

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**O CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESPÍRITO SANTO NO PROCESSO DECISÓRIO (1997-2000):
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

ERIVELTO PIRES MARTINS

Rio de Janeiro

2002

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**O CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESPÍRITO SANTO NO PROCESSO DECISÓRIO (1997-2000):
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

AUTOR: ERIVELTO PIRES MARTINS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de “Mestre em Ciências”, subárea “Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde” da Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz. Orientadora: Prof^ª . Dr^ª. Maria Alicia Dominguez Ugá.

Rio de Janeiro

2002

FICHA CATALOGRÁFICA

MARTINS, E.P.

O CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESPÍRITO
SANTO NO PROCESSO DECISÓRIO (1997-2000): UM ESTUDO
EXPLORATÓRIO

Erivelto Pires Martins

ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002

Orientador: Maria Alicia Dominguez Ugá

Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação
Oswaldo Cruz

1. Brasil
2. Política de Saúde
3. Formulação de Política
4. Processo Decisório
5. Sistema Único de Saúde

ERIVELTO PIRES MARTINS

**O CONSELHO DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
DO ESPÍRITO SANTO NO PROCESSO DECISÓRIO (1997-2000):
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Alicia Domingues Ugá

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Ana Luisa D'Avila Vieira

1^a Examinadora

Prof^a. Dr^a. Silvia Victoria Gerschman de Leis

2^a Examinadora

Rio de Janeiro, 30 de setembro de 2002.

Para Deth
Tutu e Rich,
Meus amores.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dr^a. Alicia Ugá, pela gentileza e paciência com que sempre me orientou.

Ao Túlio pela disponibilidade e atenção demonstradas ao ler a proposta de dissertação e, pelas valiosas dicas.

Aos companheiros do GEE, Ana, André, Deise, Eduardo, Maria, Márcia, Mário, Mirna, Patty, Sérgio e Valéria por tornarem o mestrado agradabilíssimo.

As queridas amigas Nina e Cristina Péret, figuras raras, capazes de ler toda uma dissertação opinando e sugerindo novas idéias e caminhos.

Aos amigos da SEMUS, na pessoa do Antônio do NPD, pela disponibilidade em me auxiliar na pesquisa.

Um agradecimento muito particular e carinhoso a Leandro Konder pelo convívio durante as excelentes aulas e bate-papos no café às sextas-feiras.

À feliz descoberta da turma da PUC, Ângelo, Conceição, Clóvis, Henrique, Lucília, Patrícia, Ritinha, e, Wagner, pelos ótimos momentos compartilhados.

Ao Toninho pelas ricas sugestões ao trabalho.

Aos secretários municipais de Saúde do COSEMS-ES que responderam à pesquisa, em especial Anselmo, Dôra, Gianni, Geraldo de Aracruz, Guerra e Juninho.

Ao CNPq pelo auxílio financeiro que muito contribuiu para a execução desta dissertação.

Finalmente, um agradecimento especial à minha família. Meu pai adoraria compartilhar deste momento.

Lista de Siglas

ABIFARMA – Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
AMB – Associação Médica Brasileira
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CCA – Coordenadoria de Controle e Avaliação
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
CES – Conselho Estadual de Saúde
CFB – Constituição Federal do Brasil
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS-ES – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo
CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
FAE – Fração Assistencial Especializada
FES – Fundo Estadual de Saúde
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde

FMS – Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
GED/MS – Grupo Especial de Descentralização do Ministério da Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVISA – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças
IVR – Índice de Valorização de Recursos
MEC – Ministério da Educação e Cultura
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAB – Piso Ambulatorial Básico
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PCB – Partido Comunista Brasileiro
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PES – Plano Estadual de Saúde
PFL – Partido da Frente Liberal
PL – Partido Liberal
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PPS – Partido Popular Socialista
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSA – Secretaria de Política de Saúde e Avaliação
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PSDB – Partido da Social-Democracia Brasileira
PSF – Programa Saúde da Família

PST – Programa Saúde do Trabalhador
PT – Partido dos Trabalhadores
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
RIPSA – Rede Interagencial de Informações em Saúde
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SESAC – Semana de Saúde Comunitária
SIMES – Sindicato dos Médicos
SNI – Serviço Nacional de Informação
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TFAM – Teto Financeiro da Assistência ao Município
TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UNE – União Nacional dos Estudantes
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

Esta dissertação examina um aspecto do processo de formulação de políticas no Estado do Espírito Santo que se realiza em duas arenas decisórias: nas plenárias do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES) e nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES), observando a relação entre tais arenas e entre as autoridades setoriais, as regras que determinam o processo decisório e a origem de cada decisão que, posteriormente, torna-se resolução. Consiste em uma investigação exploratória sobre o grau de pró-atividade do COSEMS-ES no *policy-making* setorial, no período 1997-2000. Por meio de análise das pautas e das decisões deliberadas pelo conjunto dos secretários nas plenárias da entidade e das pautas e resoluções publicadas pela CIB-ES procurou-se refletir de que forma e com que frequência as resoluções foram originadas nas plenárias dos gestores municipais. Para verificar essa origem, analisa as resoluções da CIB-ES confrontando-as com as deliberações tomadas em assembleias do COSEMS-ES. A CIB-ES é uma instância formal de decisão sobre as políticas de saúde, funcionando como uma arena de negociação dos conflitos e articulação entre as esferas estadual e municipais e o COSEMS-ES. Embora não faça parte da estrutura formal do SUS, têm representação garantida na CIB. Como ator coletivo procurou fazer valer seus interesses desempenhando papel crucial no jogo político setorial. A opção do trabalho teve como *locus* de análise essas instâncias. A escolha do COSEMS-ES e da CIB-ES foi baseada na importância que essas arenas assumem no plano das decisões sobre a descentralização na área da saúde. Evidenciou-se que a CIB-ES têm desempenhado papel fundamental na operacionalização das diretrizes nacionais e na descentralização do sistema de saúde. As mais importantes decisões do setor são tomadas nesse espaço, no entanto, nem sempre se trata de proposta originada localmente, mas de agendas determinadas verticalmente necessitando apenas de encaminhamentos pela CIB-ES. Mesmo assim, ressalta que há um avanço no modelo de descentralização em direção à municipalização preconizado pelo Sistema Único, verificado no esforço dos gestores em implantarem as ações e serviços de saúde recomendados pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e no reforço proporcionado do nível federal enquanto regulador e indutor desse processo. Conclui que, apesar dos conflitos políticos observados entre a Secretaria Estadual de Saúde (SESA), COSEMS-ES e CIB-ES, o avanço das políticas de saúde em termos democráticos é um fato concreto. A execução da política de saúde

mediante arranjos de concertação entre as instâncias colegiadas de gestão propicia uma maior democratização do *policy-making* setorial. Observa que o COSEMS-ES teve um papel central no contexto do *policy-making* setorial influenciando, mobilizando e compartilhando as decisões tomadas e assim democratizando o processo.

Palavras-chave: políticas de saúde, formulação de políticas, processo decisório, Conselho de Secretários Municipais de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, Normas Operacionais Básicas do SUS.

ABSTRACT

This dissertation reports one of the public's formulation process in the health area in Espírito Santo's state which proceeds in two necessary aspects: in planarians of the Council of Espírito Santo Municipal Secretaries of Health (COSEMS-ES) and in Bipartite Intermanagers Commission (CIB-ES), the relationship between those arenas and the authorities' sectors, the rules that making the devisor process and the origin of which decision that, in the future, becomes resolution. This study concerns of an exploration investigator on the degree of pro-activity of the (COSEMS-ES) in policy-making sectorial in period 1997-2000. Through analyzis of the guidelines and the decisions deliberated for the set of the secretaries in the planarians of the entity and the guidelines published for the CIB-ES it was looked to reflect of that it forms and with that frequency the resolutions had been originated in the planarias of the municipal managers. To verify this origin, one analyzed the resolutions of the CIB-ES collating them with the deliberations taken in assemblies of the COSEMS-ES. The CIB-ES is a formal instance of decision on the health politics, functioning as an enclosure for bullfighting of negotiation of the conflicts and joint between the spheres state and municipal and the COSEMS-ES, even so is not part of the formal structure of the Brazilian Unified Health System (SUS), has representation guaranteed in the CIB. While collective actor looked for to make to be valid its interests playing crucial paper in the game sectorial politician. The option of this work had as locus of analysis these instances. The choice of the COSEMS-ES and the CIB-ES was based on the importance that these enclosures for bullfighting assume in the plan of the decisions on the decentralization in the area of the health. It was proven that the CIB-ES has played basic role in the operate of the national lines of direction and in the decentralization of the health system. The most important decisions of the sector are taken in this space, however, nor always are to proposal originated local, but about definitive agendas vertically needing only reports for the CIB-ES. Exactly thus, it is standed out that it has an advance in the model of decentralization in direction to the municipal decentralizacion praised for the Only System, verified in the effort of the managers in implanting the actions and services of health praised by Basic the Operational Norms (NOBs) and in the proportionate reinforcement of the regulating and inductive federal level while of this process. One concludes that despite the conflicts politicians observed

between the State Secretary of Health (SESA), COSEMS-ES and CIB-ES, the advance of the politics of health in democratic terms is a fact concrete. The execution of the politics of health through the concertation arrangements enters the instances management student body propitiates a bigger democratization of policy-making sectorial. It was observed that the COSEMS-ES had a central paper in the context of policy-making sectorial influencing, mobilizing and sharing the taken decisions and thus democratizing the process.

Key-words: Politics of health, Formularization of politics, decide process, Council of Municipal Secretaries of Health, Bipartite Intermanagers Commission, Basic Operational norms of the SUS.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
CAPÍTULO 1 FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS E O PROCESSO DECISÓRIO	
1.1 O Conceito de Política Pública	13
1.2 A Agenda	16
1.3 Os Grupos de Interesse.....	18
1.4 A Formulação de Políticas.....	25
1.5 O Processo Decisório.....	27
CAPÍTULO 2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) COMO APARELHO POLÍTICO-INSTITUCIONAL: O Movimento Municipalista da Saúde.....	31
2.1 A Regulamentação do Processo de Descentralização no Âmbito do SUS.....	42
2.2 O Surgimento das CIBs no SUS.....	55
2.3 O SUS, as Arenas Decisórias e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo.....	60
2.4 O COSEMS-ES.....	60
CAPÍTULO 3 O COSEMS-ES NO PROCESSO DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO.....	80
3.1 Caracterização Geral do Estado do Espírito Santo.....	80
3.2 A Pesquisa de Campo: Perfil dos Secretários de Saúde e suas Gestões Municipais. Características do Ator Político, Características Pessoais.....	87
3.3 O COSEMS-ES no Processo Decisório: as Atas do COSEMS-ES e da CIB-ES e os Aspectos Relativos à Gestão e à Percepção dos Secretários	
3.4 Aspectos Relativos ao COSEMS-ES	95
3.5 Análise das Atas e Resoluções da CIB-ES, 1997-2000.....	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	113

ANEXOS

ANEXO A – Questionário Aplicado aos Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo Gestão 1997-2000.....

ANEXO B – Principais Temas das Atas do COSEMS-ES e da CIB-ES.....

ANEXO C – Atas Analisadas do COSEMS-ES.....

ANEXO D – Tabelas.....

APRESENTAÇÃO

Este estudo situa-se como uma investigação exploratória acerca do processo de decisão política que envolve duas arenas decisórias, o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-ES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES) no estado do Espírito Santo na formulação da política de saúde. Embora a história da participação dos secretários municipais nas políticas de saúde no país remontem à redemocratização, a forma atual de associação do COSEMS-ES é relativamente recente (1988). As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), são mais recentes ainda, foram criadas a partir de determinação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96) e constituem centros de gestão colegiados, paritários e permanentes.

Nesta pesquisa pretende-se analisar o papel do COSEMS-ES no processo de formulação de políticas no ES, de que forma assuntos discutidos em assembleias do COSEMS-ES e em reuniões da CIB-ES tornaram-se resoluções, Como e por que o tema se tornou resolução, qual o principal ator responsável pela determinação da agenda, quais os principais assuntos abordados no COSEMS-ES e na CIB-ES, ou seja, analisar aspectos parciais do policy-making setorial. Portanto analisaremos as agendas da CIB-ES e do COSEMS-ES confrontando-as com as resoluções publicadas para verificar de onde se originaram os assuntos.

Cabe ressaltar que o autor participou de todas as plenárias do COSEMS-ES e de quase todas as reuniões da CIB-ES no período analisado (1997-2000). Dessa maneira foi possível observar o comportamento dos secretários frente às diversas questões levantadas em plenária, bem como, conversar informalmente com eles sobre variados assuntos. Com isso pode-se dizer que as fontes documentais e orais se complementaram enriquecendo e suprimindo com mais informações os instrumentos e o método utilizado para esta pesquisa.

Com o objetivo de identificar fatores externos e internos que pudessem interferir no objeto da pesquisa foram priorizadas algumas categorias de análise relacionadas à própria natureza do COSEMS-ES e da CIB-ES, tais como: representação (número de participantes nas reuniões, ouvintes e convidados, regularidade na participação, entre outros); pautas principais (principais pontos de pauta, destacando-se as que envolveram

maior número de pessoas e reuniões); tipos de conflitos (atores e esferas envolvidos). Isso, no contexto maior do processo decisório.

A seguir apresentaremos como está organizada esta dissertação.

No capítulo 1 abordaremos de maneira sucinta as etapas do processo de formulação de políticas relacionando-o, sempre que possível, com a política na área da saúde. É daí que foram retirados subsídios para fundamentar o estudo.

No capítulo 2 apresentaremos aspectos do SUS enquanto aparelho político-institucional com o foco iluminando o movimento municipalista da saúde e seus atores dando ênfase aos secretários municipais de saúde. Abordaremos a evolução desse movimento desde sua origem até a aprovação e implantação do SUS, das Normas Operacionais e, posteriormente, das Comissões Intergestores. Ainda neste capítulo, faremos considerações acerca das arenas decisórias, COSEMS e CIB, no estado do Espírito Santo, incluindo aspectos relevantes da criação do Conselho dos secretários municipais de saúde e sua influência no policy-making setorial.

No capítulo 3 a partir de pesquisa empírica será feita a discussão do COSEMS-ES no processo decisório apresentando inicialmente o estado do ES no contexto da política de saúde. Em seguida será mostrado o resultado do questionário aplicado aos secretários municipais de saúde que compuseram a gestão do COSEMS-ES entre os anos de 1997 e 2000, sobre o perfil desses gestores. Com a finalidade de conhecer melhor o gestor e a gestão procurou-se indagar sobre o perfil profissional, a trajetória profissional e política, a participação política em saúde, os atores relevantes que apoiam ou fazem oposição à gestão e aspectos relativos à dimensão social, gerencial e assistencial. Elaboramos um bloco de questões específicas sobre o COSEMS-ES com objetivo de avaliar a percepção dos gestores acerca da importância dada ao conselho. Neste capítulo mostraremos as características dos participantes do jogo político setorial, os papéis que desempenharam e como lidaram uns com os outros, bem como, com os outros atores e com as outras instituições que fazem parte desse jogo, como a Secretaria Estadual de Saúde e a comunidade local.

Certamente este estudo terá importância para a elaboração de uma agenda de investigações futuras apresentando um cenário de possibilidades para aqueles que se interessarem em analisar o processo decisório no âmbito do SUS ou para os que se dedicarem a estudos comparativos entre os estados do Brasil.

Capítulo 1

A Formulação de Políticas e o Processo Decisório

1.1 - O Conceito de Política Pública

Neste capítulo apresentaremos as questões teóricas diretamente relacionadas ao nosso objeto de pesquisa, as fases do processo decisório e da formulação de políticas presentes nas assembleias do COSEMS-ES e nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES). Abordaremos os conceitos de política pública, a construção da agenda, os grupos de interesse, a formulação de políticas e o processo decisório. Existe consenso entre diversos autores de que o processo decisório, que envolve as políticas públicas, é composto pelas seguintes fases: 1) Construção de agenda, 2) especificação de alternativas (formulação), 3) escolha de uma alternativa (adoção), 4) implementação, 5) avaliação e 6) reajuste.

É preciso estar ciente de que, na prática, definir com precisão onde começa e termina cada uma das etapas do processo decisório é muito difícil, seus limites são imprecisos. Frequentemente ao nos referirmos a processo decisório queremos explicitar todas as fases que ele envolve. Um exemplo dessa imprecisão de limites pode ser verificado quando, não raro, a solução proposta por um grupo pode representar um problema para outro grupo.

Em um processo democrático, de tomada de decisões, o voto é um dos mecanismos através dos quais a população participa do processo político. O voto é a expressão da vontade, ou seja, é a representação da vontade do eleitor. As decisões políticas que podem ser traduzidas em resoluções, leis ou normas, possuem o que chamamos de efeito vinculante, isto é, possuem aplicação prática. Citamos o voto por achar que é ele que melhor ilustra o que queremos dizer (democracia representativa e leis). Knoch e Pappi relatam que os alvos mais importantes em qualquer domínio de política (*policy domain*) são as autoridades oficiais do governo que detêm a autoridade legal para tomar decisões sobre um evento que é vinculante para o domínio como um todo. Existem também outros mecanismos de intervenção direta do povo no processo decisório, já devidamente reconhecidos na Constituição Federal do Brasil (CFB, 1998), que são, em relação aos poderes do Estado, o referendium, o plebiscito e a iniciativa popular legislativa. Decisões com efeito vinculante, são chamadas de políticas públicas. E políticas públicas podem ser definidas como:

Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e

a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção, pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa, que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema. (Oszlak e O'Donnel, 1976: 21).

Ou ainda seguindo Labra (2000), políticas públicas são derivadas de decisões tomadas pelas autoridades investidas de poder político e que se traduzem em leis e normas às quais, após promulgadas, todos devem se submeter sob pena de sofrer sanções que a mesma norma/ lei determina.

Costa (1998) considera como política pública o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por atores governamentais que, através de atos, viabilizam agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses.

Silvio Fernandes da Silva, em seu livro *Municipalização da saúde e poder local - Sujeitos, Atores e Políticas*, relata que os conceitos de política e de política pública são controversos, daí preferir seguir a definição proposta por Salazar-Vargas de política pública: “O conjunto de sucessivas respostas do Estado diante de situações consideradas socialmente problemáticas” (Silva, apud Salazar-Vargas, 2001: 121).

Como exemplo de políticas com efeito vinculante, podemos citar as resoluções da CIB-ES: após cada reunião, aprovam-se resoluções, que possuem caráter normativo e, posteriormente, são publicadas em diário oficial. Quanto mais atores e instituições estiverem envolvidos no processo político, mais democrático ele será e, a política pública, será o resultado das relações estabelecidas entre eles.

Vale notar que a forma de relacionamento entre o Estado e a Sociedade tornou-se um dos temas mais discutidos e da maior relevância no debate político atual. Do modo como as relações sociais e políticas estão colocadas hoje, falar simplesmente em público e privado já não mais corresponde à complexidade da sociedade brasileira. Como destaca Potyara Pereira (2001:222):

Política pública não é sinônimo de política estatal. A palavra “pública”, que acompanha a palavra “política”, não tem uma identificação exclusiva com o Estado, mas sim com o que em latim se expressa como *res publica*, isto é, **coisa de todos**, e, por isso, algo que compromete, simultaneamente, o Estado e a sociedade. É, em outras palavras, **ação pública**, na qual, além do Estado, a sociedade se faz

presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo e do mercado. É o que preferimos chamar de **controle democrático** exercido pelo cidadão comum, porque é um controle coletivo, que emana da base da sociedade, em prol da ampliação da democracia e da cidadania (grifos da autora).

As instâncias colegiadas do SUS - Comissão Intergestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB) e Conselhos de Saúde, representam arenas onde ocorrem embates e escolhas políticas e técnicas assumindo alto grau de importância na determinação dos rumos das políticas setoriais. Tais instâncias regulam-se por diretrizes da Constituição de 1988, pelas leis 8080 e 8142 de 1990 e se orientam pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) que dão respaldo ao SUS. Representam, portanto, espaços de decisões intermediárias que envolvem relações intergovernamentais entre a União, Estados e Municípios. O COSEMS-ES, através de seus representantes, participa das instâncias colegiadas, além de possuir entidade própria que congrega todos os secretários municipais de saúde atuando enquanto ator coletivo.

Silva, analisando o processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no Rio de Janeiro, diz:

Nas arenas colegiadas do SUS, o *modus operandi* do processo decisório ocorre segundo regras que o normatizam. São os respectivos regulamentos que, apesar de serem conhecidos por todos, ainda não têm sido considerados condicionantes de condutas dos seus membros, no sentido de facilitar ou coibir escolhas e interferir nas decisões. (Silva, 2001: 26)

As arenas são os locais onde se situa o conflito, as arenas políticas são também chamadas de arenas decisórias ou arenas de luta. É nesse local onde os atores envolvidos interagem. Portanto, é onde ocorre o processo político. As intenções manifestadas nas arenas políticas se concretizam em decisões. O local equivale ao espaço municipal, isto é, ao ambiente restrito às cidades. Não somente ao espaço físico mas, entendido de forma ampliada envolvendo as relações entre os atores e grupos sociais que interagem nesse ambiente, ele é um importante espaço de decisões políticas. Existe, porém, uma via de mão dupla entre o local e o central. Os determinantes políticos, econômicos, sociais e culturais mais amplos, também influenciam a tomada de decisões no nível local.

1.2- A Agenda

Na obra *Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas*, Viana (1988) analisa o processo decisório e as fases da formulação de políticas e aponta Kingdon como um dos autores que trata especificamente da fase da construção da agenda. O problema que ele estuda é basicamente o de tentar entender por que alguns assuntos são colocados na agenda e outros não, e por que determinadas alternativas são escolhidas em detrimento de outras. Define a agenda como sendo constituída por uma relação de assuntos ou problemas que chamam atenção do governo e dos cidadãos, podendo ser classificada em três tipos: governamental (assuntos que chamam atenção das autoridades), não governamental (assuntos que são relevantes para a opinião pública mas não chamam atenção do governo) e agenda de decisão (ou política) composta pela lista de assuntos a serem decididos.

Dois fatores podem influenciar a construção da agenda e a especificação de alternativas: os *atores ativos* e os *processos* pelos quais alguns assuntos e/ou itens se sobressaem. Os *atores ativos* são os atores governamentais (executivo, parlamentares, funcionários do congresso, etc). Possuem como recursos a autoridade legal, a publicidade e a longevidade. Os atores não governamentais estão divididos em agentes externos, partidos políticos, grupos de pressão, opinião pública, mídia etc. O tipo do grupo de pressão influencia mais ou menos na construção da agenda; certos grupos, como por exemplo o de médicos, recebem mais atenção do que outros, quando trazem novas demandas, encontrando facilidades no acesso a esse processo.

Para que uma idéia entre na agenda é necessário que seja factível tecnicamente, aceitável pelos especialistas, passar pelo critério do público e daí formar consenso. O consenso na arena política é obtido através da barganha. Entretanto, no processo de formulação de políticas, a capacidade de incluir determinado assunto na agenda não é igual para todos os atores. Determinadas categorias sociais possuem recursos de poder muito superiores a outras, como é o caso dos empresários. Nesse sentido, Lindblon, se expressa da seguinte maneira:

A desigualdade mais fundamental do processo de decisão política, a que existe entre os formuladores de políticas e os cidadãos comuns, aparece reproduzida no sistema de mercado. Ali, como no governo, uma desigualdade

fundamental separa a elite empresarial da grande massa de empregados e consumidores. (Lindblon, 1981: 66)

No caso do COSEMS-ES a agenda é um dos itens mais flexíveis dentro do processo de formulação de políticas, embora represente um momento crucial no processo. Normalmente é construída de maneira coletiva pelos membros da Diretoria e sugestões dos secretários até o formato final quando é distribuída para o conjunto de secretários, após modificação do estatuto da entidade, a agenda é sugerida pelo secretário executivo e submetida a todos para sugestões de pontos de pauta. Quanto à CIB-ES, a agenda é elaborada previamente e distribuída aos representantes da Comissão. Existem normas para sua construção. Não obstante, também sua rotina é alterada pelas “urgências”.

Dado que muitos gestores municipais de saúde são médicos (no ES, a maioria), em diversas situações são eles que determinam a agenda, notadamente quando ela contém assuntos em que dominam mais que as outras categorias, como questões que envolvem procedimentos hospitalares, autorização para internação de pacientes, entre outros.

Embora a agenda da saúde seja, na maioria das vezes, previamente conhecida e determinada pelo Ministério da Saúde (MS), pois fazem parte das diretrizes políticas e da legislação do SUS, no âmbito estadual e municipal existe uma ampla margem para inovações e alternativas que, no entanto devem ser objeto de decisão nos conselhos.

No contexto geral da formulação de políticas, a dinâmica de cada instância é diferenciada pela natureza distinta de cada ator, tanto na sua maneira de se posicionar frente às políticas decididas pelo Ministério da Saúde, quanto pelas propostas de encaminhamento de políticas. Nas reuniões do Colegiado é muito freqüente aparecerem propostas para a construção da agenda, prática que podemos supor como estando mais voltada para a própria formulação de políticas. Já na CIB-ES, a agenda está mais relacionada com a aplicação das normas de operacionalização do SUS. De qualquer forma, tanto a assembléia do COSEMS-ES como as reuniões da CIB-ES, constituem importantes arenas onde se decidem políticas de saúde.

Com relação à agenda nacional, um trabalho desenvolvido pelos cientistas políticos Argelina Cheibub Figueiredo e Fernando Limongi (1999): *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*, demonstra que o poder do executivo de

controlar a agenda ('o *timing* e o conteúdo'), dos trabalhos legislativos, garantida constitucionalmente, torna o executivo o principal legislador 'de jure e de fato'.

Os mecanismos constitucionais que ampliam os poderes legislativos do presidente – ou seja, a extensão da exclusividade de iniciativa, o poder de editar medidas provisórias com força de lei e a faculdade de solicitar urgência para os seus projetos -, estabelecidos pelas reformas constitucionais militares e ratificados pela Constituição de 1988, não só lhe permitem definir a agenda legislativa, mas o colocam em posição estratégica para a aprovação de seus projetos. (Figueiredo e Limonge, 1999: 11)

Embora a agenda da saúde contemple as diretrizes políticas já emitidas na legislação maior (CF, LOS) e nas determinações do Ministério da Saúde, no âmbito estadual e municipal adquire importância crucial pois existe ampla margem para inovações e redimensionamentos que devem ser objeto de deliberação e decisão nos respectivos colegiados.

1.3- Os Grupos de Interesse

Como destaca Mény (1966), a formação de grupos é um fenômeno comum a todas as sociedades que se constituem em torno de interesses comuns, sejam estes: afetivo, ideológico, patrimonial, profissional, corporativo, etc. De certa forma, todos os grupos são grupos de interesse. Na ciência política a expressão tem tomado um significado diferente, mais restrito e variado que o usual e, assim, esses grupos são entendidos como aqueles que, mediante formas múltiplas e variadas, procuram fazer valer seus interesses junto ao poder político. Por outro lado, o poder político interage com os grupos para os interditar, controlar ou os associar, dependendo da ação política planejada. Assim, o grupo de interesse se distingue dos outros grupos pela sua interação com as instituições do Estado e com os partidos políticos.

Embora sejam influenciados pela ideologia política, os grupos possuem acesso facilitado ou dificultado conforme sua proximidade relativa com o poder. Os grupos de interesse ou de pressão são associações voluntárias entre indivíduos que partilham interesses comuns.

As democracias liberais, de acordo com sua ligação ao pluralismo, reconhecem a existência e a legitimidade dos grupos na sociedade. Os grupos podem fazer pressão sobre o Estado, se interessam por aproximar do poder e influenciar suas decisões, mas não participam diretamente do poder político nem do processo eleitoral, como é o caso dos partidos políticos. Exercem influência no curso decisório e cumprem função fiscalizadora, utilizando como recursos a prática do *lobbying*. São intermediários que transmitem os interesses dos seus grupos aos centros de decisão.

De acordo com Mény (1966), citando Almond e Powell, os grupos de interesse, segundo sua organização, podem ser divididos em quatro tipos: *anônimos*, *não associativos*, *institucionais* e *associativos*. Os *grupos associativos* e *institucionais* que possuem forte organização podem influenciar e agir sobre o poder político. Os *grupos institucionais* não foram estruturados para fazer valer seus interesses, é o caso das administrações, das forças armadas, da igreja etc, mas podem, se necessário, utilizar de sua organização para influenciar nas decisões políticas ou administrativas. Já os *grupos associativos* são constituídos para organizar os interesses que eles representam (sindicatos, grupos profissionais, associações, etc), sendo a organização o fator fundamental para a integração, a articulação e a defesa dos interesses do grupo. Os secretários municipais de saúde, no Brasil, se organizaram, coletivamente, em associações e criaram duas estruturas representativas, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-ES) que, na prática, desempenharam papel crucial na consolidação do movimento municipalista da saúde. O primeiro pertencente à estrutura formal do SUS e o segundo não.

Os grupos de interesse se organizam para pressionar o poder público e assim serem ouvidos. Existe uma verdadeira disputa de poder entre os vários grupos de interesse e o poder público que, dependendo da situação, reagem proibindo, contendo, atenuando ou regulamentando as pressões para, assim, integrar e institucionalizar os grupos. Tal procedimento pode ser acompanhado por orientações do tipo liberal ou corporativo. Em um sistema liberal, o objetivo é fixar as regras do jogo através de regulações que vão normalizar as ações e, com isso, limitar as influências. Já no caso de orientações corporativas, o poder público pode adotar uma atitude de integração dos grupos à sua estrutura. Ao integrarem os grupos de interesse, institucionalizam-nos conferindo-lhes *status* político. Offe chama atenção para esse fato:

Qualquer atribuição de *status* significa que, por um lado, os grupos auferem vantagens e privilégios, mas, por outro, têm de aceitar certas limitações e obrigações restritivas. Em um caso típico, o acesso a posições decisórias no governo é facilitado por meio do reconhecimento político de um grupo de interesse, mas a organização em questão torna-se sujeita a obrigações mais ou menos formalizadas, como por exemplo o comportamento responsável e previsível e a abstenção de demandas não-negociáveis ou táticas inaceitáveis. (Offe, 1995: 240).

Os grupos agem tanto na formulação quanto na decisão política. A pressão e a influência não se esgotam nas ações exercidas junto às instâncias decisórias. A forma de atuação varia entre eles, sendo determinada pelas características de cada grupo, pela estratégia que perseguem, pelos recursos que utilizam para alcançar seus objetivos e a possibilidade de acesso ao sistema. Entre os recursos mais comuns e mais utilizados podemos citar o acesso aos responsáveis político-administrativos, a competência técnica (*expertise*, isto é, informação e conhecimento) e os recursos financeiros. Enfim, a forma de atuação depende, em última análise, da aceitação de sua influência pelo sistema político e pela sociedade. A competência técnica, por exemplo, pode ser utilizada para obter legitimidade ao falar de igual para igual com a administração ou mesmo durante negociações políticas. Os recursos que os grupos têm à sua disposição são desigualmente distribuídos entre eles e variam conforme o lugar e a época.

O setor saúde no Brasil é composto por uma gama variada de associações de interesse, desde as institucionais, como por exemplo, as dos secretários estaduais e municipais de saúde (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) citados anteriormente, até organizações representantes de interesses privados (coletivos e individuais) como, entre outros, para citar aquelas que estão mais próximas a este objeto de pesquisa: a poderosa indústria farmacêutica (Abifarma) e os Conselhos Regionais de Profissionais, entre eles os representantes do setor médico - o Conselho Regional de Medicina (CRM), o Sindicato dos médicos (Simes) e a Associação Médica Brasileira (AMB). Também existem representantes da sociedade civil como sindicatos, associações de moradores, associações funcionais e associações de patologias como diabéticos e hipertensos, entre outros. Algumas vezes, quando há convergência de

interesses, os grupos institucionais e associativos, formam alianças com outros grupos para se fortalecerem e influenciarem o *policy-making*.

Na prática, o produto resultante do confronto ou da negociação entre esses grupos do setor saúde e, a burocracia estatal, os partidos políticos, os parlamentares, os grupos de interesse da indústria tecnológica médica e todos os atores que participam desse intrincado e complexo processo histórico, vai determinar a conformação do sistema de saúde de um país. Isto é, estamos nos referindo à relação entre Estado e sociedade na produção das políticas de saúde. Para entender melhor como isso se dá, recorreremos à contribuição das ciências sociais e especificamente dela, a análise de políticas e o *policy making*.

A estrutura política de um país, sua cultura e a possibilidade de participação dos cidadãos, determinam a produção de políticas e a intermediação de interesses. Alguns modelos de *policy-making* interpretam a produção de políticas de acordo com a forma de organização do Estado. Os quatro maiores modelos explicativos, segundo Knoke et alli, (1966), são os modelos de classe, o elitista, o pluralista e o corporativista (para alguns, neocorporativista¹). Estes modos interpretativos são encontrados principalmente nos enfoques pluralista e neocorporativista. Tais estudos trazem uma diferenciação alternativa aos enfoques ‘tradicionais’, marxistas e pluralistas.

Os autores, que defendem o pluralismo, pregam este modelo como sendo universal. Preconizam um Estado mínimo, comportando fortes grupos de pressão e múltiplos sindicatos competitivos entre si. Naturalmente enfatizam os aspectos negativos da intermediação corporativa de interesses. “Contrariamente, a realidade mostra que nas democracias contemporâneas há uma convivência de formatos corporativos e pluralistas de *policy-making* e não uma exclusão dessas formas de intermediação”. (Labra, 1993). Ela cita, também, que as relações entre interesses

¹ Neste trabalho usaremos o termo corporativismo, tendo claro que este se difere daquele que foi associado inicialmente às experiências totalitárias e autoritárias do período entre-guerras. Um dos principais teóricos, do novo enfoque do corporativismo é Philippe Scmitter, que o definiu como: “um sistema de representação de interesses no qual as unidades constitutivas estão organizadas em um número limitado de categorias únicas, obrigatórias, não competitivas, organizadas hierarquicamente e diferenciadas funcionalmente, reconhecidas ou autorizadas (se não criadas) pelo Estado que lhes concede deliberadamente o monopólio da representação no interior de suas respectivas categorias”. Ao contrário, o modelo pluralista é definido como um sistema de representação dos interesses no qual as unidades constitutivas são organizadas num número não específico de categorias múltiplas, voluntárias, em competição entre elas, não organizadas hierarquicamente e que se autodeterminam (no que concerne ao tipo ou à natureza dos interesses), que não são autorizadas de maneira particular ou reconhecidas, subvencionadas ou criadas pelo Estado e que não exercem o monopólio da representação no interior de suas respectivas categorias. Citado por Mény (1996).

organizados e centros de decisão podem dar lugar a várias combinações entre os três modelos básicos de *policy-making* descritos por Lange & Regini, como:

Pressão pluralista: os centros de decisão são permeáveis às pressões de grupos organizados. Os partidos políticos exercem um papel fundamental no processo. São eles que analisam os recursos dos grupos e fazem a conexão entre as demandas e o sistema político. Atuam enquanto mediadores dos grupos.

Rede de políticas: é composta por grupos de interesse, burocracia, partidos políticos e *experts*, que a partir de demandas particulares buscam objetivos comuns. O processo ocorre em área limitada, define-se por quem entra ou não na negociação e não é aberto a atores externos.

Negociação oligopólica: difere do enfoque neocorporativo pois seus interesses se apresentam altamente concentrados na arena política através de cúpulas organizadas que sintetizam vários interesses e os transmitem de maneira agregada. (idem,1999)

O grau de insulamento do *policy-making* depende da permeabilidade da arena decisória, isto é, difere segundo a arena com que os interesses se relacionam. Por outro lado é importante assinalar que, na prática, dificilmente apenas um ator seria capaz de dominar todo o processo de produção de políticas. Como explicitado anteriormente, nas sociedades contemporâneas não existe um formato de decisão e intermediação puramente pluralista ou corporativista.

No Brasil, o período em que Vargas ficou no poder (1930-1945 e 1951-1954) foi marcado pelo aumento gradual da intervenção do Estado na economia e na organização da sociedade, além do crescente autoritarismo e centralização do poder. Desde o corporativismo Vargasista até a recente democracia, a relação entre o Estado e a sociedade bem como a forma de organização de interesses sofreram modificações radicais.

Em *A Gramática Política do Brasil* (1997), Nunes relata que, no Brasil, quatro gramáticas definem e estruturam as relações Estado *versus* sociedade: o clientelismo, o corporativismo, o insulamento burocrático e o universalismo de procedimento. O clientelismo assume o lugar de canais de comunicação e representação entre a sociedade e o Estado, fornecendo aos economicamente mais pobres, voz e mecanismos para demandas específicas. Atravessa toda a sociedade, do rico ao pobre. O corporativismo reflete uma busca de racionalidade e de organização que desafia a natureza informal do clientelismo. O insulamento burocrático é o processo de proteção do núcleo do Estado,

ou seja, são ilhas de racionalidade e de especialização técnica onde a informação é altamente valorizada. No Brasil, os parceiros relevantes são as elites industriais, nacionais e internacionais. Como exemplos de burocracia insulada cita, entre outras, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), a Petrobrás, e no passado, o Serviço Nacional de Informações (SNI). O universalismo de procedimentos geralmente é associado à noção de cidadania e igualdade perante a lei.

Considerando o corporativismo e o clientelismo como quadros analíticos, Nunes salienta que:

Tanto o corporativismo como o clientelismo podem ser entendidos como mecanismos cruciais (um formal, o outro informal) para o esvaziamento de conflitos sociais. O corporativismo organiza camadas horizontalmente de categorias profissionais arrumadas em estruturas formais e hierárquicas. O clientelismo atravessa fronteiras de classes, de grupo e categorias profissionais. (Nunes, 1997: 41).

Ainda acerca da relação Estado x Sociedade, Diniz e Boschi (2000), apontam que, no Brasil, o modelo presidido pelo Estado foi aos poucos se flexibilizando e se adaptando para acompanhar as mudanças estruturais ocorridas nos anos 70 e 80. Em um contexto de crise econômica mundial, o país teve sua política voltada para a desarticulação dos padrões de articulação Estado-sociedade, “que passaram a se caracterizar pela convivência entre arranjos corporativos e pluralistas, ao lado de práticas clientelistas e conexões informais. Mais recentemente, a prática do *lobby* veio a adquirir crescente visibilidade e relevância” (Diniz e Boschi, 2000: 64).

Este formato dual, corporativista e pluralista, define o desenho institucional e a reforma do Estado. Também no setor saúde existe um formato de decisões e intermediação de tipo “híbrido”, tanto no plano das articulações e associações com as arenas decisórias, quanto na dimensão corporativa. O CONASEMS e o COSEMS-ES são compostos por secretários municipais de saúde e têm representação do tipo corporação de autoridades públicas. Possuem representantes nas Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite (CIT e CIB) e nos Conselhos de Saúde, que constituem esferas de decisão importantes na saúde. Para ocuparem a representação são indicados e/ou votados pelos seus pares. A CIT e as CIB são associações do tipo

institucional de domínio exclusivo, monopólicas. A CIB funciona como um fórum fechado.

O COSEMS-ES, entretanto, não integra formalmente o SUS. Seus membros são secretários de saúde que possuem importantes recursos de poder políticos (cargo de confiança do chefe do executivo, nomeação com critério político-partidário), técnicos (no seu setor é a autoridade máxima em decisões técnicas e financeiras) e corporativos, como os do próprio COSEMS-ES. Como grupo de interesse organizado possui *status* público. De acordo com Offe:

As políticas que conferem status aos grupos de interesse atribuem a eles certas funções semipúblicas ou públicas e regulam o tipo e o raio de ação de suas atividades são, sob as condições das estruturas sociais e econômicas capitalistas avançadas, fatores muito mais importantes que afetam a mudança em curso no sistema de representação de interesse do que os fatores relacionados a mudanças de orientação ideológicas ou de estruturas de oportunidades sócio-econômicas. (Offe, 1995: 225).

Para se chegar a este formato atual, descentralizado e integrado, o SUS sofreu um processo longo de democratização e busca pelo modelo atual. Muitos atores participaram desse processo histórico os grupos que eram favoráveis à Reforma Sanitária, setores da burocracia e partidos políticos, entre outros. A idéia central era justamente dotar o sistema de saúde de condições de governabilidade, para atender às demandas da sociedade e possibilitar a democratização do *policy-making* setorial.

Por fim, reiteramos o que já foi registrado acerca do associativismo no setor saúde no Brasil, a força política e corporativa de algumas categorias e empresas como a dos médicos e suas organizações, representadas pela Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Regional de Medicina (CRM) e o Sindicato Médico; o poder econômico e político de grupos como os das indústrias farmacêutica e de equipamentos e material médico representados pela Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica (Abifarma) e a Federação Brasileira de Hospitais e suas associadas estaduais, entre outras, fazem com que eles sejam importantes atores na disputa pelo jogo político setorial.

Como forma de assegurar o controle social e democratizar as relações entre os atores e grupos que participam do processo político, no setor saúde, é que foram criadas as instâncias colegiadas do SUS.

1.4- Formulação de Políticas

Segundo Lindblon (1985), os formuladores de políticas e os cidadãos comuns são elementos presentes em todos os sistemas políticos. Formam uma pequena elite composta de autoridades executivas, ministros, congressistas, altos funcionários públicos, funcionários do poder judiciário, e em alguns sistemas, comandantes militares. Entre os formuladores de políticas e os cidadãos comuns existem os líderes de grupos de interesse, os membros ativistas dos partidos, jornalistas e outros formadores de opinião, homens de negócios, etc.

Em *Abordagens Metodológicas em Políticas de Saúde*, Ana Luiza Viana (1988), ao analisar as fases de elaboração de alternativas (ou formulação) e a escolha de uma alternativa (adoção), cita dois autores (Robert Hoppe e Van De Graaf) que, através da identificação das fases do processo decisório, ressaltam a diferença entre projeto (ou formulação) e implementação. A implementação mostra resultados que servem de ensinamentos para os formuladores. O processo político passa a ser, então, definido como o diálogo entre intenções e ações e um processo contínuo de reflexão para dentro e ação para fora.

Tanto a formulação de políticas como a implementação são dois importantes momentos de uma política, pois ocorrem em diferentes processos e funções sociais. Segundo a mesma autora, a clássica dicotomia entre política e administração se dá hoje entre formulação e implementação. Projeto (ou formulação) se definiria, então, em um espaço político, concebido como um processo extra-racional de trocas e indeterminações, conflito e poder. Já a implementação, diferentemente, se definiria em um espaço administrativo, em um processo racionalizado de procedimentos e rotinas.

Em sua revisão bibliográfica, Viana, identifica quatro modelos de análise da formulação de políticas: modelo de processo burocrático, modelo de recursos humanos, modelo político e modelo anárquico ou simbólico. Outros autores classificam de forma diferente esses modelos. Labra (1999) recorrendo à revisão de Kitschelt (1986) descreve quatro abordagens que explicam o processo de formulação de políticas: enfoque

pautado nas teorias sociológicas; enfoque do regime doméstico ou estilos de política; as teorias de coalizão e as teorias dos sistemas internacionais. Não entraremos na descrição dessas correntes, mas queremos enfatizar que todas elas estão preocupadas em responder uma questão crucial em estudos de ciência política: como é possível a ordem social dentro do cenário aparentemente caótico do *policy-making* ?

Na realidade, a questão que está colocada em jogo é a da governabilidade². Segundo Ugá (2001), “a vertente mais interessante da discussão sobre governabilidade é a que analisa à luz dos processos de intermediação de interesses, entendendo-a enquanto *state-capacity*, isto é, a capacidade do Estado em formular e implementar políticas públicas.” É a partir desse entendimento mais amplo e preocupados em atender as demandas da sociedade e democratizar o *policy-making* setorial que grupos do movimento municipalista, setores da burocracia, partidos políticos, entre outros movimentos organizados, trilharam o caminho que mais tarde pavimentou a implantação do Sistema Único da Saúde. Uma forma que democratizou o setor saúde, ampliando a participação da população, foi a criação dos colegiados em todos os níveis da Federação.

Uma outra fase do processo de formulação de políticas é a implementação que, embora não seja motivo de investigação desta pesquisa merece ser citada devido à sua óbvia importância. Ademais, como dito anteriormente, essas fases servem a propósitos mais metodológicos do que propriamente explicativos de como ocorre o processo na realidade. Assim, durante o processo de implementação de uma política de saúde, pode-se, por exemplo, estar discutindo e avaliando qualquer fase do processo decisório. A implementação corresponde à execução da política formulada no processo decisório. É uma etapa onde ocorre imprevisibilidade, inversão de posições e renegociações, sendo que, muitas vezes, uma política recém aprovada passa a ser alvo de mudanças. Essa é uma das características dessa fase, ou seja, a quantidade de mudanças envolvidas. Quanto mais mudanças, mais conflito. Quanto maior o entrosamento entre os

² Governabilidade – o termo originou-se devido às reformas do Estado e seu reajuste à nova ordem econômica e financeira mundial. Uma das primeiras análises sobre o termo pode ser encontrada nos trabalhos de Huntington, onde defende que a crise de governabilidade seria devido a excessos de participação e sobrecarga de demandas. Outro tipo de análise pode ser lida nos trabalhos das agências internacionais de financiamento, como os do FMI e do Banco Mundial. Segundo eles, a crise de governabilidade estaria ligada às condições de sustentação das políticas de ajuste em contexto democrático. De acordo com Melo e Diniz, citados por Maria Helena de Castro Santos, governabilidade “refere-se às condições sistêmicas e institucionais sob as quais se dá o exercício do poder, tais como, as características do sistema político, a forma de governo, as relações entre os poderes, o sistema de intermediação de interesses. (Maria Helena de Castro Santos, DADOS, 1997:342)

formuladores e implementadores de política, maior a capacidade de clareza política e de consenso.

