

Relato de Experiência na Formulação de Ferramenta para Qualificar a Gestão do SUS no RS

Marina do Amaral Schenkel¹

Artigo recebido em 26/11/2014 e aprovado em 10/12/2014.

SUMÁRIO: *1 Introdução • 2 Antecedentes à formulação • 3 Discussões e formulação da ferramenta • 4 Considerações finais • 5 Referências*

RESUMO: O presente artigo trata de um relato de experiência na formulação de uma proposta de ferramenta que visa qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS). Isto foi motivado pela constatação da fragilidade da gestão da política de saúde nos municípios. O objetivo deste mecanismo é fortalecer a gestão municipal por repasse de recursos financeiros, aliado a condicionantes e a responsabilizações, priorizando a gestão na agenda pública e política. A proposta foi conduzida pela Assessoria Técnica e de Planejamento e discutida no Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação, que atua como um grupo intersetorial dentro da SES/RS. O período de observação do relato é de maio de 2013 a abril de 2014. A ferramenta está em fase final de elaboração.

PALAVRAS-CHAVE: Formulação • Políticas Públicas • Saúde Pública.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Experience report on formulating a tool to qualify the Unified Health System (SUS) management on Rio Grande do Sul

CONTENTS: 1 *Introduction* • 2 *Formulation's background* • 3 *Discussion and formulation tool* • 4 *Closing remarks* • 5 *References*.

ABSTRACT: This article is about an experience report on formulating a tool to qualify the Unified Health System (SUS) management, on Rio Grande do Sul State Health Department (SES / RS) level. It was stimulated by the observation of the fragility in health policy management in municipalities. The tool's objective is to strengthen municipal management through the financial resources transfer combined with constraints and accountabilities, giving priority to in the public and political agenda. The proposal was conducted by the Technical and Planning Assistance and discussed in the Planning, Monitoring and Evaluation Working Group acting as an intersectoral commission in SES/RS. The period of observation was from May 2013 to April 2014. The tool is in its final stage of development.

KEYWORDS: Formulation • PublicPolice • Public Health.

Rapport d'expérience dans la formulation d'une proposition de l'outil pour qualifier la gestion du Système de Santé Unifié (SUS) du Rio Grande do Sul

SOMMAIRE: 1 *Introduction* • 2 *Arrière-plan de la formulation* • 3 *Discussion et la formulation outil* • 4 *Remarque de clôture* • 5 *Références*.

RÉSUMÉ: Cet article est un rapport d'expérience dans la formulation d'une proposition de l'outil pour qualifier la gestion du Système de Santé Unifié (SUS) dans le cadre du Département de Santé de l'État (SES / RS). Cela a été motivé par la observation de la fragilité de la gestion de la politique de santé dans le municipes. Le but de ce mécanisme est de renforcer la gestion municipale pour le transfert de ressources financières, allié aux conditions et responsabilités, en privilégiant la gestion de santé dans l'agenda publique et politique. La proposition a été menée par le comité consultatif technique et de planification et discuté dans le groupe de travail de Planification, Surveillance et Évaluation, qui agit comme un groupe intersectoriel dans les SES/RS. La période d'observation du rapport est de mai 2013 à avril 2014. L'outil est en phase finale de élaboration.

MOTS-CLÉS: Formulation • Police Publique • Santé Publique.

1 Introdução

O Sistema único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/99, a partir da concepção de que o Estado deve prover as condições para o exercício da saúde como direito fundamental do ser humano. Além disso, define-se que o dever do Estado consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais a fim de reduzir os riscos de doenças e assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação. A União, Estados, Distrito Federal e Municípios possuem funções específicas determinadas em lei e articuladas entre si, que constituem os três níveis de gestão do SUS. Como princípios preconizados pela legislação do SUS, além da universalização, pode se destacar a integralidade de assistência e a descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização e na regionalização e hierarquização da rede de serviços.

