. Na seqüência a mesa de coordenação fará a leitura das propostas dos grupos de trabalho, que serão exposta em telão;

b. Não será admitida a inclusão de propostas ao conjunto de propostas que serão votadas na Plenárias final.

c. As proposta que não receberem destaque serão consideradas aprovadas e comporão o relatório final da conferência;

d. Os(as) delegados(as) terão direito a solicitar destaque ao final de cada artigo ou parágrafo.

e. As proposta que receberem destaque serão marcadas para posterior

**SEÇÃO V
DAS MOÇÕES**

Artigo 18º - A II Conferência Municipal de Saúde de Caracarái aceitará as moções encaminhadas exclusivamente por delegados(as) que deverão, necessariamente, contemplar temas de repercussão municipal e serem encaminhadas à Secretaria Geral do evento até as 16 horas do dia 04 de agosto de 2011, em para tal fim, distribuído no momento do credenciamento do delegado/a.

§ 1º - Para ser submetida à votação na Plenária Final a moção deverá contar com a assinatura de pelo menos 10% dos delegados inscritos. A secretaria da Conferência Municipal de Saúde deverá informar este número 3 (três) horas antes do encerramento do prazo para a

apresentação de moções.

§ 2º - A Relatoria organizará as moções recebidas, classificando-as segundo o critério previsto no caput deste artigo, agrupando-as por tema, para serem submetidas à aprovação pela Plenária Final.

§ 3º - Encerrada a fase de votação do Condensado das Plenárias Temáticas, a mesa diretora da Plenária Final imediatamente procederá à leitura das moções e as submeterá a aprovação pelos delegados(as).

§ 4º - A aprovação das moções se dará por maioria simples dos delegados presentes.

Artigo 19º - Imediatamente após a aprovação do Relatório da II CMS-CCÍ e das Moções, a mesa dirigente dos trabalhos dará início à homologação dos(as) eleitos(as) e indicados(as) para serem delegados (as) na VI Conferência Estadual de Saúde.

CAPÍTULO VI DO CREDENCIAMENTO

Artigo 20º - O credenciamento dos(as) delegados(as) titulares e convidados será realizado no dia 04 de agosto de 2011, das 08 às 09 horas.

§ 1º - Fica sob a responsabilidade dos Municípios, que recebeu ficha de inscrição dos delegados titulares pelos suplentes de seus respectivos município.

CAPÍTULO VII DA ELEIÇÃO DOS DELEGADOS

Artigo 23º - Após a plenária final estar concluída, será iniciada a votação dos delegados que participarão da VI Conferência Estadual de Saúde;

§ 1º - Serão eleitos 08 (oito) delegados para etapa Estadual, na seguinte ordem:

- a) 04 usuários
- b) 02trabalhadores
- c) 02 gestores/ prestadores.

§ 2º - Estarão aptos a se candidatar à etapa Estadual os delegados que obtiverem frequência no evento durante todo dia.