Comparativamente, a implementação gera mais conflitos que a formulação de políticas. Para que o resultado final seja positivo é importante estabelecer estratégias para administrar os interesses envolvidos (o conflito). As complexidades do jogo do poder no processo de decisão política, ressurgem multiplicadas nessa fase. Como refere Lindblon (1981: 60): “A execução sempre faz ou altera as políticas de algum modo. Vale a pena notar os vários modos como uma política ostensiva – sob a forma, digamos, de lei ou decreto – é alterada de forma significativa nas mãos dos administradores”. A execução das políticas de saúde não foge à regra. Assim, concordamos com Silva, ao descrever o conflito inerente às execuções das políticas de saúde, quando relata:

Justamente, para atenuar descontinuidades foram institucionalizadas as instâncias colegiadas do SUS, inaugurando-se um novo estilo de fazer política e de operacionalizá-la. Não há uma eliminação do conflito, mas criaram-se condições para regulá-lo de forma mais equilibrada e participativa mediante a integração aos processos decisórios de vastos segmentos com interesses conflitantes nos conselhos de saúde. (Silva, 2000:23)

1.5 –O Processo Decisório

O processo decisório é formado por uma variedade de decisões que envolve um conjunto de processos políticos que conduzem à formulação e à implementação das ações práticas que devem promover a efetivação da política proposta.

Lindblon (1981:10) concebe o processo decisório político como algo extremamente complexo, “sem princípio nem fim, cujos limites são incertos. De algum modo, um conjunto complexo de forças produz determinados efeitos, que chamamos de políticas”. Prossegue em sua análise: “podemos considerar o governo e a política integralmente como um processo de decisão; deste modo não incorreremos no erro de ver a decisão política como um *aspecto* da política, quando a analisamos sob a forma de seqüência de fases”.

Segundo os estudiosos do *policy-making*, um método utilizado como facilitador para entender a complexidade que envolve o processo decisório, como referenciado no

início desse capítulo, consiste em separar a decisão política em seus componentes, analisando isoladamente cada um deles, sem perder de vista o modo de como isto se dá na prática. Este processo envolve interação, influência, controle e poder. Para entendê-lo melhor é necessário conhecer as características dos participantes, os papéis que desempenham, a que autoridade estão submetidos e sua relação entre os membros da instituição decisória. O processo decisório resulta de um complexo de decisões tomadas com base em análises técnicas e escolhas racionais individuais e também em considerações subjetivas (idem,1981).

Em relação às decisões políticas, Immergut afirma que as mesmas:

 Não são atos singulares tomados em determinado momento do tempo; ao contrário, são o resultado final de uma seqüência de decisões tomadas por diferentes atores situados em distintas posições institucionais. Em termos mais simples, isso significa dizer que a aprovação de uma lei exige que tenha havido uma sucessão de votos afirmativos em todas as instâncias de decisão (decision points). Se examinarmos a estrutura formal dessas instâncias, assim como as vinculações partidárias daqueles que decidem em cada uma dessas posições, poderemos entender a lógica do processo de tomada de decisão. (Immergut, 1996: 144).

Em seu ensaio *As Regras do Jogo: A Lógica da Política de saúde na França, na Suíça e na Suécia*, Ellen M. Immergut (1996), mostra como as instituições podem explicar tanto a estabilidade quanto a mudança de políticas. O ensaio considera como fundamental a necessidade de analisarmos as instituições juntamente com os interesses e os atores envolvidos, pois eles são componentes cruciais do *policy-making* e fundamentais para entendermos o jogo político.

Em seus estudos Immergut verificou que no plano interno institucional as regras do jogo de poder podem abrir ‘janelas de oportunidade’ para os atores influenciarem nas decisões políticas, que de outra forma estariam bloqueados ou, diferentemente, colocar ‘pontos de veto’ a essas interferências, mudando em ambos os casos o resultado final da política ou mesmo o conteúdo da decisão. Já no plano político externo, o acontecimento de um fato, como por exemplo uma nova eleição, pode reverter as regras do jogo, mudar a conduta dos atores e resultar em uma prática diferente daquela que estava em vigência.

Em âmbito estadual, no ES, a assembléia do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo (COSEMS-ES) representa uma instância crucial no jogo político setorial. A assembléia é constituída pelo conjunto dos secretários municipais de saúde do estado. Desse fórum saem propostas políticas que são encaminhadas para as reuniões da CIB-ES. É importante esclarecer, mais uma vez que, os Conselhos de Secretários municipais de Saúde não fazem parte da estrutura legal do SUS. O Colegiado comporta-se como um ator coletivo – um grupo de interesse - que representa e defende as opiniões, as atividades e os interesses dos secretários municipais de saúde, influenciando nas políticas de saúde do Espírito Santo. Entender melhor as regras do jogo que facilitam ou constroem a conduta desses atores é um passo necessário para atingirmos nossos objetivos.

Cada secretário possui autoridade legal nomeada pelo executivo municipal (cargo de secretário), assumindo os direitos e os deveres compatíveis com o cargo. Juntamente com outros atores locais tornam-se responsáveis pela execução e implicações da política de saúde no âmbito municipal. Como gestores municipais detêm recursos de poder, principalmente político, econômico e de informação, utilizando-os ao participarem do jogo político setorial. Durante as assembléias da categoria, articulam-se enquanto grupo, organizando as demandas para melhor defender seus interesses. Mesmo não fazendo parte da estrutura formal do SUS, os conselhos de secretários possuem força política suficiente para interferir nos destinos das políticas de saúde em âmbito estadual, participando ativamente na definição da política de saúde assim como de todas as instâncias de negociação do setor.

Assim, como afirma Lindblom (1981), em um sistema democrático o processo de formulação de políticas restringe-se a um pequeno grupo, porque a democracia direta é inviável nas sociedades modernas. Decisões tomadas de forma plenamente democrática e participativa constituem um ideal impossível de alcançar devido à sua própria dinâmica e natureza. O caso das Comissões Intergestores e os conselhos de secretários ilustra essa afirmação, pois congregam cúpulas composta por uma elite (secretários de saúde e técnicos especializados), cuja tendência à oligarquização deve ser combatida de forma continuada através da renovação de seus membros e da prestação de contas, à população local, acerca de sua gestão.

Como qualquer outra política pública, a política de saúde está inserida neste complexo jogo envolvendo diversos atores, como: profissionais de saúde, sindicatos,

partidos políticos, burocracia civil – em cujas mãos está predominantemente o processo decisório – grupos de interesse e organizações da sociedade civil que na arena política negociam e se confrontam entre si. No jogo político são fixadas regras que devem ser cumpridas pelos atores que fazem parte do policy-making, seja pela persuasão, autoridade, repressão ou carisma. O conflito sempre aparece, ganha o jogo quem for mais competente e possuir mais recursos de poder.

Capítulo 2

O Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto Aparelho Político-Institucional - O Movimento Municipalista de Saúde

Neste capítulo abordaremos a evolução das políticas de saúde no Brasil procurando enfatizar os aspectos relacionados à participação dos atores no processo de formulação de políticas e às arenas decisórias, enfocaremos particularmente os secretários municipais de saúde e o Movimento Municipalista de Saúde³ desde os

³ Utilizaremos o conceito de movimento municipalista desenvolvido por Muller: “a articulação, união e organização dos representantes dos municípios brasileiros, em especial dos serviços municipais de saúde,

primeiros movimentos até a publicação da Constituição Federal em 1988, os principais desdobramentos e os rumos que a política de saúde tomou ao longo desses anos. Descreveremos o surgimento das Normas Operacionais Básicas (NOBs) e das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) do Sistema Único de Saúde e o COSEMS-ES. Estudaremos o COSEMS-ES enquanto arena decisória, suas principais atribuições, conflitos e dificuldades e negociações que se dão nesse espaço.

Na década de 70, inconformados com a situação política de exceção vivida no país, começaram a surgir movimentos organizados envolvendo diversos setores e atores da sociedade, inclusive aqueles ligados ao setor saúde. O Brasil, na época, vivia uma crise de natureza política, institucional, financeira e ideológica (que, aliás, não sabemos se já acabou). Os recursos, principalmente financeiros, estavam concentrados em poder dos militares e da tecnoburocracia, que os distribuía segundo interesses clientelistas. O Município perdeu autonomia para planejar e administrar a cidade. Surgiram eventos que tiveram repercussão nacional, e que acabaram por influenciar os grupos de comportamento progressista nos estados e municípios, como a fundação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e da revista Saúde em Debate, em 1976; a realização do I Congresso paulista de Saúde Pública, em 1977; a fundação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o I Simpósio de Política Nacional de Saúde Pública da Câmara do Deputados em 1980; a realização das Semanas de Saúde Comunitária (SESAC); os departamentos de medicina preventiva e social das universidades e as escolas de saúde pública; o grupo organizado de oposição médica sindical Renovação Médica, entre outros.

O modelo de saúde adotado naquele tempo, era orientado para a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, isto é, privatizante e centrado no complexo médico-assistencial, com exclusão das unidades públicas de saúde do sistema de prestação de serviços. O trecho a seguir ilustra bem como funcionava o setor nos anos 70:

O Modelo privatizante e anárquico, centrado no complexo médico-industrial e regido pela irracionalidade administrativa, acelera a crise do sistema de saúde, que atingirá seu paroxismo no final dos anos setenta, em decorrência da elevação dos custos de assistência e da incompatibilização dos mecanismos de

efetivando-se em torno a objetivos e práticas comuns cuja categoria central seria a da autonomia municipal” (Muller Neto, 1991: 54).

arrecadação e custeio, aliados à crise moral e política decorrentes das fraudes e escândalos previdenciários que desencadearam um déficit de legitimidade acentuado. (Gallo, 1992).

A sociedade se organizava politicamente e o regime militar já não controlava a situação no país, como antes. A crise avançava. As cidades transformaram-se em grandes aglomerados populacionais devido às migrações do campo, em busca de melhores condições de vida. A situação tornara-se insustentável, todos clamavam por mudanças.

Segundo Goulart (1996) “Alguém tinha que fazer alguma coisa. E os municípios o fizeram: Chamaram a si o pagamento da conta”:

Não havia muitas opções para os municípios: ou enfrentavam a crise da urbanização com os recursos disponíveis, tentando ampliá-los na medida do possível, mesmo mediante os velhos instrumentos clientelistas de negociação com o governo central, ou então...A outra opção era a ruptura, ainda mais acelerada, dos já precários vínculos entre a sociedade política e a sociedade civil. Aqui e ali já se podia perceber o rumor do esgarçamento do tecido social. (Goulart, 1996: 14).

Um evento que influenciou muitos profissionais da saúde foi o Congresso de Alma Ata (1978), cujo tema, *Atenção Primária à Saúde*, ganhou destaque em todo o país difundindo-se entre amplos setores da sociedade e tendo grande impacto entre os secretários de saúde que colocaram o tema em discussão em suas reuniões e encontros.

O movimento municipalista da saúde, a partir dessa época, começa a se organizar de fato. Seus primeiros passos como movimento organizado são dados na reunião de Montes Claros (MG), em fevereiro de 1985. Para onde “convergiram pessoas de diferentes formações técnicas, com distintos projetos políticos, unidas, no entanto, pela esperançosa vontade de transformar a realidade social deste país” (Teixeira, 1995: 13). A carta final do encontro recebeu o sugestivo nome de *Muda Saúde*.

Em 1984 dois documentos são lançados tornando-se referência para todos aqueles envolvidos na luta para a reconstrução democrática do país e particularmente, na área da saúde: *A Questão Democrática na Saúde*, apresentado pelo CEBES e *A Questão da Saúde no Brasil e Diretrizes para um Governo Democrático*, assinado pelo CONASS. Nesse ano, o V Simpósio de Política Nacional de Saúde, organizado pela

Câmara dos Deputados, tornou-se um fato emblemático, teve papel crucial para o movimento, pois os debates aconteceram em espaço oficial, aberto, com ampla participação social.

Uma tentativa de reorganizar e contornar a crise que se abatera sobre o setor, no início dos anos 1980, foi o lançamento de novas propostas de política de saúde como, por exemplo, o *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde)*. O projeto era de autoria conjunta do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS); ambicioso em teoria, nunca chegou a ser colocado em prática. ”Ao final de algumas versões, o Prev-saúde havia se afastado tanto de suas proposições originais que Carlos Gentile de Mello já o chamava de ‘nati-morto’ ”(Neto, 1997: 67). Em 1982, é proposto o *Plano de Reorientação da Assistência no Âmbito da Previdência Social*, por iniciativa do Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), conhecido como *Plano do Conasp*, composto por representantes de vários ministérios, prestadores e trabalhadores. Tinha como propósito organizar a assistência médica, sugerir critérios para alocação de recursos, estabelecer mecanismos de controle de custos e avaliação do financiamento, além de tentar disciplinar o atendimento dos serviços.

Nesta época iniciava-se a redemocratização do país. Analisando o período de transição do autoritarismo à democracia no Brasil, Fernando Abrucio revela que a eleição dos governadores em 1982 foi o fato que deu início a esse processo. A oposição amplia suas bases de sustentação política, colocando os governadores no centro da arena nacional. Outros fatores que contribuíram para aumentar o poder dos governadores foram a crise do Estado Nacional-desenvolvimentista e da aliança que o sustentava.

O fato é que o Governo Federal foi perdendo legitimidade e recursos ao longo da década de oitenta, ao passo que os Executivos estaduais ganharam poder nos campos político e econômico, processo este iniciado pelas eleições de 1982 e coroado pela ordem legal criada pela Constituição de 1988. O enfraquecimento da União ocorreu concomitantemente à fragilização da Presidência da República, núcleo do sistema político brasileiro durante décadas, enquanto se fortaleciam os governadores de estado. (Abrucio, 1988: 23)

Naquele momento, o movimento sanitário estava bem articulado com os prefeitos e vereadores de oposição, que haviam vencido as eleições. A questão Saúde estava colocada como o principal ponto de pauta devido à sua abrangência nacional. Isso aumentava o peso político dos diversos atores sociais comprometidos com a reforma sanitária e com a democratização da sociedade.

É nesse clima que o Conasp, com objetivo reordenar o setor, faz um diagnóstico rigoroso e amplo da situação do sistema de saúde da época. Para isso, lança como proposta as Ações Integradas de Saúde (AIS) que, mesmo sendo uma proposta racionalizadora, cumpre dois papéis cruciais: um ao distribuir o poder e outro na configuração das diretrizes de um novo modelo de saúde que começava então a se efetivar. Instituíram-se formas colegiadas de gestão através da criação da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN), composta pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Educação e Cultura (MS, MPAS, MEC) e das Comissões Interinstitucionais estaduais (CIS), regionais (CRIS), municipais (CIMS) e locais (CLIS), que mais tarde foram substituídas pelos conselhos de saúde. Ao abrirem para estados e municípios a possibilidade de participarem dos fóruns de discussões oficiais deram início à participação e gestão colegiada entre União, estados e municípios. Flavio A. de Andrade Goulart (op. cit.), em seu depoimento, é bem categórico ao afirmar:

Digo por mim próprio e por muitos outros, com certeza: se não fossem as AIS, o movimento de secretários municipais de saúde não teria deslanchado, nem em Minas Gerais, nem no resto do País. E nós secretários, além do mais, não contaríamos com o respaldo de nossos prefeitos para fazer o que fizemos, em termos de ampliação da atuação de nossas pobres secretarias de saúde muitas das vezes detentoras de uma 'rede' de não mais que dois ou três postinhos antes das AIS. (Goulart, op. cit.: 20)

Outra autora que relata a importância das AIS é Fleury (1991). Segundo ela, as AIS contribuíram para reorganizar o sistema nacional durante sua implantação, pois as ações se guiavam segundo os princípios democráticos (universalização, descentralização e participação comunitária) e organizativos (integração, regionalização e hierarquização das ações). O conceito de um sistema de saúde nacional foi divulgado

em todas as secretarias de saúde do país, materializando-se pela formação de uma rede integrada e hierarquizada de serviços.

Como dito acima, o encontro de Montes Claros (MG), consolida os ‘primeiros passos’ do movimento municipalista ao dar dimensão nacional para a discussão e lançar as bases para a institucionalização do movimento.

No contexto político nacional, a articulação da Aliança Democrática, o movimento pelas ‘Diretas Já’ e o advento da Nova República (eleição indireta de Tancredo/Sarney, 1985-1990), em março de 1985, coincide com um momento de expansão e fortalecimento do movimento municipalista. Em alguns estados começam-se a estruturar os Conselhos ou entidades congêneres de secretários municipais de saúde. Isto é um fato importante, pois amadureceu-se a discussão sobre a importância de organizar uma entidade em nível nacional. O Conselho Nacional de Saúde foi criado dois anos depois.

Com o fim do governo autoritário, houve uma expansão generalizada das AIS. Sobre esse período, Antônio Ivo de Carvalho evidencia que:

O período da Nova República foi marcado pelo absoluto predomínio da visão pluralista do Estado. Na verdade, todo o *policy-making* no período é presidido pela visão pluralista, em especial por sua vertente neocorporativista. Multiplicaram-se as arenas de pactuação entre grupos de interesse, que assim obtinham *status* público e legitimidade para defender seus projetos e influir nas políticas públicas. A proposta de ‘pacto social’ perseguida naquele período por diversas forças políticas é emblemática do clima pluralista que então predominava e da crença de acordar uma política que contemplasse os interesses e a concordância do conjunto de grupos sociais. (Carvalho, 1997: 97).

O pacto entre o movimento sanitário e as elites nacionais, mesmo com a morte de Tancredo Neves (21 de abril de 1985), colheu algumas vitórias como a indicação de alguns de seus membros para importantes cargos no MPAS/INAMPS e no MS.

No ano de 1986 é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada por todo o movimento sanitário como um dos marcos mais importantes da Reforma Sanitária. O evento reuniu em Brasília mais de cinco mil participantes de vários segmentos sociais, desde prestadores de serviços, representantes de sindicatos e gestores de saúde, entre outros. Compareceram ao evento mais de 150 secretários

municipais de saúde ou seus representantes. A Conferência teve como desdobramento a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (com dois representantes dos municípios) e no ano seguinte, em julho de 1987, é criado, por decreto presidencial (Decreto 94.657/87), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Os municípios articulam-se em torno da saúde e constituem Conselhos e associações de secretários municipais de saúde em vários estados. A Reforma Sanitária é tema de diversos eventos nacionais e regionais, promovidos pela ABRASCO, CEBES, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), entre outros.

Entre os anos de 1987 e 1989, o SUDS funcionou como o principal instrumento de descentralização operacional, administrativa e financeira do sistema de saúde. Segundo Silvio Fernandes da Silva, esse período foi concebido pelos técnicos do movimento sanitário como ‘estratégia ponte’, preparatório para a adoção dos princípios e diretrizes do SUS. Ficando “claramente explicitada a diretriz de descentralizar as responsabilidades administrativas e de democratizar a gestão, incorporando novos atores ao processo decisório” (Silva, 2001: 65).

Em março de 1987, ocorre nova reunião de secretários municipais de saúde em Londrina, daí organiza-se uma comissão de quatorze membros encarregada de viabilizar a criação de um organismo nacional de secretários municipais de saúde (Comissão Provisória para Organização do CONASEMS). Quatro meses depois, em Brasília, funda-se o CONASEMS (dez de julho de 1987), no auditório da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), apoiado pelo MS. Provisoriamente, fica dirigido por um colegiado de doze secretários, até que fosse realizado, em 1988, o encontro de Olinda (PE), para se efetivar a diretoria. Em sua descrição sobre o período de implantação do SUDS, Lima destaca que:

Através do repasse de funções federais às instâncias subnacionais de governo, da definição e repartição de competências e da descentralização, integração e unificação de redes de serviços já existentes, desenvolveu-se, com o SUDS, o processo de indução efetiva da formação de gestores de sistemas de saúde por esfera de governo. (Lima, 1999:30)

Os últimos anos da década de 1980 foram bem movimentados para os secretários municipais de saúde: em todo o país surgiram conselhos ou associações de secretários municipais de saúde, as CIS foram ocupadas com representação em todos os

estados. Os membros da diretoria passaram a ser convocados pelo MPAS/INAMPS para informarem sobre a descentralização das ações e dos serviços. O CONASEMS passou a integrar a Plenária das Entidades de Saúde, juntamente com representações sindicais, trabalhadores de saúde e grupos de usuários, entre outros. Ocorreu uma mobilização muito grande com o objetivo de garantir que os princípios fundamentais para a transformação da saúde se concretizassem na Carta Constitucional.

A promulgação da Constituição Federativa do Brasil (CFB), em 1988, foi considerada como uma vitória pelas forças políticas que defendiam a Reforma Sanitária, devido à instituição do Sistema Único de Saúde⁴ (SUS). Inserida no Capítulo da Seguridade Social, a saúde passa a ser entendida de forma ampla, como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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” (Brasil, 1988). Além do CONASEMS, muitas outras entidades da sociedade civil participavam do movimento sanitário articuladas em torno da Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte.

Dois pontos presentes na Constituição que merecem ser citados devido aos desdobramentos que na prática vão determinar, ao se implantar o SUS são: o pacto federativo e a descentralização. Sobre o primeiro ponto, Abrucio (1998: 26), citando outros autores, descreve que “o federalismo é uma das soluções mais bem-sucedidas para equacionar democraticamente o conflito entre os níveis de governo em países onde a existência de diversidade regional e/ou étnica soma-se ao desejo de autogoverno por parte das unidades subnacionais”. Fazem parte do conceito de federalismo a democracia e a república. O federalismo é republicano quando há o estabelecimento da soberania popular, necessariamente com a existência do maior número de instituições públicas possibilitando a participação dos cidadãos. Quanto ao segundo ponto, a descentralização, apesar das diferenças de interpretação, estamos de acordo com a visão progressista que a associa à democratização, fortalecendo a capacidade decisória das instâncias subnacionais de governo. O artigo 18 da CFB diz: “a organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos nos termos desta Constituição”. (Brasil: 21). O processo de descentralização parece vinculado ao de autonomização dos entes da Federação. As implicações na implantação do SUS da crise financeira que se

agrava nos anos 1990, bem como as peculiaridades do Federalismo nacional e as modalidades da descentralização das políticas sociais, não serão objeto deste estudo.

A partir da movimentação dos secretários de saúde, descrita acima, o CONASEMS passa a garantir seu espaço na sociedade, tornando-se um reconhecido interlocutor institucional em termos de políticas de saúde.

Em Olinda (PE), de 11 a 14 de abril de 1988, ocorre o V Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde⁵, e é eleita a diretoria do CONASEMS. A conjuntura, na época, estava marcada pelos intensos debates da Assembléia Nacional Constituinte. A Carta de Olinda, aprovada no final do evento, demonstrava a “preocupação com os retrocessos verificados na discussão das questões sociais na Assembléia Nacional Constituinte, a partir de uma composição de forças conservadoras” e reivindicava “urgência na Reforma Sanitária” e apoio à “continuidade na implantação do SUDS”. O VI Encontro, realizado em Porto Alegre (RS), de 4 a 7 de junho de 1989, foi marcado por novos acontecimentos na conjuntura nacional, como a eleição de prefeitos municipais. Como garantir o avanço da descentralização foi um dos pontos de maior preocupação dos secretários; reiterado no VII Encontro, realizado em Fortaleza, de 9 a 13 de dezembro de 1990. A preocupação com a “autonomia municipal”, o “fortalecimento e obrigatoriedade de participação popular” são alguns dos itens que estão na Carta de Fortaleza, além de denunciar a “política econômica do Governo Federal, acusada de produzir ‘resultados desastrosos para a saúde’ “ (Goulart, 1996: 47-50). No Encontro de Fortaleza discute-se, fundamentalmente, a Lei Orgânica da Saúde devido aos vetos do presidente Collor a artigos cruciais da Lei, como aqueles referentes ao financiamento e ao controle social que impôs óbvio retrocesso à descentralização e democratização da saúde.

No início dos anos 1990, é introduzida a política neoliberal no Brasil. Isso pode ser medido pelo pacote de reformas estruturais ou institucionais “que se propuseram

⁴ Apesar de ter sido instituído na Constituição Federal de 1988, o SUS só foi regulamentado a partir de 1990, com a edição das Leis da Saúde – Leis 8080 e 8142 de 1990.

⁵ O I Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde aconteceu em Belo Horizonte (MG), entre os dias 24 e 26 de março de 1981. O II Encontro Nacional teve como sede a cidade de São José dos Campos (SP), no período de 19 a 21 de abril de 1982. Em Montes Claros (MG), na data de 4 a 7 de fevereiro de 1985 aconteceu o III Encontro. O IV Encontro foi em Londrina (PR), ente os dias 25 e 28 de março de 1987. Antes, porém, dos Encontros Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, aconteceram vários encontros regionais e nacionais do setor saúde como: o Encontro de Secretários Municipais de Saúde das Capitais do Nordeste em Teresina (PI), em 1978, o I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste em Campinas (SP), de 17 a 20 d maio de 1978. O II Encontro Municipal do Setor Saúde em Niterói (RJ), de 24 a 27 de outubro de 1976, entre outros.

desmontar o modelo desenvolvimentista através da abertura e desregulamentação dos mercados e da privatização das empresas e serviços públicos” (Fiori, 2000:17). O governo Collor⁶ (1992-1994), ao implantar as medidas econômicas racionalizadoras, atingiu diretamente as políticas sociais que tentavam ser implantadas, particularmente as da saúde. No VII Encontro dos Secretários, em Fortaleza (CE), o ministro da saúde na época, Alcení Guerra, reconheceu que os vetos decorreram de pressões da área econômica do governo. No último dia do encontro, o MS encaminha o texto da nova lei aprovada pelo Congresso, Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da população e a transferência de recursos aos estados e municípios. A Lei foi sancionada pelo Presidente em 28 de dezembro de 1990 (Goulart, 1996: 50).

Antônio Ivo de Carvalho comenta sobre esse período:

Na verdade, o SUS foi desenhado e institucionalizado na contramão de uma tendência que, no plano internacional, já naquele momento, apontava para uma re-valorização do mercado, como alternativa ao modelo clássico welfareano, tido como inviável em razão da crise fiscal e de legitimidade do Estado. Enquanto o mundo discutia o ajuste estrutural da economia, a diminuição do aparelho do Estado e a contenção dos gastos públicos, aqui se expandiam direitos sociais e se ampliava a responsabilidade estatal com o seu provimento. (Carvalho, 2002: 2)

A Lei Orgânica da Saúde coloca o município como ator principal na gestão do sistema de saúde. Em abril de 1990 são promulgadas várias Leis Orgânicas Municipais pelo Brasil afora. Essas Leis, juntamente com as Leis 8080 e 8142, mais as Constituições Estaduais, amparadas pela Constituição Federal, constituem o arcabouço jurídico-legal do SUS. Muller lembra que:

O trabalho articulado de assessoramento e divulgação do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (IBAM), da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), permitiu a um número significativo de municípios brasileiros

⁶ O presidente Collor foi o primeiro presidente civil no país eleito por voto direto desde 1960. As votações obedeceram as regras da Constituição de 1988, com plena liberdade partidária e eleição em dois turnos. Seu governo teve curta duração, de março de 1990 a 2 de outubro de 1992, quando foi afastado da presidência para responder ao processo de *impeachment*. A partir daí dá-se início ao governo Itamar Franco (1992-1994).

ampliar suas competências e atribuições para formular e gerir suas políticas de saúde de forma democrática, com seus conselhos e conferências municipais, consolidando assim o estatuto legal de participação popular. (Muller Neto, 1991: 64)

As dificuldades para a implantação do SUS foram imensas. Se a sua construção coexistiu com o ambiente democratizante da Nova República, sua operacionalização, diferentemente, ocorre em época totalmente desfavorável à implantação dos princípios que o regem. A expansão da universalização dos direitos não foi acompanhada por um aumento na oferta dos serviços; muito pelo contrário, houve racionamento da oferta dos mesmos.

Nos primeiros anos de 1990, o CONASEMS já é reconhecido enquanto importante ator político na área da saúde. Prova disso é a conquista da coordenação da Comissão Organizadora da IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS), o que consolida definitivamente o movimento municipalista.

A IX CNS, realizada em Brasília, em agosto de 1992, com atraso de dois anos, teve como tema central “Saúde: a Municipalização é o Caminho”. Realizada em meio à crise do governo Collor, quase às vésperas de seu *impeachment*, que ocorreu no final desse ano, a Conferência foi precedida por uma ampla mobilização social, em todo o país, através da realização das etapas preparatórias e, posteriormente, as Conferências municipais e estaduais propriamente ditas - mais de 2000 conferências municipais e 27 estaduais – assumidas em sua maioria pelos COSEMS. Talvez a maior importância da IX CNS, mais do que revelar novos caminhos para a saúde, tenha sido, segundo Goulart (1996: 27) “colocar em evidência um verdadeiro novo protagonista desta política: o movimento municipalista de saúde”. Como já vinha acontecendo, a partir de então, o CONASEMS se consolida como a entidade máxima de representação dos municípios no setor saúde.

Uma importante articulação política que o movimento municipalista estabeleceu nessa época foi com a Frente Nacional de Prefeitos que, sintonizados com as teses do movimento, fazia coro conjunto, propugnando o cumprimento da Constituição e da Lei Orgânica, por parte dos governos Federal e estadual.

Com a queda do governo Collor, no final de 1992, ocorrem transformações radicais em relação à participação dos atores sociais na formulação de políticas de saúde. Técnicos do movimento municipalista assumem cargos estratégicos no MS, que

juntam-se e formam o Grupo Especial de Descentralização (GED/MS), com participação formal do CONASS e CONASEMS e do Conselho Nacional de Saúde. Esse grupo teve papel crucial no encaminhamento de propostas para a descentralização do MS ao lançar o documento “Descentralização do SUS: Prioridade do Ministério da Saúde” em cujo conteúdo encontra-se o texto com o título “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (Brasil, 1993). Esse documento reafirmava a necessidade e a importância de se descentralizar os recursos e a gestão da saúde para os estados e os municípios, originando mais tarde, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB SUS 01/93) (Brasil, 1993).

2.1 - A regulamentação do processo de descentralização no âmbito do SUS

A partir daqui descreveremos, resumidamente, as Normas Operacionais Básicas do SUS. Elas disciplinam as relações entre as três esferas de gestão do SUS e seus âmbitos de pactuação. Para este trabalho interessa, particularmente, a pactuação que tem lugar na CIB-ES, pois é nessa arena que os secretários municipais de saúde defendem seus interesses definidos nas plenárias do COSEMS-ES.

O reconhecimento constitucional da *saúde como direito de todos e dever do Estado* representou o nascimento de uma nova configuração institucional em nosso país e estabeleceu um novo paradigma para a atuação do Estado na área da saúde, ao definir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção da saúde; ao estabelecer o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária e ao se comprometer financeiramente pela criação de um orçamento público da seguridade social para assegurar os direitos relativos à saúde. As NOBs constituem orientações específicas do Ministério da Saúde que, ao serem pactuadas a partir da NOB SUS/93, entre as três esferas de governo, impulsionaram, na prática, a descentralização da saúde. As Normas são aceitas e defendidas pelas representações nacionais dos secretários municipais e estaduais de saúde.

A partir da década de 90, as Leis 8080 e 8142 não mais foram suficientes para, na prática, estabelecer os parâmetros técnicos-operacionais necessários ao

funcionamento do SUS. Com o objetivo de normatizar e operacionalizar o SUS, regular as relações entre os gestores e reorientar a implantação do SUS em todos os níveis do sistema, surgiram as Normas Operacionais Básicas (NOBs) adotadas, a partir desse momento, na política de saúde como instrumentos jurídico-institucionais. A operacionalização da Lei Orgânica do SUS dá-se mediante ordenamentos na transferência de recursos, nos requisitos para estados e municípios se habilitarem a receber recursos federais e na definição de como se darão as transferências de recursos para financiamento dos serviços ambulatoriais e hospitalares. Até 2001, foram editadas as Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde 01/1991 (NOB SUS 01/91), NOB 01/1993 (NOB SUS 01/93) e NOB 01/1996 (NOB SUS 01/96) e a última, a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/ 2001 – Noas-SUS 01/2001 (Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, em 25 de janeiro de 2001 (Brasil, 2001).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/91 (NOB SUS 01/91) criou a figura do município e estado *habilitados à municipalização* e introduziu incentivos financeiros (para investimentos) destinados ao reequipamento e ampliação de unidades sanitárias já existentes. No entanto a edição da NOB SUS 01/91 deu uma direção inversa ao modelo constitucional. No plano jurídico normativo foi um grande retrocesso. Isto porque representou centralização e controle dos fluxos financeiros no nível federal, convertendo as transferências financeiras em pagamentos de faturas por serviços produzidos, colocando em pé de igualdade serviços públicos, empresas privadas contratadas e conveniadas, transformando o SUS num grande coletivo de entidades ‘preocupadas’ cada vez mais em serem, apenas, produtoras de procedimentos de assistência médica. Pode-se imaginar e verificar os efeitos que se fazem sentir como: privilegiamento das atividades de assistência médica em detrimento às ações coletivas – cujo financiamento sequer foi previsto; privilegiamento da produção total, sem considerar o perfil de necessidades da população; estímulo à oferta de serviços, sem considerar a qualidade e sem preocupação em evitar fraudes; fixação de tetos financeiros nos quais prevalecia a capacidade instalada e assim favorecendo estados e municípios em melhores condições econômicas.

Podemos dizer que a NOB SUS 01/91 teve um efeito regressivo, centralizando as desigualdades na distribuição da oferta de serviços. Os municípios menores tiveram ampliada sua dependência do Estado. O poder público ficou rebaixado a um ofertante

de serviços de assistência médica em detrimento a um papel que poderia ser de regulador, controlador e fiscalizador de ações de saúde.

A municipalização normativa da NOB SUS 01/91 exigia das prefeituras a realização das seguintes tarefas: Contrapartida orçamentária equivalente a 10% dos recursos do tesouro municipal; apresentação do Plano Municipal de Saúde (PMS); implementação da Programação-Orçamentação em Saúde; apresentação de um relatório de gestão e de uma comissão para uma elaboração do Plano de Cargos, Carreiras e Salários; criação do Conselho Municipal de Saúde (Carvalho et alli, 1993).

Considerando as difíceis tarefas impostas aos municípios, como também o retrocesso da NOB SUS 01/91, o processo de implantação do SUS corria o risco de não ser suficientemente descentralizado e de não ser único.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB SUS 01/93) –

Em Agosto de 1992 realizou-se a IX Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o tema: “a Municipalização é o Caminho”; realizada com atraso de dois anos, só aconteceu graças à pressão de setores do movimento sanitário, com apoio de parte do Ministério da Saúde. As recomendações expressas no Relatório Final da IX CNS refletiam as preocupações com a viabilidade do SUS: descentralizar respeitando as diversidades regionais, assegurando a viabilidade operacional e financeira do gestor único; efetivar o comando único em cada esfera de governo, respeitando a autonomia municipal e estadual; agilizar o processo de municipalização, submetendo-o a uma avaliação permanente e ao controle social.” (Brasil, MS, 1992)

No final de 1992, foi elaborado o documento *Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Quando foi apresentado ao Conselho Nacional de Saúde, em janeiro de 1993, o documento propiciou um amplo debate com diversos atores e segmentos da sociedade da área da saúde: gestores municipais e estaduais, instituições de ensino e pesquisa, setor privado, sindicatos, entre outros. Em 20 de maio de 1993 foi publicado pelo Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/93 (NOB SUS/1993) (Brasil, 1993).

Essa norma institucionaliza instâncias permanentes de negociação entre os três níveis de governo, criando os organismos colegiados: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) entre União, estados e municípios e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB-ES), entre estados e municípios, estabelecendo um espaço de pactuação

entre o MS, as Secretarias de Estado e os municípios. Inova também ao criar três formas de gestão municipalizada da saúde: Incipiente, Parcial ou Semiplena. Na forma de habilitação denominada Semiplena, há inovação no que se refere à nova relação do governo federal com os outros níveis de governo ao possibilitar transferência de recursos sem exigir dependência direta com a produção. Isto é, transferência fundo a fundo. Talvez essa seja a maior modificação proposta:

Ao passo que as normas até então vigentes transferiam recursos federais aos outros níveis de governo com base na produção de serviços, considerando as secretarias estaduais e municipais meros prestadores públicos de serviços ambulatoriais e hospitalares, a NOB SUS/93, em uma das formas de habilitação previstas, denominada semiplena, inaugura nova relação do governo federal com os outros níveis de governo, ao possibilitar transferência de recursos sem exigir dependência direta com a produção. (Silva, 2001: 74)

Esta NOB introduz modificações na condução do processo de descentralização e para sua efetivação sustenta-se em cinco argumentos (Brasil, MS, GED, 1993):

- A) A descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social;
- B) A descentralização envolve as dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;
- C) O estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- D) A responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde;
- E) A transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas, impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatíveis com

sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população.

O CONASEMS, nessa época, era carente de instrumentos administrativos e jurídicos. Muitas forças que faziam oposição a ele estavam dentro do próprio governo, como era o caso dos Ministérios da Fazenda e da Previdência Social, da Secretaria de Planejamento e até no Legislativo.

Para fazer frente a essa situação foram incorporadas formas políticas de luta, como por exemplo: foi organizado dia de luta para a saúde, com passeatas, panfletagem e visitas a congressistas, feita aliança com outros setores sociais na luta pela saúde, o jornal do CONASEMS se transformou em tribuna de luta na área da saúde e de questões sociais gerais. Houve enfrentamentos em muitos setores do governo: pela retomada da transferência à saúde, com a Previdência; pela manutenção do repasse à saúde, com a Fazenda; pela liberação dos depósitos bloqueados referentes ao Finsocial/Cofins com o Supremo Tribunal Federal. Fez-se uma consulta ao Ministério Público sobre a legalidade da suspensão do repasse de recursos financeiros à saúde, determinado unilateralmente pelo Ministério da Previdência Social. O relato do então secretário executivo do CONASEMS, Mozart de Oliveira Junior, reflete bem a situação vivida na época:

(...) o CONASEMS passou a se constituir parceiro obrigatório da organização do SUS. Abrimos as mais diversas fontes de interlocução [] ressaltaria nossa parceria com o CONASS, que tem produzido efeitos importantes, dos quais lembro as reuniões de Gestores Públicos do SUS. (Mozart apud Goulart, 1996: 31)

Em um período relativamente curto da história da saúde, da redemocratização do país até nossos dias, os secretários de saúde tiveram um papel crucial, passaram de militantes da resistência democrática a formuladores de políticas de saúde em conjunto com outros atores sociais, conforme pode ser observado pela trajetória política do movimento que culmina com a criação do CONASEMS.

Logo após a publicação da NOB SUS 01/93, parecia que a implantação do SUS seria tranqüila e sem percalços. Nada mais equivocado. Havia muito entulho a ser

removido para que o novo sistema de saúde pudesse avançar; Goulart (1996: 29) exemplifica, entre outros: “a elaboração dos novos contratos de prestação de serviços de direito público, mediante licitação; a estruturação de um Sistema Nacional de Auditoria condizente com a nova realidade do SUS; a eliminação dos convênios como instrumentos jurídicos e administrativos que pudessem garantir o repasse entre fundos de saúde; a adequação anual da Lei de Diretrizes Orçamentárias, buscando atender às necessidades da saúde; a reversão da lógica das tabelas do ex-INAMPS, que privilegiavam procedimentos de alta complexidade em detrimento, por exemplo, das consultas clínicas etc.”

A maioria das discussões tiveram como palco as reuniões da CIT com o CONASEMS sempre presente, como membro da comissão, ou em contatos diretos na Secretaria de Assistência à saúde (SAS).

As Comissões Bipartites existem hoje em todos os Estados, além da Tripartite nacional. A Comissão Intergestores Tripartite - CIT, tem caráter paritário com representação do MS, CONASS e CONASEMS. No âmbito Estadual as Comissões Intergestores Bipartite - CIB-ES, são formadas paritariamente entre dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos secretários de saúde do Estado (COSEMS-ES), “sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS (...) cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual” (NOB SUS 01/93) (Brasil, 1993).

As três condições de gestão descritas a seguir representam passos progressivos, responsabilidades, prerrogativas e direitos crescentes para os municípios, mas não necessariamente seqüenciais de gestão de estados e municípios sobre o SUS.

Gestão Incipiente - As secretarias municipais de saúde passam a assumir a responsabilidade sobre a autorização do credenciamento, descredenciamento, controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares/filantrópicos, contratados no município; a distribuição de uma quota de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), negociada na Comissão Intergestores Bipartite ou o correspondente a 8% de sua população. Assumem o gerenciamento da rede ambulatorial existente no município; desencadeiam o processo de reorganização do modelo assistencial, incluindo a incorporação das ações de vigilância epidemiológica e sanitária à rede de serviços e a

própria capacitação para programar, acompanhar, avaliar e controlar suas ações de saúde.

Gestão Parcial - Os municípios e estados, além das responsabilidades gerenciais definidas na situação anterior recebem os recursos financeiros referentes à diferença entre o que foi gasto com o pagamento de custeio aos prestadores públicos e privados (ambulatorial e hospitalar) e o teto financeiro fixado a partir de uma série histórica de gastos de custeio, submetida a um processo de correção de eventuais distorções. Além disso, essa medida permite as condições de gestão necessárias ao aprofundamento do processo de reformulação do modelo assistencial à ampliação de sua responsabilidade com relação à vigilância sanitária e epidemiológica, viabilizando o deslocamento do eixo do sistema para as ações de saúde coletiva.

Gestão Semiplena - Os estados e municípios do ponto de vista da capacidade gerencial e do reordenamento do modelo assistencial, exercerão a totalidade de suas responsabilidades. A transição, neste caso, se caracteriza pela manutenção da série histórica corrigida como base para determinação dos tetos financeiros a serem repassados diretamente (totalidade dos recursos de custeio ambulatorial e hospitalar). Esta gestão permite a transferência de recursos federais para os estados e municípios, ou seja, do Fundo Nacional de Saúde (FNS), para os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS). A transferência automática e imediata de recursos à esfera municipal permite um maior controle social, uma vez que os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo passam a ser responsáveis legalmente pelo seu controle.

A maior autonomia de gestão administrativa e financeira, preconizada pela semiplena, permite aos gestores a implementação das propostas do movimento sanitário.

A gestão semiplena passa a ser considerada por amplos segmentos do movimento sanitário, entre os quais os militantes do movimento municipalista, como a forma de gestão mais adequada. Nessa forma, segundo esses segmentos, existe maior autonomia de gestão administrativa e financeira e a possibilidade concreta de efetivo deslocamento de poder das instâncias centrais para o chamado poder local. (silva, 2001: 74)

Em dezembro de 1994 havia apenas 24 municípios brasileiros habilitados na gestão simplificada, no ano seguinte, 43, cobrindo pouco mais que 7,4% da população do país. Em dezembro de 1995, o país estava com 2.112 municípios em condições de gestão incipiente (42%), 592 em gestão parcial (12%), e 56 em gestão simplificada (1%). Em janeiro de 1997, 3.127 municípios estavam em alguma condição de gestão (63% dos municípios brasileiros): 2.367 em gestão incipiente (48%), 616 em gestão parcial (12%) e 144 em gestão simplificada (3%). Nesses municípios residem 65% da população brasileira. (Lucchese, 1996).

Pode-se concluir que a NOB/93 foi uma norma essencialmente municipalista, que consolidou as esferas de pactuação e deslocou o poder do nível central para o local.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96 (NOB SUS 01/96) - Em novembro de 1996 instituiu-se a NOB SUS 01/96, por intermédio da Portaria nº 2.203 (Brasil, 1996), que previa apenas duas condições de gestão para os municípios: *gestão plena da atenção básica* e *gestão plena do sistema municipal*. Para os Estados são definidas as formas: *gestão avançada* e *gestão plena do sistema estadual*. Essas formas de gestão substituíram as anteriores e ampliaram as responsabilidades dos municípios. Resumidamente, as responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos municípios são:

Gestão plena da atenção básica – responsabilidades: elaborar a programação municipal dos serviços básicos; gerenciar as unidades ambulatoriais próprias; executar ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica; elaborar o relatório anual de gestão e aprovar no CMS. Os requisitos são: comprovar o funcionamento do CMS e da Operação do FMS; apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e comprovar junto à CIB-ES que tem capacidade de assumir a gestão que está pleiteando. As prerrogativas são: manter subordinadas, sob gestão municipal, as unidades básicas de saúde do município, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas) e obter a transferência de recursos federais.

Gestão plena do sistema municipal – responsabilidades: elaborar a programação municipal dos serviços ambulatoriais básicos e especializados e dos serviços hospitalares; gerenciar as unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares como também as de referência; introduzir a prática de cadastramento nacional dos usuários do SUS;

garantir a prestação de serviços em seu território, até mesmo aos não-residentes, e a execução dos serviços aos seus municípios nos outros municípios, conforme a PPI (Programação Pactuada e Integrada); executar as ações em geral de vigilância sanitária e epidemiológica. Requisitos: comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e do Fundo Municipal de Saúde (FMS); participar da PPI; comprovar capacidade técnica e administrativa para desenvolver as ações de sua responsabilidade. Prerrogativas: obter transferências de recursos federais e ter o conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares de seu território, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), subordinadas à gestão municipal.

Concordamos com a análise de Silvio F. da Silva, acerca do caráter municipalista contido na NOB SUS 01/96:

Embora também normatize no seu teor mudanças nas gestões estaduais de saúde, instituindo as formas *avançada e plena* do sistema estadual e proponha um reordenamento do papel das três esferas de governo, a NOB SUS/96 é nitidamente municipalista. Utiliza-se da experiência acumulada com as gestões semiplenas e procura incentivar a transferência direta e automática de recursos federais para os fundos municipais de saúde, ampliando a responsabilidade de gestão dos governos locais. (Silva, 2001: 76)

Em 1998 iniciam-se as habilitações dos municípios às formas de gestão plena da atenção básica e plena do sistema de saúde. A expansão de municípios habilitados é visível: 5.451 de um total de 5506 municípios brasileiros estavam habilitados em dezembro de 2000. 4.928 na gestão plena da atenção básica e 523 na plena do sistema de saúde. (Silva, 2001)

A NOB SUS 01/96 tinha como finalidade “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde a seus municípios (...), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS” (MS, 1997). Segundo Porto et alii (2002: 44):

Em outros termos, anunciava-se um salto de qualidade na gestão do sistema a partir de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e dos campos de atenção à saúde, estruturando a ação setorial a partir da interação do

ações voltadas para o indivíduo e para a coletividade, para o atendimento às demandas pessoais e às exigências ambientais, articulando promoção, proteção e recuperação, através de um diálogo intra-setorial e intersetorial permanente.