No entanto, nos primeiros anos de implementação do SUS, os esforços se voltaram para a descentralização e a busca de financiamento, tendo poucas iniciativas de organização dos serviços e reorientação do modelo de atenção à saúde. Portanto, de acordo com Paim, as redes regionalizadas e hierarquizadas propostas na legislação ainda se encontram muito incipientes (PAIM, 2009). A organização dessas redes é necessária para tornar mais efetivo e racional o uso dos recursos disponíveis no território, atendendo mais e melhor a população. Dessa forma, caso o município não seja capaz de garantir o atendimento de um caso, observando o princípio da integralidade na atenção, deve estabelecer pacto com outros municípios que disponham dos serviços em outro nível de complexidade do sistema. Assim, como a maioria dos municípios não possui a capacidade de ofertar integralmente todos os serviços, surge a necessidade de construir uma estratégia regional de atendimento (PAIM, 2009).

Com o intuito de reafirmar a necessidade da organização do território em redes (em regiões de saúde), foi introduzido o decreto da Presidência da República nº 7.508 em 2011, dispondo sobre a organização do SUS e, entre outros, a articulação interfederativa. A partir do decreto, o debate da regionalização toma força e no Rio Grande do Sul foi desencadeado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) um processo que resultou nas 30 Regiões de Saúde, (Resolução CIB nº 555 de 2012) e no crescente debate sobre a importância do Planejamento Regional. Assim, cada município tem como responsabilidade pensar na oferta de suas ações e serviços como parte de uma Região de Saúde e planejar a partir da concepção desse território. Porém, observa-se uma dificuldade tanto de priorizar o planejamento e as atividades

da gestão do sistema, que levaria a uma melhor efetividade na organização das ações e serviços oferecidos, quanto de se pensar pertencente a uma Região.

Nesse contexto, surge o Incentivo à Gestão do Sistema Único de Saúde (igSUSrs), como uma proposta da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de instrumento para qualificar a gestão municipal, com olhar transversal e regionalizado para as políticas públicas de saúde do estado. Essa proposta foi elaborada a partir da constatação da necessidade de fortalecer a gestão estadual, regional e municipal, acompanhada da oportunidade política para intervir nesse problema. O incentivo é proposto por meio da transferência de recursos financeiros, escalonados de acordo com critérios que foram considerados influentes para a gestão e mediante a submissão a atribuições e competências estabelecidas previamente e assumidas pelo gestor municipal. Os critérios de distribuição dos recursos estão previstos para serem avaliados, e readequados se necessário, anualmente.

Este artigo foi construído a partir da experiência de observação participante no período de maio de 2013 a abril de 2014 na SES/RS. Mais especificamente a proposta do instrumento de qualificação da gestão foi formulada pelo Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (GT PM&A) coordenado pela Assessoria Técnica e de Planejamento (ASSTEPLAN) e ainda sofre alterações, estando em fase de finalização até o momento. Na primeira parte do texto será apresentada as justificativas e motivações do cenário institucional que levaram à formulação da ferramenta igSUSrs. Na segunda parte será aprofundado como a discussão foi alterando a proposta a partir dos diferentes atores e contextos envolvidos, procurando-se apresentar a prática na gestão e o cotidiano na tentativa de elaborar uma intervenção para um problema, utilizando-se, portanto, termos e linguagens adotados naquele cenário.

2 Antecedentes à formulação

A complexidade da gestão do SUS, e conseqüentemente, a que o gestor público se depara, assume níveis muito elevados, considerando os princípios que devem ser seguidos e a oferta de ações e serviços estabelecida. Tal como descreve Schraiber et al. (1999, p. 225):

(...) de garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços; possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde; lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciando conflitos, tal como convém ao representante dessa esfera pública que se plasmou nas leis e normas da reforma.

E, ao mesmo tempo, de obter alta resolutividade e efetividade nas ações realizadas. (SCHRAIBER et al, 1999). Essa série de desafios na consolidação do sistema torna a gestão

tão complexa e, por isso mesmo, muitas vezes deixada em segundo plano frente a problemas emergenciais, provocando a necessidade de pensar em formas de priorizar a gestão na política de saúde. Ao pensarmos nessa transformação do planejamento e administração em saúde, torna-se evidente que as técnicas de organização/gestão/avaliação às quais o gestor precise recorrer também se renovem. (SCHRAIBER et al, 1999).

A partir da introdução do decreto 7.508/2011, o debate sobre a importância da regionalização e do planejamento regional se reinstaura e surge também a necessidade da criação de mecanismos que potencializem este território. Pois, de acordo com Guimarães et al (2013) “A regionalização enquanto concepção é uma conquista, mas enquanto efetivação ainda é um desafio no cotidiano dos gestores e trabalhadores de saúde os quais são os protagonistas desse processo.” (p. 7). O decreto também traz a necessidade da assinatura de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que está descrito como um:

acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

No entanto, entende-se no âmbito do planejamento da SES-RS que a assinatura de um documento não garante a organização da rede regionalizada dos serviços, constatando-se a necessidade de um planejamento regional solidificado que precede a assinatura do mesmo, em que cada município se reconheça como parte de uma região. Ou seja, a resolubilidade de problemas de saúde não se esgota no município e deve se dar no nível da Região de Saúde, portanto o planejamento e a organização dos serviços também. Para uma Região de Saúde ser instituída, de acordo com o decreto 7.508/2011, deve conter no mínimo ações e serviços de: “I - atenção primária; II - urgência e emergência; III - atenção psicossocial; IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V - vigilância em saúde” (BRASIL, 2011).

Como espaço de discussão instituído para o território da Região de Saúde, há a Comissão Intergestores Regional (CIR), que tem como objetivo constituir uma instância de pactuação da organização e funcionamento das ações e serviços de saúde. A CIR se reúne mensalmente contando com a participação de gestores e técnicos dos municípios e os trabalhadores da SES/RS através das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), que são responsáveis pelas funções técnico-administrativas mais próximas dos municípios. Assim a CIR representa um importante espaço para consolidar a região de saúde, considerando que os municípios tem a oportunidade de discutir com os outros municípios questões da organização

e planejamento regional. Sendo, portanto, um espaço a ser considerado no instrumento de qualificação da gestão.

Dessa forma, existe a necessidade de mecanismos que estimulem os municípios tanto a se pensarem dentro de uma região, quanto de priorizarem o planejamento no rol de atividade executadas na gestão municipal. Uma vez que se percebe a dificuldade dos municípios em ofertar os serviços e gerir o SUS no seu território, ainda acentuada conforme o nível de complexidade oferecido pelo ente, o igSUSrs foi pensado como um instrumento para qualificar esta gestão e potencializar a Região de Saúde. Assim, a proposta foi elaborada pensando também na promoção da gestão a fim de que o processo de planejamento regional seja estimulado e o COAP assinado.

A ideia inicial do igSUSrs foi inspirada no Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M) e partiu da diretoria de um departamento de dentro da SES/RS para os técnicos da equipe da ASSTEPLAN, em Maio de 2013. O IGD-M trata-se de uma estratégia adotada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) para apoiar e estimular os entes federados a investir na melhoria da gestão do Programa Bolsa Família (PBF) e do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Cadastro Único). A observação descrita neste relato, portanto, é do trabalho cotidiano dos técnicos da equipe a partir de essa ideia já ter sido sugerida, ou seja, era uma demanda para implantar uma política que incentivasse a gestão da Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Desde a introdução dessa demanda, houve várias discussões sobre como este índice deveria ser elaborado, como seria composto e qual ou quais seriam seus objetivos.

Pode-se ressaltar que a questão da necessidade ou não da formulação da política não foi levantada, pois para os gestores e trabalhadores do SUS que foram consultados, não há dúvida que a gestão pública precisa ser qualificada urgentemente. Entre outras justificativas, pode-se apontar a precariedade do planejamento e instrumentos de planejamento e avaliação dos municípios e a alta rotatividade dos funcionários nos municípios. Essa alta rotatividade acaba gerando a impressão de sempre estar “começando de novo”, necessitando de novas capacitações sobre os mesmos temas. Além da constante troca de trabalhadores na gestão, muitos municípios possuem pouca capacidade de manter funcionários dedicados a essa função, julgando-a menos necessária do que às assistenciais, por exemplo.

3 Discussões e formulação da ferramenta

O GT PM&A, coordenado pela ASSTEPLAN, foi responsável pela construção da proposta, através de reuniões semanais regulares. Durante o mês de Maio, houve discussões nessas reuniões a fim de obter uma proposta para ser debatida em uma imersão em dois turnos fora do lugar de trabalho com convidados além dos participantes do GT. A reunião foi organizada com o objetivo geral de discutir estratégias de monitoramento e avaliação para o SUS no Rio Grande do Sul à luz do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, com vista a desenhar uma proposta de instrumento de trabalho para a qualificação desse processo no âmbito da gestão estadual. Além dos componentes da SES já representados no GT PMA, foram incluídos atores que já compuseram outros índices que associam repasse financeiro e colegas das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), os quais tem contato maior com a realidade e as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais do SUS.