Os autores concluem que “talvez esta tenha sido a maior contribuição dessa Norma: um primeiro passo na direção da articulação das ações de promoção, proteção e recuperação no atendimento às necessidades de saúde, impondo o diálogo intra e extra-setorial” (Porto etti alli, 2002: 44)

A principal estratégia utilizada pela Norma para a indução do novo modelo de atenção, foi a estrutura de financiamento adotada para o custeio das ações e serviços de atenção básica de saúde sob gestão municipal: através da NOB SUS 01/96 os municípios habilitados passaram a receber um valor em torno de R\$ 1,00/hab/ano, correspondente ao Piso Ambulatorial Básico (PAB). Estes recursos destinam-se aos cuidados básicos de saúde da população. Os procedimentos de média complexidade ficam sob gestão do Estado, sendo remunerados após montante definido pela Programação Pactuada e Integrada (PPI) aprovada pela Bipartite. Quanto aos procedimentos de alto custo/complexidade (hemodiálise, quimioterapia, etc) foram definidos pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pagos através de Autorização de Procedimentos de Alto Custo/ Complexidade (APAC). As principais inovações efetivamente implementadas, segundo esses autores, foram:

À criação de um valor per capita nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica correspondentes aos procedimentos de assistência básica realizados até então no âmbito da assistência médica ambulatorial do sistema (SIA/SUS), isto é, a parte fixa do PAB e à criação de incentivos financeiros para o desenvolvimento de ações no campo mais abrangente da atenção básica ...(Porto etti alli, 2002: 46)

A implantação da NOB SUS 01/96 se deu após muita discussão em variados fóruns como CONASEMS, CONASS, CIT e Conselho Nacional de Saúde (CNS), entre outros. Visando viabilizar e facilitar o acesso de todo cidadão a todos os serviços do SUS inclusive os de maior complexidade, esta NOB estabelecia algumas estratégias e instrumentos, em consonância com os princípios do SUS, como:

Programação Pactuada e Integrada (PPI) – A PPI constitui um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Sua programação se dá de maneira ascendente observando os princípios da integralidade das ações e da direção única em cada nível de governo.

Controle, Avaliação e Auditoria – O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde é requisito básico para a programação, contratação e controle de serviços. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos. As ações de auditoria são regulamentadas pelo Sistema Nacional de Auditoria e constituem responsabilidades da três esferas de governo. Os bancos de dados nacionais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria.

Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo – Transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, independentemente de convênios ou congêneres, segundo as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96.

Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – através de um acréscimo percentual ao montante do Piso Assistencial Básico (PAB)⁷. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o teto financeiro da assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS. A implantação do PAB reorientou as ações das secretarias Municipais de Saúde para a Atenção Básica.

As outras medidas estabelecidas para a estruturação e funcionamento da rede de serviços do sistema serão apenas citadas devido a falta de espaço e por constituem um elenco muito grande de medidas: Fração Assistencial Especializada (FAE), Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), Índice de Valorização de Recursos (IVR), Remuneração por Serviços Produzidos, Remuneração de Internações Hospitalares, Procedimentos Ambulatoriais de Alto custo/complexidade, Fatores de

⁷ O Piso Assistencial Básico (PAB) é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município, fornecido pelo IBGE. Os procedimentos custeados pelo PAB (consultas médicas em pediatria, ginecologia-obstetrícia, clínica médica e do médico do PSF, odontologia e AVEIAM: vacinas, procedimentos básicos e consultas não médicas, incluindo as não realizadas no PACS/ PSF), assim como o valor per capita nacional único são propostos pela CIT e votados no

Incentivo e Índices de Valorização: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde – FIDEPS – e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência – IVH-E. Vários por transferência regular e automática fundo a fundo como as ações de vigilância sanitária e outros para o custeio das ações de epidemiologia e de controle de doenças.

A Norma Operacional da Assistência do Sistema Único de Saúde – NOAS SUS 01/2001 (Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001), publicada no Diário Oficial de 29 de janeiro de 2001, regulamenta as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde e amplia a responsabilidade dos municípios na Atenção Básica, como também a das secretarias estaduais. Algumas dessas diretrizes têm implicações importantes para a priorização dos investimentos em saúde.

A primeira delas diz respeito à exigência de que todos os estados da federação elaborem Planos Diretores de Regionalização (PDR), a serem aprovados pelo Ministério da Saúde. Os planos deverão explicitar o papel de cada município no sistema estadual de saúde, organizar o território estadual em regiões de saúde e identificar as prioridades de intervenção, identificar os municípios de referência, organizar o fluxo de referência e estruturar as redes de referência especializada. Os planos devem ser aprovados na CIB-ES e no CES. Devem garantir acesso aos cidadãos, a um conjunto mínimo de ações e serviços de saúde, o mais próximo possível de sua residência.

O segundo ponto refere-se à estratégia de ampliação da atenção básica, que define um conjunto mínimo de ações a serem desenvolvidas por todos os municípios brasileiros como: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, saúde da criança, da mulher e saúde bucal. Alguns procedimentos foram incorporados à relação do Piso de Atenção Básica – PAB, principalmente de apoio diagnóstico, para permitir uma maior resolubilidade deste nível de atenção. Para a realização dessas ações, os municípios devem dispor de algumas instalações/equipamentos, que devem orientar a política de investimentos pelos gestores do SUS.

Entre outros, a NOAS propõe a utilização de instrumentos de negociação como a PPI (Programação Pactuada e Integrada), termos de garantia de acesso firmado entre

Conselho Nacional de Saúde (CNS). O PAB fixo é definido a partir de um valor per capita de R\$10,00/habitante/ano e transferido diretamente aos fundos municipais de saúde.

gestores para garantir e organizar as referências intermunicipais, elaboração de um Plano Diretor de Investimentos (PDI), etc.

A celebração de convênios do MS com os demais níveis de governo deverá considerar as prioridades assistenciais identificadas nos Planos Diretores de Regionalização de cada Estado para a qualificação das regiões/microrregiões de saúde, em conformidade com a NOAS-SUS 01/2001. Os critérios a serem considerados na avaliação das propostas de celebração de convênios são:

- Aprovação do Plano Diretor de Regionalização /PDR do estado pelo Ministério da Saúde;
- Inclusão do investimento em questão entre os indicados como prioritários no Plano Diretor de Regionalização do Estado;
- Pertinência do investimento para a organização de módulos assistenciais;
- Direcionamento do investimento para unidades públicas de saúde (NOAS-SUS 01/2001) (Brasil, 2001).

Porém, nem todos estão de acordo com as estratégias traçadas pela NOAS, como é o caso do assessor do CONASEMS, Gilson Carvalho, que durante palestra (Florianópolis (SC), agosto: 2001), na Plenária Estadual de Conselheiros de Saúde, discordou dos encaminhamentos que vêm sendo tomados para a implementação do SUS: parte-se da premissa correta de que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político administrativa não comportam ou correspondam a uma rede regionalizada (pouquíssimas capitais brasileiras conseguem ser independentes e ter o sistema regionalizado e hierarquizado completo dentro dela). Entretanto apresentar como solução um sistema centrado em micro-macro-regiões, sob responsabilidade coordenadora do Estado, pura e simplesmente, é outro equívoco. Onde vai ficar explicitado que esta divisão não pode repetir as atuais Diretorias Regionais dos estados, espaços administrados exclusivamente por eles, sem nenhum outro poder controlador, como legislativo próprio e que, historicamente, foi loteado entre os deputados da região? Como contornar isto? Carvalho (2001) relata que a NOAS SUS 01/2000 estadualiza o Sistema Único de Saúde, tendo em vista que ela entrega ao gestor estadual os critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade. Quanto à organização dos consórcios intermunicipais, por parte dos estados, relata o mesmo autor que não há unanimidade em se considerar como avanço. Lembra que alguns estados impuseram, politicamente, consórcios verticais, até com fins eleitoreiros e muitos nem se efetivaram. Corre-se o risco de se criarem uma nova estrutura de governo

no nível regional. “O nível central fica com a alta complexidade, o Estado fica com a média e sobra para o Município uma cesta básica de saúde”.

Vale ressaltar, entretanto, que essa norma, de fato, amplia as responsabilidades das secretarias estaduais de saúde e, mais que isso, resgata e retoma o papel da esfera estadual enquanto coordenador das mudanças setoriais.

Apesar dos avanços obtidos com as normas operacionais básicas, ainda persistem uma série de desafios que precisam ser superados para a consolidação do SUS. Definir as responsabilidades entre estados e municípios na assistência à saúde é uma das principais metas. Os problemas relacionados a integração entre os sistemas municipais, o planejamento e organização funcional dessa rede, o financiamento e critérios de aplicação de recursos, o monitoramento e avaliação contínua de desempenho, além do acesso aos serviços, também são questões que precisam ser enfrentadas.

2.2 – O Surgimento das CIB no SUS

A partir da implantação da NOB SUS 01/93, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), foram instituídas na política de saúde do país, durante os anos de 1994 e 1995. É praticamente consensual que a criação das Comissões Intergestores e o Movimento Municipalista foram os dois fatores mais relevantes para que a descentralização se tornasse um processo efetivo no SUS. Segundo o artigo de Patrícia Lucchese (1996), *Descentralização do Financiamento e Gestão da Assistência à Saúde no Brasil: A Implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995*, todos os estados do país, no final de dezembro de 1994, apresentavam suas CIB constituídas e funcionando.

O eixo da estratégia consistiu na constituição das Comissões Integestores Bipartite (CIB) nos estados, como instância privilegiada para todas as negociações entre gestores requeridas para a operacionalização da descentralização: às CIB foi atribuído o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada estado e propor medidas reguladoras das relações estado/municípios e município/município na implementação do Sistema Único de Saúde, para se conduzir, assim, o processo de descentralização na esfera estadual. (Lucchese, 1996: 114)

A CIB, enquanto organismo colegiado acrescentado à estrutura de gestão do SUS, estava associada a uma expectativa de mudança na estratégia política de descentralização das ações e serviços de saúde em que vinha sendo utilizada até então. Surgem assim como “eixo estratégico para o modelo de descentralização proposto pela NOB SUS 01/93, pois situam-se como as instâncias privilegiadas para todas as negociações entre gestores requeridas para a operacionalização da descentralização”(Lima, 1999: 62).

As CIBs são formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos secretários municipais de saúde (COSEMS). Têm como finalidade estabelecer parcerias entre os gestores do SUS para a descentralização das ações e serviços de saúde. De acordo com Lucchese (1996), suas principais atribuições são, entre outras, a elaboração de propostas para implantação e operacionalização da gestão descentralizada do sistema (normatização, planejamento, programação integrada, controle e avaliação); acompanhamento da implantação das normas operacionais básicas nacionais reguladoras do processo de organização da gestão da assistência e da gestão descentralizada das ações e serviços de saúde nos estados e municípios; definição de critérios para alocação dos recursos federais para cobertura assistencial.

As CIBs, sob o ponto de vista do modelo de descentralização do sistema de saúde adotado a partir do início dos anos 90 e da estrutura político-administrativa do SUS, podem ser consideradas como estruturas de inovação gerencial, pois constituem-se em centros de negociação, planejamento e decisão intergovernamental paritário e permanente para os aspectos operacionais e políticos da descentralização, assim como consideram a possibilidade de construção de parcerias para estruturar os sistemas de saúde em níveis estaduais, regionais e municipais de saúde, no que se refere aos aspectos regulatórios, financeiros e administrativos desses sistemas. Entretanto, sob o aspecto organizacional, tais estruturas não são completamente novas no setor saúde. As CIS, no período das AIS e SUDS, embora não apresentassem formação equivalente às CIBs, eram semelhantes, tinham como fundamento a formação de uma instância de negociação e deliberação onde gerentes e gestores do sistema de saúde faziam parte da estrutura.

Em caso de divergências e impossibilidade de se resolver conflitos no âmbito da CIB recorre-se à deliberação dos Conselhos Estaduais de Saúde (CES). Aliás, a criação

da CIB não fere a estrutura gestora do SUS com relação à importância deliberativa dos Conselhos de Saúde e ao incentivo à participação e ao controle social nas questões pertinentes à política de saúde. Tanto a CIB quanto os Conselhos Estaduais de Saúde são estruturas deliberativas; no entanto, cabe aos Conselhos referendar e aprovar as definições e propostas encaminhadas pelas CIBs, assim como fiscalizar suas ações. Além disso, em caso de divergências no fórum da CIB, o Conselho Estadual de Saúde fica responsável por deliberar primeiramente sobre o assunto antes de remetê-lo à Comissão Intergestores Tripartite, em nível federal, para ser apreciado. Em caso de não resolução do conflito existente, ou quando alguma das partes (estado ou municípios) se sentir lesada pela decisão em alguma destas instâncias, o caso pode ser levado ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) para resolução ou poderá ser delegada à CIT a resolução do problema.

Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submentendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador. (Brasil, MS: 53)

A CIT⁸ é um dos principais espaços para a definição de políticas no âmbito da saúde. As decisões nela tomadas muitas vezes resultam em portarias do MS e servem de regulação do sistema sanitário. Existem relatos de conflito entre a CIT e o CNS. Nas comissões (CIT e CIB) o caráter de pactuação e negociação, geralmente, é o predominante. Suas reuniões tratam temas diversos e são fundamentais para o desenvolvimento das novas condições de gestão propostas, uma vez que nelas se dá o processo decisório do pleito das novas habilitações solicitadas pelos municípios às diferentes condições de gestão (avaliação e instrução dos processos, aprovação ou rejeição da habilitação), a apresentação de projetos de programas do MS, a elaboração de portarias, transferências e repasses de recursos financeiros federais, a definição e revisão de tetos financeiros municipais, bem como o acompanhamento do gerenciamento local dos recursos transferidos.

⁸ A CIT, até 1994, era composta inicialmente pela Secretaria de Assistência à Saúde representando o MS, três representantes do nível municipal e três do nível estadual. A partir de 1995 sua composição é alterada, ampliando-se para cinco representantes do nível municipal e cinco do nível estadual, cada um originário de uma região do país e passando a integrá-la todos os titulares das secretarias e fundações do MS.

Um período que merece registro devido a sua importância é aquele que se inicia em 1995, que representou a consolidação das CIBs enquanto estruturas gestoras do SUS. O contexto político da época favorecia as mudanças de conteúdo do debate na CIT: os secretários municipais de saúde tinham um acúmulo de experiência com os mecanismos e instrumentos operacionais da política de saúde e, entre os novos secretários estaduais de saúde que tomaram posse, muitos se destacavam por sua vivência técnica e política nos processos de reforma do setor. Tais características certamente influenciaram o funcionamento da Tripartite. Como participantes da Comissão Intergestores Tripartite, o CONASS e o CONASEMS sugeriram uma agenda de trabalho para o ano de 1995, a partir da qual a Secretaria de Assistência à Saúde do MS, desencadeou um processo de organização da gestão da assistência entre as três esferas de governo. Assim desenvolveu-se um trabalho conjunto entre a SAS e as Comissões Intergestores Bipartites, que resumidamente tinha os seguintes objetivos: I) promover as funções de planejamento, programação, controle e avaliação das ações e serviços, tendo em vista a gestão descentralizada do SUS e a racionalização da assistência; II) promover o comando único em cada esfera de governo; III) promover a parceria entre os gestores e, por último, IV) promover a capacidade de regulação setorial pela direção nacional do SUS. (Lucchese, 1996)

Assim, as CIBs tornaram-se espaços essenciais de negociação entre os gestores para a construção do SUS, constituindo-se em elementos cruciais ao processo de organização e operacionalização da assistência à saúde nos estados, “através de sua consolidação como espaços estratégicos para discussão, negociação e implementação do instrumental técnico-operacional necessário ao fortalecimento da capacidade gestora do SUS e à construção de um novo pacto federativo par o ordenamento e funcionamento do sistema”(Lima, 1999: 72).

Em 1995, a SAS realizou três etapas de reuniões com representantes do CONASS e CONASEMS com as CIBs, nas macrorregiões do país. Tais encontros tinham como objetivos:

Propiciar uma ampla discussão entre municípios e as novas administrações estaduais e federal, sobre as diretrizes, as estratégias e as dificuldades na implantação do SUS, informar sobre as diretrizes da SAS/MS para este início de gestão; tomar conhecimento do estágio e peculiaridades no SUS em cada estado e no Distrito Federal; desencadear um processo contínuo e dinâmico de programação

da assistência, integrada nas instâncias municipal, estadual e federal, e constituído em etapas sucessivas de detalhamento, avaliação e programação; implementar e descentralizar os mecanismos de avaliação e controle. (MS/SAS, 1995)

No final de 1995, muitos estados já haviam encaminhado ao MS o teto físico de internações e o teto financeiro global para a assistência ambulatorial e hospitalar de cada um de seus municípios, como também a programação hospitalar com o fluxo intermunicipal de pacientes e a racionalização das referências. Na época, um significativo número de estados apresentava os requisitos formais para a implementação da NOB SUS 01/93: Conselho Estadual de Saúde (CES), Fundo Estadual de Saúde (FES) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES), estas implantadas em 23 estados. Além disso, foram desenvolvidas ações de planejamento, controle e avaliação, entre outras.

Muito discutido na CIT, desde meados de 1995, foi o projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS)⁹, proposta que representava uma tentativa do governo federal de recuperar recursos de investimentos para melhorar o estado de ‘sucateamento’ físico e tecnológico da rede do SUS. As CIB-ES tinha como função aprovar as prioridades de investimento, as cartas-consulta e os subprojetos dos municípios e avaliar os resultados e impacto dos programas que eram executados.

2.3 - O SUS e as Arenas Decisórias no Espírito Santo: o Conselho de Secretários Municipais de Saúde

Nesta seção apresentaremos de forma sumária a evolução da política de saúde no Estado do Espírito Santo, mantendo o foco centrado no movimento desenvolvido pelos secretários municipais de saúde do Espírito Santo através de sua entidade de representação, o COSEMS-ES, arena que é o objeto de nosso estudo. As informações para a análise desta seção foram coletadas nas atas e nas agendas das reuniões do COSEMS-ES, retiradas de observações presenciais e de freqüentes colóquios e, também, de outros documentos como o informativo Linha Direta (ES), do jornal do CONASEMS, de correspondência recebida e emitida do COSEMS-ES, entre outros.

⁹ O projeto de Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS) foi uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), negociada com os Ministérios da Fazenda e do Planejamento, com financiamento do Banco

2.4 - O COSEMS-ES

No Espírito Santo, o processo histórico de reconstrução da democracia acompanhou a agitação da época da ‘Abertura’ política que acontecia em todo o país. A sociedade civil se reorganizava, no campo e na cidade, pressionando o Governo Militar por liberdades democráticas. Movimentos até então incipientes foram crescendo e ganhando força até constituírem grupos que acabaram por se tornar referência em diversos campos, influenciando as políticas setoriais, como é o caso dos sindicatos dos bancários, dos professores, dos médicos e o dos metalúrgicos (São Bernardo e Diadema, SP), que escreveram um capítulo à parte na história do país.¹⁰

As Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), organizadas pela Igreja Católica, ganhavam adeptos e se disseminavam em todas as comunidades por esse Brasil afora. O Movimento Estudantil reconquistava seu espaço articulando novamente a União Nacional dos Estudantes (UNE) em cujas fileiras militavam esquerdas de diversos matizes, entre elas aquelas ligadas ao, na época, clandestino Partido Comunista Brasileiro (PCB, o ‘Partidão), de cujo interior saíram muitos profissionais, da área da saúde, que desempenharam papel crucial na implantação da Reforma Sanitária. Partidos políticos e concentrações gigantescas tomavam conta das ruas em passeatas com apoio popular. Em agosto de 1979 foi assinada a lei da anistia e vários exilados retornaram ao país. Intelectuais e teóricos das mais variadas correntes do pensamento se engajavam às manifestações e aos movimentos, debatendo nas universidades ou lançando manifestos e livros com grande repercussão na cena política brasileira.

No campo, a Confederação Nacional dos Trabalhadores Agrícolas (Contag) e a Igreja, através da Comissão Pastoral da Terra, organizavam os trabalhadores rurais colocando na agenda nacional a questão agrária.

Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). Os recursos compuseram um fundo em que o MS ficou como gestor e o Banco do Brasil como agente financeiro.

¹⁰ A liderança de Luís Inácio Lula da Silva, presidente do sindicato, e as greves de 1978 e 1979, levavam milhões de trabalhadores ao estádio da Vila Euclides, posteriormente, conjugado a outros fatores, o movimento se consolida na criação do Partido dos Trabalhadores (PT) e Central Única dos Trabalhadores (CUT).

A democracia retornava ao país. Não por eleições diretas, como queria a sociedade, mas através de um Colégio Eleitoral que elegeu Tancredo Neves e José Sarney. Em todo o país se reorganizavam os movimentos sociais e políticos.

Um dos movimentos que fazia frente à ditadura militar, é particularmente importante para nós: o Movimento Municipalista e, em seu interior, o setor saúde. O movimento municipalista se expandiu agregando as forças políticas e sociais que se organizavam, oferecendo consistência às lutas pela descentralização e pelo fortalecimento dos Governos Municipais, consolidando a democracia e a cidadania locais. Em seu interior a saúde era um setor que se destacava. Profissionais e outros atores da área se aglutinavam criando resistências e apontando alternativas ao modelo de saúde implantado na época. Um amplo movimento nacional pela descentralização e democratização da saúde foi desencadeado. Cabe destacar o papel crucial desempenhado pelos secretários municipais de saúde cujo movimento cresceu articulado à conjuntura política dessa época. Mais tarde, devido a essa organização puderam criar o CONASEMS e os COSEMS-ES estaduais.

No Espírito santo, as primeiras tentativas oficiais de se organizar uma entidade para os secretários municipais de saúde ocorreu entre os dias 11 e 13 de junho de 1987. Após o encerramento do Primeiro Encontro de Secretários Municipais de Saúde, lançou-se a *Carta de Vitória* que, entre outras coisas, exprimia:

A criação do colegiado estadual de representantes municipais de saúde, indica que pela primeira vez na história da saúde do Espírito Santo levantou-se, de forma organizada, a voz dos representantes municipais desse setor em defesa de melhores condições de saúde para o povo capixaba, dando assim uma qualidade nova às lutas e experiências isoladas que se desenvolviam até então (Colegiado Estadual de Representantes Municipais de Saúde, 1987).

Inicialmente o conselho de secretários recebe denominação de COSMUS; só mais tarde (1995), recebe o nome de COSEMS-ES. O estatuto da entidade, em linhas gerais, exprime que o COSEMS-ES é uma entidade Civil de direito privado e sem fins lucrativos e partidários. Com exercício social e financeiro e de âmbito civil, tem como função defender a saúde enquanto direito do cidadão do estado. Seus membros se renovam automaticamente, não a pessoa física, mas sim o representante do serviço

municipal de cada prefeitura e que dela participa enquanto associado. Particularmente interessante para esta pesquisa é o trecho que diz que o COSEMS-ES deve: “ (...) participar da formulação das políticas de saúde em nível nacional e estadual, com representação em instâncias decisórias e acompanhar sua concretização nos planos, programas e projetos respectivos.” E ainda: “ Lutar pela participação de instâncias organizadas da população junto ao sistema de saúde, garantindo espaço para promover troca de experiências do controle social de serviços locais de saúde. A estrutura organizacional do COSEMS-ES contém a Assembléia dos Associados, fórum máximo de deliberações, a Diretoria Executiva (sete diretores), o Conselho Deliberativo (doze representantes de Microrregiões) e o Conselho Fiscal (três membros). Prevê, ainda, representantes no Conselho Estadual de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES). A convocação oficial das assembleias, de acordo com o estatuto, é feita “através do envio de convites impressos que especifiquem a pauta, a data, horário e local com pelo menos 15 dias de antecedência”. Na realidade, há algum tempo, decidiu-se que elas se realizariam a cada primeira sexta-feira do mês, ficando automaticamente convocadas. Desde o início de 1994 assumiu a presidência da entidade o médico comunitário Anselmo Tose¹¹.

Após sua criação, o COSEMS-ES foi-se profissionalizando enquanto entidade e se valorizando politicamente. Nosso objeto de estudo está localizado entre os anos de 1997 a 2000. Como forma de melhor compreender esse processo histórico pelo qual passou o COSEMS-ES e as decisões que tomou ao longo do tempo, retrocederemos ao ano de 1995.

No início de 1995 assume o Governo do Estado o médico e ex-prefeito de Vitória, Vítor Buaiz (1995-1998). Para a Secretaria de Saúde Estadual é designado o sanitarista e ex-presidente do COSEMS-ES, Pedro Benevenuto Júnior, cuja curta gestão (1995-1996), foi marcada por avanços na implementação do SUS no Espírito Santo.

Nesse período os secretários mostram-se mais organizados e mais participativos. As plenárias ficam cada vez com maior número de participantes. Em abril de 1995, a plenária contou com secretários municipais, representantes do Secretário Estadual,

¹¹ Anselmo Tose é médico com especialização em medicina comunitária. Foi militante do PCB. Assumiu a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória em março de 1995, permanecendo no cargo até 03.04.2002 (oito anos), se desincompatibilizando para disputar cargo eletivo na Assembléia Legislativa do ES. Atualmente está filiado ao PPS. Durante sua gestão foi presidente do COSEMS-ES e Vice-Presidente da Região Sudeste no CONASEMS. Assumiu a SEMUS Francisco José Dias da Silva, também, médico comunitário.

Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa e da Câmara de Vereadores da capital. Discutiu-se alteração das normas de Controle e Avaliação, habilitação municipal, convênios municipais (termos de cessão de uso de imóveis e cessão de RH). Definiram-se os representantes (assessores técnicos dos municípios) na Câmara Técnica da CIB-ES. Desde essa época discutia-se uma maneira de os municípios se integrarem melhor entre si. Uma das sugestões apresentadas foi a de regionalização do COSEMS-ES, descentralizando decisões no nível microrregional. A sugestão foi ganhando força, e mais tarde, as Microrregiões de Saúde tornaram-se uma realidade, com representantes em cada uma delas, constituindo o Conselho Deliberativo do COSEMS-ES.

Como forma de estabelecer um calendário anual para a realização das assembleias da categoria, deliberou-se pela data que ocorresse na primeira sexta-feira de cada mês. Dessa forma, as reuniões ficaram naturalmente convocadas, mensalmente, eliminando toda a burocracia usada anteriormente para esse fim.

Transcorreu um tempo considerável até que os municípios se adequassem às regras exigidas pela NOB/93, alguns itens exigidos demoraram a ser atendidos, como por exemplo a paridade na composição dos Conselhos Municipais de Saúde, freqüentemente não obedecida. Um ponto que a maioria demonstrava interesse eram as questões relacionadas ao financiamento, discutido em quase todas as assembleias. Os municípios menores afirmavam que eles “bancavam” a saúde totalmente, sem a contrapartida estadual.

Em consonância com a proposta de mobilizar os gestores municipais para participarem de eventos da saúde, o COSEMS-ES levou uma numerosa delegação ao XI Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde, em Maceió (AL), em junho de 1995. O IX Encontro do CONASEMS tinha como tema, *SUS: Saúde, Ética e Cidadania*.

Em outra ocasião, o COSEMS-ES convidou Eugênio Vilaça Mendes (na época, consultor em sistemas e serviços de saúde da OPAS), para discorrer sobre “Organização do Sistema de Saúde”. A palestra foi transcrita, pelo COSEMS-ES, e o texto distribuído aos gestores capixabas e profissionais da saúde. À medida que os gestores participavam dos eventos crescia a consciência política e amadurecia o movimento. Reuni-los em torno de uma idéia ficou fácil, um exemplo foi a mobilização em prol da CPMF para a saúde em que muitos deles encaminharam aos parlamentares capixabas mensagem solicitando apoio à aprovação da proposta.

Em meados de 1995 as discussões estavam todas voltadas para a definição do que fazer com os recursos financeiros do projeto *Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS)*. As discussões só terminaram no início de 1997, quando, finalmente, definiu-se a lista de prioridades para as obras. Poucos assuntos mobilizaram tanto os secretários municipais de saúde como esse. Claro que um dos motivos era que o projeto envolvia recursos financeiros. Pretendia-se com o projeto recuperar recursos de investimentos para amenizar a situação de sucateamento, físico e tecnológico, em que se encontravam as unidades prestadoras de serviços do SUS. No início não houve consenso entre os gestores. Os secretários do sul do Estado achavam-se prejudicados, porque não havia obras contempladas para a região. Mais tarde, após muito debate, a lista de obras prioritárias (iniciadas e não concluídas), foi aprovada pela CIB-ES. Entre obras de recuperação, construção e/ou compra de equipamentos, o REFORSUS no Estado do ES aprovou dezenove projetos¹². O COSEMS-ES desempenhou um papel fundamental nesse processo. Com um início tumultuado e repleto de conflitos passou-se a uma situação de entendimento e de importante amadurecimento político para os gestores: a definição de alocação de recursos financeiros saiu da ótica do interesse local para a aplicação em projetos de impacto na organização do sistema estadual de saúde. Vários municípios abriram mão de verbas para obras locais em favor de investimentos de referência estadual como o Hemocentro e o Hospital Infantil de Vila Velha.

Ainda nesse ano (1995), o Estado criou as Macro (quatro) e Microrregiões (onze) administrativas, posteriormente, a saúde obedeceu à mesma divisão. Como o COSEMS-ES, havia algum tempo, já discutia sobre regionalização e formação de consórcios de saúde, a metodologia utilizada pela SESA de divisão regional se concretizou graças ao processo de organização interna do COSEMS-ES e da consolidação das microrregiões, com representantes municipais em cada uma delas. A

¹² Recuperação, Compra de Equipamentos para Hospital Conferência de São Vicente de Paulo, de Afonso Cláudio; Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim; Hospital Talma Drumond Pestana de Linhares; Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Dores de Mantenópolis; Hospital Roberto Arnizaut Silveiras de São Mateus; Associação Evangélica Beneficente Espírito-santense, Hospital Evangélico e Hospital Geral e Infantil, todos em Vila Velha (O Hospital Infantil de Vila Velha foi inaugurado, recentemente, no dia 04 de abril de 2002, após mais de dez anos de iniciada a obra); Hemocentro do Espírito Santo e Laboratório de Saúde Pública em Vitória; Equipamentos para Secretaria de Estado da Saúde do ES, Prefeitura Municipal de Vitória; Santa Casa de Misericórdia de Guaçuí; Hospital Apóstolo Pedro de Mimoso do Sul; Hospital Municipal Sagrado Coração de Jesus de Ponto Belo; Fundação Médico-assistencial do Trabalhador Rural de Santa Leopoldina; Equipamento sob controle para o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes; Consultoria (2 projetos) para a Secretaria de Estado da Saúde do ES.

criação das microrregiões viabilizou a formação dos consórcios intermunicipais de saúde, estratégia há muito defendida e discutida nas plenárias dos gestores. Teve impulso, também, com a implantação da NOB SUS 01/1993. Os consórcios passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, estratégias eficientes para articulação e mobilização dos municípios. A Microrregião Metropolitana, por exemplo, começou a desenvolver ações em conjunto com os municípios da região, como o Programa em Saúde do Trabalhador (PST), Central de Leitos e de ambulâncias, farmácia e saúde mental.

A NOB SUS 01/1993 inseriu na agenda municipal a discussão sobre a reorganização do modelo assistencial da saúde. O tema se tornou obrigatório nas assembleias e nos municípios do estado. A descentralização conferia aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica. Dois municípios capixabas, Colatina e Pinheiros, organizaram fóruns de saúde para debater tais assuntos. Os profissionais e técnicos diversos passaram a se reunir com mais frequência nas Microrregiões.

A proposta de teto financeiro para o Estado, que há muito vinha sendo calculada, foi apresentada aos municípios. Os gestores consideraram que não estava clara necessitando de novos reajustes e análises da série histórica. O setor responsável pelo cálculo, a Coordenadoria de Controle e Avaliação da Secretaria Estadual da Saúde (CCA/SESA), ficou de apresentar nova proposta. O ano de 1995 acabou sem definição do cálculo para o teto financeiro.

No início de 1996, a crise que já vinha se manifestando desde o Governo Albuíno, aprofunda-se no Governo Buaiz. A situação tornara-se crítica. A folha de pagamento do funcionalismo consumia quase a totalidade da receita estadual e estava atrasada há mais de seis meses em alguns setores. A mídia informava sobre o descontrole da situação. Logo no início do ano, o Secretário estadual de Saúde Pedro Benevenuto, pediu demissão do cargo. O Governador, entre outros motivos, ficou refém da crise econômica perdendo a capacidade de condução do governo.

Assume a SESA o médico, diretor do Hospital Infantil de Vitória, na época, Nélio de Almeida (gestão 1996-1998). Logo ao assumir, apresentou-se aos gestores municipais e expôs sua proposta de trabalho: o *Projeto Ágora*, ou seja, alocação de 25% da receita do Estado em saúde e a autogestão dos hospitais públicos, recebido com certo ceticismo pelos secretários municipais. De fato, a proposta não durou três meses.

Independentemente da crise que o Estado atravessava, os municípios continuavam se mobilizando. O COSEMS-ES incentivou os municípios a se organizarem para realizarem as Conferências Municipais de Saúde. Em maio, vários municípios já as haviam realizado. O objetivo era o de se prepararem para a X Conferência Nacional de Saúde, programada para os dias 12 a 16 de agosto de 1996, em Brasília. Preocupados com o momento em que viviam os secretários decidem encaminhar documento ao Governador Vítor Buain, expondo a crise no setor e solicitando providências. Não houve resposta concreta e a crise só fazia aumentar.

Três meses depois os técnicos da SESA apresentaram o resultado final do cálculo do teto financeiro para o Espírito Santo (estimado pela média das AIHs pagas nos últimos cinco meses), aprovado pela CIB-ES.

Uma prova do amadurecimento político dos secretários municipais de saúde pode ser medido pelas discussões que tiveram lugar na plenária em outubro de 1996: priorizaram discutir política e sua interferência na área da saúde. Começaram avaliando o resultado das eleições para prefeitos e vereadores ocorridas pouco tempo atrás nos 77 municípios¹³ capixabas e quais as repercussões que poderiam ter na saúde. O debate foi caloroso, inclusive porque, como mencionado, o fato de secretários de saúde saírem candidatos a algum cargo eletivo era uma prática comum. Outros pontos discutidos foram: gestão Semiplena pleiteada pelo Estado e aprovada na CIT; recursos do REFORSUS para o ES, assinatura de convênios para desenvolvimento institucional; PACS/PSF; Dengue; entre outros.

A preocupação demonstrada por alguns gestores, de que houvesse desinteresse com o período de transição entre novembro e dezembro, até a mudança do secretariado não se cumpriu e as reuniões dos dois últimos meses do ano aconteceram com bom número de gestores. A última (dezembro), tradicionalmente uma assembléia sempre numerosa - pois vinha sempre acompanhada de confraternização entre gestores, representantes de entidades de saúde, assessores, ex-gestores e convidados em geral - manteve a tradição.

No ano seguinte em janeiro de 1997, aconteceram duas reuniões. Uma, extraordinária, para discutir e aprovar a nova composição da Diretoria Executiva do

¹³ Nas eleições para prefeitos e vereadores de 1996 o PSDB, no Brasil, obteve cerca de 8 milhões de votos (quase 20% do total) e elegeu 918 prefeitos, num crescimento de 236%. No Espírito Santo o partido fez 20 prefeitos. Na capital, elegeu a maior bancada, cinco vereadores.

COSEMS-ES, com mandato tampão, até a eleição regimental, em junho, devido à mudança dos gestores municipais. E outra, ordinária, para dar as boas vindas aos gestores que assumiam as secretarias de saúde. Foram esses que responderam o questionário desta pesquisa e que tiveram as agendas e as atas de plenárias analisadas ao longo dos quatro anos da gestão.

Interessado na formação dos secretários municipais de saúde e preocupado em levar até eles conhecimento técnico-científico acerca da saúde (conceitos, normas, leis, etc), o COSEMS-ES resolveu investir na formação dos gestores. Para isso elaborou cursos, seminários e treinamentos que foram efetuados ao longo dos quatro anos aqui analisados. Cada gestor que assumia a secretaria de saúde recebia um “*kit municipalização*” contendo as Leis Orgânicas da Saúde (8080 e 8142); a NOB SUS 01/96; um texto de Eugênio Vilaça Mendes sobre municipalização da saúde (produto da palestra que efetuara para os gestores capixabas e que o colegiado transcrevera), o calendário de reuniões anual e uma lista com nomes e endereços de todos os secretários de saúde do estado. Essa assembléia de janeiro foi finalizada com a observação do Presidente do COSEMS-ES, Anselmo Tose, em alusão à crise do setor saúde no estado:

Tem pessoas que só têm espírito público no discurso, e quando assumem saqueiam o estado. O cidadão é o mesmo e temos que tratá-lo da mesma maneira em qualquer lugar. Estamos ultrapassados em métodos gerenciais. Vitória é um exemplo de gestão.”(...) É a partir do município que vai acontecer algo de concreto nesse país.”(COSEMS-ES, 1997: 50).

No contexto de formação e treinamento de recursos humanos na área da saúde, o COSEMS-ES elaborou um curso para os técnicos das secretarias municipais de saúde responsáveis pelo serviço de faturamento. O curso foi realizado devido a ter-se detectado a grande quantidade de preenchimento incorreto das faturas com perda de recursos financeiros. O COSEMS-ES pôs em prática o curso formando mais de sessenta pessoas.

Logo no início de 1997, a SESA apresentou uma proposta de destinar parte do Imposto sobre Operações relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicação (ICMS) para a saúde municipal. Consistia em que 7% do total arrecadado de ICMS, destinado aos

municípios, iria para aqueles que se consorciassem e optassem pela gestão Plena do Sistema Municipal, (ES, ICMS/saúde: lei 5.344/96). Esse assunto sempre foi discutido nas assembléias e nas reuniões da CIB-ES.

Novamente gestores municipais e técnicos da Coordenadoria de Controle e Avaliação (CCA/SESA) entraram em conflito. A CCA/SESA era o órgão de choque entre gestão estadual e gestão municipal. Os técnicos com capacidade de formulação de políticas de saúde se confrontavam via CCA/SESA e Câmara Técnica da CIB-ES (representação dos municípios). Este conflito surdo se materializava, muitas vezes, em agendas de embate institucional entre SESA e COSEMS-ES, a partir da formulação de propostas por estes técnicos.

No início de abril de 1997 o Ministro da Saúde Carlos Albuquerque visitou o ES com objetivo de assinar um protocolo de intenções para execução do REFORSUS. Como nesse dia ocorria assembléia dos secretários, foi pensado um encontro com o Ministro. O encontro aconteceu Palácio Anchieta, sede do governo estadual, junto com outros políticos convidados.

O COSEMS-ES mostrava-se internamente cada vez mais bem organizado e, os secretários municipais demandavam mais informações. Era comum a presença de convidados em suas plenárias. Neste percurso os gestores municipais tornaram-se os principais protagonistas das políticas de saúde no Espírito Santo, tornando-se o COSEMS-ES referência para o setor saúde.

No mês de maio o COSEMS-ES articulou um grande seminário com convidado do MS para apresentá-lo. Recebeu o nome de *Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. O convite enunciava o seguinte:

O Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (...) têm-se colocado como defensor do processo de municipalização da saúde por entender ser esta a forma mais legítima e eficaz para a consolidação do SUS e melhoria das condições de saúde da população. Para caracterizar este compromisso político, buscamos garantir a participação efetiva de todos os secretários municipais de saúde no processo de construção do SUS em nosso Estado. Este processo ganha, no momento, novas chances, com maior ênfase na municipalização a partir da publicação da NOB/96 (06.01.96). O seminário tem como objetivo conhecer os mecanismos de financiamento do SUS e os aspectos inovadores da NOB/96. Esta é

uma necessidade básica de todo gestor de saúde. Contamos com sua participação.
(COSEMS-ES, 1997)

Cinquenta e cinco gestores participaram do seminário, além de técnicos e assessores, profissionais de outras áreas relacionados com a saúde, conselheiros de saúde, professores universitários e técnicos da SESA. Junho é o mês de eleições para a Diretoria do COSEMS-ES. No início do mês, os membros da Diretoria reuniram-se com a finalidade de articular as eleições da entidade. À tarde, durante a plenária iniciaram o processo político das eleições. Discutiram a função política do Colegiado e dos secretários, enquanto atores e formuladores de políticas para o setor; a representatividade da assembléia, o crescimento e o fortalecimento do COSEMS-ES e se prepararam para votar. Mais uma vez, a eleição ocorreu sem disputas, com chapa única, eleita por consenso. Segundo o Presidente do COSEMS-ES, Anselmo Tose (reeleito), isso refletia a maturidade política da entidade. Elogiou-se o número expressivo de secretários presentes e aclamou-se os diretores eleitos. Nesse mês de junho, quarenta municípios já haviam solicitado algum tipo de gestão.

Para reforçar a proposta de descentralização da saúde, o COSEMS-ES lançou a idéia de se criar representantes municipais nas onze Microrregiões de saúde. A proposta teve boa aceitação sendo acrescentada ao estatuto da entidade que, na época, passava por revisão geral. Os representantes municipais nas microrregiões passaram a constituir o Conselho Deliberativo do COSEMS-ES. Esse Conselho acabou fortalecendo a entidade dos secretários como um todo, pois possibilitou uma maior articulação entre os dirigentes e técnicos municipais de saúde, possibilitando avanço e agilidade na descentralização da saúde no ES.

Uma notícia que mobilizou os gestores nessa ocasião foi a de que o Estado pretendia ‘enxugar a folha de pagamento’. A previsão era corte de 60% dos servidores não estáveis da saúde, que caso se efetivasse provocaria a extinção de muitos serviços de saúde, tornando dramática a situação nos municípios de pequeno porte. O COSEMS-ES se mobilizou articulando e sensibilizando a mídia, os parlamentares, os Conselhos de Saúde e a sociedade de modo geral. Agendou reunião com o secretário da SESA e de lá saiu com a garantia de que as demissões seriam revistas e que nenhum serviço essencial na área da saúde sofreria corte de recursos humanos.

Em meados de 1997, voltaram à cena os debates sobre o incentivo do ICMS, por parte do Estado, aos municípios que se consorciassem. Isso provocou uma “corrida” dos municípios para se ‘juntarem’, mais que efetivamente se consorciarem. As questões que relacionavam consórcios, gestão e ICMS permaneceram como pontos freqüentes de discussão na CIB-ES e no COSEMS-ES em todo o segundo semestre de 1997, como também nos anos posteriores.

O ano de 1998 iniciou de maneira tumultuada para os gestores municipais. Logo em sua primeira assembléia, em janeiro, técnicos da SESA informaram que os secretários teriam até o dia 21 para solicitarem habilitação em alguma forma de gestão à CIB-ES e que, se aprovada, encaminhariam o pleito à CIT para avaliação até o dia 27 de janeiro. Definiu-se por solicitar ao MS maior prazo para proceder-se as análises das solicitações municipais. A assembléia deste mês estava bem representativa com sessenta secretários presentes, o que representa quase 80% do total de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo. O Secretário Estadual de Saúde presente à reunião informou sobre ICMS/saúde. O indutivo do ICMS recairia, apenas, sobre os municípios em Gestão Plena do Sistema, (motivo pelo qual tantos secretários haviam optado por essa gestão, mais tarde reavaliaram a proposta e retroagiram à gestão que se encontravam anteriormente pois não possuíam os quesitos básicos exigidos para essa gestão). Vitória, Cachoeiro, e Serra, municípios de grande porte e pólos regionais, optaram por retornar à Gestão Plena da Atenção Básica, possivelmente em função da insegurança percebida pelo processo em andamento e pelas responsabilidades inerentes à Gestão Plena do Sistema sem haver garantia de parceria com a SESA para a consolidação do processo.

Era importante estabelecer, o quanto antes, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os municípios e o Estado, também prevista pela NOB SUS 01/1996. Muitas ações teriam que ser determinadas entre as duas esferas de governo. A CIB-ES, funcionava plenamente, era ali que se viabilizava a negociação e o pacto entre os gestores.

Em 03 abril de 1998, a situação dos municípios capixabas habilitados em alguma forma de gestão, segundo a NOB SUS 01/1996, era a seguinte:

Plena do Sistema Municipal	– 41 municípios	– 53,25%	- 1.044.065 hab.(36,60%)
Plena da Atenção Básica	- 23 municípios	– 29,87%	- 1.638.065 hab.(57,41%)
Em processo habilitação	- 13 municípios	– 16,88%	- 170.968 hab.(5,99%)

Total	-	77 municípios - 100%	-	2.830.098 hab. (100%)
-------	---	----------------------	---	-----------------------

Nota-se que a maioria dos municípios estavam na Gestão Plena do Sistema, no entanto, com uma população total coberta menor que a dos municípios em Plena da Atenção Básica. Outra curiosidade observada foi o aumento do número de emancipações municipais no estado, em pouco mais de vinte anos foram criados dezessete novos municípios.

Para entender a NOB SUS 01/96 através da série de medidas estabelecidas por ela como a elaboração da PPI, os contratos para pagamentos de prestadores de serviços, a organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria, o aumento da transferência regular e automática de recursos financeiros fundo a fundo, a promoção e reorganização do modelo de atenção à saúde (PACS e PSF) entre muitas outras, levou os gestores a colocar, permanentemente, o assunto em pauta discutindo-o em todas as plenárias daí para a frente. Sintonizado com esses objetivos e ciente da importância de se formar profissionais com competência técnica para realizar e aprimorar a organização e operação dos sistemas de controle, avaliação e auditoria integrando as ações dos municípios com as do estados e MS, o COSEMS-ES em parceria com a SESA e a representação do MS no Espírito Santo, promoveu um curso de auditoria para os gestores municipais, realizado em junho de 1998, no município de Domingos Martins.