No encontro em forma de imersão do dia 14 de Maio, o índice de gestão do SUS do RS tinha a seguinte definição: “O igSUSrs deve ser construído como um indicador sintético, objetivo e transparente que associa o repasse de recursos financeiros ao processo de monitoramento e avaliação, incentivando boas práticas de gestão regional e municipal do SUS.” Além disso, o índice era pensado para aferir a qualidade da gestão municipal e regional do SUS no Rio Grande do Sul e com base nos resultados apurados por intermédio do igSUSrs, os municípios recebem recursos financeiros para investir em atividades voltadas para a gestão. Para estimular a discussão e interesse pelo assunto dos participantes dessa reunião, foram apresentadas ainda as “funcionalidades” do índice, as quais eram: “Medir” a qualidade das ações empreendidas, refletindo o desempenho de cada gestão municipal e regional; Incentivar os municípios e as regiões de saúde à obtenção de resultados qualitativos no que diz respeito à gestão do SUS; e compor a base de cálculo do montante de recursos que cada município deve receber a título de apoio financeiro.

O objetivo esperado na gestão municipal, a partir do repasse desse recurso financeiro específico para qualificação da gestão, era o fortalecimento das equipes municipais de gestão do SUS; indução do planejamento regional, bem como ações de monitoramento e avaliação municipal e o aperfeiçoamento dos processos de gestão municipal, visando garantir a permanência de servidores municipais nos processos de gestão e a continuidade do processo ao longo do tempo. Ou seja, em posse de mais recursos, o que era considerado o problema de gestão municipal estaria tencionado a se resolver.

A principal questão proposta para ser discutida durante esse encontro foi quais seriam os fatores que iriam compor a base de cálculo para o índice. Sendo esta a proposta: FATOR 1 – Indicadores para avaliar a Gestão (indicadores de saúde); FATOR 2 – GT PM&A Municipal

/Processo M&A Municipal; FATOR 3 – Instrumentos de Gestão (Plano Municipal de Saúde- PMS, Programação Anual de Saúde- PAS e Relatórios de Gestão); FATOR 4 – M&A na Região de Saúde e FATOR 5 – “VULNERABILIDADE DE GESTÃO”.

Para definir o Fator 1, foi analisado em conjunto todos os 67 indicadores de saúde propostos pelo Ministério de Saúde, a fim de selecionar quais responderiam direta ou indiretamente a uma boa gestão do SUS. No entanto, nessa decisão houve muitas discordâncias, pois alguns entendiam que qualquer indicador que representasse uma boa situação de saúde era resultado de uma boa administração (como os indicadores Redução de internações por causas sensíveis à atenção Básica e Percentual de municípios da região de saúde que executam ações de vigilância sanitária consideradas necessárias a todos os municípios). Enquanto outros entendiam que deveria compor o índice apenas os indicadores diretamente ligados à gestão, tais como Proporção de Planos de Saúde municipais enviados ao Conselho Municipal de Saúde e Proporção de vínculos protegidos dos trabalhadores que atendem ao SUS na esfera pública. Assim, 21 indicadores foram selecionados, sendo sete com a necessidade de pesquisar como é calculado e dois de averiguar com a área técnica se estes são relevantes.

Com relação ao Fator 2, do processo de Monitoramento e Avaliação implementado no município, este deveria englobar as pactuações como processo de M&A municipal. O grupo entendeu que neste fator deveria conter também os instrumentos de gestão, de maneira clara e objetiva, sem avaliá-los qualitativamente: Plano Municipal de Saúde enviado para o Conselho de Saúde, Programação Anual de Saúde apresentada no Conselho de Saúde, Relatórios Quadrimestrais apresentados em Audiência Pública na Câmara de Vereadores e Relatório Anual de Gestão enviado ao Conselho de Saúde até 30 de março do corrente ano, pois fazem parte do processo de Monitoramento e Avaliação do SUS. Portanto o Fator 3 passou a fazer parte do fator 2. Além disso, discute-se a necessidade de uma equipe dedicada ao Planejamento, Monitoramento e Avaliação, e, ao mesmo tempo, se os municípios de pequeno porte teriam esta capacidade.