Na avaliação que normalmente era feita no final do ano (1988), alguns gestores criticaram os trabalhos desenvolvidos pela PPI e as visitas técnicas que ocorreram nos municípios desabilitados. Criticaram os que solicitaram uma gestão mais avançada apenas com o objetivo de receber o incentivo do ICMS do Estado, observada em manifestações do tipo: “Demanda da municipalização empurrada pelo incentivo do ICMS” (COSEMS-ES, 1988: 87). Um dos gestores que participou da visita aos municípios desabilitados relatou que “a situação é pior do que se imagina” (idem, 1988: 87). A partir das constatações resultantes dessas visitas técnicas a CIB-ES decidiu que, a partir de então, todo município a ser habilitado receberia visita com técnicos definidos pela CIB-ES e pelo COSEMS-ES. A proposta partiu de ambos os lados e a resolução foi acordada entre todos os representantes da CIB-ES. Como tradicionalmente acontecia, para finalizar a última assembléia do ano o presidente do COSEMS-ES convidou todos para a tradicional confraternização.

Em Janeiro de 1999, tomou posse no Estado o Governador eleito, José Ignácio¹⁴ (PSDB, 1999). Assumindo a SESA o economista João Felício Scárdua¹⁵, (gestão, 01.01.1999 a 05.03.2001). O novo gestor estadual foi convidado para participar da assembléia dos secretários municipais de saúde, fez uma breve avaliação do quadro atual da saúde, enfatizando que a situação estava caótica e solicitava a parceria dos municípios para conduzir a política de saúde no estado. Relatou que colocaria em prática a auditoria de todos os Fundos Municipais de Saúde (FMS) para avaliar a real situação em cada um deles. Junto a ele, vários técnicos da secretaria estadual informaram sobre o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (VIGISUS) e, a implantação do projeto nos municípios. Em seguida, os técnicos da FNS que participavam da plenária, confirmaram a compra e distribuição de veículos para os municípios atingidos pela dengue. No mês seguinte, os gestores municipais foram informados que a resolução da CIB-ES sobre a distribuição de veículos para combater a dengue, tinha sido revogada, pois mudaram os critérios (revisão solicitada pela FNS), o que causou desconforto entre aqueles que já estavam com os veículos em seus municípios.

Esse é um período que merece registro, a partir dessa época, a relação entre gestores municipais e estadual, talvez, fosse a melhor em toda a história do COSEMS-ES. Criou-se uma afinidade muito forte entre o presidente do colegiado e o secretário estadual da saúde estando em grande sintonia os trabalhos desenvolvidos entre a secretaria estadual e os municípios. O Secretário Scárdua passou a ‘fazer parte’ do Colegiado de secretários municipais freqüentando assiduamente todas as plenárias, adepto de um estilo muito próprio de governar, acabou por surpreender a todos realizando uma gestão considerada das melhores frente à SESA, liderando o debate com os municípios. Imprimiu velocidade ao processo de decisão na CIB-ES e manteve uma postura francamente favorável à consolidação do SUS. Percorreu os municípios do interior, conhecendo os principais problemas de saúde em âmbito estadual. Propôs-se a visitar as Microrregiões de Saúde do estado, o que fez com que o COSEMS-ES

¹⁴ O governador José Ignácio Ferreira assumiu em 1999 e, se não for cassado, ficará no governo até o final de 2002. O governo encontra-se em crise, desde o início, sendo investigado pelo Ministério Público, devido a denúncias de corrupção no primeiro escalão e em outras esferas. Para escapar do *impeachment* teve que fechar acordo com diversos grupos políticos ‘loteando’ o governo do estado.

¹⁵ João Felício Scárdua é formado em economia na Universidade de Brasília (UnB), formulou o projeto da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) e da Central de Medicamentos (CEME), em Brasília, onde foi presidente. Também foi presidente nacional da Companhia Brasileira de Alimentos (COBAL), do Banco de Desenvolvimento do ES (Bandes) e do Banco do Estado do ES (Banestes).

ampliase a proposta solicitando que as visitas fossem acompanhadas por representantes da CIB-ES, da Câmara Técnica e pelos diretores dos hospitais locais. A proposta se concretizou e o COSEMS-ES e a CIB-ES juntamente com o gestor estadual percorreram todo o estado visitando as microrregiões executando um amplo trabalho de descentralização e articulação entre os municípios da micro. Em maio de 1999, os gestores foram informados que o ICMS/2000 para a saúde estaria atrelado além dos consórcios também aos indicadores de saúde pactuado em cada município. E que a SESA os avaliaria, aprovando-os ou não. Porém, a decisão final seria da CIB-ES.

A política de medicamentos foi outra questão discutida e resolvida nessa época. Definida através da parceria entre as três esferas de governo: União, Estado e Municípios. Os recursos oriundos do Ministério da Saúde, governos Estadual e Municipal somariam um total de R\$ 2,00 (dois reais) por habitante/ano, cabendo ao MS o valor de R\$ 1,00 (um real) habitante/ano) ao Estado R\$ 0,50 (cinquenta centavos) habitante/ano e aos Municípios R\$ 0,50 (cinquenta centavos) habitante/ano. Isso para a compra de 42 itens de medicamentos básicos, após assinatura do termo de adesão e preenchida uma planilha da Programação Pactuada e Integrada. Até que se definisse este quantitativo, a lista mínima básica de medicamentos gerou muita polêmica entre os gestores municipais.

Em meados de 1999 o COSEMS-ES fez uma de suas assembléias mais representativas, com quase todos os 77 municípios do estado presentes. O presidente da entidade elogiou o crescimento político e o fortalecimento da entidade. Era a época de realizações das Conferências de Saúde. Muitos municípios já haviam realizado as suas. Ocorreram, nessa assembléia, dois fatos relevantes: a eleição da nova diretoria do COSEMS-ES e a alteração do estatuto da entidade. A eleição, mais uma vez, foi decidida através do consenso. Quanto ao estatuto acrescentou-se suplência aos cargos titulares e, definiu-se competências para o cargo do Secretário Executivo.

Embora a programação pactuada entre gestores e integrada entres as instâncias de governo estivesse bem definida na teoria, na prática ela não decolava. Com objetivo de implantar a PPI, o COSEMS-ES e a SESA organizaram em julho um treinamento para os gestores municipais. O treinamento recebeu o nome de: Primeira Oficina para Organização da Atenção Básica, ocorreu em Nova Almeida, município de Fundão, tinha como objetivo pactuar metas para reverter os indicadores de saúde de seus municípios, dentro de um tempo de cinco meses (proposta da SESA), sob pena de haver

desabilitação. Os secretários municipais não concordaram com o prazo esclarecendo que muito do que estava programado para que se atingisse a meta, dependia da vontade política dos prefeitos. Ficou pactuado para esse período apenas as metas de vacinação, hanseníase e Tuberculose. Os demais itens seriam atendidos em um prazo de um ano.

O ano de 2000 pode ser considerado como o de implantação das equipes do PACS/PSF. Foi um ano de muito trabalho para os secretários municipais de saúde, mas que, também, resultou em muitas ações implantadas localmente. As mudanças foram visíveis. Os municípios encontravam-se bem mais organizados que nos anos anteriores. Os gestores assumiram, de fato, seu papel de responsáveis pela saúde do município. Embora a PPI não atingisse os propósitos inicialmente propostos, os municípios ensaiaram um papel mais amplo na execução de ações de saúde e na implementação de políticas setoriais, mesmo que, às vezes, fossem obrigados a isso.

Por fim, é importante frisar que o registro da história do COSEMS-ES, em atas, não se deu de maneira regular e nem sempre as idéias estavam claras quanto ao que desejavam formular. Ocorreram longos períodos sem registro. Para obtenção dos dados teve-se que recorrer a outras fontes documentais, como a correspondência trocada entre o COSEMS-ES e outras instituições nacionais e locais, além de documentos expedidos e recebidos. Foi necessário ‘garimpar’ documentos espalhados por toda a secretaria municipal de saúde de Vitória. Somente a partir de 1997 foi que o COSEMS-ES conseguiu um espaço definitivo e fixo para funcionar e pode então, organizar o que se achava disperso. Claro que, até chegar a esse ponto perdeu-se muita coisa. Muitas vezes fazer *link* entre uma informação e outra só foi possível por conhecermos e termos participado do processo de criação do colegiado desde seu início.

É importante ressaltar que o COSEMS-ES ao longo de sua história experimentou um contínuo crescimento e aprofundamento de suas propostas para a saúde tornando-se o principal referencial na área. Durante esse período reafirmou os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tornou o processo decisório mais democrático e mais coletivo, articulando-se com amplos setores da sociedade.

A trajetória do COSEMS-ES não termina aqui, os desafios pela frente ainda são grandes, porém, queremos enfatizar que, durante todo esse percurso, a organização dos secretários de saúde foi um fator que fortaleceu o SUS e conseqüentemente o município. Concordamos com Gilson Cantarino quando refere que o “município é o espaço onde emerge e consolidam as experiências com capacidade de impactar

positivamente na saúde da população e de enfrentar o difícil cenário do presente e do futuro num país despreparado para o contexto mundial da globalização, onde ainda há os que querem impor a submissão às regras do capital internacional e a importação de modelos incapazes de lidar com a desigualdade social brasileira”. (CONASEMS, Jan/Fev 1999:3)

Capítulo 3

O COSEMS-ES no processo de Formulação de Políticas de Saúde no Espírito Santo

Neste capítulo apresentamos o perfil dos secretários municipais de saúde no processo de formulação de política setorial, bem como seu desempenho frente às Secretarias de Saúde, ou seja, o perfil político e a participação do gestor municipal nas arenas decisórias do setor saúde. Para isso, elaboramos para o trabalho empírico, um questionário contendo três tipos de questões: relativas ao gestor, referentes à gestão e outras que explorassem a percepção dos secretários acerca do COSEMS-ES. Com o intuito de conhecer o perfil do gestor, indagamos sobre sua qualificação, sua trajetória política e profissional e sobre sua participação política em saúde. Quanto aos aspectos referentes à gestão, as questões foram direcionadas para conhecer o local de atuação desse gestor e sua relação com a comunidade, ou seja, a dimensão social, gerencial e assistencial¹⁶, os atores relevantes que de alguma forma contribuíram ou não com a gestão e as ações e os programas desenvolvidos. Por último, elaboramos questões sobre a percepção dos gestores acerca do COSEMS-ES.

O questionário utilizado baseou-se na pesquisa *Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil* (Carvalho e Fleury, 1997), sendo incorporadas outras questões adaptadas aos objetivos desta dissertação. Para a obtenção dos dados, distribuíram-se os questionários aos secretários municipais de saúde do estado do Espírito Santo, gestão 1997-2000, durante a assembléia geral do COSEMS-ES, no início do mês de dezembro de 2000 e, estes foram recolhidos ao longo do mesmo mês.

Optamos por pesquisar o período de 1997 a 2000 devido ao fato de se tratar de uma gestão completa dos secretários municipais de saúde, pois em janeiro de 2000 novos gestores assumiriam a pasta. Os gestores que compuseram a última gestão do COSEMS-ES desenvolveram experiências e vivenciaram discussões acerca do processo de descentralização da saúde o que resultou, no entendimento dos entrevistados, em

¹⁶ **Dimensão Social:** É a relação que se estabelece entre a gestão municipal e a sociedade, observa-se aqui a capacidade que a sociedade apresenta de controle social, como também a responsabilidade social dos gestores, expressa pela prestação de contas de suas ações à sociedade. **Dimensão Assistencial:** refere-se a diferentes ações e/ou programas implantados pelos gerentes. São instrumentos gerenciais que visam alterar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde (centrais de marcação de consultas, fichas de referência, entre outros). Ainda inclui-se nesta dimensão ações que tem a proposta de alterar o modelo de saúde com ênfase na desospitalização e prevenção. **Dimensão Gerencial:** são aqueles identificados como inovadores, recomendados pelos organismos formuladores de políticas do setor. Incluem-se aspectos relativos ao aumento da eficácia da gestão potencializada pela utilização de recursos externos à secretaria como parcerias, consórcios, etc., e aspectos relativos à valorização da dimensão técnica da gestão como assessorias e outras. São considerados aqui também aspectos relativos à captação da demanda pelo gestor municipal e sua transformação em parâmetros para redirecionar a política de saúde (Fleury e Carvalho, *Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil*, 1997).

uma troca de experiências ‘rica’ e ‘produtiva’. Muitos deles apresentaram proposições inovadoras e criativas em seus municípios. Daí amadureceu-se a idéia de que a pesquisa devesse ser aplicada a esses secretários (gestão 1997 – 2000) mesmo estando em final de gestão. Assim, o questionário foi aplicado em dezembro de 2000. A sensibilização dos secretários e a divulgação da pesquisa já vinha sendo realizada há seis meses, através de vários instrumentos como: boletim informativo do COSEMS-ES (Linha Direta), assembléias da categoria, reuniões regionais, ligações telefônicas e correio eletrônico.

O objetivo geral da pesquisa foi estudar o comportamento político do gestor municipal de saúde *vis-a-vis* a descentralização¹⁷ das ações e serviços de saúde e sua participação nos fóruns decisórios do setor, particularmente no COSEMS-ES e na CIB-ES, bem como, qual a percepção desse gestor acerca do papel do COSEMS-ES na formulação das políticas setoriais. Os objetivos específicos foram:

- ♦ Caracterizar o perfil profissional e político dos dirigentes municipais de saúde;
- ♦ Verificar o grau de participação dos secretários nas instâncias decisórias de poder, bem como as formas de participação das distintas forças sociais no estabelecimento da agenda política-sanitária municipal.
- ♦ Apresentar o papel do COSEMS-ES na formulação das políticas de saúde no Estado do Espírito Santo.

Partimos do pressuposto de que a descentralização da saúde levou a uma democratização em todos os níveis, especialmente na esfera local, com conseqüente aumento da participação e do interesse do dirigente local e da comunidade pelas questões relativas à saúde.

O foco da pesquisa está localizado no perfil desse gestor, representante do poder político governamental local na área da saúde. Analisamos sua participação política e social tanto no município quanto naquelas instâncias que, de alguma forma, representam poder tal é o caso dos conselhos de saúde local e as assembléias da categoria, entre outras.

Embora o foco da pesquisa tenha sido o gestor, procurou-se, em linhas gerais, investigar a gestão relacionando-a com sua dimensão social e assistencial. Perguntou-se,

¹⁷ A descentralização tem um significado precípuo, o da transferência de poder dos níveis centrais de governo para os mais periféricos, gerando autonomia de gestão em oposição ao poder centralizado e burocratizado. Neste sentido, a descentralização emerge em oposição ao poder centralizado, determinando formas diversas de organização através da criação de instâncias de poder, tornando-o permeável aos interesses da sociedade e, portanto, dando maior eficácia à gestão.(Junqueira, 1997: 173)

também, sobre a percepção do secretário acerca de aspectos relativos à sua designação e ao exercício do cargo para entender a composição/perfil deste ator coletivo.

As questões relativas ao COSEMS-ES foram elaboradas com a finalidade de entender qual a importância dada pelos secretários à sua participação nas instâncias que fazem parte do processo decisório e na formulação de políticas no setor e, a própria ideia que fazem dessas instituições.

O questionário foi distribuído aos setenta e sete municípios capixabas, acompanhado de uma carta de apresentação do presidente do COSEMS-ES esclarecendo sobre a pesquisa. Destes, cinquenta e quatro responderam, ou seja, 70.2% do total distribuído. Índice que pode ser considerado muito bom, em se tratando de um questionário auto-administrado. As respostas ao questionário foram digitadas e codificadas a partir de programa EPI_INFO.

Os municípios foram distribuídos segundo o porte, isto é, pelo número de habitantes. Observou-se que no Espírito Santo existem dez municípios (18,5%) com até 10 mil habitantes. Dos cinquenta e quatro municípios que responderam o questionário, a maioria está situada na faixa entre 10 a 20 mil habitantes (50%). De 20 a 50 mil habitantes encontram-se doze municípios que correspondem a 22,2% do total. De 50 a 200 mil tem-se três municípios (5,6%). Entre os mais populosos, com 200 mil e mais habitantes, somente dois municípios responderam o questionário: Cariacica com uma população de 323.861 hab. e Vitória com 291.941 (IBGE, 2000). (tabelas 1 e 2)

Foram colhidas informações demográficas, assistenciais e socioeconômicas junto ao IBGE (fonte secundária) relativas ao universo dos municípios, com o intuito de se cruzar estes dados com aqueles obtidos com o questionário. As informações sobre habilitação municipal foram obtidas junto ao Ministério da Saúde.

Nas seções seguintes apresentaremos as características gerais do Estado do Espírito Santo, assim como discutiremos e descreveremos os resultados da pesquisa e o detalhamento metodológico de cada etapa.

Capítulo 3 – O COSEMS-ES no Processo de Formulação de Políticas de Saúde no Espírito Santo

3.1 – Caracterização geral do Estado do ES

O Estado do Espírito Santo (ES) está localizado na Região Sudeste do Brasil, é o menos desenvolvido e o de menor população na Região. Ocupa o oitavo lugar em desenvolvimento humano entre os Estados brasileiros conforme relatório divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano (PNUD, 1996). A capital, Vitória, é uma das menores do Brasil em extensão territorial (área de 105 Km²), população de 290 mil habitantes e está colocada na trigésima posição entre todas as cidades do país. Desde a década de 70, o Espírito Santo vem se mantendo na oitava posição, de acordo com o relatório do PNUD que aponta os índices de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁸. Tanto o Estado do ES quanto o município obtiveram índice superior a 0,800, o que o PNUD classifica como regiões de alto índice de desenvolvimento humano.

Os dados do PNUD mostram que o desenvolvimento humano na capital do ES vem melhorando a cada ano. Na década de 70 o índice era de 0,641, em 1980 Vitória estava situada entre as regiões de médio desenvolvimento humano, com IDH de 0,753 e atualmente este índice cresceu para 0,813.

O Estado dispõe de uma área de 45.733 Km² distribuída por 78 municípios e população de 3.094.390 habitantes (IBGE, 2000). A população urbana representa 75% dos habitantes do Estado, sua densidade demográfica é de 64,24 habitantes por quilômetro quadrado, têm acesso à água, 75,1% da população e à rede de esgoto, 66,9% (IBGE, 1999).

A proporção de crianças com menos de cinco anos de idade é de 10%, enquanto a de idosos (com mais de 60 anos) representa 15% da população do Estado. Em relação à organização territorial, está dividido administrativamente em quatro Macrorregiões e doze Microrregiões assim distribuídos:

¹⁸ O trabalho foi elaborado com base em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Ministério da Educação. Para os Estados foram utilizados dados de 1996 e para os municípios o Censo de 1991. A pesquisa se baseia na medição de três índices básicos, a renda da população (padrão de vida), a taxa de alfabetização (conhecimento) e a esperança de vida ao nascer (longevidade). O IDH varia de zero a um.

MACRORREGIÃO METROPOLITANA, composta pelas seguintes Microrregiões e Municípios:

Microrregião Metropolitana: Cariacica, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória;

Microrregião Metropolitana Expandida Norte: Aracruz, Fundão, Ibirapu, João Neiva, Linhares, Rio Bananal e Sooretama;

Microrregião Metropolitana Expandida Sul: Alfredo Chaves, Anchieta, Itapemirim, Marataízes, Piúma e Iconha;

Microrregião Metropolitana Sudoeste Serrana: Afonso Cláudio, Brejetuba, Conceição do Castelo, Domingos Martins, Laranja da Terra, Marechal Floriano e Venda Nova do Imigrante;

Microrregião Metropolitana Central Serrana: Itaguaçu, Itarana, São Roque do Canaã, Santa Maria de Jetibá, Santa Leopoldina e Santa Tereza;

MACRORREGIÃO NORTE, composta pelas seguintes Microrregiões e Municípios:

Microrregião Litoral Norte: Conceição da Barra, Jaguaré, Pedro Canário e São Mateus;

Microrregião Extremo Norte: Montanha, Mucurici, Pinheiros e Ponto Belo;

MACRORREGIÃO NOROESTE, composta pelas seguintes Microrregiões e Municípios:

Microrregião Pólo Colatina: Alto Rio Novo, Baixo Guandu, Colatina, Marilândia e Pancas;

Microrregião Noroeste I: Água Doce do Norte, Barra de São Francisco, Ecoporanga, Mantenópolis e Vila Pavão;

Microrregião Noroeste II: Águia Branca, Boa Esperança, Nova Venécia, São Domingos do Norte, São Gabriel da Palha e Vila Valério;

MACRORREGIÃO SUL, composta pelas seguintes Microrregiões e Municípios:

Microrregião Pólo Caparaó: Alegre, Divino de São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Guaçuí, Ibatiba, Ibitirama, Irupí, Iuna e Muniz Freire;

Microrregião Pólo Cachoeiro: Apiaçá, Atílio Vivacqua, Bom Jesus do Norte, Cachoeiro de Itapemirim, Castelo, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muqui, Presidente Kennedy, Rio Novo do Sul, São José do Calçado e Vargem Alta.

A Lei Complementar nº 204 de 21 de Junho de 2001 instituiu a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV). Em seu artigo primeiro diz: “Fica instituída a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), com vista à organização, planejamento e execução de funções públicas de interesse comum, no âmbito metropolitano. Compreende o espaço territorial conformado pelos Municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória.

Esses seis municípios (as análises não incluíram Fundão que só mais tarde foi incorporado à região) abrigam quase metade da população do Espírito Santo, ou seja, 46% do total, e 57% da população urbana do Espírito Santo. Produzem 58% da riqueza e consomem 55% da energia elétrica produzida no Estado. Suas empresas e instituições geram 63% do emprego formal total do Estado e 80% do emprego formal para curso superior e 87% do total do ICMS arrecadado no Espírito Santo. Os trabalhadores da RMGV representam de 35 a 40% do total da população ocupada e aproximadamente 53% das ocupações não agrícolas. Não está incluído o número de trabalhadores agrícolas existentes no Espírito Santo.

Os municípios da RMGV apropriam-se de 47% do ICMS distribuído aos municípios do Estado. O somatório dos orçamentos municipais dos seis municípios é igual à metade da soma da receita orçamentária de todos os outros municípios juntos. Arrecadam 80% do total de impostos municipais cobrados pelo conjunto dos 77 municípios.

Registram 76% dos homicídios ocorridos no Estado¹⁹, e sua população cresce a taxas elevadas de 3,2% ao ano. São 46 mil novos habitantes a cada ano. Apesar disso,

¹⁹ Segundo relatório da Unesco (2000), Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro lideram o ranking dos Estados com maiores taxas de homicídios no Brasil. Com base em registros do SUS, a Prefeitura Municipal de Vitória, fez um levantamento que indicou que no primeiro semestre de 1996, Vitória registrou 47 assassinatos, número que subiu para 105 no mesmo período em 1997. Em 1998, fora de 97 e em 1999, 135. Isso equivale a 48,84 mortes por 100 mil habitantes. A Unesco trabalha com uma taxa de 5 homicídios por 100 mil. Acima de 12 a cidade é considerada violenta. Em relação à Região Metropolitana de Vitória a situação piora muito. No primeiro semestre de 1999, Vitória, Cariacica, Serra, Vila Velha e Viana, juntas, tiveram 718 assassinatos (Secretaria Municipal de Cidadania e Segurança Pública, PMV, 2000).

somente três municípios - Vitória, Serra e Vila Velha - dispõem de legislação urbanística para controle do uso e ocupação do solo.

A taxa de mortalidade geral, no Estado do Espírito Santo, em 1998, foi de 6,02 por mil habitantes. A taxa de mortalidade geral, tanto para a Região Sudeste quanto para o Brasil, foi de 7,1 por mil.

Os coeficientes de mortalidade infantil nos países mais desenvolvidos, em sua maioria, ficam abaixo de 10 por mil nascidos vivos, (na Suécia, apenas 4 por mil nascidos vivo). Os coeficientes do Brasil e Região Sudeste, em 1997 são 37,4 e 26,1 por mil nascidos vivos, respectivamente (Dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde -RIPSA) (MS/1997). O ES, no período de 1993 a 1998, apresenta coeficientes decrescentes, variando de 30,71 em 1993 a 16,32 em 1997, apresentando em 1998, o coeficiente de 17,65 por mil nascidos vivos.

As internações hospitalares, no Estado do Espírito Santo, no período de 1997 a 1999, correspondem a aproximadamente 7% da população. Observa-se no período de 1997 a 1999, que os partos têm representado 27 a 30% do total de internações; as Cesarianas, em proporção decrescente, nos três últimos anos, correspondem a 33,14% em 1997, 29,40% em 1998 e 25,74% dos partos em 1999. As internações psiquiátricas aparecem, em seguida, entre as principais, apresentando-se, no período de 1997 a 1999, de maneira ascendente. Em 1999, o percentual, em relação ao total de internações, alcançou 5,24. Estas informações justificam a necessidade de ampliação de Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A grande incidência de internações por doenças cardiovasculares como a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais (AVC) e as crises hipertensivas; as doenças respiratórias agudas e crônicas, como as pneumonias, asma, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, broncopneumonias e outras, apontam para implantação e implementação de serviços de controle da hipertensão e infecções respiratórias agudas na rede básica.

As doenças imunopreveníveis, em 1999, apresentaram baixa incidência. Quanto à tuberculose, o Estado têm apresentado tendência crescente entre os anos de 1995 e 1998. Em algumas Microrregiões o número de casos esperados é bem maior do que aquele que fora pactuado. Em relação à Hanseníase, o Espírito Santo tem a maior incidência da Região Sudeste, ou seja 4,38 por 10.000 habitantes em 1999. O coeficiente da Região Sudeste em 1997, registra 1,6 por 10.000 habitantes.

Dos atuais 1935 casos de AIDS, 547 (quinhentos e quarenta e sete) são mulheres, 126 (cento e vinte e seis) são crianças com menos de 13 anos, sendo 50% para cada sexo. A faixa etária mais atingida é a de 20 a 44 anos, porém, nos últimos anos, observa-se um aumento progressivo da incidência no grupo etário de 15 a 25 anos (PES/SESA/ES 1999: 74).

A Atenção Primária organiza-se seguindo a estratégia de implantação dos Programas de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde com ações direcionadas para a promoção, prevenção e proteção das famílias nos locais de residência, sem deixar de atender a parte curativa e de reabilitação. O Estado até o mês de julho de 2000 dispunha de 23 municípios com cobertura do PSF igual ou maior do que 80% e 15 com cobertura menor do que 80%, estavam implantadas 151 equipes, o que corresponde a uma cobertura equivalente a 17,73% da população do Estado. A Comissão Intergestores Bipartite aprovou 223 equipes. Aqui, como em outras unidades da Federação, observa-se um rápido crescimento do PSF, as equipes constituídas cada uma por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em maio de 1998 somavam um total, no Brasil, de 1.992 equipes. Este número cresce para 5.139 equipes em janeiro de 2000, presentes em 1.931 municípios brasileiros e continua expandindo chegando em julho de 2000 a 7.291 equipes distribuídas em 2.438 municípios (Brasil, 2000). O governo do Espírito Santo está entre aqueles que incentivam e defendem o PSF como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde, como demonstra o Plano Estadual de Saúde:

Posteriormente, observada a dificuldade de implantação em alguns municípios, em dezembro de 1999, foi criada a Portaria Estadual nº 193-N que previa incentivo a 41 municípios no valor de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) por equipe com população de até 13.000 habitantes e aos pertencentes a áreas de SUDENE com população de até 24.000 habitantes. Em junho de 2000, esta Portaria ampliou seu parâmetro de cobertura para municípios com população de até 14.000 habitantes e 25.000 habitantes para os da área da SUDENE, totalizando 45 municípios contemplados. (PES/SESA/ES 2000: 117)

Um dos problemas graves na rede de saúde do ES é a insuficiência e precariedade da oferta de serviços em algumas especialidades. De acordo com o Plano Estadual de Saúde isto vem impondo aos usuários longas esperas. O agendamento de

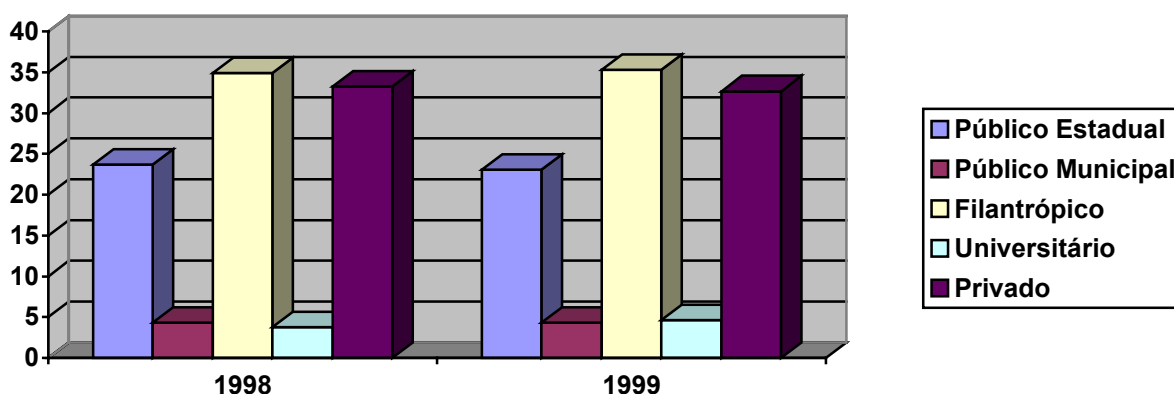
fichas para alguns procedimentos especializados é marcado, às vezes, com intervalo superior a trinta dias. É comum pessoas pernoidando nas adjacências dos serviços de agendamento, muitas vezes ao relento (sic). Continua a descrição:

Na atenção terciária onde concentram-se os serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade evidencia-se déficit de cobertura assistencial nas especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, terapia intensiva, urgência e emergência terciárias, assistência ao parto de alto risco, procedimentos de radiologia intervencionista, diagnose em oncologia, assistência farmacêutica de alta complexibilidade, entre outras. (idem: 84)

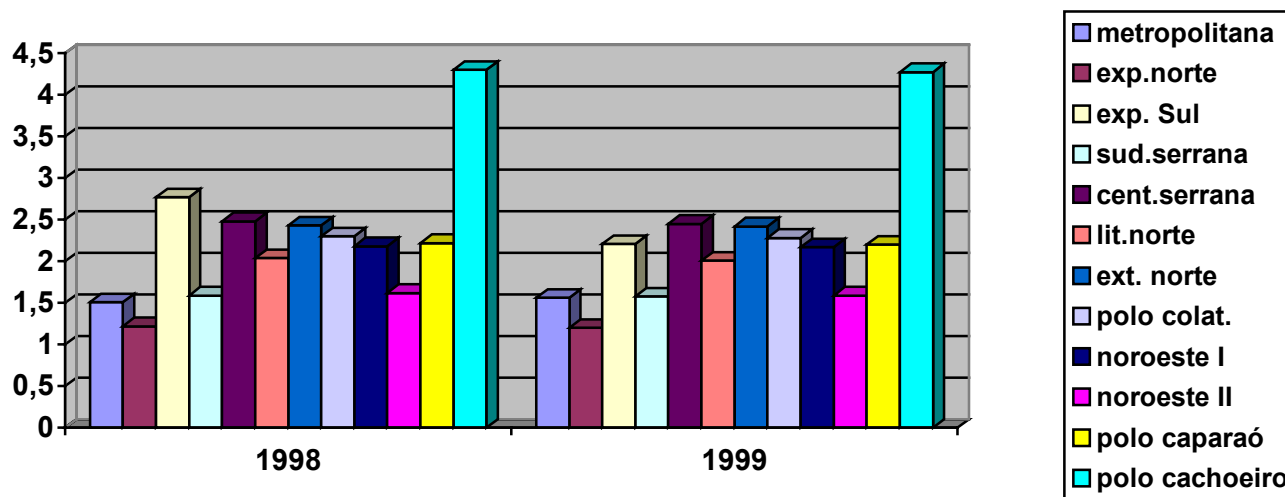
Segundo dados do Plano Estadual de Saúde, no ano de 2000, entre os 77 municípios capixabas, 35 encontram-se habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema e 42 na condição de Gestão Plena da Atenção Básica, representando 45,45% e 54,55% dos municípios, respectivamente (idem: 89). Na avaliação de ofertas de leitos por 1000 habitantes observa-se déficit de 46 leitos na especialidade de clínica médica, de 400 leitos de UTI e 36 leitos de UTI neonatal (idem: 84).

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE LEITOS POR NATUREZA DE PRESTADOR – ESPÍRITO SANTO – 1998 E 1999

FONTE: SESA/SAS/CCA



**GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR 1000 HABITANTES
NAS MICRORREGIÕES DO ESPÍRITO SANTO – 1998 E 1999.**



FONTE: SESA/SAS/CCA

Na assistência farmacêutica básica os medicamentos são adquiridos pelos três níveis de governo correspondendo a quantia de um real para o MS, cinquenta centavos para o Estado e cinquenta centavos para o município, este valor destina-se à cobertura *per capita* por ano. A escolha do elenco de medicamentos foi amplamente discutida com os municípios, nas assembléias do COSEMS-ES e em outros fóruns, adquiridos dos laboratórios oficiais pelo Estado e distribuídos aos municípios. Segundo o PES “Para o planejamento de 2000 a 2001 já foram concluídas as etapas: aprovação do plano Estadual de Assistência Farmacêutica 2000 a 2001 na Comissão Intergestores Bipartite (CIB-ES) e no Conselho Estadual de Saúde (CES). Foram aprovados o elenco de 42 itens de medicamentos, o plano e as ações de controle e avaliação, finalizadas as programações dos municípios, e compilados pelo Departamento de Assistência Farmacêutica que no momento já está em fase de preparação e negociação com os laboratórios oficiais para assinatura de contratos e convênios”. (PES/SESA/ES 2000: 114).

3.2 – A Pesquisa de Campo: Perfil dos Secretários de Saúde e suas Gestões Municipais. Características do Ator Político, Características Pessoais

Como mencionado no início do capítulo, para obtermos os dados que serão apresentados a seguir, utilizamos um questionário contendo perguntas objetivas e subjetivas aplicado aos gestores de saúde do ES (gestão 1997 a 2000). Para a obtenção de outros dados apresentados neste capítulo foram utilizadas as técnicas do estudo documental e da observação participativa. O estudo documental incluiu exame das atas do COSEMS-ES e da CIB-ES (desde a criação de ambos), as resoluções da CIB-ES (1997 a 2000), os jornais Linha Direta do CONASEMS e do COSEMS-ES (1996 a 2000). Quanto à observação participativa estivemos presente em todas as plenárias ocorridas entre os anos 1997 e 2000.

Apesar de a maioria dos secretários pertencer ao sexo masculino (59,3%), observa-se que nos municípios de 10.000 a 50.000 habitantes há um equilíbrio na distribuição de secretários entre homens e mulheres. Nos municípios de porte médio (de 50.000 a 200.000) as mulheres chegam a ocupar 75% dos cargos. Por sua vez nos municípios acima de 200.000 habitantes os mesmos cargos são ocupados por homens, o que sugere uma presença masculina muito forte nos cargos de mais poder decisório no COSEMS-ES, haja vista o papel dos secretários de saúde da capital e Região Metropolitana. Além disso, nessa Região a concorrência e a disputa por cargos de poder é muito maior do que nas pequenas cidades, o que excluiu totalmente, nesse caso, a participação das mulheres - embora não tenham respondido ao questionário, os secretários de saúde dos outros municípios da Região Metropolitana (Viana, Serra, Vila Velha) eram todos do sexo masculino na época da pesquisa - (tabela 3)

A maioria dos secretários (68, 5 %) tem idade entre 30 e 50 anos, sendo 13% mais jovens e 18, 5% mais velhos. Esta distribuição está de acordo com a pirâmide etária da população economicamente ativa no país, segundo o IBGE (1995). Nos municípios menores, há maior frequência de secretários mais jovens (até 40 anos), enquanto secretários mais velhos (mais de 40 anos) são mais comuns nos municípios maiores. (tabela 4)

Perfil Profissional

A maioria expressiva dos Secretários de saúde possui nível superior (75,8%) somando esse percentual com os Secretários que concluíram o segundo grau, atinge-se o índice de 96,2%. Embora chame atenção o percentual de 20,4% de secretários com apenas o nível colegial concluído e um Secretário com apenas o nível primário. Observa-se que nos últimos anos ter nível superior deixou de ser exigência para que as pessoas ocupem o cargo de Secretário. Entretanto, nota-se que 48,8% dos secretários com nível superior ocupam cargos nos municípios de pequeno porte (de 10 a 20 mil habitantes). (tabela 5)

Quanto à graduação dos Secretários, a maioria que possui nível superior vem da área biológica-médica (38,8%), sendo que destes 20,3% são médicos e os outros formados principalmente em enfermagem (5,5%), Odontologia (3,7%) e Serviço Social (5,5%).

Embora haja predomínio do pessoal da área biológico-médico, verifica-se uma grande diversificação de profissionais ocupando cargo de secretário. Em ciências humanas observa-se (12,9%) de profissionais formados nesta área, em administração (11,1%) e na de funcionários públicos, também (11,1%). As profissões mais citadas foram: sociologia, pedagogia, direito e administração, entre outras. (tabela 6)

Nos municípios de grande porte os secretários são do sexo masculino e médicos, o que evidencia uma tendência conservadora.

A maioria dos Secretários que respondeu esta questão não fez nenhum curso de capacitação específica para o exercício do cargo (34,8 %). Daqueles que se capacitaram, as áreas mais procuradas foram recursos humanos (15,2%), saúde pública (13,6%) e planejamento (7,6%). Observa-se que os municípios que mais demandaram cursos foram os de pequeno porte (60%) do total de demandas. O curso de saúde pública aparece citado em todas as distribuições de população. Considerando que a saúde possui um sistema relativamente novo e complexo, que freqüentemente muda e introduz novas leis e normas, podemos imaginar as implicações destas mudanças na rotina dos secretários, uma vez que, tantos não se capacitaram para exercer esse papel. E ainda temos que considerar que muitos desses secretários foram treinados pela primeira vez com os cursos oferecidos pelo COSEMS-ES, pois muitos deles nem eram da área da saúde. (Tabela 7)

Trajetória Profissional

Mais da metade dos Secretários (57,8%) assumiu o cargo após o início da gestão municipal (1997-2000), embora um número considerável já estivesse no cargo desde o início da gestão municipal (27%). No entanto, dos que responderam, somente 14,8% eram remanescentes da gestão anterior. Mesmo assim, um ponto positivo, pois deram continuidade a um trabalho que já vinha sendo desenvolvido.

Um percentual expressivo (40,0%) indica a quantidade de Secretários que teve experiência em direção na área da saúde. Somando-se ao percentual daqueles que também tiveram experiências em outras áreas este percentual sobe para 53%. É grande o número de secretários que nunca teve experiência em direção de órgão público (31,5%). (Tabelas 8 e 9)

A maioria dos Secretários é recrutada entre funcionários da esfera pública (58,5%). Chama atenção a origem de profissional autônomo (20%). O recrutamento para o cargo de Secretário em todos os grupos populacionais apresenta um padrão técnico que pode ser considerado publicista já que a maioria provém do setor público (58,5%); não elitista, uma vez que não se requer experiência como dirigente e, de grande rotatividade, pois a maioria (77,7%) ocupa o cargo pela primeira vez. Apenas 20% dos secretários são oriundos da categoria de profissionais autônomos; 10,8% de funcionários da esfera privada e (10,8%) da categoria de proprietário/empresário (Tabela 10 e 11).

Trajetória Política

A maior parte dos Secretários que respondeu esta questão (74,4%) é filiado a partido político, percentual bastante expressivo. De acordo com as filiações atuais os partidos políticos mais frequentemente citados foram PSDB (24,0%), PMDB (11,1%), PFL (9,3%), PTB (7,4%) e PT (5,6%). Chama a atenção o grande número de Secretários que não respondeu a esta questão (27,8%), embora seja filiado a algum partido político. Apenas 20% dos cargos são ocupados por partidos considerados de esquerda (PPS, PSB, PT e PTB). (Tabelas 12 e 13).

A maioria dos secretários encontra-se filiada a partido político há quatro anos (25,5%). Muitos secretários não quiseram responder esta questão talvez devido a não ter um ano de filiação partidária. Três secretários estão há mais de vinte anos filiados ao mesmo partido (tabela 14).

A participação política partidária dos secretários atualmente é maior que no passado onde apenas 35,2% deles era filiado a algum partido político. Entre os mais citados estão o PMDB(22,2%), seguido do PSDB, PFL, PDT e PDC com índices iguais de 11,1% (tabelas 15 e 16).

A grande maioria dos secretários jamais exerceu mandato político-eleitoral (92,5%), nem sequer se candidatou a algum cargo eletivo (85,1%). Isto revela fraco engajamento político-eleitoral diferentemente do que ocorre quando se trata de participação político-associativa.

Dos secretários respondentes apenas 13% teve experiência anterior como candidato eleito a cargo político. Interessante observar que deste percentual a maioria de secretários que já concorreu a algum pleito político concentra-se nas cidades de porte médio (20 a 50 mil habitantes) o que sugere uma maior influência e intervenção desses secretários na vida social e política de suas cidades. (tabelas 17 e 18).

Participação Política em Saúde

Nos últimos dez anos a grande maioria dos Secretários participou de algum evento político na área de saúde. A maior participação foi nos encontros de caráter municipal e estadual, sendo os mais citados as Conferências Municipais (32,4%) e os Encontros Regionais(25%), revelando intenso engajamento dos Secretários nos debates setoriais de âmbito regional. O COSEMS-ES possui uma instância denominada Conselho Deliberativo composto por representantes de cada uma das onze microrregiões que se reúnem periodicamente para tratar de assuntos diversos da saúde. Esta instância funciona como um fórum aglutinador dos secretários de saúde, divulgando e incentivo a participação eventos setoriais.

A participação nas Conferências Nacionais é notadamente crescente, mas ainda baixa, conforme os índices respondidos, apenas 1,4% na VIII CNS, 1,4% na IX CNS e 4,7% X CNS. (Tabela 19).

A maioria absoluta dos secretários (53,1%) participa de entidades representativas de Secretários de Saúde. Aproximadamente um quarto dos secretários (25,9%) participou como membro do Conselho de Representantes e (3,7%) participou como dirigente (Tabela 20).

Dimensão Social

Os Secretários prestam contas de sua gestão ao Conselho de Saúde (43,2%) e ao prefeito (25,4%). De forma menos freqüente à Câmara de Vereadores (23,7%). Somente (3,4%) presta contas a outros, o que revela um grau razoável de compromisso público do conjunto de Secretários. De qualquer forma é bom lembrar que de acordo com a legislação do SUS a prestação de contas ao Conselho Municipal de Saúde é obrigatória. Enquanto o Poder Legislativo revela baixo controle sobre as contas públicas, os Conselhos destacam-se como importante interlocutores na área (Tabela 21).

As informações regularmente oferecidas à população através dos meios de comunicação disponíveis são em sua maioria relativas à divulgação de ações e campanhas (37,4%), informação específica para os conselhos (27,5%) e divulgação de funcionamento de serviços (16,0%) enquanto as informações relativas a desempenho ou resultado de gestão são disponibilizadas por (11,5%). Ressalte-se a importância dada pelos Secretários à informação fornecida aos Conselhos que neste caso destacam-se como interlocutores autênticos à gestão na área da saúde (Tabela 22).

Atores Relevantes

Os Secretários têm muito mais facilidade de declarar apoios do que oposições à sua gestão, já que o número de respostas à primeira (182) é muito superior à segunda (66).

As forças sociais mais identificadas com a oposição à gestão dos Secretários foram em primeiro lugar a Câmara de Vereadores e os profissionais de Saúde, cada um com (18,2%), seguidos pelos prestadores privados de saúde (13,6%). Dois fatos ficam evidentes nas respostas: primeiro, que existe um distanciamento entre os poderes executivo e legislativo, sendo o legislativo considerado uma barreira à boa gestão dos secretários e, segundo, a importância que assumem os profissionais de saúde como impedimento à implantação/implementação de programas e ações de saúde. No caso dos prestadores privados e dos profissionais de saúde parece ocorrer conflito com interesses específicos desses grupos. Hoje, estes três grupos são os que representam conflito real ou potencial para a gestão de saúde.

Quanto ao apoio à gestão, o Conselho Municipal é majoritariamente o grupo mais citado (27,0%), seguido por associações comunitárias ou de usuários (13,7%),

outras secretarias municipais (12,6%) e servidores públicos (12,1%). O Conselho de Saúde além de ser o mais destacado pelos entrevistados enquanto apoio é também o menos apontado como de oposição configurando portanto a força social mais importante identificada pelos Secretários.

Praticamente todos os grupos (câmara de vereadores, servidores públicos, prestadores privados de saúde, conselho municipal de saúde, profissionais de saúde, outras secretarias municipais, associações comunitárias ou de usuários e outros) sugeridos na pergunta foram citados em altos percentuais. Pode ser que este padrão de respostas represente muito mais uma expectativa dos Secretários do que propriamente apoio efetivo dessas forças (Tabelas 23 e 24).

Questão 20²⁰ – *Na elaboração do orçamento municipal, cite em ordem de importância, quem tem maior influência: (Secretário Estadual de saúde, secretário municipal de saúde, conselho municipal de saúde, consultores ou empresas de consultoria externa, prefeito, políticos locais e outros).*

Em primeiríssimo lugar com 46 respostas foi marcado o item *Prefeito* correspondendo a (24,4%) do total de (188) vezes em que os itens foram assinalados. Em seguida os mais marcados foram *Secretário Municipal de Saúde* (21,8%) e *Conselho Municipal de Saúde* (21,2%). Os *políticos locais* ficaram com (11,7%), *consultores ou empresas de consultoria externa* com (7,9%) e por último o *Secretário Estadual de Saúde* com (7,4%). Alguns Secretários responderam o item *outros* especificando: a assessoria do prefeito, os vereadores, outros secretários (finanças e administração) e técnicos municipais. Dois Secretários não responderam a questão.

Questão 21 – *As prioridades em saúde no seu município são definidas a partir de que critérios ou procedimentos? (sugestões de outras esferas - bipartite, Estado ou União-propostas de conselhos ou conferências de saúde, demanda espontânea – solicitação individual ou de comunidades -, parecer do corpo técnico, solicitação de políticos locais e outras).*

Os itens foram assinalados 175 vezes. A maioria dos secretários respondeu *propostas de conselhos ou conferências de saúde* (23,4%) e *demanda espontânea*

²⁰ As respostas às questões de números 20 e 21 sobre o orçamento municipal de saúde e sobre as prioridades ficaram prejudicadas porque muitos secretários não responderam os quesitos como solicitado, ou seja, em ordem de prioridade. Para não perdermos as respostas optamos por considerar a quantidade de vezes em que foi citado cada quesito.