O fator 4, referente ao monitoramento e avaliação do território da Região de Saúde, corresponderia a um incentivo para induzir o processo que desencadearia o COAP legitimado pelo decreto 7.508. Ou seja, ao estimular processos que olham para a Região, e não apenas para cada município de forma individualizada, provoca-se o planejamento no nível regional. O que, posteriormente, se traduziria no COAP, sendo além de um simples documento, mas efetivamente funcionando. Para contemplar esse fator, foram pensados os seguintes itens: Frequência de participação do município na CIR (gestor e equipe técnica); 80% das

Secretarias Técnicas (espécies de reuniões com discussões essencialmente técnicas que antecedem a CIR) em funcionamento; Plano Regional de Saúde discutido e aprovado pela CIR; Indicadores Regionais e elenco mínimo das ações e serviços de saúde definido pelo Estado, consoante ao Decreto 7.508/2011. Dentro dessa linha de olhar para a região de saúde, sugere-se, mas não é incorporada a proposta neste momento, que o índice corresponda à região, mas o recurso seja repassado aos Fundos Municipais de Saúde.

O fator 6, da “Vulnerabilidade da gestão”, foi pensado a partir de uma discussão de pano de fundo do índice de gestão. Isto é, se se deve premiar os municípios que estão com o que se considera uma boa gestão, ou estimular financeiramente os que possuem mais dificuldade, pensando na equidade entre os municípios. Nesta questão, acaba por haver, então, dois posicionamentos: (1) que se deve estimular “quem faz direito para cada vez fazer melhor” e os que ficassem nos “últimos lugares” receberiam um plano de intervenção e um incentivo inicial que aumentaria gradualmente de acordo com sua melhora na gestão, premiando os que estão fazendo “certo”, pois alguns municípios acabam deixando a gestão como a última coisa a ser pensada e (2) que se deve ter um olhar que considere o oposto, “quem está pior ganharia mais recursos”, assim um dos fatores levaria em conta a iniquidade existente entre eles.

Dessa forma, foi ponderado que pelo menos um desses fatores deveria ter o peso inverso; ou seja, quanto mais vulnerável, mais recursos este município receberia. Para compor este fator, foram acordados os seguintes aspectos, dentre os já previamente propostos e os que surgiram durante a reunião: Vínculos protegidos na gestão pública do SUS, devido à inexistência de pessoal com permanência nas atividades de gestão (rotatividade); Percentual de execução de recursos, devida a baixa execução financeira nos municípios; Intersetorialidade (ações ou projetos intersetorias no município); Alimentação regular dos sistemas de informação de competência do município e Informatização da rede municipal de saúde.

Durante o encontro, sugere-se trazer especialista na área de avaliação de políticas públicas para analisar a proposta do igSUSrs, por exemplo de universidades. No entanto, procura-se fechar a proposta antes de avaliação externa. Outra questão que surge durante este encontro de Maio, mas não se leva em consideração neste momento a elaboração de critérios de acompanhamento para avaliar a gestão e a questão do repasse por região de saúde.

Após a discussão mais aprofundada do dia 14 de maio, se retorna às reuniões sistemáticas para incluir na proposta novas sugestões e consensos. Apesar da inclusão do tema como pauta em diversas reuniões do GT PM&A, a pauta foi constantemente adiada em função de outras demandas urgentes com prazos legalmente definidos, como relatórios de gestão e pactuação

de indicadores. Sugeriria-se também, muitas vezes, o agendamento de reuniões específicas para dar andamento ao assunto, e inclusão de atores e profissionais estratégicos para auxiliar na proposta. No entanto o tema foi frequentemente deixado em segundo plano.

A partir do momento que se retoma a discussão de 14 de maio no GT, o índice começa a ser tratado como uma: ferramenta de promoção e fortalecimento da gestão do SUS. E define-se que o recurso será repassado do Tesouro do Estado para os Fundos Municipais de Saúde, com a finalidade de: (1) Fortalecer as equipes municipais de gestão do SUS; (2) Induzir o planejamento regional integrado, bem como ações de monitoramento e avaliação municipal; (3) Aperfeiçoar os processos de gestão municipal, visando garantir a permanência de servidores municipais nos processos de gestão e a continuidade do processo ao longo do tempo, (4) “Medir” a qualidade das ações empreendidas, refletindo o desempenho de cada gestão municipal e regional; e (5) Incentivar os municípios e as regiões de saúde à obtenção de resultados qualitativos no que diz respeito à gestão do SUS.

Além dessas mudanças referentes ao conceito do índice, foi pensada numa estratégia de implementação do Índice. Todos os municípios receberiam um Incentivo inicial para gestão que corresponde a 40% do recurso, de acordo com faixas de porte populacional. Os outros 60% do recurso seriam repassados de acordo com dois momentos. No Momento 1, os municípios que são considerados mais vulneráveis, através da análise dos Fatores do igSUSrs receberiam maior aporte de recursos. Então uma avaliação sobre a evolução da gestão nos municípios que foram considerados mais vulneráveis seria realizada para que no Momento 2 os municípios que desenvolveram uma “boa gestão” tivessem a possibilidade de atingir 100% dos recursos.

Um grande passo foi dado, em termos de andamento e consolidação da proposta do igSUSrs, quando surgiu a possibilidade de apresentar a política para o Secretário estadual de saúde da gestão, em outubro de 2013. Havia a questão da resolução de problemas de caixas dos municípios, no entanto a proposta do incentivo financeiro visava que este recurso induzisse a proposta de fortalecimento da gestão com uma forte sistemática de verificação de resultado, não o repasse de dinheiro “em vão”. Nesse período o objetivo definido para o índice era: Qualificar a gestão do Sistema Único de Saúde - SUS no Rio Grande do Sul, incentivando ações que promovam o planejamento, o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde em âmbito regional e municipal. Como argumentação para convencimento do gestor, lança-se mão de questões como o incentivo sendo a ferramenta para dar conta do planejamento regional e implementação do COAP. E de ser legitimado a partir de diagnóstico com as Coordenadorias Regionais, levando em consideração pontos críticos com relação à

indução do planejamento regional e tendo apelo político e apoio das Coordenadorias Regionais.

Vale destacar que, também nesse período, as justificativas para o incentivo ficam explícitas de forma mais clara, contemplando o que foi identificado como problema a ser enfrentado e razões políticas. São estas: (1) os municípios têm assumido níveis mais complexos de gestão; (2) o fortalecimento da Atenção Básica, da Vigilância em Saúde e a ampliação dos incentivos para a Atenção Secundária e Terciária no Estado, com conseqüente descentralização dos serviços; (3) a necessidade de qualificar a gestão administrativa nos municípios; (4) a Experiência do Ministério de Desenvolvimento Social com a criação de Índice de Gestão; e (5) nenhum Estado tem apoiado a gestão do SUS (e que essa estratégia pode ser estratégica num contexto de implantação do COAP).

Em certo ponto, começa-se a pensar a partir do que é considerada uma boa gestão, o que deve ser contemplado pelo índice, tanto para base de cálculo quanto como responsabilidade assumida pelo ente, deixando-se de lado o desenho do índice com os fatores pensados anteriormente. Assim, os itens que são vistos como produto de uma boa gestão, e que, portanto, devem ser considerados na elaboração do índice, são: das metas do universo de indicadores pactuados, uso dos instrumentos de gestão (Plano, Programação e Relatórios), olhar para a região de saúde (participação dos municípios na CIR e planejamento regional); e permanência de trabalhadores na gestão (Vínculos de trabalho protegidos).

Foi também nesta época, que se abandona a ideia de construção de índice que tem como função aferir a gestão, para Incentivo a Gestão do SUS do Rio Grande do Sul (mantendo-se a sigla igSUSrs). Assim, ao invés de fatores para comporem o índice, passa a se pensar em Cálculo do montante a ser repassado aos municípios. Neste cálculo, levam-se em consideração as responsabilidades do que deve ser melhorado como produto de uma boa gestão, resultando nos seguintes itens com os percentuais de distribuição do recurso:

- 1) Equipe mínima de gestão: 60% do valor total distribuído de forma igualitária a todos os 497 municípios, como forma de incentivo a manutenção de uma equipe de gestão permanente (salário mais encargos). Este critério estimularia os municípios de menor porte (já que não varia de acordo com a população) a terem capacidade de manter uma equipe, dado que os municípios maiores, em geral, já têm pessoas trabalhando exclusivamente na gestão.
- 2) Vínculos empregatícios protegidos: 10% do valor total multiplicado pelo coeficiente da população do município e pelo percentual de vínculos protegidos no município.