(24%). *Parecer do corpo técnico* com (18,8%) e *sugestões de outras esferas (bipartite, Estado ou União)* com (17,7%) e *solicitações de políticos locais* com (12,0%).

Alguns secretários responderam ao quesito “*outros*” citando: “cabeça do prefeito + secretário de saúde”, “metas pactuadas com MS-PP”, “Prefeito”, “Associações e outras secretarias” e “Seminários e outros fóruns de planejamento estratégico”.

Dois itens chamam a atenção: primeiro a quantidade de secretários que consideram o prefeito o ator de maior influência na elaboração do orçamento municipal e segundo o quesito *demanda espontânea* que teve a maior marcação.

Os Secretários utilizam pouco o planejamento estratégico para gerenciar a saúde, a maioria trabalha de acordo com o que “aparece” espontaneamente para ser resolvido. Uma sugestão que vem tomando força é a capacitação dos mesmos para evitar tais equívocos. Destaque-se que o COSEMS-ES oferece cursos de formação de gerentes a cada novo início de gestão.

Dimensão Gerencial

A principal fonte de apoio técnico aos Secretários é o governo estadual (83,3%) seguido de perto pelo COSEMS-ES (79,6%), mas com mais do dobro de frequência da Comissão Bipartite (40,7%). As agências internacionais aparecem em oitavo lugar com percentual de (1,85%). Ressalte-se o enorme predomínio da relação municipal com o governo estadual, como espaços de cooperação e apoio técnico, o que revela alto grau de autonomia em relação à esfera federal. É de se assinalar que na época da pesquisa o Secretário Estadual de saúde gozava de grande prestígio juntos aos secretários municipais pois assumira a pasta imprimindo um ritmo e uma estabilidade que há muito não acontecia na saúde. Destaca-se aqui o apoio do COSEMS-ES que, como mencionado anteriormente, no período estudado, uma das prioridades do Colegiado foi a formação dos gestores. (Tabela 25)

Dimensão Assistencial

Entre as ações e programas adotados nas secretarias destaca-se, sobremaneira, o Programa do Agente Comunitário de Saúde (31,3%), Segue a implantação da Vigilância Epidemiológica (19,1%), o controle de endemias (6,8%) e a Vigilância Sanitária

(6,2%). Todos os programas e ações foram citados, sendo o de menor percentual o cadastramento por base geo-referenciada (0,8%).

O alto índice do PSF pode ser explicado pelo incentivo dado à sua implantação pelos Governos Federal e Estadual. Aparentemente os programas mais citados correspondem àqueles cuja implantação devem-se a incentivos financeiros e/ou são obrigatórios para que o município requiera habilitação a alguma forma de gestão, sendo pouco citados programas que dependem de empenho e criatividade do secretário, como por exemplo a desospitalização da Saúde Mental (0,8%), a adoção de terapias não convencionais (0,6%), a criação de distritos sanitários (0,8%) e o acompanhamento domiciliar (3,7%). (tabela 26)

3.3 – O COSEMS-ES no Processo Decisório: As Atas do COSEMS-ES e da CIB-ES e os Aspectos relativos à Gestão e à Percepção dos Secretários

Este item explora o COSEMS-ES no processo decisório segundo a percepção dos secretários municipais de saúde. Para isso, elaboraram-se questões relativas ao COSEMS-ES e ao município. As questões referentes à entidade tiveram o objetivo de avaliar a percepção dos secretários sobre a importância dada ao Colegiado e as relativas ao município foram feitas para verificar a pró-atividade dos secretários, através de suas realizações e frustrações.

As realizações apontadas pelos gestores com maior frequência foram aquelas relacionadas diretamente com o processo de assistência à Saúde, melhorias físicas e tecnológicas da rede assistencial, Melhorias gerenciais e fortalecimento da municipalidade. A implantação do PACS/PSF foi significativamente apontada com a maior realização dos Secretários. As melhorias mais citadas foram:

- ♦ Melhorias assistenciais: Implantação de programas e ações de saúde; Resultados exitosos; Organização de serviços; Serviços 24h (pronto-atendimento).
- ♦ Melhorias físicas e/ou tecnológicas: Obras: construção e reformas.
- ♦ Melhorias gerenciais: Treinamento de RH; Participação na PPI; Contratação de RH.
- ♦ Fortalecimento da municipalização: Habilitação municipal; Conselho Municipal “funcionando”; “Conscientização da população em relação aos serviços de saúde pública”; “Implantação do novo modelo de atenção básica”; “Secretário como co-

gestor do FMS”; Implantação do PACS/PSF; Criação da Secretaria Municipal de Saúde.

As frustrações mais lembradas foram os problemas políticos, os de financiamento e os de assistência como: dificuldade de implantação de programas específicos como o de diabetes e hipertensão arterial, entre outros. Um dado curioso e ao mesmo tempo preocupante é a citação de que os profissionais médicos representam o maior impedimento ao bom funcionamento dos programas de saúde no município. Os principais pontos citados de frustrações foram:

- ♦ Problemas Políticos: Com o Legislativo (Câmara de Vereadores); com o Executivo (Prefeito); com outras áreas do governo municipal.
- ♦ Municipalização: Não conseguir implantar o PSF; não implantar o Programa de Controle e Avaliação; não conseguir implantar a Gestão Plena; mau funcionamento da Programação Pactuada Integrada (PPI); dificuldades de referenciamento.
- ♦ Financiamento: Insuficiência de recursos; inadequação de tabelas de pagamento; não gerenciamento dos recursos financeiros. Recursos Humanos (RH): carência de RH especializados (falta de capacitação); RH insuficientes; estabilidade de RH; falta de aderência/descompromisso/corporativismo da categoria médica.
- ♦ Assistência: Dificuldade com a implantação de programas específicos como diabetes, hipertensão arterial e medicamentos; dificuldades com a gerência da assistência hospitalar; dificuldades em atender a demanda.
- ♦ Gestão: Pouca autonomia para decidir; ausência de um sistema de informação.

3.4 - Aspectos relativos ao COSEMS-ES

Quase todos os secretários de saúde do ES (90,7%) participam das assembleias do COSEMS-ES sendo que desses, 72,2% o fazem de maneira regular. A quantidade de secretários participando das plenárias do COSEMS-ES sempre foi numerosa. Como mencionado mais de uma vez, as plenárias do COSEMS-ES tornaram-se referência para os secretários de saúde que buscavam respostas para as dúvidas e onde podiam trocar experiências com seus pares.

Observa-se que, dos municípios que responderam o questionário, a participação nas assembleias é maior à medida que aumenta o porte do município, chegando a 100% nos de grande porte. As assembleias do COSEMS-ES tornaram-se ao longo do tempo

fórum político articulado com vários organismos sociais e entidades como CONASS, pastorais, conselhos de saúde, levando convidados para debaterem temas do interesse dos gestores, sempre que possível, procurando ampliar a participação dos Secretários nos encontros mensais.

Embora com ampla participação nas plenárias, muitos secretários só tomaram conhecimento da existência do COSEMS-ES ao assumirem a secretaria, o que nos remete à questão anterior da não capacitação para o cargo. É importante frisar que, embora muitos secretários não conhecessem o COSEMS-ES, encontraram uma entidade estruturada e organizada que defendia os interesses dos municípios, possibilitava acesso a informações e falava uma mesma linguagem que eles. A adesão ao Colegiado foi total. Segundo levantamento feito o período compreendido entre os anos de 1997 e 2000 foi o de maior participação na história da entidade. Verificou-se que, nos quatro anos estudados, a participação média nas plenárias foi de 40%. Os municípios de grande porte que responderam à pesquisa, tradicionalmente, são municípios de referência para diversos serviços e, mais que isso, participam ativamente nas decisões das políticas setoriais. Cabe chamar atenção para três municípios que não responderam ao questionário: dois pertencentes à Grande Vitória que pouco contribuem para o fortalecimento do Colegiado e do SUS, raramente participam das assembléias e, o terceiro, trata-se de município localizado no norte do estado, referência regional que, por não participar das atividades do COSEMS-ES perdeu espaço e se distanciou completamente do processo decisório setorial. (Tabelas 27 e 28)

A grande maioria (70,4%) dos secretários municipais de saúde acha que o COSEMS-ES formula políticas de saúde para todo o Estado. Essa resposta remete ao comportamento dos gestores nas plenárias do Colegiado quando observou-se, por diversas vezes, a defesa que faziam da entidade e ao modo como se referiram a ela, reconhecidamente enquanto uma referência para eles. cremos que o índice obtido nessa questão seja devido ao alto grau de confiança que é depositado no Colegiado. (Tabela 29)

O grau de intervenção do COSEMS-ES na CIB-ES é propositivo (35,2%) e decisivo (37%) para os Secretários, ao se somar estas percentagens atinge-se um alto percentual (72,2%). Esse valor reforça a resposta anterior, os gestores consideram o COSEMS-ES o principal ator que participa do processo decisório. É importante ressaltar que, politicamente, muitos secretários têm como raio de ação mais ampliado as

assembléias do COSEMS-ES. Devido a importância e abrangência dos temas discutidos, talvez acreditem que lá seja a arena decisória por excelência na área da saúde. De qualquer forma observou-se que muitos secretários sentiram-se motivados a implantar ações e programas de saúde depositando uma grande confiança no COSEMS-ES creditando-lhe um papel de indutor e condutor da municipalização da saúde. (Tabela 30)

Por outro lado foi inquietante observar o fato de que (55,5%) dos Secretários só tomou conhecimento da existência do COSEMS-ES ao assumir a Secretaria de Saúde. Para explicar esse alto percentual é necessário fazer cruzamentos desta resposta com outras, por exemplo com as que mostram que muitos secretários não tiveram formação e/ou experiência na área de saúde, outros nunca haviam feito cursos ou capacitação para gestor da saúde. Em conversas informais que mantivemos com os secretários, muitos relataram não imaginar existir tal organização dos gestores de saúde (COSEMS-ES). A partir do momento em que passaram a frequentar as assembléias, os cursos os seminários e os encontros do CONASEMS, os gestores adquiriram um acúmulo de conhecimentos que permitiu um desenvolvimento e o fortalecimento dos sistemas municipais. (Tabela 31)

3.5 - Análise das atas e resoluções da CIB-ES, 1997-2000

Nesta seção analisaremos a agenda decisória, isto é, os assuntos que adquiriram *status* para compor a agenda, os que se tornaram resoluções e de onde foram formulados. Devido ao fato de que muitos assuntos discutidos na CIB-ES tornam-se resoluções, estaremos nos reportando ao mesmo tempo à agenda e às atas da CIB-ES, como também às resoluções publicadas. Para entender melhor o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite no ES, procedemos a leitura das atas desde sua criação em 1995 até o ano 2000, embora a pesquisa refere-se apenas aos anos de 1997 a 2000. Verificaremos a agenda da CIB-ES procurando obter informações sobre a origem dos assuntos da agenda, se foram propostos pelo COSEMS-ES ou se por outras entidades, como MS, governo estadual, governo municipal, ou outro e, o que os tornou proeminentes. Procedido o estudo da agenda e das atas da CIB-ES partiremos para a análise das resoluções da CIB-ES. Confrontaremos os assuntos das atas com as

resoluções para, aí sim, verificarmos de onde surgiram os assuntos que se tornaram resolução. Para auxiliar na análise lançaremos mão de outras categorias como representação do COSEMS-ES, considerando a presença (ou ausência) dos representantes dos secretários nas reuniões, a presença de secretários ‘ouvintes’ e como se deu o processo decisório (deliberação/ negociação das resoluções).

Os temas analisados foram agrupados em grandes blocos com a finalidade de dar maior homogeneidade a eles.

Durante quase todo o ano de 1997 foi discutida na CIB-ES a aplicação dos recursos do REFORSUS. Embora os gestores municipais participassem ativamente das discussões sugerindo propostas sobre onde e como aplicar os recursos, indicando obras que consideravam prioritárias, tinham que obedecer às diretrizes recomendadas pelo MS.

Ainda no ano de 1997, uma proposição aprovada pela CIB-ES, foi a divisão do estado em onze Microrregiões de saúde. Proposta que não se originou na CIB-ES, nem no COSEMS-ES, mas sim nos setores da burocracia estatal. Ganhou adesão geral dos gestores a partir do momento em que o COSEMS-ES acrescentou à proposta eleger-se representantes em cada uma das Microrregiões. Depois de implantada os secretários eleitos passaram a formar o Conselho Diretor do Colegiado, tornando-se instrumento estratégico para o desenvolvimento das ações do COSEMS-ES. A idéia se expandiu para todo o estado incorporando novas idéias até que foram criadas as Comissões Intergestores Microrregionais (‘microbipartites’) compostas pelos gestores das microrregiões e dois representantes da secretaria estadual (resolução CIB-ES, n.º 01/97). Algumas passaram a se reunir periodicamente apresentando excelente desempenho, propondo temas para discussão em plenária do COSEMS-ES e sugerindo agenda para a CIB-ES. Em fevereiro de 1997 a resolução n.º 2 da CIB-ES estabeleceu como “estratégia para elaboração da PPI do Estado do Espírito Santo, a realização de 11 oficinas microrregionais...”

Um tema que podemos definir como descritor das reuniões da CIB-ES é financiamento da saúde. O financiamento pode ser analisado sob dois aspectos: um relativo à definição do teto financeiro para o estado e outro, referente ao REFORSUS (obras, reformas, ampliação, compra de equipamentos e consultoria). O segundo foi o tema que mais mobilizou os gestores levando-os a participar das reuniões da CIB-ES e das plenárias do COSEMS-ES. Como as reuniões eram agendadas para o mesmo dia,

muitos gestores passaram a freqüentar as reuniões da CIB-ES, principalmente quando a pauta era sobre financiamento. A presença de muitos secretários nas reuniões acabou tornando-se um importante mecanismo de fiscalização e pressão do COSEMS-ES sobre os representantes estaduais na CIB-ES. Quanto ao teto financeiro, devido à complexidade para seu cálculo e definição, o conjunto de secretários pouco participou enquanto ator pró-ativo desse processo, delegando aos técnicos da CCA/SESA essa tarefa. O teto previsto para o estado, freqüentemente, ultrapassava o limite máximo, alegava-se que o principal motivo era devido às internações hospitalares desnecessárias e, apresentavam como solução o corte orçamentário. Os municípios, por sua vez, não concordavam, achavam que o problema era que o valor calculado era insuficiente para atender as demandas dos municípios e propunham aumentá-lo. O imbróglio durou mais de um ano discutido freqüentemente nas reuniões da CIB-ES. Após muitas idas e vindas o teto foi publicado. Mas, a essa altura, com a publicação da NOB SUS 01/1996 - cuja operacionalização introduziu uma excessiva fragmentação financeira – houve um ‘engessamento’ do sistema. De acordo com a opinião de alguns membros da Comissão: “na realidade não aumentaram o teto e sim o engessaram” (CIB-ES, 1999: 54).

Além do teto financeiro, questões ligadas à assistência com relação à habilitação municipal eram os assuntos que mais agregavam os secretários. Às vezes o processo de habilitação se dava de maneira tumultuada gerando polêmicas e conflitos. O ano de 1998, por exemplo, começou com muita desinformação acerca de habilitação dos municípios, dos prazos para enviar as análises dos pleitos para Brasília, das instruções publicadas e principalmente o que era ou não básico para a utilização dos recursos do PAB. As solicitações de habilitação, nesse ano, tiveram que ser aceleradas devido à interrupção do processo em 1997. No entanto, os gestores municipais mostravam-se insatisfeitos com a condução do processo e inseguros sobre como utilizar os recursos financeiros do PAB. O COSEMS-ES solicitou ao MS um prazo maior para que pudesse analisar e entender melhor a proposta do PAB. Outro ponto, não claramente definido era quanto à implementação da PPI. Os municípios não sabiam como procedê-la. E, no ES, estavam atrelados a ela para pleitearem aumento do teto financeiro: de acordo com informação da CCA/SESA o Estado só aumentaria de teto caso comprovasse, através da PPI, que os municípios estavam investindo na rede básica de saúde. No final desse processo, prevaleceu a sugestão da SESA e do MS quanto aos indicadores de saúde a serem pactuados. Nessa época (1998), alguns municípios retornaram ao modo de gestão

que haviam solicitado no início do processo, ou seja, de Plena do Sistema Municipal para Plena da Atenção Básica. A mudança de condição de gestão tornou-se uma rotina ao longo do ano, sendo responsável por uma grande demanda para a Câmara Técnica e para a CIB-ES.

A CIB-ES representava, então, uma arena onde as informações circulavam com maior velocidade o que tornava seus membros privilegiados em relação aos outros secretários, além de ser um local onde freqüentemente, chegavam informações novas sobre saúde. No entanto uma prática que, de certa forma, não raramente se observava era a tomada de decisões sem o prévio conhecimento e/ou discussão do conjunto dos secretários, que só mais tarde, nas assembleias ou através de resoluções, passavam a conhecê-las, (um dos poucos assuntos que fez o caminho inverso, iniciando na CIB-ES e indo para a plenária do COSEMS-ES, foi o da farmácia básica para a compra de medicamentos). Isso sem contar a ‘forma democrática’ que alguns políticos regionais adotavam de encaminhar seus pleitos (pessoalmente ou não) direto a Brasília, sem o prévio conhecimento, até mesmo, do gestor municipal, quiçá da CIB-ES. Certa vez a CIB-ES recebeu ofício da Secretaria de Política de Saúde e Avaliação do Ministério da Saúde (SPSA/MS) relatando preocupação com a preferência da CIB-ES pela região sul do estado em detrimento da região norte. Os autores do ofício, um prefeito da Região Sul e um deputado federal, foram convidados para comparecer à reunião da CIB-ES a fim de serem esclarecidos sobre o funcionamento da Comissão. Um outro tipo de comportamento, mas que também feria os princípios do Sistema Único, era praticado pelos gestores municipais ao encaminharem processos diretamente à CIB-ES, sem aprovação e conhecimento do Conselho Municipal de Saúde. Normalmente esses processos eram devolvidos aos municípios de origem. Infelizmente repetia-se a nível local os vícios verificados no nível estadual. Esse tipo de comportamento fez com que a CIB-ES, por deliberação que nasceu no COSEMS-ES, em setembro de 1997, determinasse que

O município ao fazer qualquer solicitação para liberação de recursos financeiros a nível estadual e federal à Comissão Intergestores Bipartite deverá encaminhar em anexo a ata do Conselho Municipal de Saúde aprovando o pleito que deverá ser apreciado pela CIB. (CIB-ES, resolução 19/97)

A representação dos membros dos municípios nas reuniões da CIB-ES era preponderante se comparada com os membros da SESA. A participação de secretários ‘ouvintes’ sempre foi grande. Também era freqüente a presença de convidados a ponto de algumas reuniões se transformarem, quase que, em assembléias com presença de grande número de pessoas desde técnicos da SES, passando por secretários municipais, prefeitos e até de prestadores de serviços.

Ao se analisar os pedidos para habilitação na CIB-ES, no final de 1998, observou-se que alguns municípios ainda não apresentavam a paridade nos Conselhos Municipais de Saúde, poucos comprovavam em atas a existência dos CMS, outros não respeitavam a orientação do MS de abrir a conta do Fundo Municipal no Banco do Brasil (preferindo movimentá-la em outro banco, caso por exemplo da Secretaria Estadual: A resolução da CIB-ES Nº 16/98 - proposta dos representantes municipais - aprovava que a conta do FMS da SESA fosse movimentada exclusivamente no Banco do Brasil). Isso levou o COSEMS-ES a insistir, em todas as plenárias, sobre a importância da paridade nos conselhos, deixando claro a possibilidade de desabilitação a quem não atendesse esse item. O COSEMS-ES, então, colocou à disposição dos municípios os representantes na Câmara Técnica da Bipartite para orientar e agilizar o processo em curso. Algum tempo depois o resultado foi favorável e a maioria dos municípios estava com a documentação exigida para a condição de gestão completa e os Conselhos paritários.

Os representantes municipais na CIB-ES eram orientados pelo COSEMS-ES a ter uma atitude de orientação e informação para os outros municípios, obedecendo as normas e os princípios do SUS, não poupando os municípios que desobedecessem a lei. São muitas as resoluções que desabilitaram municípios por não obedecerem os quesitos mínimos exigidos para cada tipo de gestão. Um exemplo é o de um pequeno município que compõe a Região Metropolitana da Grande Vitória, que ficou desabilitado durante um período porque não comprovava a existência de CMS, FMS e nem serviços básicos de vigilância sanitária e epidemiológica, entre outros. A situação era tão crítica que, segundo a opinião de alguns membros da CIB-ES, ele deveria voltar a ser prestador de serviços. Lá os gestores mudavam muito (seis em um período inferior a 2 anos), ora a pasta era ocupada por secretários com idéias progressistas, ora por outros sem a mínima formação em saúde pública, razão de verificar-se, nas atas do COSEMS-ES e da CIB-ES, as mais diversas opiniões acerca do município. Certa época, o MS habilitou-o na

Gestão Plena do Sistema Municipal, a CIB-ES na Plena da Atenção Básica e, segundo a opinião de outros, na realidade, não daria para classificá-lo em coisa alguma. Embora o COSEMS-ES estivesse presente o tempo todo junto a este município a ingerência política local era tamanha que não permitia que ele acompanhasse o desenvolvimento dos outros municípios como um todo.

Devido a problemas como o relatado acima a CIB-ES decidiu efetuar avaliação do enquadramento de gestão em todos os municípios habilitados. De maneira geral encontrou-se um problema que afetava muitos municípios do estado: a insuficiência de RH. Foram detectadas irregularidades como: dois municípios apresentavam relatórios dos planos de adequação à gestão, redigidos com o mesmo texto, copiados um do outro. Em outro município, constatou-se que o gestor residia em outro município, trabalhando três vezes por semana, durante meio expediente, com uma equipe de vigilância sanitária e epidemiológica composta por, apenas, um enfermeiro e dois técnicos fiscais. O fato chamou atenção por tratava-se de município de médio porte. No final de 1999, seis municípios estavam na iminência de perderem sua gestão, pois não haviam estruturado o mínimo exigido para a gestão básica, como CMS e FMS, entre outros. Acreditamos que a autoridade do COSEMS-ES tenha desempenhado importante papel nesse contexto, tanto ao chamar os municípios às suas responsabilidades (reuniões entre a diretoria do COSEMS-ES com estes municípios) quanto o de se mostrar disponível para auxiliá-los na gestão fornecendo documentos, cursos para os técnicos e até visita local. Como forma de minorar o problema da escassez de recursos humanos na área da saúde (enfermeiros), principalmente no interior do estado, o COSEMS-ES realizou reunião com o Departamento de Enfermagem da UFES para informar sobre a situação e oferecer vagas a esses profissionais.

Devido à insuficiência de profissionais para atender às exigências da NOB de proceder auditorias nos municípios a CIB-ES tomou a resolução de realizá-las nas microrregiões. Para desenvolver a ação utilizou a parceria técnica entre os municípios da micro. Essa organização regional, como referido anteriormente, fortaleceu politicamente as microrregiões e, naturalmente, o COSEMS-ES, que passaram a ser referência para o setor saúde.

Em meados de 1998, discutia-se intensamente na CIB-ES consórcios municipais de saúde, a Lei Estadual que os incentivava previa a liberação de verbas para os municípios que estivessem na Gestão Plena do Sistema e fossem consorciados. A

orientação da SESA e do COSEMS-ES era para que os municípios optassem pela Gestão Plena do Sistema Municipal. Os municípios promoveram uma verdadeira corrida para se consorciarem e pleitearem essa forma de gestão, principalmente os de pequeno porte, muitas vezes sem possuírem implantados as ações e serviços de saúde necessários a essa gestão. Consequentemente muitos documentos exigidos pela Norma ficavam ‘pendentes’ na câmara técnica para posterior apresentação e comprovação. Na realidade esse foi um processo bem tumultuado que gerou conflito aberto entre gestores municipais e técnicos da secretaria estadual. Os critérios que prestariam para orientar os gestores municipais na formação dos consórcios estavam mal definidos, sem metas e/ou diretrizes claras. Resultado: a opção por se consorciar, ou não, acabou gerando um fato inusitado na CIB-ES: a decisão de uma proposta mediante o voto. E no âmbito nacional um fato curioso: no Espírito Santo, contrariamente, ao restante do país, observava-se que os municípios menores é que estavam na Gestão Plena do Sistema Municipal. Nessa época surgiam denúncias de que os prefeitos não repassavam os recursos às secretarias de saúde. O assunto surgiu no COSEMS-ES e foi encaminhado para a outra instância decisória (CIB-ES). A CIB-ES decidiu avaliar os consórcios existentes e a gestão municipal e quem não estivesse cumprindo as normas seria desabilitado. O depoimento de um secretário municipal e representante na CIB-ES, diz que “se arrependeu de no ano anterior apoiar os consórcios já que no decorrer de um ano os mesmos não apresentaram a devida progressão” (CIB-ES, 1998: 05). Em julho de 1998, apenas quatro municípios, legalmente, atendiam às exigências da lei: gestão plena do sistema e consórcio funcionando regularmente. No entanto, dez municípios recebiam os incentivos financeiros, mesmo que o valor fosse sempre aquém do esperado. Como não havia mecanismo que permitisse devolução dos recursos ao Estado, o impasse tornava-se um assunto que tomava quase todo o tempo das reuniões. Com a resolução da CIB-ES de, semestralmente, acompanhar, analisar e orientar os consórcios de acordo com normas e critérios estabelecidos, eles passaram a funcionar melhor. No entanto, o maior entrave para a implementação das ações coletivas, relatado pelos gestores, era o não repasse dos recursos financeiros pelo chefe do executivo municipal às secretarias de saúde. O COSEMS-ES expediu ofício ao Secretário Estadual de Saúde solicitando explicações para o fato e, aos prefeitos do ES, encaminhou cópia da Lei e texto reafirmando o repasse dos recursos financeiros às Secretarias de Saúde. Na realidade essa Lei (do consórcio municipal) nunca funcionou eficazmente.

Outro conflito observado nesse ano (1998) aconteceu devido a problemas originados em município localizado no extremo norte do Estado, envolveu gestores municipais, representantes estaduais, profissionais locais de saúde e a população. Todo o desenrolar do processo teve a orientação firme e decidida do COSEMS-ES. O diretor do Hospital local denunciou à CIB-ES que o gestor municipal deixara de pagar as AIHs devidas ao prestador; o que é considerado falta grave sujeita a suspensão da gestão. O município estava habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal. Deu-se um prazo de dez dias para que a SMS efetuasse o pagamento. Ao ser ouvida, a gestora municipal relatou que a diminuição das AIHs para o hospital deveu-se à abertura do serviço de Pronto Atendimento municipal. Acrescentou que, além do mais, o hospital estava cobrando e internando além de sua capacidade instalada. Decidiu-se fazer auditoria de gestão no município e operativa/analítica no hospital. A auditoria procedida pela SESA não detectou nenhuma distorção por parte do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Em um primeiro momento optou-se pela desabilitação do município e depois voltou-se atrás, dando um prazo de sessenta dias para se adequar à gestão proposta e, depois, mais sessenta dias de modo que, o caso arrastou-se, só terminando no ano seguinte. Até lá, o assunto foi debatido em diversos fóruns: reuniões da CIB-ES, plenárias do COSEMS-ES, do CMS local, do CES, envolvendo os mais variados atores, desde o prefeito até lideranças comunitárias. A auditoria no município e no hospital foi efetuada pela representação estadual do MS e pela CCA/SESA, o secretário estadual da saúde e o presidente do COSEMS-ES também estiveram no município reunindo-se com a comunidade e a Câmara de Vereadores. Como mencionado, o problema envolvia diferentes atores políticos e sociais, mais uma vez, o Colegiado de Secretários desempenhou um papel fundamental na resolução do problema conduzindo-o de maneira que a população não fosse prejudicada.

Outras auditorias foram realizadas pelo COSEMS-ES e SESA. O processo de avaliação evidenciou que, não só a situação de saúde em alguns municípios mostrava-se muito ruim, em termos de ações e programas desenvolvidos como, também, os relatórios de gestão apresentados não comprovavam a real condição da saúde local. Em julho de 1999, segundo alguns membros da CIB-ES, a saúde nos municípios capixabas era preocupante em alguns itens. O secretário estadual e presidente da CIB-ES, ao avaliar alguns relatórios relatou que estava decepcionado com o conteúdo, então “sugere que todos façam um esforço para solucionar os problemas existentes (...) a

maioria dos municípios não está cumprindo com suas obrigações em relação Atensão Básica de Saúde” (CIB-ES, 1999: 60).

A partir daí muitos serviços de saúde foram implantados ampliando a oferta aos munícipes. Agraciado com recursos financeiros que chegavam ao estado como os do REFORSUS, do BNDES (municípios de abrangência da Companhia Vale do Rio Doce – CVRD) e de incentivos estaduais para os municípios que implantassem o PSF²¹, a gestão estadual alcançou certo êxito influenciando os gestores municipais chegando sugerir assuntos de pauta para a assembléia do COSEMS-ES.

O ano de 2000 pode ser considerado como de amadurecimento pleno dos secretários municipais de saúde em relação ao seu real papel enquanto gestor da saúde como também, um ano de grande mobilização entre eles. Isso pode ser verificado pela grande presença deles às reuniões do COSEMS-ES e da CIB-ES, pelo interesse demonstrado em resolver as questões de saúde em seus municípios e pelo discurso nas plenárias. Se a PPI não surtiu o efeito desejado de pactuar e estabelecer metas, pelo menos serviu para mobilizar os gestores e despertar entre eles uma maior responsabilidade na condução da saúde local. As muitas visitas técnicas de avaliação nos municípios acabaram por instrumentalizá-los e informá-los sobre a melhor maneira de gerenciar a saúde. A maioria dos municípios pactuava as metas da PPI e estruturavam e/ou ampliavam os serviços do PACS/PSF.

O período analisado (1997-2000) embora tenha apresentado algum conflito entre gestores foi marcado por importantes avanços que permitiram um aprofundamento do processo de municipalização no estado. Uma inegável conquista, por exemplo, refere-se ao próprio amadurecimento político e técnico dos secretários municipais de saúde que, através do COSEMS-ES, participaram ativamente na CIB-ES sempre com posição única de seus membros demonstrando uma melhor organização do que a da secretaria estadual. A grande quantidade de assuntos e pontos de pauta, verificados nas atas do COSEMS-ES e da CIB-ES, originados das plenárias do COSEMS-ES, é outro fator que demonstra tal amadurecimento.

Além dos dois temas que mais freqüentemente apareceram na agenda, o financiamento (REFORSUS e revisão de teto financeiro) da saúde e os relativos aos

²¹ Em dezembro de 1999 a CIB-ES aprovou a portaria estadual n.º 183-N de 09/12/99 que regulamentava o incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família aos municípios com população de até 13.000 habitantes e aqueles pertencentes a área da SUSENE com população de até 24.000 habitantes. (CIB-ES, resolução n.º 93/99)

processos de habilitação municipais às condições de gestão de acordo com as NOBs, observou-se que a pauta principal da CIB-ES foi composta pelos seguintes temas: PACS/PSF, modelo e relatório de gestão a ser utilizado nos municípios, Plano Nacional de Combate à Dengue, definição do PAB, aprovação de Planos de Combate a Carências Nutricionais, sistema estadual de emergência (proposto pelo COSEMS-ES), política de distribuição de medicamentos, entre outros.

Freqüentemente muitos assuntos entravam na agenda como de maneira obrigatória, pois se referiam à gestão, mesmo assim, avaliamos como positivo todo esse processo porque possibilitou muita discussão e apropriação de informações pelo gestor facilitando a descentralização da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como conclusão primeira queremos enfatizar dois aspectos que julgamos relevantes e que trouxeram mudanças na história do país, em particular, na área da saúde. O primeiro é em relação à criação do Sistema Único de Saúde que consideramos sua implantação como sendo uma história de sucesso da política social no Brasil e, o segundo é que o SUS possibilitou uma reorganização e democratização

setorial ao introduzir um formato inovador quanto à distribuição e à relação de poder entre as três esferas de governo, tornando possível, também, a participação coletiva na gestão da saúde.

É importante assinalar que, em alguns momentos, o COSEMS-ES teve um comportamento ambíguo, ora assumindo posições progressistas, ora conservadoras. De qualquer forma, desde sua criação (1988), o COSEMS-ES fez um movimento de crescente importância no arranjo institucional da política de saúde no estado, aumentando gradativamente suas atribuições de representação e seu poder de decisão e direcionamento no *policy-making* setorial até tornar-se, nos anos noventa, em uma das principais referências na área de políticas de saúde no Espírito Santo. O auge dessa organização deu-se entre os anos de 1997 e 2000, quando o Conselho passou a exercer forte influência na saúde reunindo, regularmente, um número expressivo de gestores (nunca inferior a quarenta), em suas assembléias.

Após analisar as resoluções da CIB-ES confrontando-as com as agendas do COSEMS-ES e da própria CIB-ES concluímos que o Colegiado de Secretários de Saúde, indiscutivelmente é um importante ator que interfere no processo decisório, defendendo e marcando posições. Entretanto, não é de suas assembléias que se originam as propostas que na CIB-ES são transformadas em resoluções, ou melhor dizendo, sozinho, ele não formula políticas de saúde para o estado. Vale lembrar que isso não é de sua atribuição exclusiva. O COSEMS-ES e a CIB-ES constituem arenas onde ocorrem escolhas técnicas e políticas assumindo alto grau de importância na formulação e implementação da política de saúde. Essas duas arenas representam locais onde se negociam e decidem os rumos da política setorial. Porém, o processo decisório setorial ainda é altamente influenciado por técnicos especializados concentrados na Secretaria Estadual da Saúde.

Quanto ao comportamento ambíguo do COSEMS-ES destacaremos seis fatores observados e que, de certa forma, acreditamos possam contribuir para explicar tal comportamento: 1) Em relação à criação das secretarias municipais de saúde, pode-se dizer que a cultura dos municípios possuírem secretarias de saúde é um fato recente no estado do ES, de não mais que dez anos. Elas foram implantadas, em sua maioria, tempos depois de já ter-se criado o SUS e em muitos municípios atreladas a outras áreas como educação e ação social, 2) Para muitos municípios capixabas a participação em associações tipo o COSEMS-ES (de secretários) ainda é uma

novidade, nesse aspecto o SUS foi um fator de organização social nos municípios. Quando os secretários responderam a questão relativa a participar de eventos e em entidades representativas dos secretários, estavam se reportando a associações apenas da área da saúde, 3) É grande a quantidade de municípios novos: em um intervalo de menos de vinte anos foram criados mais de vinte municípios no estado, 4) Na pesquisa desenvolvida, quando indagados sobre se conheciam ou não o COSEMS-ES, mais da metade dos secretários responderam que nunca tinha ouvido falar nele. Isso demonstra o grau de desconhecimento dos gestores quanto ao funcionamento do sistema de saúde, 5) Outro fator explicativo foi a velocidade com que a descentralização da saúde avançou nesse período, principalmente determinada pela implantação das NOBs. A operacionalização das normas exigiu desses gestores mais do que podiam dar, pois muitos não possuíam um mínimo de capacitação na área da saúde para ocupar o cargo. É provável que alguns nem conhecessem o SUS (o que não justifica, absolutamente, a falta de criatividade, de planejamento e de compromisso demonstrados por alguns gestores) e, por último, um item relacionado à subjetividade, 6) Quanto ao perfil do gestor dois itens chamaram atenção, o primeiro quanto ao interesse em conhecer e participar das questões da saúde. O interesse manifestado foi diretamente proporcional ao perfil de cada um. Uns demonstravam muito interesse e, outros, nenhum, o que reforça a explicação da existência de municípios que avançam mais que outros, dadas as mesmas condições e, o segundo quanto à tipologia básica desse gestor de saúde que, em sua maioria, observou-se ser constituída por pessoas do sexo masculino, com idade entre 30 a 45 anos e formada por profissionais médicos. Quer dizer, pessoas com acúmulo de poder político, técnico e de gênero, além do poder corporativo determinado pelo COSEMS-ES.

Durante o período estudado um fato que chamou a atenção ao analisar as atas das reuniões da CIB-ES, foi a inexistência de assuntos ligados, especificamente, à esfera política, ou seja, ao posicionamento dos membros da Comissão acerca de fatos políticos que lhes diziam respeito como: greves de servidores, crise na saúde, eleições políticas, exoneração ou nomeação de secretários estaduais e/ou municipais, entre outros. A ausência de discussão acerca de financiamento estadual e municipal que cada um destinava à saúde também foi notada. De maneira tímida tais assuntos apareceram nas plenárias dos gestores, que vez ou outra chegaram a analisar a

conjuntura política, embora sem ampliar a discussão. Não chegaram a analisar, por exemplo, o poder político acumulado pela entidade enquanto ator coletivo e a influência setorial que exerciam. É como se os gestores não dessem conta ou não valorizassem essa importância política. A questão político-partidária nunca chegou a ser um fator impeditivo para o avanço da política de saúde no ES. Nos dois primeiros anos analisados (1997 e 1998) o Governo Estadual era ocupado pelo Partido dos Trabalhadores e nos dois últimos (1999 e 2000) pelo PSDB. A Prefeitura Municipal de Vitória durante todo o período da pesquisa foi ocupada pelo PSDB.

Um elemento que mostra a forma conservadora (ou talvez, desacelerada) de conduzir a política de saúde pelo COSEMS-ES de forma conservadora, se deu em meados de 1999, quando o Espírito Santo apresentava 44% dos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, mas, o percentual de cobertura populacional era baixo, pois a maioria desses municípios era de pequeno porte. Nota-se que esse é um achado inusitado, pois o mais comum de encontrar nessa forma de gestão é município de grande porte. Os municípios de maior porte no estado não assumiram a gestão mais avançada e os menores precisavam dos incentivos fiscais proporcionados pelo estado - .O COSEMS-ES pouco fez para incentivar os municípios maiores a optarem por uma gestão mais avançada. A capital, Vitória, por exemplo, que serve de modelo para os outros municípios, cujo secretário era o presidente do COSEMS-ES, ainda se encontra na gestão de Atenção Básica (com o agravante de que o Fundo Municipal de Saúde não é gerenciado efetivamente pelo gestor de saúde, os cheques são assinados pelo Secretário Municipal da Fazenda, a gestão orçamentária, financeira, contábil e patrimonial é controlada pela Secretaria da Fazenda segundo auditoria do MS realizada em julho de 2000). Acreditamos que isso teve reflexos na descentralização da saúde tornando-a mais lenta no ES.

As assembleias dos secretários municipais de saúde, geralmente, serviam como preparação para as reuniões da CIB-ES com os assuntos previamente discutidos e esclarecidos em plenária. Como mencionado anteriormente, verificou-se ser comum que os assuntos discutidos nas plenárias do COSEMS-ES influenciassem a pauta da CIB-Es, mesmo que não se transformassem em resoluções, embora, não fosse raro surgir 'agenda pronta' ou 'de urgência' nessas reuniões - *O policy-making* setorial no ES, como mostrou nossa pesquisa, foi em grande parte determinado pela agenda do MS.

A representatividade e a capacidade de mobilização do COSEMS-ES sobre os secretários pode ser considerada como sendo muito boa. Ao longo dos anos estudados, o COSEMS-ES se consolidou politicamente e demonstrou ser a principal força aglutinadora dos secretários municipais de saúde e no espaço da CIB-ES desempenhou um papel de grande atuação, participando regularmente das reuniões e preocupando-se com a representatividade dos membros da CIB-ES, definindo-os em assembléia e oferecendo oportunidade de participação aos secretários de municípios de pequeno e médio porte. No período analisado foi crescente a participação dos secretários municipais de saúde e técnicos nas reuniões.

Pouca vezes observou-se clima de conflito aberto nas reuniões da CIB-ES, a maioria das decisões foi tomada por meio de consenso. A extensa pauta que tinham que dar conta ocupava quase todo o tempo de reunião, daí verificar-se um expressivo número de reuniões extraordinárias necessárias para esgotar os assuntos. As questões ligadas à assistência com relação à habilitação municipal e a delimitação dos tetos financeiros foram os pontos de pauta mais freqüentemente discutidos na CIB-ES no período analisado e os que agregaram o maior número de participantes, às vezes gerando polêmicas e conflitos. Lembramos que, mesmo que a SESA mantivesse um forte grupo técnico, por vezes até coordenando o debate na CIB-ES, era o COSEMS-ES que se destacava pois levava os assuntos para as plenárias integrando os secretários à discussão. Era ele que dava dinâmica ao processo de negociação e deliberação que ocorria na CIB-ES.

A partir de meados de 1999 e no ano de 2000 o estado foi ganhando espaço político setorial corroborado ao estabelecer os pontos de pauta das reuniões da CIB-ES (quer seja por iniciativa própria quer seja por exigência do MS) tornando-se, posteriormente, o principal ator nessa arena. Poucos foram os momentos em que os municípios trouxeram sugestões de inclusão de novos assuntos para a pauta. Acreditamos que tal fato possa ser atribuído a dois motivos, o primeiro referente a um início de resgate da presença do estado na saúde e, o segundo, ao perfil do secretário estadual de saúde que na época assumiu a liderança progressiva do setor. No entanto, mais importante que tudo isso, foi o fato, anteriormente citado, de o estado receber incentivos financeiros para a área da saúde (REFORSUS, CVRD, BNDES). Como esse processo não apresentava características de um processo

competitivo entre gestores, o COSEMS-ES manteve-se enquanto referência para o conjunto do secretariado municipal.

Encerrando, ressaltamos que, sem dúvida, o COSEMS-ES no *policy-making* setorial foi um ator que trouxe contribuições fundamentais para os avanços democratizantes na área da saúde, tendo experimentado uma história contínua de crescimento e de aprofundamento enquanto entidade principal de consolidação da municipalização e em defesa de um Sistema Único de Saúde, dentro da perspectiva da universalidade, da integralidade e da equidade.

Outro ponto positivo a ser destacado é o avanço que o modelo de descentralização adotado pelo Sistema Único possibilitou a diversos grupos da sociedade civil organizada ao permitir a participação na formulação e fiscalização da política (CIT, CIB, Conselhos de Saúde, Conselhos de Representação de Gestores) e, o compartilhamento das decisões pelos gestores na operacionalização do SUS. Em resumo: o COSEMS-ES representou os secretários municipais de saúde em todos os fóruns de negociação e deliberação no âmbito da área da saúde, apoiando política e tecnicamente, contribuindo com os municípios no sentido de encontrar estratégias direcionadas para o aperfeiçoamento da gestão através do intercâmbio de informações e cooperação técnica. Outro ponto a destacar é que a execução da política de saúde através de instâncias colegiadas de gestão permite a construção de parcerias entre estado e municípios e consolida uma prática de negociação entre gestores locais da política mais equilibrada, democrática e participativa.

Infelizmente, o *policy-making* setorial mesmo nesse contexto de democratização não é capaz de resolver os graves problemas da saúde, posto que são mais de ordem estrutural. Ainda há muito por fazer, mas acreditamos que, como evidenciado no estudo, o caminho percorrido pelos secretários municipais de saúde do ES para viabilizar políticas de saúde mostrou-se, sem dúvida, o mais acertado.

Finalmente, voltamos a enfatizar que este é um estudo exploratório e várias questões levantadas e apontadas durante este trabalho, merecem ser melhor apuradas e investigadas em novos estudos que poderão comprovar ou refutar o que foi apresentado. Acreditamos que, a importância deste estudo resida exatamente na possibilidade colocada de futuras investigações.

Bibliografia

- Abrucio FL. Os barões da federação – os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: HUCITEC. 1998.
- Bobbio N. Política. In: Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G. Dicionário de Política. 5ª ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000:
- Bobbio N. Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- CONASEMS. Relatório de Gestão da Diretoria Executiva, biênio 1997/1999. Brasília, 1999.
- CONASEMS. Relatório de Gestão da Diretoria Executiva, biênio 1999/2000. Brasília, 2000.
- CONASEMS. Brasília: Ano IV, nº 49: 3, jan/fev, 1999.
- CONASEMS. Brasília: Ano IV, nº 52: 4, mai,1999.
- BIRD
- Barata RB. A saúde é responsabilidade do estado contemporâneo. Rio de Janeiro: Revista Tema, Projeto RADIS nº 15, FIOCRUZ, 1997.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 545, de 20/05/93: estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde e aprova a NOB 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, 20 maio 1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.203, de 6/11/96: redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde e aprova a NOB 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: Ministério da Saúde, 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Situação atual do processo de habilitação.
Disponível em <HYPERLINK <http://www.saúde.gov.br/descen/habilita.htm>>.2000.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26/1/1: aprova a NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jan 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde em Debate 38 (mar):4-17, 1993.
- Carvalho AI. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: Fleury SM (org.) Saúde e democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1997.
- Costa NR. Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. Saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec, 1998.
- Carvalho AI. e Teixeira SMF (Coord.) Municipalização e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro, 1997.
- Carvalho GC. A NOAs e a recentralização do SUS. Disponível em HYPERLINK <<http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/GilsonNOAS.html>
- Conferência Nacional de Saúde On-Line: Temas em debate II - Descentralização da Gestão da Saúde Disponível em HIPERLYNK <
<http://www.datasus.gov.br/cns>
- Diniz E. Globalização, reformas econômicas e elites empresariais. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000.
- Fiori JL. Os moedeiros falsos. Petrópolis: Vozes, 1997.
- Figueiredo AC. e Limongi F. Executivo e legislativo na nova ordem constitucional, Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- Fleury SM. 1991
- Gallo E. A saúde como questão social no Brasil: A constante tensão entre um modelo de seguro e um modelo de seguridade social. Rio de Janeiro: (mimeo), 1992.
- Goulart FA. Municipalização: Veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO/ CONASEMS, 1996.
- Immergut EM. As Regras do Jogo: A lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia, RBCS n°30, 1996.
- Junqueira LP. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: Canesqui AM (org). Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1997.

- Knoke D et alli Comparing Policy Networks. Labor Politics in the US, Germany and Japan. Cambridge University Press, 1996.
- Labra ME. Análise de políticas públicas, modos de policy-making e intermediação de interesses. Uma revisão. Rio de Janeiro: (mimeo), 1999.
- Labra ME. Política, processo decisório e informação. Elementos para reflexão. Rio de Janeiro: (mimeo), 2000.
- Lindblon C. O processo de decisão política. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.
- Lima LD. O processo de implementação de novas estruturas gestoras no SUS: um estudo das relações intergovernamentais na CIB do RJ. Rio de Janeiro, dissertação de mestrado apresentada ao IMS/ UERJ, 1999.
- Lucchese PTR. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995. Planejamento e Políticas Públicas. Rio de Janeiro: IPEA, 1996.
- Mény I. Politique Comparée. Les démocraties Allemagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Italie. Paris: Monchrestien. 5^a édition, 1996.
- Minayo MCS. (org) Pesquisa Social, teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.
- Muller Neto JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. Revista Saúde em Debate nº 31, Londrina: CEBES, 1991.
- Nunes E. A Gramática política do Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997
- Neto ER.
- Oszalak O. e O'Donnell G. Estado y políticas estatales em América Latina: Hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires: CLACSO, 1976.
- Offe C. Problemas estruturais do Estado Capitalista. Rio de Janeiro: tempo brasileiro, 1984.
- Offe C. Capitalismo desorganizado. São Paulo: ed brasiliense, 1995.
- Pereira AP. Sobre política de assistência social no Brasil. In Bravo MIS (org) Política Social e Democracia. Rio de Janeiro: Editora Cortez, UERJ, 2001: 222.

- Santos M. Por uma outra globalização. Do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Editora Record, 2000.
- Santos MHC. DADOS, Revista de Ciências Sociais, IUPERJ. Rio de Janeiro, vol 40, nº 3, 1997.
- Silva SF. Municipalização da saúde e poder local: Sujeitos, Atores e Políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.
- Silva IF. O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS. Rio de Janeiro: Dissertação de mestrado apresentada à ENSP/FIOCRUZ, 2000.
- Teixeira SMF. A questão democrática na saúde. In: Teixeira SMF, org. Saúde e democracia. A luta do Cebes. São Paulo: Lemos, 1995.
- Teixeira SMF. (org) Projetos Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.
- Ugá MAD. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. In Gerschman S & Viana MW, (org). A Miragem da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 2001.
- Viana AL. Abordagens metodológicas em políticas públicas. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), caderno de pesquisa nº 5, 1988.

Anexo I – lista de siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde

COSEMS-ES – Colegiado de Secretários municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CFB – Constituição Federal do Brasil
SUS – Sistema Único de Saúde
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
NOB – Norma Operacional Básica
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CRM – Conselho Regional de Medicina
AMB – Associação Médica Brasileira
SIMES – Sindicato dos Médicos
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
SNI – Serviço Nacional de Informação
Abifarma – Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SESAC – Semana de Saúde Comunitária
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
Conasp – Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária
CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento
MEC – Ministério da Educação e Cultura
CIS – Comissão Interinstitucional de Saúde
CRIS – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CIMS – Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CLIS – Comissão Local Interinstitucional de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
CNS – Conselho Nacional de Saúde
GED/MS – Grupo Especial de Descentralização do Ministério da Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FES – Fundo Estadual de Saúde
FMS – Fundo Municipal de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PAB – Piso Ambulatorial Básico
TFVS – Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
IVISA – Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de doenças
PSF – Programa Saúde da Família
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde
REFORSUS – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
FAE – Fração Assistencial Especializada
TFAM – Teto Financeiro da Assistência ao Município
IVR – Índice de Valorização de Recursos
FIDEPS – Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde
UNE – União Nacional dos Estudantes
PCB – Partido Comunista Brasileiro
CEBs – Comunidades Eclesiais de Base
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde
PST – Programa Saúde do Trabalhador
CCA – Coordenadoria de Controle e Avaliação

PES – Plano Estadual de Saúde
ICMS – Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
PSA – Secretaria de Política de Saúde e Avaliação
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
RIPSA – Rede Interagencial de Informações em Saúde
PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PFL – Partido da Frente Liberal
PSDB – Partido da Social-Democracia Brasileira
PT – Partido dos Trabalhadores
PDT – Partido Democrático Trabalhista
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro
PSB – Partido Socialista Brasileiro
PPS – Partido Popular Socialista
PL – Partido Liberal
PCB – Partido Comunista Brasileiro
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

Anexo II - Questionário Aplicado aos Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo. Gestão 1997-2000.

DADOS PESSOAIS

1 – Município onde atua como Secretário de Saúde

População:

2 – Sexo:

() Masculino

() Feminino

3 – Idade: _____ anos

4 – Há quanto tempo está nesse cargo:

() 1 ano ou menos

() entre 1 e 2 anos

() entre 2 e 3 anos

() entre 3 e 4 anos

() mais de 4 anos

5 – Qual é a sua profissão?

6 – Qual o seu grau de instrução?

() Sem escolaridade

() Primário (1ª a 4ª série)

() Ginásial (5ª a 8ª série)

() Colegial/Científico/Normal (2º grau)

() Superior

() Mestrado

() Doutorado

7 - Você fez algum curso visando se capacitar para exercer o papel de Secretário de Saúde?

Quais:

() Finanças públicas

() Legislação

() Orçamento

() Planejamento

() Recursos Humanos

() Saúde Pública

() Nenhum curso

() Outros. Cite: _____

8 - Além de Secretário de Saúde, você tem outra atividade?

() Sim, somente na área pública

() Sim, somente na área privada

() Sim, tanto na área pública como na área privada

() Não

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

9 – Você ocupa o cargo de Secretário de Saúde do Município:

- Desde a gestão anterior
- desde o início da gestão atual
- após o início da gestão atual

10 – Antes de assumir este cargo, você já havia trabalhado na área de saúde?

- Sim
- Não

11 – Você já ocupou anteriormente função de direção em órgão público?

- Sim, somente na área de saúde
- sim, mas não na área de saúde
- Sim, na área de saúde e também em outra(s) área(s)
- Não

12 – Você já ocupou anteriormente o cargo de Secretário de Saúde?

- Sim, neste município
- Sim, em outro município
- Não

13 – Qual a sua situação profissional anterior? (assinale mais de uma alternativa, se for o caso)

- Profissional autônomo
- Funcionário da esfera privada
- Funcionário da esfera pública
- Proprietário/empresário
- Não trabalhava

TRAJETÓRIA POLÍTICA

14 – Você é filiado a algum partido?

- Sim. Qual? _____ Há quanto tempo? _____
- Não

15 – você já foi filiado a outro(s) partido(s)?

- Sim. Qual (is)? _____
- Não

16 – Você já foi eleito para algum cargo político? (assinale mais de uma alternativa, se for o caso)

- Sim, vereador. Em que ano? _____
- Sim, prefeito. Em que ano? _____
- Sim, vice-prefeito. Em que ano? _____
- sim, deputado. Em que ano? _____
- Outros. Cite: _____
- Não

17 – Você já se candidatou a algum cargo político?

- Sim. Em que ano? _____
- Não

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS NA ÁREA DE SAÚDE

18 – De qual(is) evento(s) você participou nos últimos 10 anos?

- VIII Conferência Nacional de Saúde
- IX Conferência Nacional de Saúde
- X Conferência Nacional de Saúde
- Encontros Nacionais de Secretários de Saúde
- Conferência Estadual de Saúde
- Conferência Municipal de Saúde
- Encontros Regionais de Secretários de Saúde
- Não participei de nenhum deles

19 – Você participa das Entidades representativas dos Secretários Municipais de Saúde?

- Sim, como dirigente
- Sim, como membro do Conselho de Representantes
- Sim, como participante de Encontros
- Não participo, embora seja associado
- Não participo nem sou associado

SOBRE O ORÇAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE

20 – Na elaboração do Orçamento Municipal, cite em ordem de importância, quem tem maior influência :

- Secretário Estadual de Saúde
- Secretário Municipal de Saúde
- Prefeito
- Conselho Municipal de Saúde
- Políticos locais
- Consultores ou empresas de consultoria externa
- Outros: _____

SOBRE AS PRIORIDADES

21 – As prioridades em Saúde no seu Município são definidas a partir de que critérios ou procedimentos ? Assinale em ordem de importância.

- Parecer do corpo técnico
- Propostas de conselhos ou Conferências de Saúde
- Solicitações de políticos locais
- Sugestões de outras esferas (bipartite, Estado ou União)
- Demanda espontânea (solicitações individuais ou de comunidades)
- Outras. Citar:

SOBRE PRESTAÇÃO DE CONTAS

22 – Assinale a quem a Secretaria de Saúde do Município presta contas de seus gastos:

- Associação de Moradores
- Câmara de Vereadores
- Conselho de Saúde
- Prefeito
- Outro Órgão Municipal. Qual?
- Outros: Cite:
- Não presta contas

SOBRE INFORMAÇÕES À POPULAÇÃO

23 – Assinale os meios de informações regularmente oferecidas à população através dos meios de comunicação disponíveis:

- Divulgação de ações e campanhas
- Divulgação de Funcionamento de serviços
- Informação específica para os Conselhos (ou semelhantes)
- Divulgação de resultados da gestão
- Outros. Cite:
- Nenhuma

SOBRE FORMAS DE GESTÃO

24 – Assinale de quem a Secretaria de Saúde Municipal recebe apoio técnico:

- Agências Internacionais
- Comissão Bipartite
- Consultoria privada
- COSEMS-ES
- Governo Estadual
- Governo Federal
- Organizações não governamentais
- Universidade
- Outras. Cite:

25 – Assinale as ações e programas adotados em sua Secretaria:

- Acompanhamento domiciliar
- Agente Comunitário de Saúde
- Cadastramento por base geo-referenciada
- Cartão do usuário
- Central de ambulância
- Central de Informações
- Central de Internações
- Central de marcação de consultas
- Colegiados de gestão
- Controle de endemias
- Desospitalização da saúde mental
- Distrito sanitário
- Internação domiciliar
- Programa de saúde da família
- Terapias “não convencionais”
- Vigilância sanitária
- Vigilância epidemiológica
- Outras:

OPOSIÇÃO E APOIO À SUA GESTÃO

26 – Quais são as forças sociais que fazem maior oposição à sua gestão?

- Câmara de vereadores
- Conselho Municipal de Saúde
- Outras Secretarias Municipais
- Prestadores privados de Saúde
- Profissionais de Saúde
- Servidores públicos
- Associações comunitárias ou de usuários
- Outros. Cite:

27 – E quais são as forças sociais que dão maior apoio à sua gestão?

- Câmara de vereadores

- Conselho Municipal de Saúde
- Outras Secretarias Municipais
- Prestadores privados de Saúde
- Profissionais de Saúde
- Servidores públicos
- Associações comunitárias ou de usuários
- Outros. Cite:

REALIZAÇÕES E FRUSTRAÇÕES

28 – Na sua opinião, qual foi a realização mais importante de sua Secretaria neste governo?

29 – E qual foi a experiência que lhe causou maior frustração?

SOBRE O COSEMS-ES

30 – Você participa das Assembléias ordinárias do COSEMS-ES?

- Sim
- Não

31 – Com que frequência?

- Sempre /regularmente
- Eventualmente

32 – Na sua opinião o COSEMS-ES?

- formula políticas de Saúde para todo o Estado
- Não formula políticas de Saúde
- Só implementa políticas já definidas pela SESA/MS

33 – O grau de intervenção do COSEMS-ES na CIB-ES é ?

- Propositivo
- Apenas participativo
- Decisivo

34 – Você tomou conhecimento da existência do COSEMS-ES?

- Ao assumir a Secretaria de Saúde Municipal
- Antes de assumir a Secretaria de Saúde Municipal
- Algum tempo depois de assumir a Secretaria de Saúde Municipal

Anexo III - Principais temas das atas do COSEMS-ES e da CIB-ES

Anexo III - Principais temas das atas do COSEMS-ES e da CIB-ES

DOCUMENTOS DO COSEMS-ES

Data	Origem	
		Reunião do COSEMS-ES. Pauta: <ul style="list-style-type: none"> - Bipartite - representantes - Conselho Estadual de Saúde (representantes do COSEMS-ES) - Seminário – Novos prefeitos e Secretários de Saúde. - Diretoria COSEMS-ES – ES – Nova composição. - Metas para 97: Bipartites regionais, Consórcios, Municípios em Semiplena.
	SPS/MS	Relação de municípios que não alimentaram o SINAN em abril e maio/00.
	Pref. Munic. Porto Seguro	Convite para I Fórum Nacional de Gestores em Saúde, 24 a 27/11/99, em Porto Seguro.

	Assessor do CONASEMS	Convida a Diretoria do CONASEMS, Presidentes de COSEMS-ES e assessores a participarem da Oficina de Concepção de uma Agenda Política Estratégica para implementação do SUS no Brasil, em Goiânia, 14 e 15/11/98.
	COSEMS-ES	Solicita ao Secretário Municipal em exercício, disponibilidade de dois computadores e uma impressora para apoio ao curso de auditoria em Domingos Martins.
	S.M.S. Aracruz	Indica representante para Câmara Técnica da CIB-ES
	COSEMS-ES	Para Secretários de Saúde do ES. Convida para abertura curso de Capacitação e Aperfeiçoamento de Auditores 02/08, em Domingos Martins.
	SMS Afonso Cláudio	Convite para Conferência Municipal de Saúde da Microrregião Sudoeste Serrana.
	CONASEMS	Encaminha decisão nº 404/00, TCU, com relatório de auditoria que fundamentou questões relacionadas ao desempenho do PNI e as coberturas vacinais alcançadas.
	SPS/MS	Relatório do programa de ação na área de Saúde/99 – Diagnóstico. <ul style="list-style-type: none"> - Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde no ano de 1999 (01/01 a 15/10) com implicações para a Gestão Municipal. - Posição do CONASEMS sobre a “Emenda Aglutinativa Substitutiva à PEC 82 – A/95 “Proposta de 26/10/99. - Relatório da oficina de formulação de agenda estratégica para consolidação/implementação do SUS, 14 e 15/11/98 - Composição do Teto Financeiro de Epidemiologia e controle de doenças.

	COSEMS-ES	Para Secretários Municipais de Saúde do ES Convida para Seminário Vigilância Qualidade de água (VIGISUS) Ponta Formosa, 11/11/98
	COSEMS-ES	Convida Gilson Carvalho para Assembléia do COSEMS-ES, 09/10/98.
	COSEMS-ES	Avisando que não haverá reunião COSEMS-ES, 07/08/98 - motivo: Curso Auditores.

	COSEMS-ES	Para Secretários de Saúde do ES. Informa que não haverá Assembléia 03/07. Seminário 10/07 auditório Rede Gazeta, Pauta: Auditoria.
	COSEMS-ES	Para Secretários de Saúde do ES. Informa que não haverá assembléia COSEMS-ES janeiro/98.
	COSEMS-ES	Para Secretários de Saúde do ES. Comunica reunião dos municípios atingidos pela seca, Nova Venécia 23/07.
15/08/95	SESA/GS	Convite para participação de discussão para formação de Consórcio

		Intermunicipal de Saúde, 22/08/95
19/12/96	CONASEMS	Informa ao COSEMS-ES que o CONASEMS participa ativamente da organização do II Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Havana, de 2 a 6/06/97. Solicita apoio na divulgação do evento e participação dos municípios.
17/01/97	GM	Comunica que o MS promoverá TELEDEBATE via EMBRATEL dia 30 cujo objetivo é fortalecer as três Esferas.
23/01/97	CONASEMS	Pede ao COSEMS-ES/ES comunicação da data do Encontro Estadual e/ou Assembléia Geral para eleição de diretoria. Motivo: divulgação e acompanhamento.
28/02/97	CONASEMS	Encaminha ao COSEMS-ES folhetos referentes ao II Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, local Havana – Cuba, de 2 a 6/06/97.
10/03/97	SESA/ ASSTEC	Envia resposta ao COSEMS-ES, do Sr. Ministro da Saúde à solicitação de esclarecimentos sobre a NOB/96 por parte da SESA e do COSEMS-ES.
25/06/97	CONASEMS	Envia ao COSEMS-ES 2ª. Via dos boletos dos municípios que não efetuaram o pagamento da contribuição, referente ao 1º. Semestre/97.

01/08/97		Assembléia geral do COSEMS-ES. Pauta: Curso de Auditoria. (COSEMS-ES + Escritório Regional MS +SESA).
08/08/97	CONASEMS	Para COSEMS-ES. Considerações em relação à contribuição dos municípios ao CONASEMS.
11/08/97	São Paulo	Encaminha ao COSEMS-ES pronunciamento do deputado federal Welson Gasparine (PSDB, SP) sobre o desfinanciamento da saúde, por parte do governo federal. É importante que todos os SMS do País mantenham a população, imprensa e a classe política informadas.
13/08/97	MS/SE/GAB	Informa os recursos liberados em 13/08/97: abono de 25% das AIH, mês de junho 97 a todas unidades federais com exceção de Roraima; abono de 25% do SIA/SUS, mês de junho de 97 às Unidades Federais, com exceção da Bahia; pagamento a todos os municípios habilitados em gestão Semiplena, julho 1997.
02/09/97	COSEMS-SP	Ao COSEMS-ES o comunicado Saúde Brasil! Conclamando a todos em Defesa do SUS.
09/10/97	GAB/ CENEPI	Encaminha ao COSEMS-ES informações sobre a situação epidemiológica do Sarampo para divulgação junto aos Secretários Municipais.
11/11/97	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva	Convida COSEMS-ES para reunião preparatória, 25/11, na UFES, para o grande debate sobre financiamento do SUS.

21/11/97		Reunião de diretoria do COSEMS-ES. Pauta: <ul style="list-style-type: none"> - Balanço do ano de 1997. - Planejamento para o ano de 1998. - Apresentação de contas: Diretoria, Financeiro e outros. - Festa de Confraternização. - Encaminhamentos da última assembléia: SEMES.
25/11/97	GM	Comunica envio da cópia da proposta de implementação da descentralização do SUS apresentada pelo Ministro da Saúde à (CIT): repasse de recursos, definições relativas a atenção básica em saúde, ações relativas aos programas farmácia básica e de combate as carências nutricionais. Também apresenta propostas de regulação do Índice de Valorização de Resultados (IVR), documentos orientadores relativos aos “Planos Estaduais” e “Municipais de Saúde”, ao “Relatório de Gestão”, à “PPI” e à formação de consórcios intermunicipais de saúde.
28/11/97	CONASEMS + COSEMS-ES	Informa ao COSEMS-ES que os deputados Darcísio Perondi e Eduardo Jorge acharam prudente adiar a votação do PEC 169. O Presidente do COSEMS-ES reitera que todos devem continuar enviando cartas e telegramas aos deputados solicitando voto em favor do PEC e mobilizar para ida a Brasília na data da votação. Ressalta que a reunião do CONARES 01/12 e a do CIT dia 02/12, continuam mantidas.
02/12/97	Polinorte/ Aracruz	Comunica ao COSEMS-ES que o consórcio Polinorte de Saúde realizará o I Seminário Práticas Consorciadas de Saúde. Solicita apoio para viabilizar passagem aérea S. Paulo x Vitória x S. Paulo para palestrante.
03/12/97	Brasília	Ao Presidente do COSEMS-ES. Comunica recebimento of. 047/97 COSEMS-ES e informa que acompanhará votação da PEC/169. <ul style="list-style-type: none"> - Relatório do COSEMS-ES – ES. - Estatuto do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Espírito Santo – COSEMS-ES.
18/12/97	CONASEMS	Comunica que arrecadação do 2º. Semestre para CONASEMS/COSEMS-ES foi inferior a do 1º. Semestre. O diretor financeiro do CONASEMS e representante do Fundo Nacional de Saúde chegaram a seguinte forma de contribuição: desconto mensal do SIA/SUS com autorização dos secretários, creditado na conta corrente do CONASEMS que repassará 50% ao COSEMS-ES. O desconto segue critério populacional. Solicita que formulados assinados forem chegando ao COSEMS-ES seja enviado ao CONASEMS via SEDEX.
05/01/98	SMS- Brejetuba	Para COSEMS-ES. Informa formação e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Brejetuba-ES.
20/01/98	COSEMS-ES	Encaminha por deliberação em assembléia extraordinária, ao Ministro da Saúde, ofício solicitando prorrogação de prazo para manifestação dos municípios sobre enquadramento na Gestão Plena da Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal. Reforça a necessidade de revisão do teto financeiro do Estado e justificação para a mesma.

21/01/98	COSEMS-ES	Ao presidente do CONASEMS, encaminha cópia do ofício enviado ao Ministro de Saúde questionando urgência na manifestação dos municípios quanto à habilitação de gestão do SUS. Solicita informação quanto ao posicionamento do CONASEMS e apoio ao pleito do ES para revisão do teto financeiro do Estado.
26/01/98	GAB PR/FNS	Encaminha ao COSEMS-ES relação dos municípios que firmaram convênio com o Fundo Nacional de Saúde – MS relativos ao Plano de Erradicação do <i>Aedes Aegypti</i> – PEAA.
17/02/98	SESA/CES	Para COSEMS-ES. Solicita que na próxima Assembléia COSEMS-ES informe aos Secretários Municipais de Saúde para enviarem ao CES calendário de reuniões de seus respectivos conselhos.
26/02/98	COSEMS-ES	Em atenção ao of. PMDC/SECSAU/026/98, encaminha cópia do organograma desta Secretaria Municipal de Saúde à Secretaria de Saúde e Assistência Social de Domingos Martins.
27/02/98	GS/SMS/SMS/A racruz	Ao COSEMS-ES. Solicita relação dos Secretários Municipais de Saúde, Formação Profissional, Endereço para correspondência, Fax e Telefone.
06/03/98		Reunião de diretoria do COSEMS-ES. Pauta: 1 – Dengue. 2- PPI. 3- Planejamento COSEMS-ES – ES para 98. 4- Microrregiões de saúde. 5- NESC: proposta cursos para 98.
09/03/98	COSEMS-ES	Encaminha à Secretária Municipal de Aracruz, em atenção ao of. GS/SMS/SEMSA/nº. 0059/98 relação dos Secretários Municipais de Saúde com endereços.
12/03/98	COSEMS-ES	Comunica ao Presidente Bipartite indicação de Léa Márcia Campos como representante dos serviços municipais na Câmara Técnica da Bipartite.
16/03/98	COSEMS-ES	Para Secretários de Saúde do ES. Encaminha informativo COSEMS-ES nº. 37 e listagem do Banco do Brasil com agências e contas.
19/03/98	CI/MRMEN/ Linhares	Comunica ao COSEMS-ES que na reunião da Microrregião Metropolitana Expandida Norte deliberou-se por solicitar a convocação de assembléia extraordinária do COSEMS-ES para esclarecimentos sobre Piso Assistencial Básico (PAB), Incentivo do ICMS, Programação Pactuada Integrada (PPI).
31/03/98	COSEMS-ES	Encaminha ao Secretário Municipal de São José do Calçado, solicitação do curso da Escola Técnica de Saúde do ES – ETESES para apreciação e análise.
31/03/98	SPS	Solicita ao Presidente do COSEMS-ES seja entregue o Certificado “Saúde na Cidade” aos Secretários Municipais habilitados conforme NOB SUS 01/98, cujos prefeitos não compareceram a solenidade, 18/03, no Palácio do Planalto.
03/04/98	COSEMS-ES	Assembléia geral do COSEMS-ES. Pauta: - Encaminhamento da resolução da Bipartite que define o teto financeiro per capita. - Operacionalização da Gestão Plena da Atenção Básica. - Integração e articulação no combate à Dengue.

23/04/98	CIS/Cachoeiro, Presidente Kennedy	Ao COSEMS-ES. Pede empenho para que a Lei nº. 5344, de 19/12/96, possa ser alterada, incluindo artigo ou substitutivo para que o dinheiro destinado ao incentivo seja depositado diretamente no FMS, possibilitando ao Secretário de Saúde melhor controle e viabilização das aplicações.
23/04/98	Presidente Kennedy	Encaminha ao COSEMS-ES o representante da Microrregião (SMS de Castelo), de acordo com apuração em Assembléia Geral, em Presidente Kennedy, 23/04/98.
27/04/98	SMSI/Iúna	Comunica ao COSEMS-ES que a partir de 01/05/98 o novo secretário de saúde.
28/04/98	COSEMS-ES	Para Secretários de Saúde do ES. Encaminha informativo 38 e <i>folder</i> com informações sobre seminário.
28/04/98	COSEMS-ES	Envia ao Secretário da SESA informativo COSEMS-ES nº. 38, <i>folder</i> com informação sobre seminário e ofício do NESC divulgação agenda de 1998.
30/04/98	COSEMS-ES	Encaminha o informativo nº. 38 e o <i>folder</i> com informações sobre o seminário dia 08/05/98, para CIB-ES, Ministério de Saúde, IAPI, SESA e Câmara Técnica Bipartite, AL/ ES e Câmara Municipal .
02/05/98	COSEMS-ES	Encaminha a Secretaria de Saúde de São Mateus, por solicitação, contratação de prestadores do PAB utilizado pelo município de Vitória.
11/05/98	COSEMS-ES	Comunica a SESA eleição de novo representante (BS Francisco) do COSEMS-ES na Bipartite.
11/05/98	COSEMS-ES	Indica à Bipartite representante na Câmara Técnica Bipartite eleita em Assembléia, 08/05.
12/05/98	COSEMS-ES	Encaminha memento Terapêutico, Plano Estratégico da cidade de Vitória e <i>folder</i> do "Vitória on Line". Também o prospecto relativo ao Seminário do Colegiado de Secretarias Municipais de Saúde da Região Nordeste II.
12/05/98	COSEMS-ES	À Coordenação de avaliação de Gestão MS, solicita dois cursos de Aperfeiçoamento e Capacitação de Técnicos para Auditoria em Saúde para 78 municípios capixabas. Sugere cronograma para período de 03 a 08/08/1998 e 17 a 22/08/1998.
21/05/98	COSEMS-ES	À coordenadoria de controle e avaliação, FNS, MS do ES. DAC propõe realização em parceria de dois cursos para capacitação de auditores do Sistema Nacional de Auditoria e convida para reunião, 25/05/98, na Sala de reuniões da Semus.
27/05/98	COSEMS-ES	Encaminha a SMS de Guarapari, por solicitação, contratação de prestadores do PAB utilizado pelo município de Vitória.
24/06/98	COSEMS-ES	Solicita a Assistente de Comunicação Externa de A Gazeta a cessão do auditório, 10/07/98, para Seminário do COSEMS-ES.
01/07/98	COSEMS-ES	Convida o Secretário Estadual de Saúde para participar como palestrante no Seminário de Auditoria na rede Gazeta de comunicações.
02/07/98	COSEMS-ES	Solicita ao SMS de Vitória dois computadores e uma impressora para apoio ao curso de auditoria em Domingos Martins.
02/07/98	COSEMS-ES	Escritório Regional do MS e SESA convidam o Ministro de Saúde para o II curso de auditoria em Domingos Martins.

02/07/98	COSEMS-ES	Para SMS de Domingos Martins. Comunica que em parceria com o Escritório Regional do MS e SESA coordenarão curso de auditoria para Técnicos e solicita apoio com relação a uso de copiadoras e materiais de consumo.
05/07/98	COSEMS-ES	Assembléia ordinária do COSEMS-ES. Pauta: <ul style="list-style-type: none"> - Contrato para pagamento de prestadores de serviço de saúde. - Recadastramento. - Portarias PACS/PSF/25% incorporação à tabela/Ações Básicas de Vigilância Sanitária. - Informes do PAB. - Glosa de PAB dos municípios não habilitados. - Médicos autorizadores de AIH – Órgão Emissor de AIH dos municípios na Gestão Plena do Sistema.
05/07/98	COSEMS-ES	Encaminha aos Secretários Municipais de Saúde do ES, cópia de palestra proferida em 08/05/98, Vitória.
13/07/98	SMS	Ao COSEMS-ES solicita envio de 01 cópia de Legislação (Portaria) Regulamento, Normal e outros documentos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para desenvolvimento das ações de Auditoria no município e base para elaboração de seus documentos legais.
16/07/98	CONASEMS	Informa sobre o I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, 20 a 22/08, em Sobral (CE).
16/07/98	COSEMS-ES	Solicita ao Gerente Estadual do MS/ES liberação de servidores do MS para a comissão de organização do curso de “Capacitação e Aperfeiçoamento de Auditoria”.
16/07/98	COSEMS-ES	Convida Secretário Estadual de Saúde para a abertura do curso de “Capacitação e Aperfeiçoamento de Auditores”. Domingos Martins.
16/07/98	COSEMS-ES	Solicita a toda sociedade civil organizada reunião em Nova Venécia, 23/07. Objetivo: explicar plano: Rede de Solidariedade.
20/07/98	Instituto de Estudos Mon-teiro Lobato/Taubaté	Para COSEMS-ES. Encaminha, por sugestão do CONASEMS, 50 exemplares dos últimos números do Boletim Saúde Comunitária, para serem distribuídos aos Conselhos Municipais de Saúde.
21/07/98	COSEMS-ES	Convida coordenador oficial do UNICEF – Recife para participar da reunião dos municípios atingidos pela seca no ES, 23/07/98, em Nova Venécia.
28/07/98	COSEMS-ES	Encaminha material referente ao Programa Ação Comunidade Solidária ao SMS de Montanha.
28/07/98	COSEMS-ES	Encaminha material referente ao Programa Ação Comunidade Solidária ao representante Municipal de Educação de Nova Venécia e representante da UNDINES.
28/07/98	CONASS	Informa realização da Assembléia, 15/07, onde foi apresentado ao substitutivo à Proposta de Emenda à Constituição, PEC nº. 82, sobre financiamento para o SUS.
31/07/98	SESA/GS	Encaminha ao COSEMS-ES cópia do Ofício/Circular/CONASS/nº. 49 de 28/07/98.

05/08/98	GS/Brasília	Comunica ao COSEMS-ES que a SAS/MS realizará reuniões com Secretários Estaduais de Saúde e COSEMS-ES, em maio, junho e julho/98. A Secretaria de Estado de Saúde/SP sediará a reunião referente as regiões Sul e Sudeste, 13 e 14/08, ressalta que o indicado deverá estar ciente das questões a serem tratadas.
06/08/98	COSEMS-ES	Para Secretários Municipais de Saúde do ES Encaminha Informativo nº. 1 da Rede de Solidariedade aos municípios atingidos pela seca, e comunica Solenidade de instalação da Sala de situação do Espírito Santo, 27/08/88, no auditório da CEF. Solicita repasse do informativo às demais entidades do município. - Pauta da Reunião Sala de Situação: 1- Cadastro para Internet - (Gazeta – ZAZ). 2- Ver parceiro para custear Internet após não prorrogação Gazeta. 3- Of. à Embratel (Internet) 4- Fazer boletim Informativo. 5- Situação da voluntária (termo de adesão pelo COSEMS-ES). 6- Proposta situação + COSEMS-ES + UMDIME. 7- SERPRO.
10/08/98	COSEMS-ES	Ata de reunião, 10/08/98, no auditório da CEF com participação das entidades coordenadoras da Sala de Situação dos 27 municípios atingidos pela seca.
18/08/98	COSEMS-ES	Convida Rede Gazeta de comunicações para ser parceira no programa A Sala de Situação no ES.
20/08/98	COSEMS-ES	Encaminha aos municípios os textos publicados pelo Ministério da Administração Federal do Estado – MARE – Organizações Sociais e “A Reforma Administrativa do Sistema de Saúde”.
21/08/98	COSEMS-ES	Aos SMS do ES encaminha textos sobre atividades de gestão, planejamento, controle e avaliação.
21/08/98	COSEMS-ES	Conforme solicitação em ofício SESA/CES nº. 059/98 encaminha informações para viabilizar parcerias no processo de Participação Social no SUS.
25/08/98	COSEMS-ES	Ao Gerente Estadual do MS/ES. Solicita liberação de Servidores do MS para comporem a comissão do curso de Capacitação e Aperfeiçoamento de Auditoria, 13 a 19/11/98.
26/08/98	COSEMS-ES	Encaminha aos SMS textos sobre gestão.
31/08/98	FNS/CORES/ES	Através da Área de Endemias realiza acompanhamento técnico dos convênios pelos PEAS e informa que foram detectados problemas no cumprimento do convênio pelo município de Viana.
03/09/98	UNICEF	Informações sobre sala de Situação no combate aos efeitos da Seca do oficial de Projetos do UNICEF.
04/09/98	Gazeta Zaz	Informa liberação por 60 dias do acesso da Internet. Solicita dados necessários ao cadastro da entidade para posterior liberação.

04/09/98	COSEMS-ES	Comunica ao SMS de Baixo Guandu curso de Capacitação e Aperfeiçoamento do Técnico de Auditoria. Solicita enviar por fax o nome do técnico que irá participar.
04/09/98	COSEMS-ES	Convida Secretário Estadual de Saúde para abertura do curso de “Capacitação e Aperfeiçoamento de Auditores”, 13/09/98, Domingos Martins.
04/09/98	COSEMS-ES	Para Ministro da Saúde (José Serra), Informa sobre o II curso de auditoria, convidando-o para abertura do curso de “Capacitação e Aperfeiçoamento de Auditores”, 13/09/98, Domingos Martins.
15/09/98	COSEMS-ES	Encaminha aos SMS da Serra, Santa Teresa, BJ do Norte e São José do Calçado o ofício FNS/CORES/ES nº. 774.
22/09/98	COSEMS-ES	Solicita a liberação do auditório da Rede Gazeta, 09/10/98, para reunião com secretários, técnicos e comunidade da área de Saúde. Palestrante Gilson Carvalho, do Conselho Nacional de Saúde.
23/09/98	COSEMS-ES	Agradecimento ao Ministro de Saúde José Serra (curso “Capacitação e Aperfeiçoamento de Técnicos para o Sistema Nacional de Auditoria”), ressalta importância da parceria: SESA + MS.
24/09/98	COSEMS-ES	Convida assessor do CONASEMS, Gilson Carvalho, para participar como palestrante na Assembléia do COSEMS-ES, 09/10/98.
02/10/98	COSEMS-ES	AO CONASEMS + MS + AL/ES: importância política parceria curso de Auditoria.
02/10/98	COSEMS-ES	Para Secretário Estadual de Saúde: agradece participação da SESA.
07/10/98	COSEMS-ES	Convida Câmara Técnica da Bipartite para Assembléia Geral do COSEMS-ES, 09/10/98.
09/10/98		Assembléia geral do COSEMS-ES. Pauta: - Gestão em Saúde - ICMS – Saúde – Câmara Técnica da Bipartite. - Consórcios. - Desabilitação de municípios. - Plano Urgência/emergência (HSL, HUCAM, HINSO, HRAS, Santa Casa de Cachoeiro) gestão Alto Risco (HUCAM, HDS). Informes: 1 – Dengue. 2 – XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde 14 a 18 de novembro – Goiânia – GO. 3 – Curso de Auditoria.
13/10/98	COSEMS-ES	Encaminha ao Chefê do Departamento de Saúde da SMS de Baixo Guandu a Relação Municipal de Medicamentos da SMS de Vitória.
20/10/98	COSEMS-ES	Indica, à superintendente de Planejamento Epidemiológico, nomes para comporem a Unidade de Apoio Técnico do VIGISUS, em atendimento ao ofício IESP/SPEI/APOIO/Nº. 1395/98.

03/11/98	FNS/CORES/SE OPE/ SEVEN	Encaminha ao COSEMS-ES – ES, relatório do treinamento para Capacitação em Malária dos profissionais de Nível Superior do SUS.
11/11/98	COSEMS-ES	Convida representante na CIB-ES para reunião, 20/11/98. Pauta: discussão e encaminhamento de assuntos referentes ao COSEMS-ES.
12/11/98	SESA/ ASSTEC	Encaminha ao COSEMS-ES, cópia do ofício circular SE/CS nº. 046, da Comunidade Solidária informando sobre “Curso de Educação à Distância Gestão em Saúde”, promovido pela ENSP.
20/11/98		Reunião de diretoria do COSEMS-ES, com representantes da CIB-ES e Câmara Técnica Bipartite. Pauta: 1 – Análise da conjuntura política atual. 2 – Balanço e avaliação de 1998. 3 – Planejamento para 1999. 4 – Pagamento de boletos. 5 – Vagas na diretoria (Colatina e Bom Jesus do Norte).

		6 – Festa de Confraternização. Informes: 1- Greve do IESP. 2- Dengue. 3- Política de Medicamentos da SEMUS. 4- XIV Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 5- Processo dos municípios na Câmara Técnica. 6- Pólo PACS / PFS.
20/11/98	SESA/GS	Convida representação do COSEMS-ES a participar da Oficina de Sensibilização para Consolidação do Pólo de Capacitação do PSF do ES, 27/11/98, na UFES.
23/11/98	CIB Microrregião Nordeste II/ B Esperança	Reivindica reunião extraordinária com representantes do COSEMS-ES na CIB-ES. Sugestão de pauta: 1- Revisão de teto financeiro. 2- Política de criação das Microrregiões. 3- Programação Pactuada Integrada.
24/11/98	COSEMS-ES	Manifesta ao Secretário Estadual de Saúde, preocupação com a deflagração da greve do IESP. Solicita que a SESA atenda as solicitações municipais na Câmara Técnica Bipartite. (visita para análise técnica e futuro enquadramento em alguma forma de gestão).
26/11/98	COSEMS-ES	Convida Secretário Estadual de Saúde para Assembléia Geral do COSEMS-ES, 04/12/98.
26/11/98	COSEMS-ES	Convida representantes da Câmara Técnica e na CIB para Assembléia Geral, 04/12/98, no Clube Ítalo Brasileiro.
27/11/98	COSEMS- ES/RN/Natal	Convida COSEMS-ES para V Congresso de prefeitos e Secretários Municipais de Saúde do RN, 11 e 12/12, em Natal.
03/12/98	CONASEMS + COSEMS-ES	Comunica alteração estatutária em relação a composição do CONARES, passando a ser composto de 03 membros do COSEMS-ES, sendo o Secretário Municipal de Saúde da capital membro nato. Solicita indicações e convoca para a reunião do CONARES 14/12/98. - Pauta 1- Eleição: Cargo Diretoria Executiva; 2- Análise de Gestão da Entidade em 1998. 3- Planejamento da Entidade 1999. (Confirmação municípios São José do Calçado, Montanha, Santa Teresa, Serra).
04/12/98	COSEMS-ES	Assembléia geral do COSEMS-ES. Pauta: - Perspectivas para 1999. - Microrregião Nordeste II, VIGISUS, PPI - – Bipartite - Informes: 1 – Situação da Tuberculose no ES. 2 – Polo de Capacitação PACS/PSF 3 – Municípios Capixabas atingidos pela seca 4 – Balanço Geral do ano de 1998. 5 – Gestão de cidades.
17/12/98	COSEMS-ES	Para SMS: Santa Maria de Jetibá, Laranja da Terra, Aracruz, Marilândia, Castelo, Boa Esperança e Pinheiros. Encaminha relatório sobre treinamento para capacitação dos servidores do SUS em Malária e Projeto VIGISUS do MS para conhecimento e divulgação na microrregião de Saúde.

17/12/98	COSEMS-ES	Para Secretários Municipais de Saúde do ES Convida para reunião, 22/12/98. Pauta: avaliação anual do COSEMS-ES, inclusive as recentes deliberações da CIB-ES. Comunica que às 14 horas a reunião será com representantes dos municípios que tiveram sua forma de gestão modificada, para esclarecimentos.
17/12/98	COSEMS-ES	Para Secretários Municipais de Saúde do ES Convida para reuniões de avaliação anual do COSEMS-ES, 22/12/99. Pauta: esclarecimentos e definições de mecanismo de apoio do COSEMS-ES aos municípios.
22/12/98	SESA/GS	Comunica ao COSEMS-ES, em atenção ao ofício 060/98 COSEMS-ES, ter visitado os municípios prioritários para enquadramento em alguma forma de gestão.
03/02/99	MS/SE/GAB	Informa liberação de recursos: AIH's e SIA/SUS.
05/02/99	SESA/IESP/ SRH/CO- DRHU/CFSC	Convite para 2ª reunião do grupo de trabalho: Formalização do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de RH do PSF, 05/02/99.
09/02/99	MS/SE/GAB	Informa liberação dos recursos: Gestão Plena de Sistema Municipal e PAB e REFORSUS.
10/02/99	SOEPE/FNS/ ES	Encaminha informações sobre ações de controle e combate às endemias no ES.
12/02/99	CIB-ES	Convite para reunião extraordinária da CIB-ES, 18/02/99 – Pauta: 1- Apreciação de critérios de distribuição dos veículos do PEAA 2- Apresentação dos Planos Municipais de Combate às Carências Nutricionais: Anchieta, Boa Esperança, Pancas e Ponto Belo 3- Repasse de teto financeiro referente às cirurgias oftalmológicas: Colatina. 4- Avaliação do PACS: P.Canário, BS Francisco, Cachoeiro, R. Bananal, SG da Palha, A Chaves, B Esperança, D Martins e Muqui.
23/02/99	SESA/IESP/ SRH/CO- DRHU/CFSC	Solicita cópia do ato de nomeação do Pres. do COSEMS-ES, para compor processo de formação do Convênio para formalização do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente em PSF.

02/03/99	FNS/CORES/ SEOPE	Convite para reunião técnica para elaborar em conjunto programação de ações para controle das endemias no ES em 1999, 12/03/99 (Vila Velha), 10/03/99 (Domingos Martins) e 05/03/99 (Linhares)
03/03/99	CONASEMS	Convite para participar de seminários: Política de RH: uma estratégia para a construção do SUS, 25 e 26/03/99, São Paulo.
17/03/99	CIB-ES	Convite para reunião ordinária da CIB-ES, 22/03/99 – Pauta: 1- Questionamento de S Mateus sobre resolução da CIB-ES: remanejamento de veículos do PEAa 2- Pagamento de produção de procedimentos ambulatoriais básicos ao Hosp. Roberto Silvaes 3- Repasse de teto financeiro de tomografia computadorizada para Macrorregião 4- Apresentação de relatório de visita técnica: Alto Rio Novo 5- Apresentação de Plano Diretor VIDEO-SUS 6- Aprovação de Planos Munic. De Combate às Carências Nutricionais: Mucurici, Itarana, B. Guandu, Sooretama, Vitória, Pinheiros, J. Monteiro 7- Avaliação PACS/PSF: Alegre, Ecoporanga, Fundão e Mantenópolis
16/04/99	SESA/IESP/ SPEI	Convite para 1ª reunião da Comissão Estadual da Cólera, 26/04/99, na SESA, e indicação de representantes do COSEMS-ES
16/04/99	CENEPI/GAB/F NS	Solicita informações referente aos meses de janeiro a março/99, sobre a situação de alimentação junto à SESA, pelas SMS, necessárias ao cumprimento da Portaria que estabeleceu o PAB
19/04/99	CONASEMS + COSEMS-ES	Encaminha documento elaborado pelo Dr. Gilson de Carvalho, sobre legislação do SUS, ressaltando itens que devem ser observados e cumpridos pelos Secretários Municipais de Saúde
20/04/99	CIB-ES	Convite para reunião ordinária da CIB-ES, 23/04/99 – Pauta: 1- Aprovação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais: Itapemirim 2- Aprovação PACS/PSF: Rio Bananal, Nova Venécia, Mucurici e Barra de S. Francisco 3- VIGISUS 4- Discussão sobre emissão de AIH por municípios enquadrados na Gestão Plena da Atenção Básica 5- Aprovação de relação de prestadores dos municípios que estão na Gestão Plena do Sist. Municipal 6- Apresentação de relatório de visita técnica: Viana e Pleito da Gestão Plena da Atenção Básica 7- Apresentação de relatório de acompanhamento de gestão: Conceição da Barra 8- Calendário de reuniões da CIB-ES
05/05/99	CIB-ES	Convite para reunião ordinária da CIB-ES, 07/05/99 – Pauta: 1- Aprovação da habilitação de Viana na Gestão Plena da Atenção Básica 2- Assistência farmacêutica 3- Discutir metodologia da Avaliação de Gestão dos municípios habilitados na Gestão Plena e consórcios 4- Discutir metodologia do proc. De avaliação da Atenção Básica 5- Discutir metodologia para elaboração de teto financeiro 6- Discutir portaria/MS 55 – rotina do TFD 7- Aprovação do PACS: SR Canaã, Brejetuba, C. Castelo, São Mateus, Vila Pavão, Apiacá, BJ Norte, SJ Calçado e Aracruz.
06/05/99	SEAUD/ES/ MS	Encaminha DGCAD 588/99, cujo trabalho foi realizado pela Equipe de Serviço de Auditoria do MS no ES, município de Vila Velha
11/05/99	IESP/SPEI/ APOIO	Convite para 2ª reunião ordinária da Comissão Estadual da Cólera, 17/05/99, na SESA
12/05/99	CIB-ES	Reunião extraordinária da CIB-ES, 14/05/99 – Pauta: 1- Aprovação de elenco de medicamentos básicos, termo de adesão e

		<p>planilha para programação ajustada ao teto financeiro</p> <p>2- Aprovação de remanejamento do teto financeiro para Cariacica, de patologia clínica e raio X</p> <p>3- Aprovação de alteração da resolução referente à distribuição dos carros de dengue</p>
13/05/99	IESP/SESA/SAS	Encaminha relatório da CCA/SESA: motivos que levaram à limitação dos valores de internação dos hospitais SIH/SUS – ES, a partir de abril/99.
24/05/99	DASS/MS	Campanha Nacional de Cirurgias de Catarata .
25/05/99	SESA/IICS/ES	Convite para III Conferência Estadual de Saúde, 23 a 26/06/99, em Vitória.
02/06/99	MS/SE/GAB	Informa pagamentos efetuados: SIA/SUS, SIH/SUS, Gestão Plena Municipal, Gestão Plena Estadual.
10/06/99	CENEPI/CIASS/FNS	Envia cópia do Of. C. 07/99/CENEPI/GAB/FNS, com dados consolidados, referentes aos meses de jan. a mar/99, sobre situação de alimentação junto à SESA, pelas SMS, de informação referente ao cumprimento da portaria que estabeleceu o PAB.
17/06/99	SESA/IESP/CCA	Resposta ao ofício 17/99, do COSEMS-ES, e informa realização de treinamento para implantação da nova tabela de procedimentos do SIA, com todos os municípios do Est. e prestadores de serviços dos municípios não habilitados, 16/06 a 13/07/99.
29/06/99	SOEPE/FUNASA/ES	Solicita intervenção para conscientizar município de Pinheiros, para firmar convênio com o MS, para implantação do PEAA, para combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>
14/07/99	CENEPI/FNS	Encaminha informações sobre campanha de multivacinação – 14/08/99.
06/08/99	COSEMS-ES	<p>Reunião do COSEMS-ES. Pauta:</p> <p>1- Prazo de vigência do Pacto de Indicadores</p> <p>2- Periodicidade das avaliações</p> <p>3- Desabilitação (Sim/Não)</p> <p>4- Revisão dos números de alguns indicadores</p> <p>5- Metas educativas para indicadores de hospitalização.</p> <p>6- Planos de trabalho para atingimento das metas.</p>
06/08/99	SEAUD/ES/MS	Convite para abertura do Treinamento de Capacitação em Auditoria de Gestão, 10/08/99, em Vitória
13/08/99	IBAM	Encaminha proposta para realização de Curso de Gestão Pública em Saúde
20/08/99	CONASEMS	Encaminha relatório de reunião do dia 09/08/99 e o programa de Oficina de Trabalho sobre Cidades e Municípios, 28/08/99, no Riocentro, com lançamento oficial da Rede Brasil de Cidades e Municípios Saudáveis.