- 3) Cobertura de Estratégia de Saúde na Família: 15% do valor total multiplicado pelo coeficiente populacional do município e variando de acordo com a cobertura mínima para a ESF para cada faixa de porte populacional estipulada por esta política. O estímulo ao aumento da cobertura de ESF decorre do modelo de atenção à saúde que se deseja, como objetivo da gestão.
- 4) Descentralização da Gestão: 15% do valor total multiplicado pelo coeficiente da população do município multiplicado pelo peso da descentralização. Os pesos são: 0,25 para o município que assumiu a gestão de um ou mais serviços ambulatoriais públicos e/ou privados localizados em seu território; 0,50 para o município que assumiu a gestão de todos os serviços ambulatoriais públicos e privados localizados em seu território e 1,00 para o município que assumiu a gestão de todos os serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território. Esse critério deriva do entendimento de que quantos mais serviços o município assume, mais complexa se torna a gestão municipal.

Outra discussão trazida pelo Incentivo foi como o recurso deve ser aplicado para obter os resultados desejados, que visam o fortalecimento da gestão. Chegando-se a alguns critérios definidos pelo grupo. A aplicação dos recursos deverá se dar exclusivamente em ações que promovam a capacidade de Gestão do Sistema Único de Saúde e prioritariamente naquelas que fortaleçam a Região de Saúde na qual o município está inserido. Remuneração de Recursos Humanos, desde que este recurso seja utilizado para implantar novas equipes ou ampliar aquelas já existentes, tendo em vista qualificar a gestão. Educação Permanente em Saúde, desde que para o desenvolvimento e execução de projetos sintonizados com as práticas gestão do SUS. Contratação de consultoria, aquisição de equipamentos, aquisição de software, bem como medidas relacionadas aos critérios do cálculo e o cumprimento das responsabilidades propostas no igSUSrs.

Para dar continuidade na proposta, foi incluída a pauta no encontro com as coordenadorias que estava sendo organizado para início de novembro. As CRS possuem um papel muito importante na questão de dar subsídios do que acontece nos municípios, das dificuldades e possíveis causas para o que é identificado como problema na gestão, fornecendo legitimidade na busca de soluções para problemas reais enfrentados no cotidiano da gestão municipal.

Durante o encontro com as Coordenadorias, nos dias 7 e 8 de novembro de 2013, foram levantadas algumas questões sobre a proposta do incentivo apresentado. Uma delas referia-se a necessidade do incentivo ser repassado mediante a adesão do município e com apresentação

de um plano de trabalho onde fosse descrito o que seria realizado com o recurso. No entanto, essa sugestão não foi consenso no grupo, pois se considera que o incentivo não se destina a um modelo diferenciado de gestão, mas para cumprir o que já deveria estar sendo feito e preconizado em lei, o igSUSrs não está propondo nenhuma obrigação nova. Além de considerar que os municípios, ao trabalharem para implantar as Redes de Atenção à Saúde, vêm aderindo a diversos Termos de Adesão, e que haveria 497 planos de trabalhos para serem avaliados detalhadamente quanto a sua elaboração e cumprimento e os gestores estaduais (tanto no nível central quanto das CRS) não poderiam realizar esta tarefa. Assim propõe-se utilizar os instrumentos de gestão do SUS que já existem para monitorar este recurso. Ou seja, as ações devem ser previstas no Plano e Programação e avaliadas nos Relatórios de gestão, sem a elaboração de outro documento especificamente para este fim.