24/08/99	DSS	Encaminha informação e propostas de operacionalização da 4ª Etapa da Campanha Nacional de Cirurgias Eletivas – cirurgia de próstata
31/08/99	SESA/IESP	Proposta para superação da falta de medicamentos básicos dos municípios
01/09/99	SESA/IESP/ SRH/CO- DRHU/CFSC	Encaminha cópia da Portaria que institui recurso para Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família e convite para integrar comissão de avaliação dos trabalhos
08/09/99	CONASEMS	Solicita presença do COSEMS-ES na Marcha da Saúde (22/09/99), de apoio à PEC da Saúde (196 e 82-A)
13/09/99	COSEMS-ES + CIB-ES	Reunião do COSEMS-ES e após, reunião ordinária da CIB-ES, 16/09/99 – Pauta: REFORSUS e outros. 1- Seleção de agentes comunitários – critérios 2- Convênio entre IESP e PM de Linhares – conclusão obras do Hospital Regional de Linhares 3- Solicitação de repasse financeiro/cooperação técnica para Pró-Matre Vitória 4- Solicitação de repasse financeiro/cooperação técnica para Santa Casa Misericórdia de Vitória. 5- Qualificação de agentes comunitários: Aracruz, Guarapari, LTerra, Pancas e Jaguaré 6- Apresentação de Planos Municipais de Combate às Carências Nutricionais: A Vivacqua e Vila Velha 7- Apresentação de Relatório de Auditoria de Gestão: P.Kennedy 8- Apresentação de proposta de aquisição de material e equipamento: Ponto Belo 9- Proposta de reabertura da Santa Casa de Guacuí 10- Proposta de reabertura do PS Pediátrico do Hosp. Dório Silva 11- Definição do pacto para aquisição e distribuição de medicamentos de atenção ambulatorial de saúde mental
21/09/99	CONASEMS	Convite para posse de auditoria executiva do CONASEMS, 06/10/99, Brasília
23/09/99	SESA/GS	Solicita inclusão em pauta de reunião do COSEMS-ES – assunto: documento que trata da Emenda Constitucional, visando acrescentar dispositivo ao art. 195, da Constituição Federal
23/09/99	CONASEMS	Comunica que a PEC entrou em votação no Congresso Nacional, mas não foi votado. Convida para estar em Brasília em 28/09/99
27/09/99	COSEMS-ES + CIB-ES	Reunião da CIB-ES e plenária do COSEMS-ES, 01/10/99. Pauta: 1- Discutir estratégias de fortalecimento das atividades de prevenção e controle de doenças 2- Encaminhar termo de compromisso entre PM para transferência de teto de internação para Mantenedores 3- Encaminhar questão das autorizações de AIH's de Brejetuba 4- Aprovar Plano de Trabalho de Aditivo da Dengue e Convênio de Controle de Endemias 5- Qualificação de agentes comunitários: A Chaves, B Guandu, Cachoeiro e SG Palha 6- Qualificação para equipe de PSF: Vargem Alta 7- Apreciar Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais: Mimoso do Sul e Ibirapu
27/09/99	FNS/CORES/SE OPE	Encaminha disquete contendo série história das endemias dos últimos 10 anos no ES
27/09/99	FNS/CORES/ SEOPE	Encaminha resumo de atividades do setor de entomologia da FUNASA/ES, realizada nos municípios de Vitória, Cariacica e Vila Velha.
08/10/99	CONASEMS	Informa que continua na Câmara dos Deputados a discussão da PEC. Solicita que continuem contatos e cobranças junto às bancadas federais do ES.
22/10/99	COPNI/ CENEPI	Solicita incrementação dos objetivos propostos para Erradicação de Pólio no País e que agende participação no Encontro Nacional, de 29/11 a 03/12,

		em Brasília.
03/11/99	COSEMS-ES + CIB-ES	Reunião CIB-ES e plenária do COSEMS-ES, 05/11/99 – Pauta: 1- Qualificação de agentes comunitários: AD Norte, AR Novo, J. Monteiro, Marilândia, Vitória, NV, R Bananal e Anchieta 2- Qualificação de equipe de PSF: Anchieta, Cachoeiro e Muniz Freire 3- Modificação da distribuição de equipamentos para US Básica do PSF 4- Avaliação de gestão: Água Doce do Norte, Águia Branca, Castelo e Anchieta 5- Parecer sobre denúncia a Aracruz 6- Apreciação do Plano de Trabalho do convênio com a FUNASA para controle das epidemias 7- Repasse financeiro para Prefeitura Municipal de Piúma 8- Apresentação de proposta para transferência de teto de hemodiálise para Colatina
18/11/99	CONASEMS	Informa que a PEC/saúde está no Senado, solicita empenho na divulgação para os SMS (fax e conversa com os Senadores do ES) articulando uma corrente favorável.
22/11/99	FUNASA/ GAB	Informa município de Cariacica está sob intervenção no Programa da Dengue. Sugere constar da agenda na próxima reunião do COSEMS-ES. Construção de proposta para elaboração da PPI/1999 – PPT/99, Relatório 5ª. Versão, 27/04/99.
25/11/99	CENEPI/ FUNASA	Convite para Oficina de Trabalho para Seleção de Indicadores da Atenção Básica para o ano de 2000, 13 e 14/12/99, em Brasília.
27/11/99	COSEMS-ES + CIB-ES	Reunião COSEMS-ES e após, da CIB-ES, 03/12/99 – Pauta: REFORSUS 1- Aprovar qualificação de agentes comunitários de saúde e equipe de PSF – Mucurici, Ibatiba, Ecoporanga, Cachoeiro de Itapemirim e Iúna 2- Aprovar plano municipal de Combate às Carências Nutricionais: AR Novo, Marataízes, Águia Branca, Ibatiba e M Floriano 3- Divulgar programa de modernização gerencial e reequipamento da rede assistencial privada no SUS 4- Avaliar proposta de aumento de teto financeiro para Anchieta 5- Avaliar proposta de transferência de tetos financeiros da Macrorregião de Cachoeiro (exames de mamografia) 6- Aprovar investimentos referentes aos recursos do BNDES 7- Deliberar quanto às conclusões de auditoria realizada em Colatina 8- Deliberar quanto à denúncia de Colatina – referente nomeação de conselheiros 9- Aprovar credenciamento de serviço de hemodiálise em Guarapari 10- Deliberar sobre solicitação de cooperação financeira de: BJ do Norte, Mimoso do Sul, RN do Sul e Alegre 11- Deliberar sobre auditoria referente a denúncias de Cariacica
29/11/99	SM de Ação Social Vitória	Solicita informações sobre Curso para Gestor em Saúde
03/02/00	CIB-ES	Convite para reunião ordinária da CIB-ES, 04/02/00. Pauta: 1) qualificação de equipes de PSF para municípios de A Vivácqua, Brejetuba, Iconha, L Terra, Montanha, Muqui, R Bananal, SJ Calçado, SR do Canaã; 2) deliberação sobre estudos de necessidade de tomografia computadorizada para Marataízes e transferência de teto financeiro; 3) deliberação sobre estudo de teto financeiro para terapia renal substitutiva no ES e Colatina; 4) deliberação referente a teto financeiro dos exames de patologia clínica de Cariacica
14/02/00	SEOPE/FUNAS A/ES	Encaminha para conhecimento: relatório das atividades de combate e controle de endemias no ES (1999); resumo epidemiológico ENDEMIAS (1999); resumo operacional ENDEMIAS (1999) e programação ENDEMIAS (2000)
14/02/00	CENEPI/GAB/F UNASA	Solicita indicação de representante para discutir Portaria 1399, referente a financiamento na área de epidemiologia e controle de doenças, 29/02/00, Brasília.
10/03/00	MS/SG/GAB	Informa liberação de pagamentos: FIDEPS, SIH/SUS, Gestão Plena Municipal e SIA/SUS

30/03/00	SMS BJ Norte	Solicita material educativo e aparelhos de pressão para o Dia Nacional de Hipertensão Arterial
17/04/00	GAB/SPS/MS	Convite para Oficina de Trabalho – avaliação do Pacto/99 e definição das diretrizes para negociação do Pacto/00, 03 a 05/05/00, em Brasília.
02/05/00	SMS D Martins	Solicita reunião extraordinária da diretoria do COSEMS-ES, com representantes da micro – assunto: PPI.
03/05/00	Micro Região Expandida Sul	Solicita reunião de diretoria do COSEMS-ES – assunto: problemas na PPI.
03/05/00	SESA/GS	Solicita inclusão em pauta de reunião COSEMS-ES – 12/03/00, assunto: padronização de formulários para exames de alta e média complexidade e protocolos médicos por especialidades.
08/05/00	SESA/GS	Solicita inclusão em pauta de reunião COSEMS-ES para manifestação do Presidente da PROFIS: convênio para repasse de recursos.
22/05/00	SGS/TCU	Encaminha cópia da Decisão 404/00, adotada pelo TCU, bem como relatório e voto que a fundamentaram.
02/06/00	CONASEMS	Encaminha abaixo-assinado sobre a PEC 86/99 da Saúde, para recolhimento de assinaturas.
07/06/00	CENEPI/ FUNASA	Informa que os recursos para a Campanha de Multivacinação serão repassados de maneira diferente dos anos anteriores, com as modificações enumeradas.
19/06/00	SESA/CIB-ES	Solicita indicação de representantes para Câmara Técnica, em virtude do afastamento de Cachoeiro. Aracruz indica representante.
13/07/00	SIS/MS	Solicita a indicação de interlocutor do SIOPS junto ao COSEMS-ES e a participação deste em seminário que aconteceu no Rio de Janeiro
17/07/00	CONASEMS	Convite para oficina de trabalho em preparação ao Seminário de Desburocratização, em 02/08/00. Presença confirmada do Presidente do COSEMS-ES.

10/08/00	GAB/SPS/MS	Encaminha planilhas que tratam da evolução do PACS e PSF contendo número de equipes e municípios beneficiados por esses programas até agosto de 2000.
15/08/00	COPNI/ CENEPI	Encaminha resultados da 1ª. Etapa da Campanha contra Polio e Sarampo, para avaliação do número de municípios do ES que não alcançaram a cobertura preconizada pelo Programa.
15/08/00	COPNI/ CENEPI	Encaminha resultados da 1ª. Etapa da campanha contra Polio e Sarampo, para avaliação do número de municípios do ES que não alcançaram cobertura preconizada pelo Programa. Solicita verificação de causas das baixas coberturas, comprometendo homogeneidade da Unidade Federal e adoção de estratégias para resgate na 2ª. Etapa da Campanha.
15/08/00	SESA/GS	Informa passar programação do treinamento de capacitação para Gerenciamento dos Programas de Controle e Vigilância do Câncer, visando formação de Gerentes Municipais, e listagem de participantes por município, nível de municipalização do programa, avaliação do treinamento e endereço dos participantes.

18/08/00	SESA/GS	Informa que, referente ao Edital NOB 96, a alimentação regular de dados de informações (SAI, SIH, SIM, SINASC, SINAN e outros) é pré-requisito para repasse de recursos financeiros aos municípios pelo Ministério da Saúde.
04/09/00	SESA/CES	Informa realização de oficinas de trabalho com Conselheiros de Saúde - tema central: "Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica de Saúde".
05/09/00	CONASEMS	Convida Presidentes de COSEMS-ES para a reunião em Brasília, 15/09, assunto: discussão com a Secretaria de Investimento de Saúde (SIS/MS) a implantação, abrangência e custos do Cartão SUS.
15/09/00	SESA/CES	Informa programação das oficinas de trabalho com Conselheiros Municipais de Saúde.
21/09/00	SMS ÁD Norte	Manifesta interesse na Descentralização dos RH da FUNASA. Relatório de visita técnica de avaliação do Sistema Municipal de Auditoria feita no município de ÁD Norte em 07/06/2000.
10/00	HS/SE/GAB	Informa liberação de pagamento: Plena Municipal, AIH e SIA/SUS.
30/10/00	CONASEMS	Convite para reunião preparatória e extraordinária da CIT (06 e 07/11) – Pauta: 1- Proposta de reorganização da assistência à saúde 2- Plano de metas 3- Responsabilidade fiscal
13/11/00	CONASEMS COSEMS-ES	Informa que será lançado site do COSEMS-ES, com o objetivo de implantar o Projeto da Rede de Cooperação e Informação do CONASEMS/COSEMS-ES/SMS (Portal), em caráter experimental
06/12/00	GAB/SPS/ MS	Encaminha relação dos municípios que não receberão o PAB pela não alimentação dos bancos de dados nacionais: DS Lourenço – Falta de alimentação do SINAN, Itapemirim – Falta de alimentação do SIAB.
15/12/00	CONASEMS	Informa não atendimento da solicitação (of. 061, 09/11/00), de Vitória, e que, para não prejudicar demais municípios divulgará dia 22/12/00 experiências referentes ao Projeto "Iniciativa Município Amigo da Criança". Solicita que o município envie uma única experiência, ligada a quaisquer das áreas: saúde, educação, ou assistência social.

PAUTAS DE REUNIÕES ORDINÁRIAS/EXTRAORDINÁRIAS – CIB-ES

	<i>EXTRAORD</i>	PONTOS DE PAUTA
19/02/97	Ordinária	1- Pedido de enquadramento em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde de Vitória 2- Projeto REFORSUS 3- Acerto FPO por parte dos municípios 4- Pedido de implantação do Polo de Capacitação em Saúde da Família 5- Pedido de enquadramento em Gestão Plena do município de Vitória
21/02/97	Extraordinária	1- Aprovação do pedido de Gestão Plena do Sistema Municipal do município de Vitória.
03/03/97	Extraordinária	1- REFORSUS
31/03/97	Extraordinária	1- Projeto do REFORSUS 2- Pedido do PSF do Ministério da Saúde
13/05/97	Ordinária	1- Solicitação de enquadramento em gestão dos municípios de Cariacica, Ibraçu, J. Neiva e S. Teresa 2- Indicadores para avaliar o impacto das ações no sistema e visita técnica aos municípios 3- Regulamentação dos documentos que deverão ser apresentados pelo município ao solicitar enquadramento 3- Funcionamento das CIM's 4- Teto financeiro 5- Regimento interno 6- Criação de consórcios de auditoria para municípios pequenos 7- Solicitação de recursos para unidades do município de Vitória 8- Informes do município de Cachoeiro.
28/05/97	Extraordinária	1- Proposta de teto financeiro 2- Recursos do REFORSUS para construção de hemonúcleo 3- Solicitação de recursos do MS para o município de Vitória 4- Solicitação de prorrogação do prazo para solicitar enquadramento em gestão 5- Oficina para discutir modelo de gestão 6- Solicitação do município de SJ do Calçado
12/06/97	Extraordinária	1- Enquadramento de municípios em gestão
16/06/97	Extraordinária	1- Apresentação do Projeto Saúde Bucal do município de Alfredo Chaves 2- Enquadramento de municípios
30/06/97	Ordinária	1- Enquadramento em gestão 2- Aprovação de Consórcio Intermunicipal de Saúde
28/07/97	Ordinária	1- Avaliação do Programa Saúde Bucal do município de A Chaves 2- Solicitação de espaço na CIB-ES para Vigilância Sanitária 3- Avaliação do pedido de ampliação do Hospital-Maternidade São Felipe, do município de A Vivacqua 4- Avaliação do pedido de aquisição de uma UTI móvel para o município de A Vivacqua 5- Pleito do município de Mucurici 6- Enquadramento dos municípios 7- Extrapolação de teto 8- Informes de Cachoeiro.

08/08/97	Extraordinária	1- Extrapolação de teto financeiro do Estado.
12/09/97	Ordinária	1- Enquadramento de municípios em Gestão Plena da Atenção Básica 2- Processos de capacitação de recursos do MS 3- Denúncia de gasto indevido do município de Alegre 4- Alto Rio Novo – recurso federal para reformar Maternidade Santa Bárbara 5- Iconha – pedidos de unidade portátil odontológica e de unidade móvel médico-odontológica 6- Prefeitura Municipal de Cariacica envia proposta de criação do Centro de Referência em DST/AIDS 7- SPEI solicita parecer da CIB-ES no convênio proposto ao MS com o fim de estruturar a Vigilância Sanitária da SESA 8- Modelo de Gestão de Estado x teto financeiro
17/10/97	Ordinária	1- Teto financeiro: fica aprovada a proposta de mudança de teto financeiro relacionado às Ações Básicas de Saúde, cuja distribuição será per capita, cabendo, portanto, a cada habitante/mês R\$ 0,70 2- Pesquisa de fluxo de paciente: fica aprovado a realização de estudos de viabilidade, objetivando pesquisa de fluxo de pacientes entre os municípios de uma estruturação da PPI, a ser feita no Estado
05/12/97	Ordinária	1- Aprovação do Hemonúcleo para São Mateus 2- Solicitação de enquadramento 3- Solicitação de aprovação do consórcio entre Linhares e Rio Bananal 4- Solicitação de ambulância para Iconha e Ibraçu 5- Solicitação de celebração de convênio entre o Ministério da Saúde, município de Vila Velha e Fundação Nacional de Saúde 6- Leitura do of. nº. 221/97/MS/SPSA, da Secretaria de Política de Saúde e de Avaliação
19/12/97	Ordinária	1- Solicitação recursos para projetos do município de Vila Velha 2- Aquisição unidade odontológica móvel para Ibraçu 3- Pleito Unidade Integrada de J.Monteiro, compra de equipamentos 4- Pleito da PM Alegre aquisição equipamentos e ambulância para Casa de Caridade São José 5- Solicitação recursos para construção e aquisição de equipamentos para a US de Ibraçu 6- Aquisição de equipamentos para o Hospital de Iúna 7- Enquadramento de São Roque do Canaã 8- Pedido de ambulância simples para o município de SG da Palha 9- Necessidade de se ter mais membros na Câmara Técnica 10- Agenda de reuniões da CIB-ES 11- Justificativa do maior investimento na região Sul do Estado do Deputado Luiz Buaiz
16/01/98	Extraordinária	1- Enquadramento em gestão 2- Processos a serem enviados à CIT
03/03/98	Ordinária	1- Leitura de atas 2- PPI 3- Enquadramento de municípios 4- Pleito de Alegre of. SMSS/PMA/nº. 036/98 e of. PMV/GAB/nº. 78/98 5- Regimento interno; P.M. A Chaves solicita auditoria na Fundação Assistencial de A Chaves, a fim de apurar irregularidades (processos nº. 09468412 e 11805757)
17/03/98	Extraordinária	1- Redistribuição do teto financeiro global dos municípios 2- Enquadramento de municípios

15/04/98	Extraordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Enquadramento de municípios 2- Solicitação de transferência de unidade móvel do município de Aracruz para microrregião metropolitana expandida Norte, feita através do OF/CI/MRMEN/002/98 3- Projetos da PM Vila Velha 4- Movimentação do Fundo Municipal de Saúde 5- Construção e aquisição de equipamentos para o LQF (REFORSUS) 6- Organização do serviço de arquivamento por microfilmagens dos hospitais públicos estaduais
05/06/98	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Priorização dos pleitos de municípios: recursos do BNDS e CVRD. 2- Apreciação da proposta sobre auditoria nas microrregiões 3- Apreciação da proposta de Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Fronteiriça entre os Estados da BA, MG e ES. CIS entre Estados, composto dos seguintes municípios do ES: P. Belo, Mucurici, Montanha e Pinheiro; da BA: Ibirapuã, Mucuri e Nova Viçosa; de MG: Carlos Chaves, Nanuque e Serra dos Aimorés. 4- Parecer sobre projeto de equipamento do Hospital Sagrado Coração de Jesus (REFORSUS) 5- Seleção de Agentes Comunitários de Saúde 6- Projeto de atendimento odontológico unidade móvel, SM de Jetibá 7- Enquadramento de SD do Norte e Itaguaçu e informes
29/06/98	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Avaliação dos consórcios 2- Avaliação dos novos pedidos de consórcios 3- Enquadramento de municípios 4- Avaliação do Projeto estudo para implantação do serviço de terapia renal substitutiva em Colatina 5- Avaliação dos municípios objetivando o ICMS 6- Teto financeiro 7- Projeto de construção do PS em Vila Pavão 8- Aquisição de equipamentos e ambulâncias para o município de SJ do Calçado 9- Convênio entre Água Doce do Norte e FNS 10- Planos Municipais de Combate às Carências Nutricionais 11- Gestores municipais que não atenderam à convocação para treinamento, objetivando implementação do SINASC nos municípios
06/07/98	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Consórcio CIS-NORFES 2- Recurso do ICMS 3- Desabilitação do município de Viana 4- Planos Municipais de Combate às Carências Nutricionais
17/07/98	Extraordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Gestores municipais que não atenderam à convocação para treinamento, objetivando implementação do SINASC nos municípios 2- ICMS 3- Denúncia da Fundação Médico Assistencial de C. da Barra
07/08/98	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Não pagamento da AIH pelo município de C. da Barra ao Hospital 2- Desenquadramento do município de Viana, pelo não cumprimento de exigências feitas pela CIB-ES em reunião realizada em 06/07/98 3- Planos de Combate às Carências Nutricionais 4- Convênio de Fundão com o Hospital São Camilo (Aracruz) 5- Denúncia da empresa Produtos Água na Boca contra o município de Vila Velha 6- Solicitação de aprovação do consórcio CIS-NORTES 7- Defesa do consórcio da Microrregião Central Serrana
04/09/98	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Critérios de avaliação dos municípios com vistas ao enquadramento 2- Plano de Combate às Carências Nutricionais de D. Martins, V. Alta, VN do Imigrante e Guarapari 3- Não repasse de pagamento devido aos hospitais públicos pelos municípios da Serra, Cariacica, S. Mateus e Cachoeiro 4- Apresentação do programa Odontologia Preventiva de SR Canaã 5- Solicitação de 02 ambulâncias para o município de V. Alta 6- Solicitação de mudança de gestão do município de Itapemirim

		<p>7- Pedido de credenciamento no SUS de serviços de medicina nuclear</p> <p>8-MS solicita esclarecimentos sobre o OF/SESA/ASSTEC/CIB-ES/Nº 32/98, que questiona a liberação de recursos da União para os municípios sem a prévia autorização da CIB-ES</p> <p>9- Esclarecimentos sobre denúncia contra o município de C da Barra</p> <p>10- Municípios qualificados para receber incentivo PACS/PSF</p>
21/09/98	Extraordinária	<p>1- Avaliação dos consórcios</p> <p>2- Metodologia de avaliação dos municípios</p>
30/09/98	Extraordinária	1- Avaliação de enquadramento dos municípios
07/10/98	Ordinária	<p>1- Resultados análises dos Planos Implantação de Controle e Avaliação</p> <p>2- Sistema Estadual de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência/Emergência</p> <p>3- Plano de Trabalho para aquisição de equipamentos para PSF</p> <p>4- Gestante de Alto Risco</p> <p>5- Resultado de auditoria do município de C da Barra</p> <p>6- Aquisição ambulâncias para D Martins e VN do Imigrante</p> <p>7- Justificativa de não pagamento do PAB ao Hospital Roberto Arnizout Silves pelo gestor municipal de São Mateus</p> <p>8- Planos de Combate às Carências Nutricionais</p> <p>9- Ajuste de teto financeiro para os municípios recém emancipados</p> <p>10- Hemodiálise: recurso de tratamento por BJ do Itabapoana (RJ) a pacientes do ES</p> <p>11- Projeto implantação da Vigilância em Saúde em Cariacica</p> <p>12- Conhecimento do representante do MS, no Mercosul (Saúde)</p> <p>13- Apresentação de valores do ICMS dos municípios</p>
22/10/98	Extraordinária	<p>1- Justificativa de não pagamento do PAB ao Hospital Roberto Arnizout Silves pelo gestor municipal de S. Mateus</p> <p>2- Ajuste de teto financeiro para municípios recém emancipados</p> <p>3- Hemodiálise: recurso de tratamento por BJ do Itabapoana a pacientes do Estado do Espírito Santo</p> <p>4- Projeto de implantação da Vigilância em Saúde – município de Cariacica</p> <p>5- Conhecimento do representante do Ministério da Saúde, no Mercosul (Saúde)</p> <p>6- Apresentação de valores do ICMS dos municípios</p> <p>7- VIGISUS</p> <p>8- Pedido de inclusão da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Colatina no Sistema Estadual de Referência Hospitalar no atendimento a gestantes de alto risco</p> <p>9- Relatório de visita da Câmara Técnica a Marataízes</p> <p>10- Recursos dos municípios: Piúma, Muqui, Ibatiba, quando à desabilitação</p> <p>12- Denúncia do Hospital de C Barra contra a SMS</p> <p>13- Incentivo PACS/PSF</p>
06/11/98	Ordinária	<p>1- Of. SMS 048/98, Anchieta, de 02/10/98, adendo ao Plano de Saúde de 1999</p> <p>2- Criação de Agência Nacional de Saúde</p> <p>3- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Central Serrana</p> <p>4- Relatório do CES</p> <p>5- Gestão Plena da Atenção Básica, solicitada por Marataízes</p> <p>6- Reenquadramento de municípios</p>

25/11/98	Extraordinária	<p>1- Definição de repasse de ICMS para os municípios desabilitados pela CIB-ES</p> <p>2- Visita técnica aos 12 municípios desabilitados e aos 05 que solicitaram habilitação ou mudança de gestão</p> <p>3- Análise dos itens do Conselho Municipal de Saúde pelo CES</p> <p>4- Desenquadramento de Viana pelo CES</p> <p>5- Projeto de Capacitação de Recursos para implantação do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família do ES</p> <p>6- Transferência de recursos financeiros provenientes do REFORSUS da SMS São Mateus para Prefeitura Municipal para implantação do Hemonúcleo em São Mateus</p>
09/12/98	Ordinária	<p>1- Exigência de emissão de nota fiscal de serviço pelo município de Pedro Canário</p> <p>2- Relatório da auditoria do MS realizada em C da Barra</p> <p>3- Mudança de gestão do município de Guaçuí</p> <p>4- Cessão de Uso e Pessoal do CRE, Hospital Infantil de Vila Velha, Hospital Antônio Bezerra de Farias e CREFES</p> <p>5- Plano de Combate às Carências Nutricionais</p> <p>6- Incentivo ao PACS/PSF</p> <p>7- Solicitação do município de Colatina de selecionar Agentes Comunitários</p> <p>8- Visita aos municípios desabilitados / novos pleitos de gestão (J Monteiro, Muqui, Jaguaré, Alto Rio Novo, Mucurici, Ibatiba, Piúma, Guarapari, Iúna, M. Freire, DS Lourenço</p> <p>9- Solicitação do município de Colatina de Cessão de Uso e Pessoal do CRE e Superintendência Regional de Saúde</p> <p>10- Remanejamento do teto entre os municípios da Grande Vitória</p> <p>11- Proposta de estabelecimento de critérios para distribuição de veículos e equipamentos adquiridos pela FNS/PEAa</p> <p>12- Solicitação de agilização da PPI</p>
23/12/98	Extraordinária	<p>1- Recurso de Conceição da Barra sobre desabilitação do município da Gestão Plena do sistema Municipal</p> <p>2- Of. nº. 213/98 (SJ Calçado), remanejamento de RH do Hospital IESP daquele município</p> <p>3- Situação do Hospital de D Martins por parte da SMS e Assistência Social</p> <p>4- Esclarecimento do Prefeito Municipal de Guarapari sobre CMS</p> <p>5- Correspondência do Rotary Clube de Conceição da Barra sobre desabilitação do município</p> <p>6- Orçamento da União para Saúde 98/99</p> <p>7- Denúncias do Hospital FUMAVI com relação à distribuição de AIH's</p>

22/01/99	Ordinária	<p>1- Termo de Compromisso de Ampliação dos Serviços de Assistência à Saúde da Micro Metropolitana</p> <p>2- Relatório da visita técnica à Conceição da Barra</p> <p>3- Gerenciamento dos recursos do PAB do município de Cariacica</p> <p>4- Apreciação do pleito do município de Sooretama para a Gestão Plena da Atenção Básica</p> <p>5- Resolução nº. 33/98, do CES</p> <p>6- Aprovação dos Planos de Combate às Carências Nutricionais dos municípios de Apiacá e Castelo</p> <p>7- Qualificação (PACS/PSF) de Mantenópolis e João Neiva</p> <p>8- Desqualificação de Equipe do PSF de B. Esperança e Pinheiro</p>
08/02/99	Ordinária	<p>1- Plano Estadual de Assistência Farmacêutica</p> <p>2- Reavaliar critérios distribuição dos veículos, motos e equipamentos de processamento de dados aos municípios para prevenção da dengue</p> <p>3- Rediscussão dos recursos destinados ao Corpo de Bombeiros para aquisição de viaturas para implantação do Projeto Resgate</p>
18/02/99	Extraordinária	<p>1- Apreciação dos critérios de distribuição dos veículos do Convênio MS/SESA – Programa de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i> (PEAa)</p> <p>2- Apresentação dos Planos de Combate às Carências Nutricionais dos municípios de Anchieta, B. Esperança, Pancas e P. Belo</p> <p>3- Aquisição de medicamentos para quimioprofilaxia da meningite meningocócica</p> <p>4- Solicitação de repasse de teto financeiro referente às cirurgias oftalmológicas pelo município de Colatina</p> <p>5- Avaliação do PACS, P. Canário, BS Francisco, Cachoeiro, R. Bananal, SG da Palha, A Chaves, B. Esperança, D. Martins e Muqui</p>
22/03/99	Ordinária	<p>6- Questionamento do município de S. Mateus sobre a Resolução da CIB-ES Nº 14/99 (referente ao remanejamento dos veículos do Convênio PEAa)</p> <p>7- Pagamento da produção de procedimentos ambulatoriais básicos ao Hospital Roberto A Silveiras pelo município de São Mateus (Resolução 61/98)</p> <p>8- Aprovação, mediante Termo de Compromisso da Santa Casa, a realização de exames sem cobrança adicional</p> <p>9- Visita técnica realizada no município de Alto Rio Novo</p> <p>10- Proposta para formatação do Plano Diretor do VIGISUS</p> <p>11- Aprovação dos referidos planos</p> <p>12- Desqualificação de Agentes Comunitários de Saúde dos municípios de Alegre, Ecoporanga, Fundão, Mantenópolis</p>
23/04/99	Ordinária	<p>1- Aprovação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais do município de Itapemirim</p> <p>2- Aprovação do PACS/PSF – qualificação de agentes / equipes dos municípios de R. Bananal, N. Venécia, Mucurici, BS Francisco</p> <p>3- VIGISUS</p> <p>4- Emissão de AIH pelos municípios que estão enquadrados na Gestão Plena da Atenção Básica</p> <p>5- Aprovação da relação de prestadores dos municípios que estão na Gestão Plena do Sistema Municipal – Portaria nº. 91/MS</p> <p>6- Apresentação do relatório da visita técnica do município de Viana e Pleito da Gestão Plena da Atenção Básica</p> <p>7- Apresentação dos relatórios de acompanhamento de gestão do município de C da Barra, conforme determina resolução 12/99</p> <p>8- Calendário das reuniões da CIB-ES</p>

07/05/99	Ordinária	<p>1- Aprovação da habilitação do município de Viana na Gestão Plena da Atenção Básica</p> <p>2- Assistência farmacêutica</p> <p>3- Discutir a metodologia da Avaliação de Gestões dos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal e consórcios para receberem o incentivo do CIMS – Saúde no ano 2000 (prazo final 30/06/99)</p> <p>4- Discutir a metodologia do processo de avaliação da Atenção Básica – Portaria nº 476 MS, publicada no DOU 22/04/99</p> <p>5- Discutir metodologia para elaboração do teto financeiro (prazo 30/06/99) Portaria nº 91 e Portaria 531 – MS, publicadas no DOU 02/02/99 e 03/05/99, respectivamente</p> <p>6- Discutir Portaria do MS nº 55 que dispõe sobre a rotina do TFD (tratamento fora do domicílio), publicada no DOU 26/02/99</p> <p>7- Aprovação PACS/PSF</p>
14/05/99	Extraordinária	<p>1- Apreciação e aprovação do elenco de medicamentos básicos, Termo de Adesão e Planilha para Programação ajustada ao teto financeiro</p> <p>2- Apreciação e aprovação do remanejamento do teto financeiro da Grande Vitória para Cariacica, correspondente a Patologia Clínica e Raio X</p> <p>3- Aprovar alteração da Resolução da CIB-ES nº 14/99, referente à distribuição dos carros da dengue</p> <p>4- Aprovar alteração da Resolução da CIB-ES nº 20/99, referente ao remanejamento do teto financeiro dos municípios de Vitória e Vila Velha para Cachoeiro.</p> <p>5- Aprovar Programação Orçamentária Integrada da FUNASA</p>
18/06/99	Ordinária	<p>1- Aprovação dos Planos de Combate às Carências Nutricionais</p> <p>2- Aprovação de Agentes Comunitários de Saúde</p> <p>3- Aprovação do Plano de Trabalho de Ações de Imunização</p> <p>4- Liberação, através de convênio de Cessão, de 01 unidade móvel (ônibus) para Vargem Alta</p> <p>5- Aprovação dos Consórcios</p> <p>6- Avaliação de municípios que estão enquadrados na Gestão Plena do Sistema Municipal</p>
26/06/99	Extraordinária	<p>1- Avaliação de Gestão dos Municípios</p> <p>2- Urgência e emergência</p>
28/06/99	Extraordinária	<p>1- Avaliação de gestão dos municípios</p>
02/07/99	Extraordinária	<p>1- Avaliação de gestão dos municípios</p> <p>2- Aprovação de consórcios</p> <p>3- Habilitação de novos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal</p> <p>4- Qualificação de Agente Comunitário</p>
05/07/99	Extraordinária	<p>1- Projeto do VIGISUS</p> <p>2- Gestante de alto risco</p> <p>3- Enquadramento de Gestão</p>
12/07/99	Extraordinária	<p>1- Definição de indicadores</p> <p>2- Aprovação de Agente Comunitário de Saúde</p>
26/07/99	Ordinária	<p>1- Definição de critérios para reprogramação do teto financeiro para municípios que estão na Gestão Plena do Sistema Municipal</p> <p>2- Aprovação do pacto da Atenção Básica (oficina em Nova Almeida)</p>

26/08/99	Extraordinária	1- Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde e equipes de PSF
16/09/99	Ordinária	<p>1- Seleção de agentes comunitários pelos municípios – definição de critérios propostos pela Câmara Técnica / Coordenação PACS/PSF – OF. SMS 182/99, Anchieta</p> <p>2- Convênio entre IESP e PM de Linhares para conclusão das obras do Hospital Regional de Linhares.</p> <p>3- Solicitação de repasse financeiro / cooperação técnica pela Associação Beneficente Pró-Matre de Vitória.</p> <p>4- Solicitação de repasse financeiro / cooperação técnica para a Santa Casa de Misericórdia de Vitória para custeio visando manter em funcionamento o Pronto Socorro, em parceria com a PM. Serra e PM Cariacica</p> <p>5- Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde</p> <p>6- Apresentação dos Planos Municipais de Combate às Carências Nutricionais dos municípios de Atilio Vivacqua e Vila Velha</p> <p>7- Apresentação do relatório de auditoria de gestão de P Kennedy</p> <p>8- Apresentação de proposta de aquisição de material e equipamentos para a US3 (sede) de Ponto Belo</p> <p>9- Proposta de reabertura da Santa Casa de Guaçuí</p> <p>10- Proposta de reabertura do PS Pediátrico do Hospital Dório Silva em parceria com a PM Serra</p> <p>11- Definição do pacto para aquisição e distribuição medicamentos de Atenção Ambulatorial de Saúde Mental, Portaria nº 1077, de 24/08/99</p> <p>12- Pagamento do teto financeiro mínimo por internações ao Hospital localizado em Anchieta</p>
01/10/99	Ordinária	<p>1- Discussão sobre estratégias de fortalecimento das atividades de prevenção e controle de doenças.</p> <p>2- Encaminhamento de Termo de Compromisso entre Prefeituras Municipais para transferência de teto de internação de Cuparaque (MG) para Mantenedópolis</p> <p>3- Encaminhamento sobre a questão das autorizações de AIH's de Brejetuba</p> <p>4- Aprovação do Plano de Trabalho do Aditivo do Convênio da Dengue e Convênio de Controle de Endemia</p> <p>5- Apresentação do Relatório de Gestão de Irupi</p> <p>6- Qualificação de agentes comunitários para os municípios de A Chaves, B. Guandu, Cachoeiro e SG da Palha</p> <p>7- Qualificação de uma equipe de PSF de Vargem Alta</p> <p>8- Apreciação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais dos municípios de M do Sul e Ibirapu</p> <p>9- Remanejamento teto financeiro exames laboratoriais de Vila Velha</p> <p>10- Remanejamento de teto financeiro de oftalmologia de Vila Velha</p>

05/11/99	Ordinária	<p>1- Qualificação de agentes comunitários dos municípios de ÁD Norte, Anchieta, AR Novo, Itapemirim, J Monteiro, L Terra, Marilândia, N. Venécia, Pinheiro e Vitória</p> <p>2- Qualificação equipes de PSF de Anchieta, Cachoeiro e M Freire</p> <p>3- Modificação distribuição dos equipamentos para as US do PSF (Projeto REFORSUS), resolução 53/98. Remanejamento de recursos dos municípios de A Vivacqua, Piúma, VN Imigrante para Aracruz, Anchieta, Iconha, M Sul, Fundão, J Neiva e D Martins</p> <p>4- Avaliação de gestão dos municípios de ÁD Norte, Á Branca, Castelo e Anchieta (relatório de auditoria CCA), Alegre, Atílio Vivacqua, Ibatiba, João Neiva, S. Teresa, V. Alta</p> <p>5- Parecer da CIB-ES sobre denúncias de Aracruz</p> <p>6- Apreciação do Plano de Trabalho do convênio a ser firmado com a FUNASA sobre ações de controle das epidemias</p> <p>7- Repasse para a PM. Piúma, para a conclusão das obras de reforma e ampliação do Hospital NS da Imaculada Conceição</p> <p>8- Apresentação de proposta de transferência de teto de hemodiálise para Colatina</p>
03/12/99	Ordinária	<p>1- Aprovação de qualificação dos agentes comunitários de saúde dos municípios de Cachoeiro, C da Barra, Ecoporanga, Ibatiba e Mucurici</p> <p>2- Aprovação do plano municipal de Combate às Carências Nutricionais de AR Novo, Marataízes, Águia Branca, Ibatiba e M. Floriano</p> <p>3- Divulgação do programa de modernização gerencial e reequipamento da rede assistencial privada do SUS no Estado.</p> <p>4- Avaliação da proposta de aumento do teto financeiro de Anchieta, no referente ao atendimento da demanda encaminhada por Guarapari, para internação hospitalar,</p> <p>5- Avaliação da proposta de transferência dos tetos financeiros da Macrorregião de Cachoeiro, referente a exames de mamografia,</p> <p>6- Aprovação recursos, para investimentos, do BNDES</p> <p>7- Deliberação quanto às conclusões da auditoria realizada em Colatina</p> <p>8- Deliberação quanto à denúncia à Colatina, referente à nomeação dos Conselheiros representantes dos profissionais de saúde no CMS</p> <p>9- Aprovação do credenciamento do serviço de hemodiálise em Guarapari</p> <p>10- Deliberação sobre solicitação de acerto de cooperação financeira dos municípios de Bom Jesus do Norte, Mimoso do Sul, Rio Novo do Sul e Alegre</p> <p>11- Deliberação sobre auditoria referente às denúncias a Cariacica</p>

05/12/99	Extraordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Apresentação da portaria que define incentivo do governo estadual aos municípios para o PSF 2- Qualificação de equipes de PACS/PSF 3- Aprovação do processo seletivo de agentes comunitários de saúde pelos municípios 4- Habilitação na GPAB dos municípios de P Kennedy, Irupi, DS Lourenço, DR Preto, RN do Sul e S. Leopoldina 5- Aprovação dos investimentos referentes aos recursos do BNDES 6- Deliberação quanto à denúncia de Colatina, CMS 7- Deliberação quanto às conclusões da auditoria realizada em Colatina 8- Oferta de exames de alta complexidade para a regional de Colatina 9- Processo de solicitação de ajuda financeira do Hospital Maternidade Rio Novo do Sul
21/01/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Qualificação de agentes comunitários de saúde – ACS 2- Qualificação de equipes de saúde da família – PSF 3- Processo nº 17144817/99 – referente à auditoria realizada pelo Tribunal de Contas da União nos municípios de Alegre e Cachoeiro de Itapemirim 4- Processo nº 17106877/99 – referente à reivindicação de Cariacica objetivando revogação da resolução CIB-ES nº 89/99 (suspensão dos repasses do Programa de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i> de Cariacica) 5- Processo 17122910/99 – referente à solicitação de Itapemirim para aquisição de 01 unidade móvel odonto-médico junto ao MS. 6- Alteração da Planilha de Investimento do BNDES 7- Transferência do teto financeiro de Vitória para Colatina, referente à hemodiálise 8- Avaliação de gestão dos municípios que estão na Gestão Plena do Sistema Municipal 9- Apresentação da metodologia da PPI e cronograma de reuniões com as microrregiões
04/02/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Qualificação de Equipes do PSF 2- Deliberação da CIB-ES sobre estudo de necessidades de tomografia computadorizada para Marataízes e transferência de teto financeiro, conforme solicitação através do OF/SEMSAS/Nº 105, 139, 191 e 246 3- Deliberação da CIB-ES sobre estudo de teto financeiro para terapia renal substitutiva no ES 4- Deliberação da CIB-ES referente ao teto financeiro dos exames de patologia clínica de Cariacica

16/03/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Qualificação de equipes de Saúde da Família 2- Qualificação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 3- Aprovação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais 4- Apreciação da proposta de Cariacica em função do Relatório de Auditoria 5- Solicitação de Itapemirim para aquisição de 01 unidade móvel odonto-médico junto ao MS 6- Solicitação de instalação de serviço de hemodiálise em BJ do Norte 7- solicitação da SESA à Linhares referente à contratação de serviços de cirurgia oftalmológica para atender à demanda regional do Estado 8- Relatório de visita técnica aos 12 municípios, conforme solicitado pela CIB-ES 9- Questionamento ao SINDSAÚDE sobre a redução da carga horária dos servidores municipalizados
07/04/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Acompanhamento / avaliação das metas propostas por Cariacica em função do Relatório de Auditoria 2- Apresentação dos relatórios de visita técnica a 07 municípios 3- Aprovação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde Central Norte, Intermunicipal de Saúde Micro Caparaó e Consórcio Juparanã de Saúde 4- Análise do relatório de auditoria de gestão de Pedro Canário para deliberação da CIB-ES 5- Transferência do gerador do Ônibus da Saúde de Vargem Alta para o Hospital Pe. Olívio do mesmo município
12/05/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Referendar resolução 013/00, cadastramento do Hospital Evangélico 2- Proposta de qualificação de equipes de PACS/PSF 3- Pacto da Atenção Básica 2000 4- Avaliação mensal de Cariacica 5- Roteiro de avaliação dos municípios na plena do sistema municipal
08/06/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Assistência Farmacêutica Básica 2- Aprovação do PMCC Nutricionais de VN do Imigrante, Vila Pavão, Alegre, Ecoporanga e Conceição do Castelo 3- Discussão e avaliação das referências de SR Canaã, Santa Teresa e Laranja da Terra 4- Discussão e referência em cirurgia para Nova Venécia 5- Acompanhamento das recomendações de Pedro Canário do Relatório de Auditoria da CCA pela Superintendência Regional de Saúde de São Mateus 6- População de Vila Pavão – 8.383. adotar a população reconhecida na cobertura do PACS para qualquer fim na SESA 7- Projetos dos 11.000.000, encaminhados ao MS, correspondente aos recursos destinados ao ES no orçamento da União 8- PPI 9- Redistribuição dos computadores da RNIS

21/06/00	Extraordinária	<p>1- Avaliação de J. Neiva, ÁD do Norte, Á. Branca e N. Venécia</p> <p>2- Relatório de avaliação de Pedro Canário</p> <p>3- Proposta de planilha para avaliação dos municípios na GPSM</p> <p>4- Acompanhamento do Relatório de Gestão de Cariacica</p> <p>5- Redistribuição dos Recursos da CVRD e Projetos de Captação de Recursos</p> <p>6- Guaçuí, solicitando doação de 01 consultório odontológico</p> <p>7- Proposta de qualificação de equipes de PACS/PSF</p> <p>8- Aprovação do PMCC Nutricionais de Vitória e Guarapari</p>
29/06/00	Extraordinária	<p>1- Portarias da PPI e PPI – ECD</p> <p>2- Alteração da Portaria 183 N, de 09/12/99</p> <p>3- Proposta de qualificação de equipes de PACS/PSF</p>
07/07/00	Ordinária	<p>1- Apresentação do recurso de Água Doce do Norte, em função de sua desabilitação da Gestão</p> <p>2- Apresentação do recurso de Águia Branca, em função de sua desabilitação da Gestão</p> <p>3- Proposta apresentada por Pedro Canário</p> <p>4- Relatório de Gestão</p> <p>5- Fundo Municipal de Saúde</p> <p>6- Controle, Avaliação e Auditoria</p> <p>7- Of. 852, da FUNASA, referente ao PEAA de Cariacica</p> <p>8- Aprovação do PMCC Nutricionais de Cachoeiro, PCanário e Itarana</p> <p>9- Resultado da 1ª etapa da Campanha de Multivacinação</p> <p>10- Depoimento de Aracruz frente à auditoria de gestão do MS</p> <p>11- Pleitos encaminhados ao MS – Financiamento de Projetos para a saúde do ES</p>
28/07/00	Ordinária	<p>1- Avaliação dos municípios na Gestão Plena do Sistema Municipal</p> <p>2- Pedro Canário – Plano Municipal a ser aprovado pelo município</p> <p>3- Convênio Obras do Hospital Geral de Linhares</p> <p>4- Transferência de equipamentos de P. Kennedy para Pinheiro</p> <p>5- Etapa estadual da XI Conferência Nacional de Saúde</p> <p>6- Aprovação do PMCC Nutricionais</p>
21/09/00	Ordinária	<p>1- Proposta de qualificação de ACS e equipes de saúde da família de Alegre, B Guandu, Colatina, J Monteiro, Pancas, SM Jetibá e V. Alta</p> <p>2- Pacto na PPI – município de Anchieta “Cumprimento”</p> <p>3- Distribuição de pessoal da FUNASA</p> <p>4- Termo de ajuste de metas entre SESA e ANVISA</p>
20/10/00	Ordinária	<p>1- Protocolo de tratamento da Sífilis Congênita</p> <p>2- Proposta de qualificação de ACS e equipes de saúde da família de B Guandu, Cariacica e Iúna</p> <p>3- PMCC Nutricionais</p> <p>4- Apresentação do Plano de Combate a Diabetes e Hipertensão</p> <p>5- Pactuação solidária</p> <p>6- Constituição estadual do Plano</p> <p>7- CI 280/SESA/GS – tetos provisórios para atender à excepcional necessidade da saúde</p>

10/11/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Relatório de supervisão do Programa de Controle da Hanseníase/Tuberculose de A Chaves e P. Kennedy 2- Desqualificação de equipe de saúde da família de AD do Norte 3- Situação entre Aracruz e Fundão 4- Intensificação da vacinação da Hepatite B 5- Aquisição de geladeiras com recursos do TF/ECD 6- Permuta dos servidores da FUNASA 7- Ata da Microrregião Metropolitana define critérios para remanejamento de teto financeiro para SIH entre municípios
19/12/00	Ordinária	<ul style="list-style-type: none"> 1- Proposta de Contrato de Metas assinado pela Secretaria e Vigilância Sanitária 2- Estabelecimento de teto financeiro para Governador Lindemberg 3- Solicitação de credenciamento de Laboratório para o CRE de Cachoeiro 4- Solicitação de Montanha de AIH “formulário” 5- Redistribuição de exames atendendo às cotas de outros municípios encaminhados para a Regional Colatina 6- Aprovação do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais de Viana e Apicá 7- Proposta de qualificação de agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família de Ibatiba, Jaguaré, Mantenópolis, Montanha, São Gabriel da Palha e Vitória

Anexo IV - Atas analisadas do COSEMS-ES

1987- junho, agosto, setembro

1988- fevereiro, março, maio

1989- abril, maio, junho

1990- janeiro, julho

1993- março, junho

1994- novembro

1995- abril, maio, junho, agosto: duas assembleias, (04) e (31), outubro, novembro, dezembro

1996- março, abril, maio: duas assembleias, (03) e (31), agosto, outubro, novembro, dezembro

1997- janeiro, fevereiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, outubro, novembro, dezembro.

1998- janeiro, abril, maio, junho, julho, agosto e setembro (curso de auditoria), dezembro,

1999- janeiro, março, abril, maio, junho, julho, agosto, outubro, dezembro.

2000- abril, maio, julho, agosto, outubro, dezembro.

Anexo V – Tabelas

Tabela 1

Distribuição de municípios existentes, população e nº de municípios respondentes. ES,2000

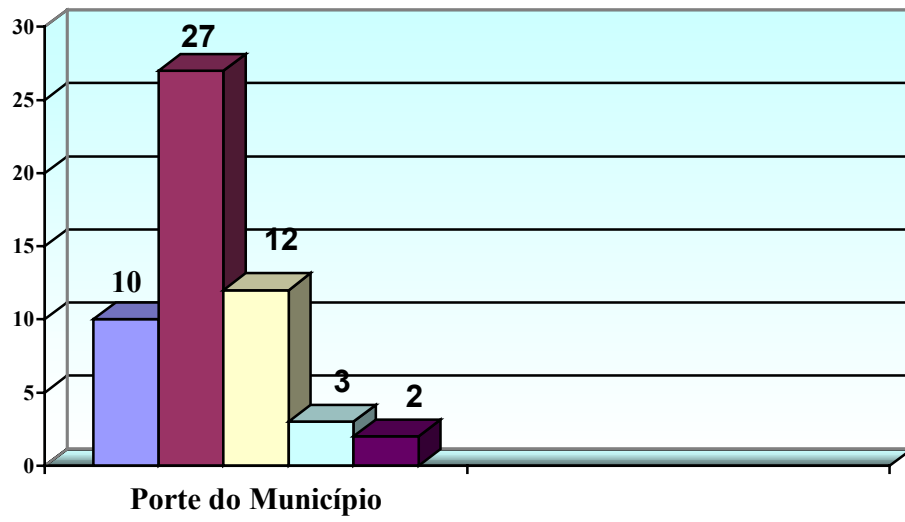
MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	RESPONDENTES
Afonso Cláudio	32.207	*
Água Doce do Norte	12.830	
Águia Branca	9.599	*
Alegre	31.719	
Alfredo Chaves	13.603	*
Alto Rio Novo	6.952	*
Anchieta	19.125	*
Apiacá	7.612	*
Aracruz	64.391	*
Atilio Vivacqua	8.321	*
Baixo Guandu	27.785	*
Barra de São Francisco	37.560	*
Boa Esperança	13.659	*
Bom Jesus do Norte	9.228	*
Brejetuba	11.685	
Cachoeiro de Itapemirim	174.227	*
Cariacica	323.861	*
Castelo	32.753	*
Colatina	112.615	
Conceição da Barra	26.255	*
Conceição do Castelo	10.868	*
Divino de São Lourenço	4.817	*
Domingos Martins	30.570	*
Dores do Rio Preto	6.167	
Ecoporanga	23.904	*
Fundão	12.974	*
Guaçuí	25.328	*
Guarapari	88.216	
Ibatiba	19.206	*
Ibiraçu	10.136	*
Ibitirama	9.103	
Iconha	11.495	*
Irupi	10.356	*
Itaguaçu	14.488	*
Itapemirim	28.134	
Itarana	11.418	*
Iúna	26.110	
Jaguaré	19.535	*
Jerônimo Monteiro	10.193	*
João Neiva	15.297	*
Laranja da Terra	10.934	*
Linhares	112.608	*
Mantenópolis	11.969	
Marataízes	30.225	
Marechal Floriano	12.113	*
Marilândia	9.923	
Mimoso do Sul	26.138	*
Montanha	17.243	*

Mucurici		5.955	*
Muniz Freire		19.687	*
Muqui		13.636	
Nova Venécia		43.005	*
Pancas		20.393	*
Pedro Canário		21.736	*
Pinheiros		21.305	
Piúma		14.975	*
Ponto Belo		6.263	
Presidente Kennedy		9.548	
Rio Bananal		16.284	*
Rio Novo do Sul		11.266	*
Santa Leopoldina		12.454	*
Santa Maria de Jetibá		28.750	
Santa Teresa		20.645	*
São Domingos do Norte		7.553	
São Gabriel da Palha		26.586	*
São José do Calçado		10.481	*
São Mateus		90.342	
São Roque do Canaã		10.388	*
Serra		322.518	
Sooretama		18.270	*
Vargem Alta		17.369	*
Venda Nova do Imigrante		16.154	*
Viana		53.372	
Vila Pavão		8.314	*
Vila Valério		13.865	
Vila Velha		345.880	
Vitória		291.941	*
Total	77	3.094.390	54

(IBGE 2000)

Tabela 2
Distribuição de municípios existentes e respondentes segundo porte do município.
Números absolutos e percentuais. ES, 2000

PORTE DO MUNICÍPIO	Nº	%
Até 10.000 hab.	10	18.5%
De 10 a 20.000 hab.	27	50.0%
De 20 a 50.000 hab.	12	22.2%
De 50 a 200.000 hab.	3	5.6%
De 200.000 e mais hab.	2	3.7%
Total	54	100%



Até 10.000 De 10 a 20.000 De 20 a 50.000 De 50 a 200.000 De 200.000 e mais

Tabela 3
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo sexo,
segundo porte do município. ES, 2000.

Resposta	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10 mil		De 10 a 20 mil		De 20 a 50 mil		De 50 a 200 mil		De 200 mil e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masc.	32	59,3	8	80,0	16	59,3	6	50,0	1	100,0	2	0
Fem.	22	40,7	2	20,0	11	40,7	6	50,0	2	0	0	100,0
Total	54	100,0	10	18,5	27	50,0	12	22,2	3	3,7	2	5,6

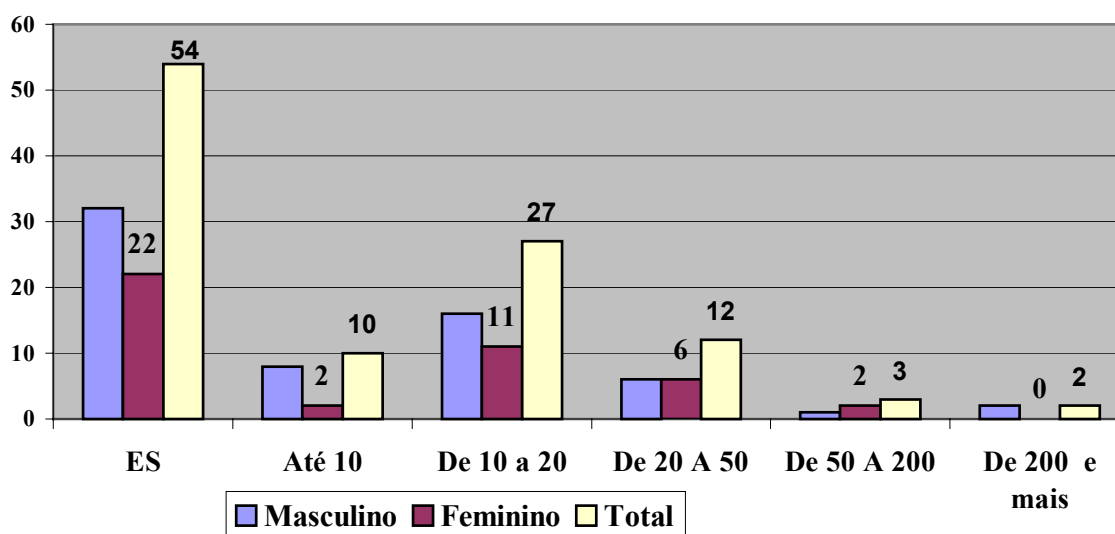


Tabela 4
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo faixa etária,
por porte do município. ES, 2000.

Resposta	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10 mil hab.		De 10 a 20 mil hab.		De 20 a 50 mil hab.		De 50 a 200 mil hab.		De 200 mil hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	n	%	Nº	%
Mais de 20 a 30	7	13,0	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0	0	0	0
Mais de 30 a 40	18	33,3	4	22,2	11	61,1	2	11,1	1	5,6	0	0
Mais de 40 a 50	19	35,2	2	10,5	7	36,8	6	31,6	2	10,5	2	10,5
Mais de 50 a 60	8	14,8	1	12,5	5	62,5	2	25	0	0	0	0
Mais de 60	2	3,7	0	0	1	50	1	50	0	0	0	0
Total	54	100	10	18,5	27	50	12	22,2	3	5,6	2	3,7

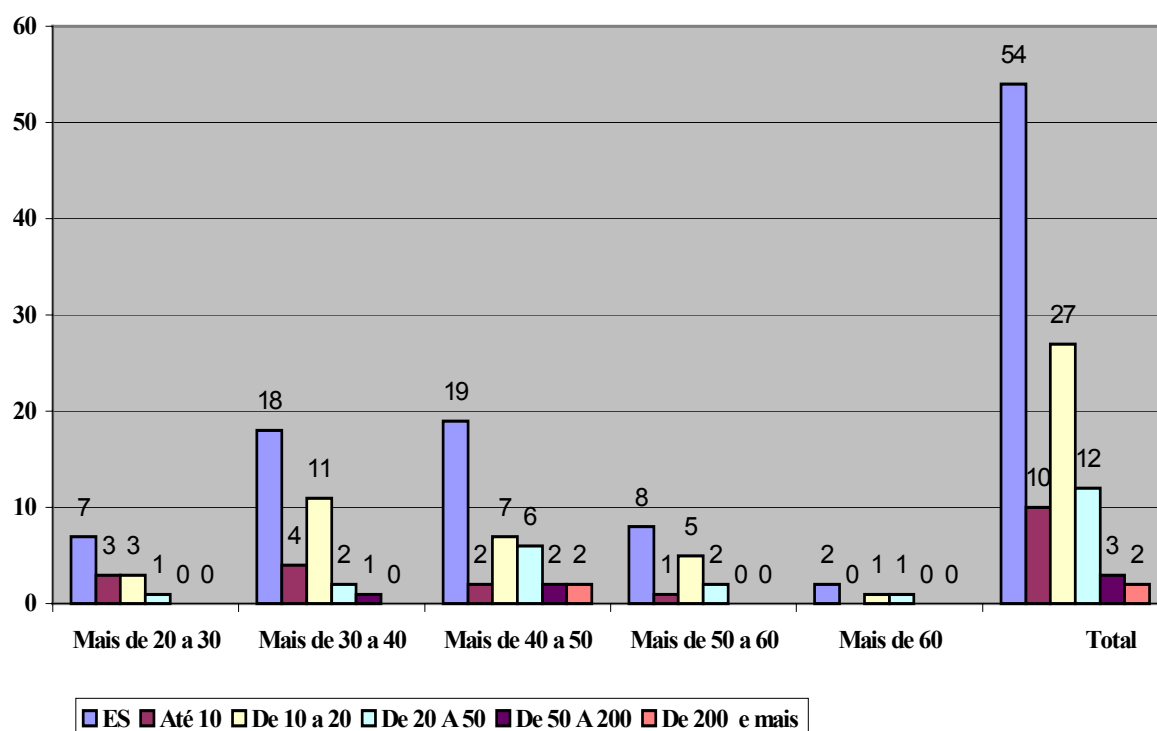


Tabela 5
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo grau de instrução,
segundo porte do município. ES, 2000.

Resposta	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000		De 10 a 20000		De 20 a 50000		De 50 a 200000		De 200000 e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
COLEGIAL	11	20,4	2	18,2	7	63,6	2	18,2	0	0	0	0
GINASIAL	1	1,9	0	0	0	0	1	100,0	0	0	0	0
PRIMARIO	1	1,9	0	0	0	0	1	100,0	0	0	0	0
SUPERIOR	41	75,8	8	19,5	20	48,8	8	19,5	3	7,3	2	4,9
Total	54	100	10	18,5	27	50	12	22,2	3	5,6	2	3,7

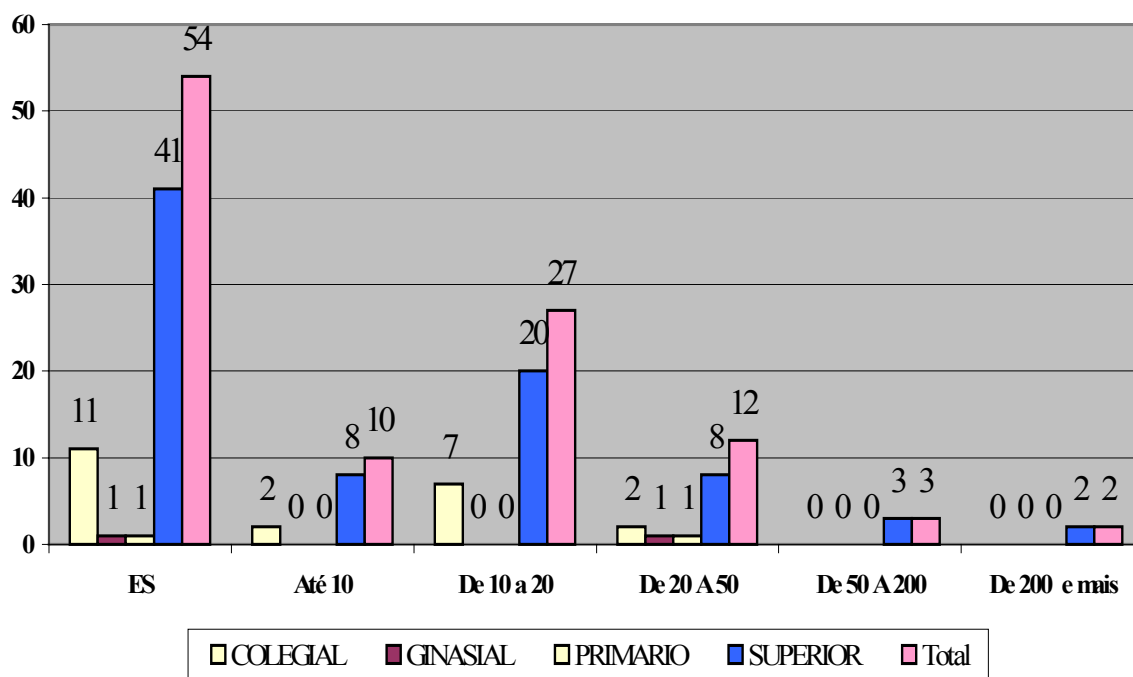


Tabela 6
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo profissão.
ES, 2000.

PROFISSÃO	Nº	%
Área da saúde, exceto médico	10	18,5
Área de administração	6	11,1
Área de ciências humanas	7	12,9
Área de educação	5	9,3
Médico	11	20,3
Outra áreas	14	26,0
Não respondeu	1	1,9
Total	54	100

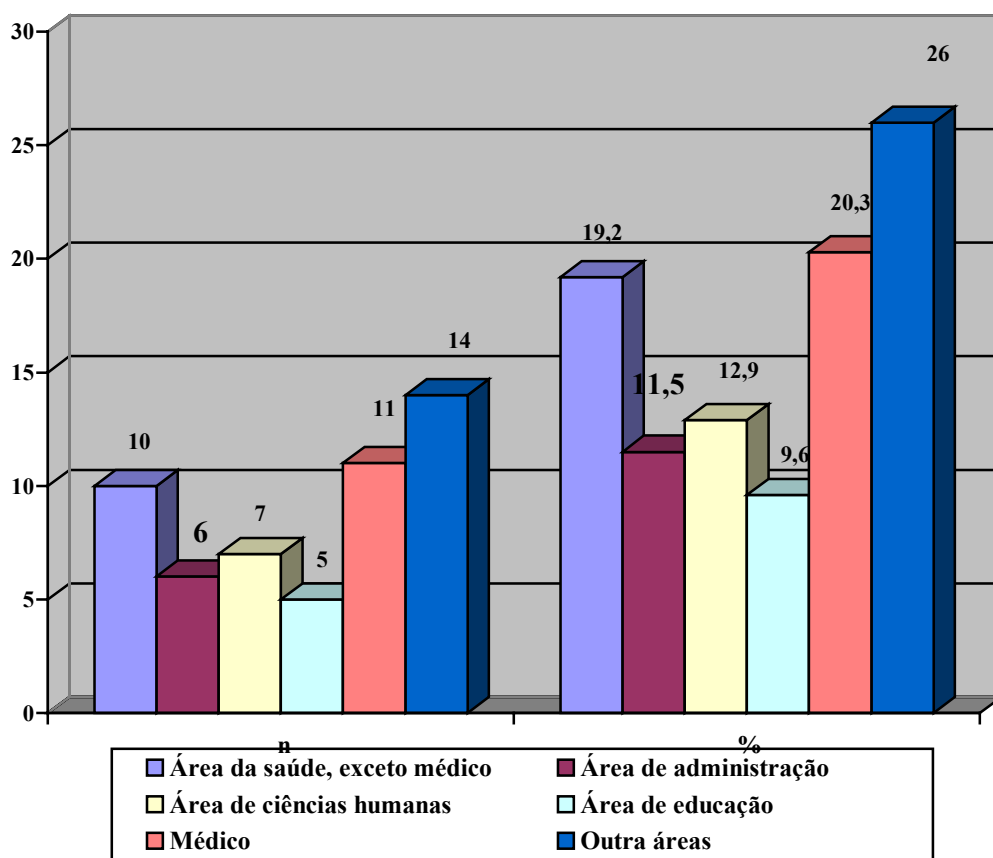


Tabela 7
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo capacitação específica
para o exercício do cargo, segundo porte do município. ES, 2000.

CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Finanças Públicas	4	6,1	0	0	4	10,8	0	0	0	0	0	0
Planejamento	5	7,6	0	0	4	10,8	0	0	0	0	1	25,0
Saúde Pública	9	13,6	2	18,2	2	5,7	2	18,2	2	66,7	1	25,0
Legislação	4	6,1	0	0	4	10,8	0	0	0	0	0	0
Recursos Humanos	10	15,2	2	18,2	5	13,5	2	18,2	0	0	1	25,0
Nenhum curso	23	34,8	5	45,5	11	29,7	6	54,5	0	0	1	25,0
Orçamento	4	6,1	0	0	3	8,1	1	9,1	0	0	0	0
Outros	7	10,6	2	18,2	4	10,8	0	0	1	33,3	0	0

Obs.: A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

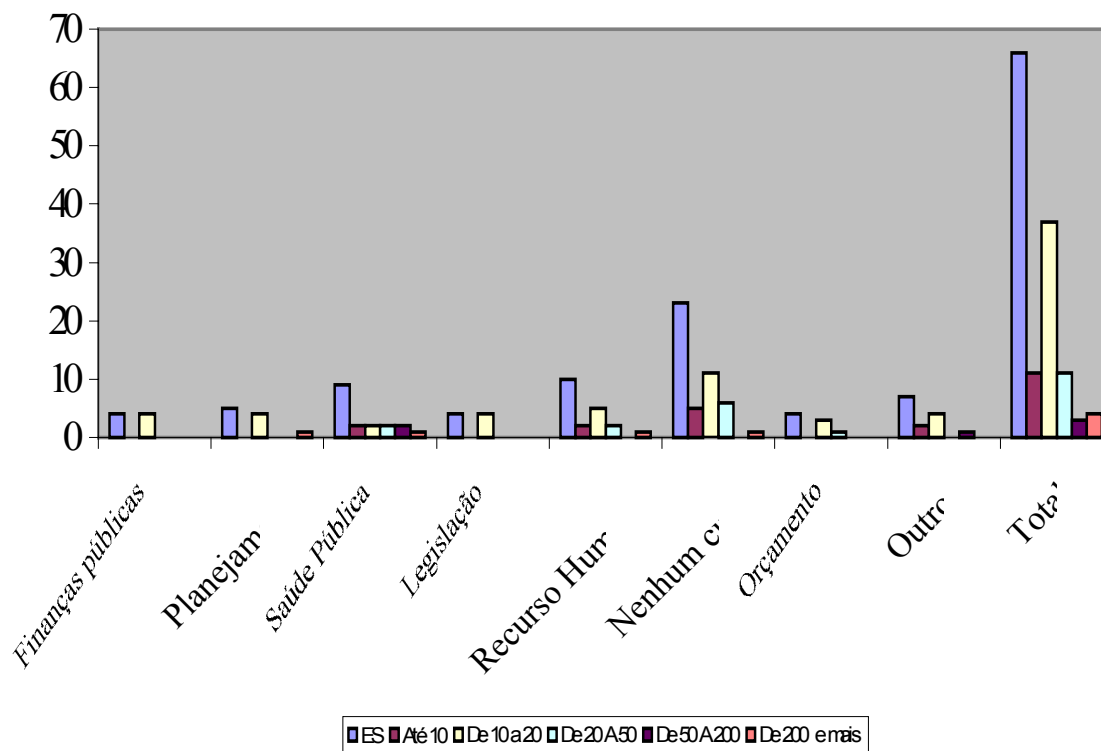


Tabela 8
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo existência
ou não de experiência anterior na área de saúde,
ES, 2000.

EXPERIÊNCIA ANTERIOR	ES	
	Nº	%
Sim	8	14,8
Não	15	27,8
Não respondeu	31	57,4
Total	54	100,0

Tabela 9
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo existência ou não
de experiência em direção de órgão público, segundo porte do município. ES, 2000.

EXPERIÊNCIA EM DIREÇÃO DE ÓRGÃO PÚBLICO	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim, somente na área de saúde	22	40,0	4	40,0	9	33,3	6	50,0	3	100,0	0	0
Sim, mas não na área de saúde	8	14,8	1	10,0	5	18,5	2	16,7	0	0	0	0
Sim, na área de saúde e também em outras áreas	7	13,0	0	0	5	18,5	1	8,3	0	0	1	50,0
Não	17	31,5	5	50,0	8	29,6	3	25,0	0	0	1	50,0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	2	100,0

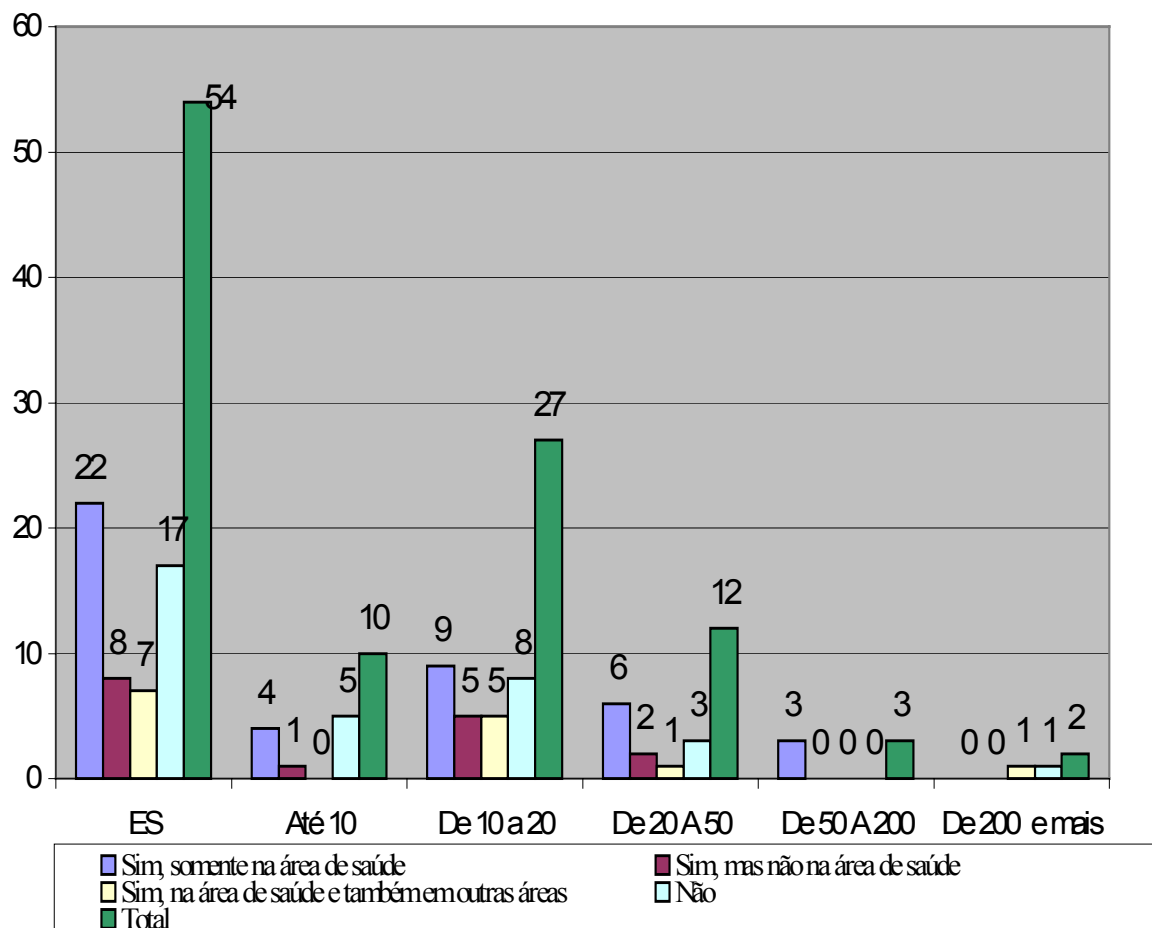


Tabela 10
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo existência ou não de experiência anterior como secretário de saúde. ES, 2000.

Experiência anterior como secretário de saúde	Nº	%
Sim, neste município	7	13,0
Sim, em outro município	4	7,4
Não	42	77,7
Não respondeu	01	1,9
Total	54	100,0

Tabela 11

Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a situação profissional anterior, segundo porte do município. ES, 2000.

SITUAÇÃO PROFISSIONAL ANTERIOR	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Profissional Autônomo	13	20,0	4	30,8	5	16,1	4	25,0	0	0	0	0
Funcionário da esfera pública	38	58,5	7	53,8	19	61,3	8	50,0	2	66,7	2	100,0
Não trabalha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Funcionário da esfera privada	7	10,8	0	0	3	9,7	3	18,8	1	33,3	0	0
Proprietário/ Empresário	7	10,8	2	15,4	4	12,9	1	6,3	0	0	0	0

Obs.: A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 12

Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a filiação atual a partido político, segundo porte do município. ES, 2000.

FILIAÇÃO ATUAL A PARTIDO POLÍTICO	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	40	74,4	8	80,0	20	71,4	7	63,3	3	100,0	2	10,0
Não	13	24,7	2	20,0	7	25,0	4	36,7	0	0	0	0
Não respondeu	1	1,9	0	0,0	1	3,6	0	0	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	28	100,0	11	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 13
Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com
filiação atual a partido político segundo legenda partidária.

LEGENDA PARTIDÁRIA	ES	
	Nº	%
PFL	5	9,3
PL	1	1,9
PMDB	6	11,1
PPB	3	5,5
PPS	2	3,7
PSB	2	3,7
PSDB	13	24,0
PT	3	5,6
PTB	4	7,4
Não respondeu	15	27,8
Total	54	100,0

Tabela 14
Distribuição de secretários municipais de saúde
segundo tempo de filiação a partido político. ES, 2000.

TEMPO DE FILIAÇÃO PARTIDÁRIA (em meses)	Nº	%
Até 5 meses	20	64,2
De 6 a 12 meses	6	19,3
De 13 a 24 meses	3	9,7
De 25 a 30 meses	2	6,4

Obs.: Dos 39 secretários filiados 08, não responderam a pergunta.

Tabela 15
Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a filiação passada
a partido político, segundo porte do município. ES, 2000.

FILIAÇÃO PASSADA A PARTIDO POLÍTICO	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab		De 20 a 50000 hab		De 50 a 200000 hab.		De 200000 e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	19	35,2	3	30,0	7	30,0	5	41,6	2	66,7	2	100
Não	33	61,1	7	70,0	19	70,3	6	50,0	1	33,3	0	0
Não respondeu	2	3,7	0	0	1	3,7	1	8,4	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 16
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo filiação
passada a partido político, por legenda partidária.
ES, 2000.

LEGENDA PARTIDÁRIA	Nº	%
PCB, PMDB, PSDB	1	5,6
PDC	2	11,1
PDT	2	11,1
PFL	2	11,1
PL	1	5,6
PMDB	4	22,2
PSB	1	5,6
PSD	1	5,6
PSDB	2	11,1
PT	1	5,6
PTB	1	5,6

Tabela 17
Distribuição de secretários municipais de saúde
segundo experiência anterior como político eleito.
ES, 2000.

EXPERIÊNCIA ANTERIOR COMO POLÍTICO ELEITO	Nº	%
Sim, vereador	2	3,7
Sim, prefeito	0	0
Sim, vice-prefeito	1	1,9
Sim, deputado	0	0
Não	50	92,5
Não respondeu	01	1,9
Total	54	100,0

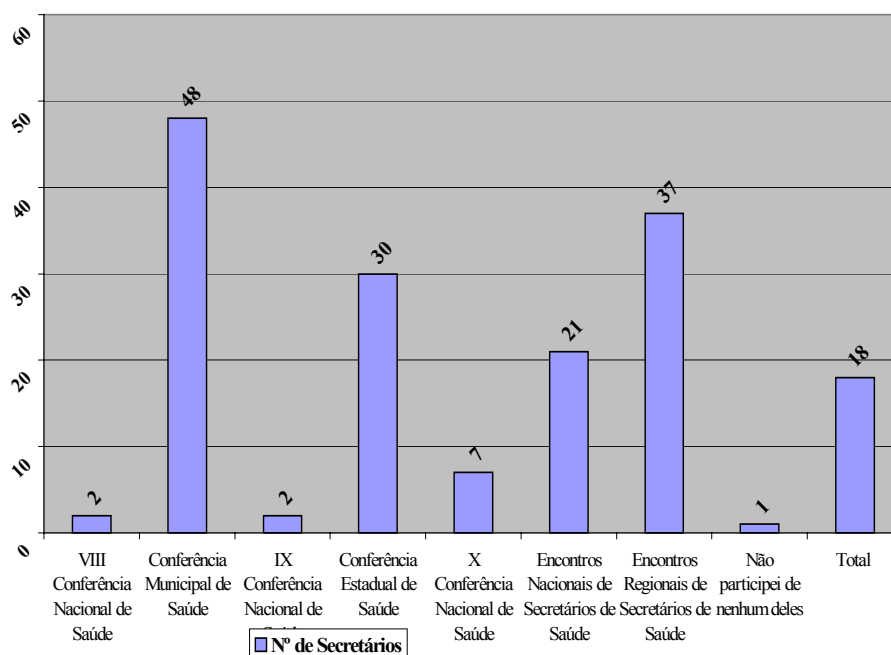
Tabela 18
Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a experiência anterior como candidato a cargo político, segundo porte do município. ES, 2000.

EXPERIÊNCIA ANTERIOR COMO CANDIDATO A CARGO POLÍTICO	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	13,0	1	10,0	2	7,1	3	27,2	0	0	1	50,0
Não	46	85,1	9	90,0	25	89,3	8	72,8	3	100,0	1	50,0
Não respondeu	1	1,85	0	0	1	3,5	0	0	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	28	100,0	11	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 19
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo participação em eventos políticos da área de saúde. ES, 2000.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS	Nº	%
Conferência Municipal de Saúde	48	32,4
Encontros Regionais de Secretários de Saúde	37	25
Conferência Estadual de Saúde	30	20,3
Encontros Nacionais de Secretários de Saúde	21	14,2
X Conferência Nacional de Saúde	7	4,7
VIII Conferência Nacional de Saúde	2	1,4
IX Conferência Nacional de Saúde	2	1,4

Não participou de nenhum deles	1	0,7
--------------------------------	---	-----



Obs. A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 20
Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a participação em entidades representativas de secretários de saúde.

ENTIDADES	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim, como dirigente	2	3,7	0	0	0	0	0	0	1	33,3	1	50,0
Sim, como membro do Conselho de Representantes	15	25,9	2	20,0	8	29,6	5	41,7	0	0	0	0
Sim, como participante de Encontros	26	48,2	5	50,0	13	48,2	5	41,7	2	66,7	1	50,0
Não participo, embora seja associado	3	5,5	1	10,0	1	3,7	1	8,3	0	0	0	0

Não participo nem sou associado	4	7,4	1	10,0	2	7,5	1	8,3	0	0	0	0
Não respondeu	4	9,3	1	10,0	3	11,0	0	0	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 21
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo instituições a quem presta contas.
ES, 2000.

PRESTAÇÃO DE CONTAS	Nº	%
Conselho de Saúde	51	43,2
Prefeito	30	25,4
Câmara de Vereadores	28	23,7
Outro Órgão Municipal	4	3,4
Associação de Moradores	1	0,8
Outros	4	3,4
Não presta contas	0	0

Obs. A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 22
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo tipos de informação oferecida à população.
ES, 2000.

INFORMAÇÕES OFERECIDAS	Nº	%
Divulgação de ações e campanhas	49	37,4
Informações específicas para os Conselhos	36	27,5
Divulgação de Funcionamento de Serviço	21	16
Divulgação de resultado da gestão	15	11,5
Outros	2	1,5

Nenhuma	8	6,1
---------	---	-----

Obs.: A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 23
Distribuição de Secretarias municipais de saúde
segundo origem de apoio técnico recebido.
ES, 2000.

APOIO TÉCNICO RECEBIDO	Nº	%	POSIÇÃO
Governo Estadual	45	83,3	1º
COSEMS-ES	43	79,6	2º
Comissão Bipartite	22	40,7	3º
Governo Federal	17	31,48	4º
Consultoria privada	8	14,8	5º
Outras	3	5,5	6º
Organizações não governamentais	2	3,7	7º
Agências Internacionais	1	1,85	8º
Universidade	1	1,85	8º

Obs.: A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 24
Distribuição de secretarias municipais de saúde segundo
presença de forças sociais de oposição à gestão. ES, 2000.

OPOSIÇÃO À GESTÃO	Nº	%
Câmara de Vereadores	12	18,2
Profissionais de Saúde	12	18,2
Prestadores privados de Saúde	9	13,6
Outras Secretarias Municipais	7	10,6
Servidores públicos	4	6,1
Conselhos Municipais de Saúde	2	3
Associações comunitárias ou de usuários	0	0
Outros	0	0
Não respondeu	20	30,3

Obs.: A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 25
Distribuição de secretarias municipais de saúde segundo
presença de forças sociais de apoio à gestão. ES, 2000.

APOIO À GESTÃO	Nº	%
Conselhos Municipais de Saúde	49	27,0
Profissionais de Saúde	29	16,0
Associações comunitárias ou de usuários	25	13,7
Outras Secretarias Municipais	23	12,6
Servidores públicos	22	12,1
Câmara de Vereadores	21	11,5
Prestadores privados de Saúde	11	6,0
Outros	0	0
Não respondeu	2	1,1

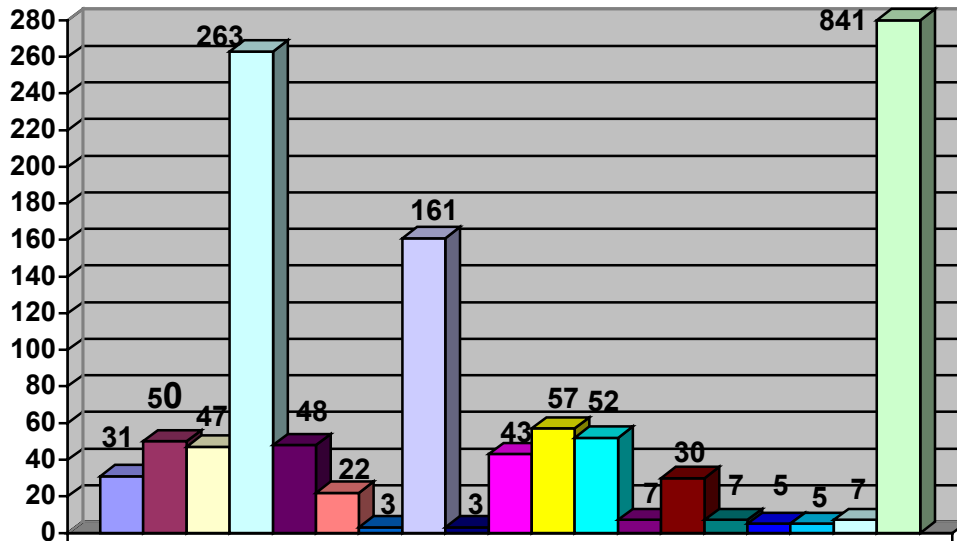
Obs. A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Tabela 26
Distribuição de secretarias municipais de saúde
segundo tipos de ações e programas de saúde adotados. ES, 2000.

PROGRAMAS ADOTADOS	Nº	%
Acompanhamento domiciliar	31	57,4
Internação domiciliar	50	5,9
Cartão do usuário	47	5,6
Agente comunitário de Saúde	263	31,3
Central de ambulância	48	5,7
Central de informações	22	2,6
Central de internações	3	0,4
Vigilância Epidemiológica	161	19,1
Colegiados de gestão	3	0,4
Central de marcação de consulta	43	5,1
Controle de endemias	57	6,8
Vigilância Sanitária	52	6,2
Desospitalização da saúde mental	7	0,8
Programa de saúde da família	30	3,6
Distrito sanitário	7	0,8
Terapias “não convencionais”	5	0,6
Cadastramento por base geo-referenciada	5	0,6
Outras	7	0,8

Obs.: A soma dos valores absolutos e relativos ultrapassa o tamanho da amostra, e os 100% respectivamente, porque o quesito que deu origem à tabela admite mais de uma resposta.

Gráfico da tabela 26
Distribuição de secretarias municipais de saúde segundo
tipos de ações e programas de saúde adotados.
ES, 2000.



■ Acompanhamento domiciliar	■ Internação domiciliar
■ Cartão do usuário	■ Agente comunitário de Saúde
■ Central de ambulância	■ Central de informações
■ Central de internações	■ Vigilância Epidemiológica
■ Colegiados de gestão	■ Central de marcação de consulta
■ Controle de endemias	■ Vigilância Sanitária
■ Desospitalização da saúde mental	■ Programa de saúde da família
■ Distrito sanitário	■ Terapias "não convencionais"
■ Cadastramento por base geo-referenciada	■ Outras
■ Total	

Tabela 27
Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a participação nas assembléias do COSEMS-ES, segundo porte do município. ES, 2000.

PARTICIPAÇÃO NAS ASSEMBLÉIAS	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	49	90,7	7	70,0	26	96,3	11	91,6	3	100,0	2	100,0
Não	4	7,4	2	20,0	1	3,7	1	8,3	0	0	0	0
Não respondeu	1	1,9	1	10,0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 28
Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a frequência com que participa das assembléias ordinárias do COSEMS-ES, segundo porte do município. ES, 2000.

FREQUÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim/regularmente	39	72,2	4	40	21	77,8	10	83,3	2	66,7	2	100,0
Eventualmente	11	20,4	4	40	5	18,5	1	8,3	1	33,3	0	0
Não respondeu	4	7,4	2	20	1	3,7	1	8,3	0	0	0	0
Total	54	100,0	8	100,0	26	100,0	11	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 29

Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com a percepção do papel do COSEMS-ES em relação às políticas de saúde, segundo porte do município. ES, 2000.

PERCEPÇÃO DO PAPEL DO COSEMS-ES EM RELAÇÃO ÀS POLÍTICAS DE SAÚDE	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Formula políticas de Saúde para todo o Estado	38	70,4	7	70,0	18	66,6	9	75,0	2	66,7	2	100,0
Não formula políticas de Saúde	2	3,7	0	0	2	7,4	0	0	0	0	0	0
Só implementa políticas já definidas pela SESA/MS	10	18,5	2	20,0	5	18,6	2	16,6	1	33,3	0	0
Não respondeu	4	7,4	1	10	2	7,4	1	8,4	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 30

Distribuição de secretários municipais de saúde de acordo com o grau de intervenção do COSEMS-ES na CIB-ES, segundo porte do município. ES, 2000.

GRAU DE INTERVENÇÃO DO COSEMS-ES	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Propositivo	19	35,2	2	20,0	12	44,5	4	33,3	0	0	1	50,0
Apenas participativo	7	13,0	1	10,0	4	14,8	1	8,4	1	33,3	0	0
Decisivo	20	37,0	6	60,0	7	25,9	4	33,3	2	66,7	1	50,0
Não respondeu	8	14,8	1	10,0	4	14,8	3	25,0	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	3	100,0

Tabela 31
Distribuição de secretários municipais de saúde segundo o conhecimento da existência do COSEMS-ES. ES, 2000.

CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO COSEMS-ES	PORTE DO MUNICÍPIO											
	ES		Até 10000 hab.		De 10 a 20000 hab.		De 20 a 50000 hab.		De 50 a 200000 hab.		De 200000 hab. e mais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ao assumir a Secretaria de Saúde Municipal	30	55,5	3	30	17	63	7	58,3	1	33,3	2	100
Antes de assumir a Secretaria de Saúde Municipal	19	35,3	5	50	8	29,6	4	33,3	2	66,7	0	0
Algum tempo depois de assumir a Secretaria de Saúde Municipal	2	3,7	1	10	1	3,7	0	0	0	0	0	0
Não respondeu	3	5,5	1	10	1	3,7	1	8,4	0	0	0	0
Total	54	100,0	10	100,0	27	100,0	12	100,0	3	100,0	2	100,0

Tabela 32
Distribuição de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo -ES segundo realização considerada mais importante (2000)

REALIZAÇÃO	Nº
Implantação de programas do PACS/PSF	29
Construção e reforma (obras)	04
Implantação de programas específicos	26
Fortalecimento da municipalização (*)	12
Não respondeu	01
Total	72

(*) Estruturar as ações de saúde, habilitar o município em gestão, criar a Secretaria Municipal de Saúde, Realizar a Conferência Municipal de Saúde, ampliar serviços e ações, participar da PPI, cumprir com a meta dos indicadores pactuados na PPI e implanta novo modelo de atenção básica).

Tabela 33
Distribuição de Secretários Municipais de Saúde-ES,
segundo experiência considerada mais frustrante (2000)

FRUSTRAÇÃO	Nº
Problemas políticos	15
Problemas de financiamento	12
Problemas assistenciais	11
Falta de apoio da categoria médica	05
Nenhuma frustração	01
Não respondeu	03
Total	47