Outra questão amplamente discutida foi em relação à manutenção de uma equipe mínima dedicada para a gestão (a qual se destina 60% do recurso dividido igualmente entre todos os municípios). A discussão se dividia à medida que alguns se preocupavam que em municípios de pequeno porte era impossível ter uma equipe voltada exclusivamente para a gestão, devendo prioritariamente exercer atividades de gestão, mas realizar outras atividades também. Por outro lado, outros argumentavam que a gestão é muito complexa e deve haver pelo menos uma pessoa responsável, por exemplo, pela alimentação dos sistemas, monitoramento de indicadores, elaboração dos instrumentos e etc. Outro ponto dessa discussão é sobre a formação: ou deve ser na área da saúde, como enfermeiro e médico, ou voltada para administração, como contador e administrador. Acaba optando-se por uma equipe exclusivamente dedicada à gestão, mesmo que seja só um trabalhador em municípios muito pequenos, com pelo menos um concursado sem área de formação definida.

Durante o encontro também houve a inclusão do critério da vigilância na distribuição do recurso e diminuição da Cobertura do ESF e do percentual de vínculos protegidos. Tornando o cálculo da distribuição do recurso da seguinte forma: 60% para a equipe mínima (não condicionada ao porte populacional); 10% para o percentual de vínculos protegidos, 10% para a cobertura ESF, 10% para a descentralização da Gestão e 10% para a Vigilância.

Após a solidificação da proposta com as mudanças advindas do encontro com as coordenadorias, ainda não se conseguiu que a proposta fosse aprovada pelo gestor, pois havia um receio do repasse do recurso sem um resultado concreto imediato, juntamente com o período desfavorável (fim de ano). Nesse período ocorreu a troca de secretário de saúde (em dezembro de 2013), sendo a nova gestora a mesma que havia sugerido a construção de um índice que incentivasse a gestão. Assim, o momento apresentava-se com clima favorável à

continuidade e implementação a política. No entanto, apesar da discussão ter continuado e ter sido aprofundada, até o momento (abril 2014) o igSUSrs ainda é uma proposta a ser implantada com alguns pontos ainda em aberto.

4 Considerações finais

O artigo procurou mostrar a etapa de formulação de uma política, que começou com a ideia de um índice e depois foi alterada para um Incentivo, pra qualificar a gestão pública no setor saúde. Pode-se observar que mesmo dentro de um cenário relativamente homogêneo, com técnicos da administração pública como atores protagonistas do processo, a discussão sempre acarretou diversas alterações concepção do igSUSrs. A proposta do incentivo ainda não está concluída, e provavelmente ainda seja revisada, à medida que a ideia é que se incluam novos atores como técnicos dos outros níveis da administração do SUS (Federal e Municipal) e o controle social (através do Conselho Estadual de Saúde).

Durante a construção da proposta da ferramenta, podemos ressaltar também a preocupação dos atores envolvidos em adequar o máximo possível à realidade enfrentada na gestão. Procura-se resolver os problemas específicos aos quais os gestores estão imersos através de medidas possíveis de ser realizadas e monitoradas posteriormente. A proposta do instrumento se torna, portanto, fruto do que é possível hoje na gestão, provocando a priorização desta atividade, e da cultura de planejamento na gestão municipal e regional.

As diretrizes e princípios do SUS somam ainda mais complexidade à gestão pública. O debate da regionalização e hierarquização dos serviços, apesar de antigo, ainda na prática está incipiente. Tornando-se evidente que a construção de mecanismos que considerem esses fatores é mais do que necessária. Assim, espera-se que a experiência relatada de formulação de uma proposta que tenta dar conta desse problema contribua para o cenário de consolidação da gestão da política pública de saúde.

5 Referências

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 21 mai. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 20 mai. 2014.

GUIMARAES, Cristian; SILVA, Rosane Azevedo Neves; BELLINI, Maria Isabel; et al. **Análise histórica do processo de regionalização no Rio Grande do Sul e a construção do planejamento regional.** Publicado nos Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, outubro/2013.

MDS. Caderno do IGD-M. **Manual do Índice de Gestão Descentralizada municipal do Programa Bolsa Família e Cadastro único.** Disponível em: <www.mds.gov.br/bolsafamilia/gestaodescentralizada/CadernodoIGD-M>. Acesso em 19 de maio de 2014.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios. **Ciência saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.12, sul. Novembro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai. 2014.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição (2012). **Resolução CIB nº 555**, de 21 de setembro de 2012. Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. Resolução Nº 555/12 – Cib/RS. Porto Alegre.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde: Identificando Problemas. **Ciência saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 mai. 2014.